

Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es



Nous voulons connaître votre avis.

Allez à la page

www.evalutrouseoutilshandiphys.ca

et dites-nous ce que vous pensez des *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es*

**Transmettez-nous vos commentaires
et participez au tirage**

D'UNE CARTE-CADEAU

VISA DE 100 \$!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
Financement	3
Consultation	3
Groupe de travail	3
INTRODUCTION	5
Aperçu du projet	5
Définition des handicaps physiques	5
Définition de la promotion de la santé sexuelle	8
Élaboration des <i>Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es</i>	8
Structure du document	9
SECTION 1 : L'IMPORTANCE D'UNE PROMOTION EFFICACE DE LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES HANDICAPÉ-ES	10
Définitions clés	10
Droits sexuels des jeunes handicapé-es	11
Promouvoir la santé et le bien-être en général et améliorer la qualité de vie	13
Réduire la vulnérabilité et atténuer les résultats négatifs	15
SECTION 2 : OBSTACLES À LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES HANDICAPÉ-ES	21
Définitions clés	21
Application du Modèle socioécologique à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es	22
SECTION 3 : PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR LA PROMOTION EFFICACE DE LA SANTÉ SEXUELLE AUPRÈS DES JEUNES HANDICAPÉ-ES	35
Application des principes fondamentaux de l'éducation complète en matière de santé sexuelle à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es	35
Application des principes fondamentaux de la justice pour les personnes handicapées à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es	36

SECTION 4 : LIGNES DIRECTRICES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE AUPRÈS DES JEUNES HANDICAPÉ-ES 38

Ligne directrice 1 : Promouvoir l'acceptation du handicap en améliorant les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées 38

Ligne directrice 2 : Offrir des services de santé sexuelle et des mesures de soutien accessibles aux jeunes handicapé-es et répondant à leurs besoins 42

Ligne directrice 3 : Fournir une éducation complète à la santé sexuelle accessible et tenant compte des besoins et de l'expérience des jeunes handicapé-es 47

Ligne directrice 4 : Promouvoir et amplifier la voix des jeunes handicapé-es dans la prestation et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé sexuelle qui leur sont destinées 52

Ligne directrice 5 : Renforcer la capacité des prestataires de services et des parents/familles à acquérir les connaissances et la confiance nécessaires pour promouvoir efficacement la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es 54

Ligne directrice 6 : Améliorer la prévention des abus et la réponse à ceux-ci chez les jeunes handicapé-es 58

Ligne directrice 7 : Faire avancer la recherche sur la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es 62

RÉFÉRENCES 64

Citation recommandée :

CIÉSCAN. (2024). *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es*. Toronto, ON. Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).

©2024 Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).
235 Danforth Avenue, Suite 400, Toronto, ON, M4K 1N2. Tél. : 416-466-5304. www.sieccan.org

REMERCIEMENTS

Financement

Avec le financement de



Santé
Canada Health
Canada

Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Le projet *Améliorer la promotion de la santé sexuelle chez les jeunes autistes et handicapé-es* a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Avec ce financement, le Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN) a dirigé l'élaboration de deux trousse d'outils de renforcement des capacités visant à améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de services afin de promouvoir la santé sexuelle et le bien-être des jeunes autistes et des jeunes handicapé-es ayant une déficience physique, respectivement.

Consultation

Le CIÉSCAN a mené une enquête de consultation en ligne auprès des prestataires de services afin d'informer le développement de la trousse d'outils de renforcement des capacités axées sur les besoins des jeunes handicapé-es. Il a également collaboré avec Wisdom2Action à la tenue de groupes de discussion avec de jeunes handicapé-es. Le CIÉSCAN remercie les jeunes handicapé-es ainsi que les prestataires de services de tout le Canada qui ont participé à la consultation.

Groupe de travail

Pour développer la trousse d'outils de renforcement des capacités axée sur les besoins des jeunes handicapé-es, le CIÉSCAN a constitué un groupe de travail composé d'individus ayant des expériences vécues et des expertises professionnelles diverses, notamment des personnes handicapé-es, des chercheur(-euse)s, des représentant-es d'organismes communautaires, des éducateur(-trice)s et des prestataires de services de santé. Les membres du groupe de travail ont été consulté-es à chaque étape du projet et ont joué un rôle essentiel pour déterminer le contenu et la présentation des informations dans la trousse d'outils de renforcement des capacités afin de répondre au mieux aux besoins des prestataires de services travaillant dans ce domaine et des jeunes handicapé-es qu'ils/elles soutiennent.

Le CIÉSCAN

Yi Wen Shao, coordonnatrice de projet et présidente du Groupe de travail, CIÉSCAN, Montréal, Québec

Alexander McKay, directeur général, CIÉSCAN, Toronto, Ontario

Jessica Wood, spécialiste en recherche, CIÉSCAN, Guelph, Ontario

Jocelyn Wentland, gestionnaire de projet et associée de recherche, CIÉSCAN, Kelowna, Colombie-Britannique

Sophia Greene, administratrice de projets, CIÉSCAN, Vancouver, Colombie-Britannique

Membres du Groupe de travail

Adedayo Alabi, éducateur, défenseur de l'intégration des personnes handicapées, bâtisseur de communauté, consultant, Vancouver, Colombie-Britannique

Alan Santinele Martino, professeur adjoint, Études en réhabilitation communautaire et handicap, Sciences de la santé communautaire, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, Alberta

Alexandra Rego, défenseure des personnes handicapées, paire chercheuse et mentore pour les jeunes, Bloorview Research Institute et Université de Toronto à Scarborough, Brampton, Ontario

Amy McPherson, chercheuse principale, Bloorview Research Institute, Toronto, Ontario

Andrew Gurza, consultant en sensibilisation aux handicaps, Toronto, Ontario

Bridget Liang, consultante en recherche sur le handicap, doctorante, Programme d'études supérieures sur le genre, le féminisme et les femmes, Université York, Kitchener, Ontario

Denise McKee, directrice générale, NWT Disabilities Council, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Erika Cheung, infirmière praticienne en soins primaires, Toronto, Ontario

Franco Rizzuti, médecin en santé publique et médecine préventive, professeur adjoint de clinique, sciences de la santé communautaire, Cumming School of Medicine, Université de Calgary; et président de l'Association canadienne des médecins handicapé-es, Calgary, Alberta

Heather Cobb, spécialiste en promotion de la santé sexuelle et éducatrice sexuelle, Calgary, Alberta

Jay Baldwin, militant-e en matière de handicap, défenseur-euse des droits humains, fondateur-ice du groupe Facebook Disabled, Queer and Fabulous, étudiant-e de premier cycle, bacc. spécialisé, Études féministes et du genre, Université de Carleton, Ottawa, Canada

Jillian Schneidman, fondatrice de Sex[M]ed, Canada

Lesley A. Tarasoff, chercheuse postdoctorale, Université de Toronto à Scarborough, Toronto, Ontario

Natalya Mason, travailleuse sociale, consultante, Saskatoon, Saskatchewan

Steven Laperrière, Francine Leduc, RAPLIQ (Regroupement des activistes pour l'inclusion au Québec), Montréal, Québec

Graphisme : **Pam Sloan Designs**

Traduction française :

Josée Dussault et Jean Dussault

INTRODUCTION

Aperçu du projet

Au Canada, les jeunes autistes et les jeunes handicapé-es sont mal desservi-es quant à la prestation d'informations et de services de qualité en matière de santé sexuelle qui soient adaptés à leurs besoins. Le projet *Améliorer la promotion de la santé sexuelle chez les jeunes autistes et handicapé-es* a pour objectif principal d'améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de services afin qu'ils/elles puissent promouvoir efficacement la santé sexuelle et le bien-être (1) des jeunes autistes et (2) des jeunes handicapé-es ayant des déficiences physiques. Pour atteindre cet objectif, le CIÉSCAN a développé deux trousse d'outils de renforcement des capacités pour les prestataires de services, axées sur les besoins en matière de santé sexuelle des jeunes autistes et des jeunes handicapé-es, respectivement.

Les présentes *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es* sont l'un des éléments de la trousse d'outils de renforcement des capacités axée sur les besoins des jeunes handicapé-es, qui inclut également un guide à l'intention des prestataires de services et des ressources pour jeunes handicapé-es. Les *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es* visent à informer les décideur(-euse)s en matière de politiques et de programmes quant à l'importance de la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es. De plus, ce document énonce des recommandations pour aider à guider les décideur(-euse)s en matière de politiques et de programmes dans des actions à poser pour améliorer la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es. **Aux fins de ce projet, le terme « jeune » désigne les personnes âgées de 29 ans ou moins.**

Définition des handicaps physiques

Note:

L'examen de la littérature existante a permis d'identifier de nombreuses définitions du handicap physique. Certaines s'alignent davantage sur le modèle médical du handicap (p. ex., Alberta Human Rights Commission, 2024); d'autres reflètent le modèle social du handicap (p. ex., Giles et coll., 2023; pour une analyse plus approfondie du modèle médical et du modèle social du handicap, voir la Section 2). Nous avons choisi d'adopter la conceptualisation du handicap de l'Organisation mondiale de la Santé, qui reconnaît que l'interaction complexe entre les différences individuelles de structure/fonction corporelle et leur contexte social/environnemental génère des expériences uniques du handicap.

Par ailleurs, certaines définitions du handicap physique sont plus larges que d'autres (p. ex., englobent les handicaps liés à la mobilité, les handicaps sensoriels et la douleur chronique). Aux fins de la présente trousse d'outils, nous avons choisi de nous concentrer sur les handicaps liés à la mobilité, à la dextérité et à la flexibilité afin de fournir des recommandations plus spécifiques. Nous reconnaissons que les expériences du handicap varient considérablement, même entre personnes ayant un même handicap, et qu'il nous est impossible d'aborder tous les aspects de ces expériences dans cette ressource. Toutefois, il se peut que certaines recommandations des présentes lignes directrices soient applicables à d'autres handicaps. L'élaboration de cette trousse d'outils n'est qu'une première étape dans la prise en compte des expériences et des besoins diversifiés des jeunes handicapé-es en matière de sexualité.

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé définit le handicap comme étant le niveau de fonctionnement d'une personne (p. ex., limitation d'activité ou restriction de participation) résultant de l'interaction entre ses déficiences (c.-à-d., affections touchant les structures et/ou les fonctions corporelles) et leur contexte (c.-à-d., facteurs environnementaux et personnels; Kostanjsek, 2011; Organisation mondiale de la Santé, 2001).

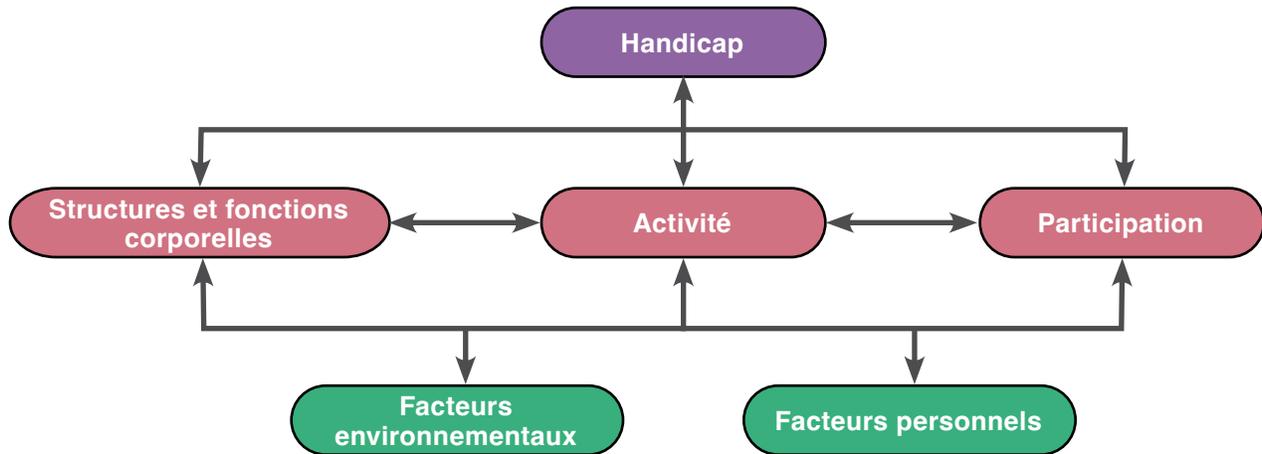


Figure 1: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF); Organisation mondiale de la Santé

En conséquence, nous avons conceptualisé le handicap physique comme étant des limitations d'activité ou des restrictions de participation dues à l'interaction entre des déficiences affectant les os, les muscles, les articulations et le développement du système nerveux central d'un individu ainsi que des facteurs environnementaux (p. ex., environnement physique, social et attitudinal) et personnels (p. ex., identité, âge, motivation, habitudes de vie).

Selon cette définition, c'est l'interaction entre les déficiences et les facteurs contextuels (et non la déficience elle-même) qui contribue à limiter les activités ou à restreindre la participation à la communauté (Eisenberg et coll., 2015). Ainsi, ces limitations et restrictions peuvent être atténuées par l'utilisation de technologies d'assistance, par des accommodements et adaptations appropriés et par le développement d'environnements sociaux plus inclusifs.

Les handicaps physiques peuvent inclure :

- Lésion cérébrale acquise
- Amputation
- Arthrite (p. ex., arthrose, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgie, goutte, lupus)
- Paralysie cérébrale
- Sclérose en plaques
- Dystrophie musculaire
- Ostéogenèse imparfaite
- Poliomyélite
- Scoliose
- Spina bifida
- Lésion de la moelle épinière

(Carehome.co.uk, 2023; Centers for Disease Control and Prevention, 2023a; Rutgers School of Arts and Sciences, 2023)

Dans le présent document, l'expression « jeunes handicapé-es » réfère principalement aux personnes de 29 ans et moins ayant un handicap physique, conformément à la définition du handicap physique qui vient d'être établie. Il est important de noter que les recherches existantes sur les besoins et expériences des jeunes handicapé-es en matière de santé sexuelle regroupent souvent plusieurs handicaps et n'ont pas toujours la même définition de « handicap physique ». Dans notre compte rendu des recherches existantes, l'expression « personnes handicapées » peut inclure des personnes ayant des handicaps autres que les handicaps physiques ciblés par notre définition. Lorsque cela est pertinent et possible, nous avons indiqué les handicaps spécifiques dont il est question dans les études référencées.

Explication des choix linguistiques

Il n'existe actuellement aucun consensus sur les préférences de langage pour parler du handicap tant chez les personnes ayant une expérience vécue (c.-à-d. les personnes handicapées) que parmi d'autres groupes de parties prenantes (c.-à-d. les prestataires de services et les membres de la famille).

La littérature existante et les récits centrés sur la personne indiquent que les personnes ayant une expérience vécue préfèrent souvent le langage d'abord axé sur l'identité (c.-à-d., « jeune handicapé-e »), qui considère le handicap comme un aspect central de l'identité individuelle et indissociable de la personne (Andrews et coll., 2022; Liebowitz, 2015), plutôt que la forme axée sur la personne d'abord (c.-à-d., « jeune ayant un handicap »), qui considère le handicap comme un attribut de la personne au lieu d'une caractéristique déterminante de son identité. En conséquence, nous avons opté dans le cadre de ce projet pour un langage d'abord axé sur l'identité, tout en reconnaissant que ce n'est pas la préférence de tou-te-s. Dans certains cas, nous utilisons un langage axé sur la « personne d'abord » pour préciser le type de handicap physique dont il est question (p. ex., « jeunes atteint-es de paralysie cérébrale »), ou en référence au titre d'une politique ou d'un rapport qui utilise le langage axé sur la « personne d'abord ».

Définition de la promotion de la santé sexuelle

La santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnements ou d'infirmités » (Organisation mondiale de la Santé, 2002). La santé sexuelle englobe les éléments liés à la santé génésique, comme le fait de veiller à ce que chaque personne ait la capacité et la liberté de décider si elle veut se reproduire, à quel moment et à quelle fréquence (Organisation mondiale de la Santé, 2023).

La promotion de la santé sexuelle, quant à elle, est le processus qui consiste à augmenter la capacité des personnes à exercer un plus grand contrôle sur leur santé sexuelle et à y apporter des changements positifs (Khalesi et coll., 2016; Organisation mondiale de la Santé, 2002). Une promotion efficace de la santé sexuelle nécessite de s'assurer que les droits sexuels de toutes les personnes, y compris les jeunes handicapé-es, soient respectés (Organisation mondiale de la Santé, 2002).

Élaboration des *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es*

Entre août et octobre 2022, le CIÉSCAN a réalisé une enquête de consultation en ligne auprès des prestataires de services afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes handicapé-es. Aux fins du présent document, l'expression « prestataires de services » désigne toute personne en position officielle de fournir des informations, une éducation et/ou des services en matière de santé sexuelle à de jeunes handicapé-es.

Au total, 89 prestataires de services ont participé à l'enquête. Les participant-es incluaient des éducateur(-trice)s et des personnes enseignantes, des intervenant-es en travail social, des employé-es d'organismes communautaires, des professionnel-les de la santé publique, des infirmière(-ier)s, des médecins, des soignant-es/préposé-es aux services de soutien à la personne, des ergothérapeutes, des psychologues/conseiller(-ère)s, des thérapeutes comportementaux(-ales), des coachs en matière de compétences de vie, des prestataires de soutien à l'emploi, des coachs en matière de fonctions exécutives, des orthophonistes et des éducateur(-trice)s en matière de santé sexuelle. Le rapport *Conclusions de l'enquête de consultation auprès des prestataires de services : point de mire sur les jeunes handicapé-es (handicaps physiques)* (<https://www.sieccan.org/ady-physicallydisabledyouth-fr>) présente un résumé complet des conclusions (CIÉSCAN, 2023a).

En septembre 2022, deux groupes de discussion ont été réalisés avec de jeunes handicapé-es (de 19 à 24 ans) afin de mieux comprendre leurs expériences de rencontres, de relations et de sexualité, ainsi que leurs besoins d'éducation et de services liés à la santé sexuelle. L'un des deux groupes de discussion était ouvert à tou-te-s les jeunes handicapé-es de 16 à 24 ans (séance ouverte); l'autre était pour celles/ceux qui s'identifient comme des personnes autochtones, noir-es ou de couleur (séance PANDC). Au total, 14 jeunes handicapé-es ont participé : neuf à la séance ouverte, cinq à la séance pour PANDC. Le rapport *Conclusions des groupes de discussion avec de jeunes handicapé-es (handicaps physiques)* (<https://www.sieccan.org/ady-physicallydisabledyouth-fr>) fournit un résumé complet des conclusions (CIÉSCAN, 2023b).

En mai 2023, après l'enquête de consultation et les groupes de discussion, le CIÉSCAN a tenu une rencontre virtuelle avec les membres du groupe de travail pour examiner les principales conclusions et définir les priorités des *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es*. CIÉSCAN a, par la suite, examiné la littérature scientifique, les documents de politiques

et la littérature grise afin d'ébaucher des lignes directrices qui tiennent compte des recherches et des connaissances actuelles. Cette ébauche a été examinée par les membres du groupe de travail et révisée par le CIÉSCAN. Le document final a été approuvé par tou-te-s les membres du groupe de travail.

Structure du document

Les *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es* comportent quatre sections. Les Sections 1 et 2 soulignent l'importance de la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es et les principaux obstacles à celle-ci. La Section 3 décrit les principes fondamentaux à considérer dans l'élaboration d'initiatives de promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, et la Section 4 présente des lignes directrices et des recommandations pour une promotion efficace de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es.

Au début de chaque section se trouve quelques définitions de mots importants qui sont utilisés. Certaines sous-sections se terminent par un point de synthèse. Des extraits des groupes de discussion avec de jeunes handicapé-es sont intégrés tout au long du document afin d'étayer les messages importants à l'aide d'expériences vécues.

SECTION 1 : L'IMPORTANCE D'UNE PROMOTION EFFICACE DE LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES HANDICAPÉ-ES

Cette section présente les droits sexuels des jeunes handicapé-es tels qu'ils sont enchâssés dans la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH) des Nations Unies; et elle souligne l'importance de la promotion de la santé sexuelle pour réduire la vulnérabilité des jeunes handicapé-es aux résultats négatifs et pour favoriser leur santé et leur bien-être en général.

Définitions clés

Autodétermination	L'autodétermination désigne la capacité de faire avancer les choses dans sa propre vie et de poursuivre des objectifs librement choisis (Wehmeyer, 2015).
Autonomie corporelle	L'autonomie corporelle réfère à l'agentivité (c.-à-d., le contrôle de nos actions) et au pouvoir de faire des choix concernant notre propre corps, sans violence ni coercition (Moore, 2016; Fonds des Nations Unies pour la population, 2023). Cela inclut la liberté de choisir d'avoir ou non des activités sexuelles, et d'avoir ou non des enfants.
Capacitisme	Le capacitisme est un système ancré dans des croyances négatives (p. ex., présumés erronés et stéréotypes sur les personnes handicapées) et des sentiments négatifs (p. ex., malaise dans l'interaction avec des personnes handicapées) à l'égard des personnes handicapées, qui peuvent être conscients ou inconscients. Ces croyances et sentiments négatifs peuvent se manifester par la discrimination, par l'exclusion sociale et par des occasions limitées pour les personnes handicapées de participer pleinement à la société (Commission ontarienne des droits de la personne, 2016).
Droits sexuels	Les droits sexuels sont les droits d'un individu d'exprimer sa sexualité et de jouir de la santé et du bien-être sexuels tout en respectant ces mêmes droits pour autrui (Organisation mondiale de la Santé, 2002). La protection des droits sexuels de tous les individus passe par la prévention de la discrimination et par le respect des droits humains au sens large.
Justice reproductive	La justice reproductive concerne le droit de toutes les personnes de choisir si elles veulent ou non avoir des enfants, à quel moment et avec qui et d'avoir accès aux soutiens nécessaires pour s'occuper de leurs enfants (Fletcher et coll., 2023).
Scripts sexuels	Les scripts sexuels sont des narratifs sur la sexualité qui sont socialement construits et que les individus intériorisent pour guider leurs comportements liés à l'expression ou à l'expérience de leur sexualité (p. ex., quels comportements sont appropriés, comment se comporter dans une situation particulière, attentes sociales; Simon et Gagnon, 1986).

Sexualité	La sexualité est un aspect central de l'être humain qui inclut le sexe, les identités et rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Elle peut être vécue et exprimée de diverses façons (p. ex., pensées, fantasmes, désirs, croyances, comportements, relations) et peut être influencée par l'interaction de facteurs individuels, sociaux et environnementaux.
------------------	---

Droits sexuels des jeunes handicapé-es

L'Organisation mondiale de la Santé décrit les droits sexuels comme étant « l'application des droits existants à la sexualité et à la santé sexuelle » afin qu'ils « protègent les droits de tous les gens à remplir et à exprimer leur sexualité et à jouir d'une bonne santé sexuelle, en tenant dûment compte des droits des autres et dans un cadre de protection contre la discrimination » (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Par conséquent, la réalisation des droits sexuels est uniquement possible dans la mesure où les autres droits humains sont respectés.

Ces droits humains incluent, sans s'y limiter :

- les droits à l'égalité et à la non-discrimination
- le droit à la vie privée
- le droit à la protection contre la violence
- le droit à l'autodétermination et à l'autonomie corporelle
- le droit à un accès équitable à l'information et à l'éducation
- le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint

Les droits sexuels des personnes handicapées sont également enchâssés dans *la Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH) des Nations Unies, ratifiée par le Canada en 2010 (Assemblée générale de l'ONU, 2006).

Plus précisément, la CDPH affirme que les personnes handicapées ont le droit :

- de jouir d'une capacité juridique et de pouvoir l'exercer sur la base de l'égalité avec les autres, et de recevoir un soutien approprié à cet effet (Article 12)
- de jouir de leur vie privée (Article 22)
- de se marier et d'avoir des enfants, et d'accéder à des informations et à du soutien en matière de reproduction et de planification familiale (Article 23)
- d'avoir un accès égal à des soins de santé de qualité et abordables, y compris à des services de santé sexuelle et génésique (Article 25)

Pourtant, les droits sexuels des personnes handicapées demeurent largement négligés et ignorés.

Le droit à l'autonomie corporelle et à l'autodétermination fait partie intégrante des droits sexuels (Nguyen, 2020; Initiative pour les droits sexuels, 2018; Assemblée générale des Nations Unies, 2006). Autrement dit, les jeunes handicapé-es ont le droit de prendre des décisions concernant leur corps et leur vie, d'avoir le contrôle sur ceux-ci et de poursuivre des objectifs librement choisis, sans violence ni coercition (Moore, 2016; Fonds des Nations Unies pour la population, 2023; Wehmeyer, 2015). Ceci comprend faire des choix quant à leurs partenaires amoureux(-ses)/sexuel-les et de décider s'ils/elles veulent ou non avoir des activités sexuelles,

s'engager dans une relation, avoir des enfants (c.-à-d., la justice reproductive) ou se marier (Fonds des Nations Unies pour la population, 2023).

Pour prendre des décisions éclairées, les jeunes handicapé-es ont besoin d'informations et de soutiens pertinents et nécessaires à la santé sexuelle.

Le refus aux personnes handicapées du droit de faire leurs propres choix a conduit dans le passé à des cas de stérilisation forcée et coercitive; de nombreux exemples de pratiques similaires ont été relevés ces dernières années (National Women's Law Center, 2022; Comité sénatorial permanent des droits de la personne, 2022). Même si les lois et politiques eugéniques explicites sont aujourd'hui dénoncées, les présupposés capacitistes sous-jacents et les attitudes discriminatoires demeurent répandus dans la société canadienne et contribuent à l'exclusion continue des jeunes handicapé-es de l'accès à des informations, des occasions et des services importants et nécessaires en matière de santé sexuelle (Frappier 2021; Giles et coll., 2023).

« J'ai l'impression que les gens nous infantilisent beaucoup et qu'ils pensent que c'est bizarre qu'on veuille être en relation ou avoir une sexualité. »

- Une jeune personne handicapée en groupe de discussion

La promotion des droits sexuels des jeunes handicapé-es nécessite de :

répondre à la stigmatisation et aux idées fausses qui empêchent les jeunes handicapé-es de s'exprimer et de s'épanouir sexuellement

promouvoir un accès équitable aux informations, services et soutiens nécessaires et appropriés en matière de santé sexuelle

La promotion des droits sexuels des jeunes handicapé-es nécessite de :

adopter des lois et des politiques qui préviennent la stérilisation forcée ou coercitive et qui définissent des exigences spécifiques pour assurer que les jeunes handicapé-es puissent donner un consentement préalable libre et éclairé sur ce qui est fait à leur corps

Initiative pour les droits sexuels (2018); Comité sénatorial permanent des droits de la personne (2022)

Point de synthèse :

L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît que la sexualité et la santé sexuelle font partie intégrante de la personne et sont essentielles à toute vie humaine. Les droits sexuels des jeunes handicapé-es, y compris leurs droits de faire des choix concernant leur vie sexuelle et d'avoir des relations amoureuses et sexuelles épanouissantes, sont par ailleurs établis dans la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH) des Nations Unies.

Cependant, les droits sexuels des jeunes handicapé-es demeurent largement négligés et ignorés. Les présupposés capacitistes et les attitudes discriminatoires qui sous-tendaient jadis des lois et politiques eugéniques contribuent encore à exclure les jeunes handicapé-es de l'éducation et des services en matière de santé sexuelle, et à limiter leurs possibilités d'expression sexuelle.

La promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es nécessite d'assurer le respect de leurs droits sexuels, y compris ceux de prendre des décisions concernant leur corps et de poursuivre des objectifs librement choisis.

Promouvoir la santé et le bien-être en général et améliorer la qualité de vie

Le bien-être sexuel fait référence à la manière dont un individu perçoit un large éventail de désirs et d'expériences d'ordre physique, mental, émotionnel et social en lien avec la sexualité (Laumann et coll., 2006; CIÉSCAN/SIECCAN, 2019). Chaque personne définit, vit et exprime sa sexualité différemment et, par conséquent, vit le bien-être sexuel de manière unique.

L'expérience du bien-être sexuel nécessite à la fois de prévenir les expériences négatives (p. ex., infections transmissibles sexuellement, grossesses non intentionnelles, violence et discrimination sexuelles et fondées sur le genre) et de favoriser les expériences positives (p. ex., satisfaction liée aux relations sexuelles et interpersonnelles, acceptation de soi, sentiments d'appartenance et d'inclusion; CIÉSCAN/SIECCAN, 2019).

La sexualité est un aspect fondamental de la personne et est essentielle à la santé et au bien-être général de tou-te-s, y compris les personnes handicapées (Shah, 2017).

Une meilleure santé et une plus grande satisfaction sexuelle sont associées à la santé et au bien-être physiques et psychosociaux de façon générale (p. ex., diminution des sentiments d'anxiété et de dépression, amélioration de l'estime de soi, renforcement du sentiment d'appartenance; Carcedo et coll., 2020; Hensel et coll., 2016). Pour les personnes handicapées, une plus grande satisfaction sexuelle est associée à une plus grande satisfaction dans la vie (Moin et coll., 2009).

Comme les jeunes non handicapé-es, de nombreux(-ses) jeunes handicapé-es ont des désirs sexuels et veulent avoir des expériences sexuelles

et/ou amoureuses. Dans une enquête du CIÉSCAN auprès de jeunes (de 16 à 24 ans) au Canada, environ deux tiers des jeunes handicapé-es¹ ont déclaré avoir été sexuellement actif(-ve)s : 65 % ont touché les parties génitales d'un-e partenaire pour le plaisir; 59 % ont eu des relations sexuelles pénis-vagin; 42 % ont eu des relations sexuelles pénis-anus et 58 % ont eu des relations sexuelles orales (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023c). Cependant, des idées fausses concernant leurs désirs sexuels et des scripts sexuels qui ne tiennent pas compte de leurs besoins et expériences uniques empêchent souvent les personnes handicapées d'avoir les expériences sexuelles et/ou amoureuses qu'elles souhaitent (Dune, 2014a; Sakaluk et coll., 2014; Sakellariou, 2006).

« Les gens pensent qu'on ne devrait pas aimer ou être aimé-e, qu'on devrait se concentrer à survivre. »

- Une jeune personne handicapée en groupe de discussion

Alors que les scripts sexuels dominants insistent souvent sur la performance physique et l'orgasme, certaines personnes handicapées n'ont pas toujours besoin d'activités sexuelles fréquentes et d'orgasmes pour être sexuellement satisfaites (McCabe et Taleporos, 2003; Thrussell et coll., 2018). En revanche, l'intimité (c.-à-d., un sentiment de proximité et d'affection, de même que le respect et l'amitié réciproques dans une relation) pourrait être plus importante pour améliorer la santé et le bien-être sexuels chez certaines personnes handicapées (Leibowitz, 2005; Morozowski et Roughley, 2020; Osborne et coll., 2023).

Il est également important de reconnaître l'existence d'une diversité d'identités de genre et d'orientations sexuelles chez les jeunes handicapé-es, autant que chez les non-handicapé-es (Giles et coll., 2023). Par

1 Ces statistiques concernent les 110 jeunes handicapé-es qui ont indiqué avoir un handicap de mobilité, de dextérité et/ou de flexibilité.

exemple, certain-es jeunes handicapé-es s'identifient comme asexuel-les, LGBTQ+ (lesbiennes, gai-es, bisexuel-les, queers et d'autres identités émergentes) ou transgenres (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023c). L'activité et/ou les relations sexuelles peuvent varier considérablement selon les types de handicaps physiques, entre personnes handicapées et non handicapées, selon les identités de genre et les orientations sexuelles, et selon d'autres dimensions de la différence.

Lorsque les différentes façons dont la sexualité peut être exprimée et vécue sont respectées et acceptées, cela peut conduire à une expansion bénéfique des conceptualisations de la santé et du bien-être sexuels qui incluent les besoins et les droits de toutes les personnes.

Point de synthèse :

Le bien-être sexuel désigne la manière dont un individu définit et vit une vaste gamme d'expériences et de désirs d'ordre physique, mental, émotionnel et social en lien avec la sexualité; il contribue à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la santé et au bien-être en général.

Tout comme les jeunes non handicapé-es, de nombreux(-ses) jeunes handicapé-es ont des désirs sexuels et veulent s'engager dans des relations amoureuses. Cependant, des présupposés capacitistes sur la sexualité des personnes handicapées et des scripts sexuels qui ne tiennent pas compte de leurs expériences peuvent contribuer à ce que les jeunes handicapé-es ne se considèrent pas comme des êtres sexuels ou ne soient pas perçu-es de cette façon par les autres.

Les jeunes handicapé-es sont également très diversifié-es. L'activité sexuelle et/ou les relations sexuelles peuvent prendre des formes très différentes selon les dimensions de la différence (p. ex., type de handicap, identité de genre, orientation sexuelle). Élargir les conceptualisations de la sexualité pour y inclure des expériences plus diversifiées peut permettre aux jeunes handicapé-es de s'engager dans des expériences et des relations sexuelles/ amoureuses qui répondent mieux à leurs besoins et désirs, et qui sont positives et réciproques.

Réduire la vulnérabilité et atténuer les résultats négatifs

Prévention des abus

Les personnes handicapées² sont plus susceptibles que les personnes non handicapées d'être la cible de violence (Cotter, 2018; Statistique Canada, 2021; Savage, 2021). Selon l'Enquête sociale générale sur la victimisation de 2019 au Canada, les personnes handicapées sont presque trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence (c.-à-d. agression sexuelle, vol qualifié ou agression physique) que les personnes non handicapées (141 incidents par 1 000, contre 53 incidents par 1 000); et les femmes handicapées³ sont plus à risque (184 incidents violents par 1 000 femmes handicapées, contre 84 incidents violents par 1 000 hommes handicapés; Statistique Canada, 2021).

Les personnes handicapées sont plus susceptibles que les personnes non handicapées de vivre une forme ou une autre de violence entre partenaires intimes (VPI) au cours de leur vie (Savage, 2021). Selon l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018 au Canada, plus de la moitié des femmes handicapées (55 %) qui ont déjà eu une relation intime avaient vécu une forme de VPI au cours de leur vie; et elles étaient plus susceptibles d'être victimes de VPI que les femmes non handicapées (37 %). Les hommes handicapés étaient également plus susceptibles que les hommes non handicapés de vivre de la VPI au cours de leur vie (44 % contre 32 %).

En Ontario, de récentes recherches populationnelles indiquent que les femmes handicapées en âge de procréer (15 à 44 ans) sont plus susceptibles de

déclarer avoir été agressées que les femmes non handicapées en âge de procréer (Tarasoff, Lunsky et coll., 2020).

Différences dans les expériences d'abus selon le genre

Les expériences d'abus et de violence peuvent également varier en fonction du genre. Les hommes handicapés peuvent être plus susceptibles de vivre de la violence physique, tandis que les femmes handicapées sont plus susceptibles de vivre de la violence sexuelle (Dammeyer et Chapman, 2018; Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN) Canada, 2019; Malihi et coll., 2021).

Selon l'Enquête sociale générale sur la victimisation de 2014 au Canada, près de 90 % des Canadien-nes handicapé-es ayant vécu une agression sexuelle étaient des femmes et, parmi les Canadien-nes handicapé-es ayant vécu de la VPI, les femmes handicapées étaient plus susceptibles que les hommes handicapés de vivre les formes de violence les plus sérieuses (39 % contre 16 %), d'être blessées physiquement (46 % contre 29 %), de craindre pour leur vie (38 % contre 14 %) et de chercher des services de soutien formels (71 % contre 29 %; Cotter, 2018).

Une étude australienne a révélé que, parmi les jeunes handicapé-es (14-21 ans), les personnes transgenres et non binaires étaient plus susceptibles d'être la cible de violence verbale, de harcèlement et d'agression sexuelle que les personnes cisgenres (Hill et coll., 2022). De plus, parmi les adultes handicapé-es, une plus grande proportion de personnes non binaires ont

-
- 2 Il convient de noter qu'une grande partie des recherches mentionnées dans la section « Réduire la vulnérabilité et atténuer les résultats négatifs » incluent d'autres handicaps comme ceux liés à l'audition, à la vision, à la douleur, à la mobilité, à la flexibilité, à la dextérité, à l'apprentissage, au développement, à la mémoire ou à la santé mentale ou psychologique. Dans cette section, nous mentionnons explicitement les handicaps physiques dont il est question lorsqu'une recherche citée concerne spécifiquement les jeunes handicapé-es ayant une déficience physique.
 - 3 Dans leur description des différences entre les genres, les études citées ne font pas la distinction entre personnes cisgenres et transgenres.

indiqué avoir vécu de la violence de la part d'un-e partenaire intime (75 %) et d'un-e membre de la famille (85 %), comparativement aux femmes et aux hommes transgenres et cisgenres. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les expériences d'abus et de violence chez les personnes handicapées de diverses identités de genre.

Types d'abus et de violence rencontrés parmi les personnes handicapées

Exemples de diverses formes d'abus que vivent des personnes handicapées :
Psychologique/verbal (p. ex., insultes ou moqueries, menaces, contrôle et obligation de se livrer à des comportements non désirés)
Financier (p. ex., vol d'argent par un-e prestataire de soins, mauvaise gestion d'argent par d'autres personnes, directives sur l'utilisation de leur argent, vol d'objets dans leur maison)
Refus de services et d'aides (p. ex., refus du soutien nécessaire aux soins personnels, refus d'aides à l'accessibilité)
Physique (p. ex., violence entraînant des blessures graves)
Sexuel (p. ex., attouchements inappropriés par un-e prestataire de soins, obligation de se livrer à des comportements sexuels non désirés)
Destruction de biens (p. ex., dommages aux aides à l'accessibilité, destruction de la maison et de la voiture)
Rajan (2011)

Puisque de nombreuses personnes handicapées ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes, les formes d'abus liées aux soins (c.-à-d., commises par un-e membre de la famille, un-e aidant-e ou un-e

partenaire intime qui fournit des soins personnels à une personne handicapée) sont particulièrement préoccupantes (Dockerty et coll., 2015; Findley et coll., 2016; Hassouneh-Phillips et Curry, 2002).

Selon l'Enquête sociale générale sur la victimisation de 2014 au Canada, près de la moitié (44 %) des femmes handicapées victimes de violence ont déclaré que l'auteur-e était une personne qu'elles connaissaient, et près du tiers des incidents violents s'étaient produits dans leur maison (Cotter, 2018).

Les personnes handicapées qui reçoivent une aide pour leurs soins personnels (p. ex., prendre un bain, aller aux toilettes) depuis un jeune âge pourraient avoir appris à accepter toutes sortes de touchers personnels (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Sans occasion explicite d'apprendre et de pratiquer l'autodétermination, les personnes handicapées peuvent manquer d'autonomie corporelle et ne pas être en mesure de reconnaître des attouchements inappropriés (Bahner 2012; Agence de la santé publique du Canada, 2013).

De plus, lorsque des personnes handicapées sont maltraitées par une personne sur laquelle elles comptent pour répondre à leurs besoins personnels, elles pourraient avoir l'impression de devoir « accepter » des comportements violents et préjudiciables, car elles n'ont peut-être pas d'autres moyens de subvenir à leurs besoins personnels (Dockerty et coll., 2015; Plummer et Findley, 2012; Rajan, 2011).

Il est important de reconnaître les formes d'abus qui ciblent directement les personnes handicapées (p. ex., aides à l'accessibilité et prestation de soins) afin de prendre des mesures appropriées pour les prévenir et y répondre (Findley et coll., 2016; McFarlane et coll., 2001; Robinson-Whelen et coll., 2010). Par ailleurs, les organismes de soutien aux personnes victimes d'abus doivent s'assurer que leurs services sont accessibles aux jeunes handicapé-es et inclusifs à leur égard (Cotter, 2018).

Facteurs contribuant aux expériences d'abus et de violence chez des personnes handicapées

En ce qui concerne la sécurité des jeunes handicapé-es, il est important d'examiner comment la société rend les personnes handicapées plus vulnérables aux abus et à la violence, plutôt que de les considérer comme étant intrinsèquement vulnérables (Hollomotz, 2011).

Facteurs systémiques qui augmentent le risque d'abus et de violence chez les personnes handicapées :

Stigmatisation et capacitisme

Faible statut socioéconomique

Accès limité aux ressources sociales et de santé

Isolement social

Meseguer-Santamaría et coll. (2021)

La dévalorisation sociale et la déshumanisation des personnes handicapées au sein de la société les rendent plus susceptibles de vivre des abus et de la violence (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023d).

« J'ai l'impression que le fait d'avoir un handicap et d'être une femme handicapée, en particulier, d'après mon expérience vous expose à de nombreux dangers dans les relations sexuelles et les fréquentations, car vous ne savez pas ce qui vous attend, que ce soit du capacitisme, de la violence ou simplement des personnes qui ne sont pas ouvertes. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Une stigmatisation intériorisée et des expériences vécues de maltraitance et de discrimination peuvent contribuer à une faible estime de soi chez des personnes handicapées, ce qui pourrait accroître leur vulnérabilité à des expériences futures de maltraitance (Hassouneh-Phillips et Curry, 2002; Meseguer-Santamaría et coll., 2021; Shah, 2017).

« ... particulièrement avec des gens qui sont là pour te fétichiser ou qui ne veulent pas te voir comme une personne à part entière, mais seulement pour ton handicap, quel qu'il soit, ça peut être vraiment difficile de contourner ces choses et de se considérer comme étant digne de vivre des expériences [de fréquentation ou de relation amoureuse ou sexuelle]... »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Par ailleurs, des décisions sont souvent prises pour les jeunes handicapé-es sans leur implication significative (Giles et coll., 2023).

Bien que ce soit souvent dans l'intention de protéger, le fait de restreindre les possibilités d'autodétermination des jeunes handicapé-es encourage la docilité, y compris la conformité à des décisions prises pour les jeunes handicapé-es par des personnes qui n'ont peut-être pas leurs meilleures intentions à cœur.

Par conséquent, il se peut que les jeunes handicapé-es n'acquièrent pas les compétences nécessaires pour évaluer leurs propres besoins et la confiance nécessaire pour faire leurs propres choix, ce qui les rend plus vulnérables aux abus et à l'exploitation (Araten-Berman et coll., 2017; Hollomotz, 2011).

Enfin, l'accès limité à une éducation à la santé sexuelle accessible aux jeunes handicapé-es et tenant compte de leurs besoins contribue

également à les rendre plus vulnérables en les empêchant d'acquérir les connaissances dont ils/elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être sexuels (Giles et coll., 2023; Hollomotz, 2011; Taylor et Abernathy, 2022).

Prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des grossesses non intentionnelles

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont des infections que l'on peut contracter par contact sexuel (Agence de la santé publique du Canada, 2020). La grossesse non intentionnelle est une grossesse qui n'était pas planifiée ou qui survient à un moment inopportun (Institute of Medicine (US) and Committee on Unintended Pregnancy, 1995). La promotion de la santé sexuelle peut jouer un rôle important en donnant aux individus des moyens de prendre des décisions éclairées pour leur santé sexuelle, y compris en prévention des ITS et sur l'usage de contraceptifs (CIÉSCAN, 2019).

Cependant, les personnes handicapées n'ont souvent pas accès aux informations et services nécessaires et pertinents en matière de santé sexuelle. Par conséquent, elles peuvent avoir un risque accru d'ITS ou de grossesse non intentionnelle (Brennand et Santinele Martino, 2022; Parekh et coll., 2023; Brown et coll., 2020; Horner-Johnson et coll., 2020).

« Ça va jusqu'au point où des personnes non handicapées pensent qu'on n'a pas de sexe du tout. Même mon plus récent médecin de famille a refusé au début de me prescrire une méthode contraceptive, parce qu'il disait : "Tu n'en as pas besoin, tu ne peux pas avoir de relations sexuelles." J'ai dû m'asseoir avec lui et lui expliquer que j'avais bel et bien des relations sexuelles. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Prévention du cancer du col utérin

Les personnes ayant un col de l'utérus ont un risque de cancer du col utérin (Centers for Disease Control and Prevention, 2023b). La plupart des cancers du col utérin sont causés par le virus du papillome humain (VPH).

Le vaccin contre le VPH est très efficace pour prévenir la plupart des cas de cancer du col utérin, en particulier s'il est administré à la préadolescence (Partenariat canadien contre le cancer, 2020). À l'heure actuelle, des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, financés par l'État, sont offerts dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens. Toutefois, lors d'une enquête du CIÉSCAN auprès des jeunes (de 16 à 24 ans) au Canada, 14 % des jeunes handicapé-es⁴ de sexe féminin assigné à la naissance ont dit n'avoir pas reçu le vaccin contre le VPH et 24 % de plus ne savaient pas si elles/ils avaient reçu le vaccin contre le VPH (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023c). Par rapport aux jeunes non handicapé-es de sexe féminin assigné à la naissance, un pourcentage nettement plus élevé de jeunes handicapé-es de sexe féminin assigné à la naissance ont dit ne pas savoir si elles/ils avaient reçu le vaccin contre le VPH (24 % contre 15 %). Ces résultats indiquent que de nombreux(-ses) jeunes handicapé-es ne sont pas pleinement informé-es sur le vaccin contre le VPH et/ou sur la manière d'y accéder.

4 Ces statistiques concernent les 516 jeunes handicapé-es qui ont indiqué avoir tout type de handicap, et pas seulement un handicap lié à la mobilité, à la dextérité et/ou à la flexibilité.

Le test de Papanicolaou (test Pap), qui permet de détecter les lésions précancéreuses de manière précoce, est généralement recommandé tous les 2 ou 3 ans pour les personnes ayant un col de l'utérus, à partir de l'âge de 21 ou 25 ans et jusqu'à 65 à 70 ans (Partenariat canadien contre le cancer, 2021). Les lignes directrices spécifiques sur le dépistage du cancer du col utérin varient selon les provinces et territoires. Cependant, les femmes handicapées ayant une déficience physique sont moins susceptibles que celles non handicapées de recevoir un dépistage du cancer du col utérin (Baruch et coll., 2022; Lofters et coll., 2014; McRee et coll., 2010) et plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du col utérin (Iezzoni et coll., 2021).

Les personnes handicapées peuvent avoir une sensibilisation et une connaissance limitées de l'importance du dépistage du cancer du col utérin et de la manière d'y accéder (Chan et coll., 2022). Dans l'étude de McRee et coll. (2010), les femmes handicapées ayant une déficience physique étaient tout aussi susceptibles d'accéder à des services de soins génésiques que les femmes non handicapées, mais moins susceptibles de recevoir un test Pap. Il est possible que des prestataires de services de santé ne recommandent pas le test Pap aux femmes handicapées dans la même mesure qu'aux non handicapées. Des présupposés sur la sexualité des personnes handicapées peuvent contribuer à la perception que le dépistage du cancer du col utérin n'est pas nécessaire pour les personnes handicapées, ce qui fait en sorte qu'il n'est pas équitablement proposé aux personnes handicapées (Cooper et Yoshida, 2007; Ramjan, 2016). L'inaccessibilité physique des établissements de soins et le manque d'équipements adaptés sont d'autres obstacles importants à l'accès des jeunes handicapé-es au dépistage du cancer du col utérin (Iezzoni et coll., 2021; Kilic et coll., 2019; Rivera Drew et Short, 2010; Story et coll., 2009).

« Pourquoi est-ce si difficile d'avoir accès à des outils et dépistages de santé sexuelle? Par exemple, quand doit-on passer un test Pap? Tous les deux ans une fois qu'on a des relations sexuelles? Pas moi... Ils n'étaient pas capables d'insérer l'instrument dans mon corps, donc ils ont simplement décidé que je n'avais probablement pas besoin d'un test Pap. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Justice reproductive : grossesse, conséquences périnatales négatives et accès aux services d'avortement

La grossesse est fréquente parmi les personnes handicapées. Selon des données populationnelles de l'Ontario, une grossesse sur huit concerne une personne handicapée (Brown et coll., 2020). Par ailleurs, les taux de grossesse chez les femmes handicapées ayant des déficiences physiques et sensorielles ne sont que légèrement inférieurs à ceux des femmes non handicapées.

La justice reproductive réfère au droit de toutes les personnes de choisir d'avoir ou non des enfants, et si oui, à quel moment et avec qui; et d'accéder aux soutiens nécessaires pour s'occuper de leurs enfants (Fletcher et coll., 2023). Or les droits génésiques des personnes handicapées ont été traditionnellement restreints et les idées fausses sur leur capacité à devenir parents continuent de nuire à leur accès aux soutiens dont elles ont besoin pour faire des choix génésiques et les réaliser en toute sécurité (National Women's Law Center, 2022; Nguyen, 2020; Comité sénatorial permanent des droits de la personne, 2022).

Les personnes handicapées qui deviennent enceintes ont un risque accru de complications périnatales (c.-à-d. pendant la grossesse et/ou l'accouchement) comme le diabète sucré de grossesse, l'hypertension gestationnelle et l'accouchement par césarienne (Tarasoff, Ravindran et coll., 2020). Les nouveau-nés de personnes

handicapées ont également un risque accru de complications néonatales (p. ex., naissance prématurée, morbidité néonatale et admission en unité de soins intensifs néonataux [USIN]; Brown et coll., 2022).

Les iniquités en santé dues aux obstacles à l'éducation, à l'emploi et aux services de santé contribuent à une moins bonne santé préconceptionnelle chez les personnes handicapées, ce qui peut les prédisposer à d'éventuels résultats périnataux défavorables (Shah et coll., 2024; Tarasoff, Ravindran et coll., 2020). En outre, des soins périnataux et postnatals inadéquats et inaccessibles peuvent faire en sorte que des personnes handicapées ne reçoivent pas le soutien approprié et nécessaire (Tarasoff, Saeed et coll., 2023).

Une autre composante importante de la justice reproductive est le choix volontaire d'interrompre une grossesse légalement et en toute sécurité (Action Canada pour la santé et les droits sexuels, 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2023). Or des présupposés capacitistes sur le potentiel des personnes handicapées à avoir des enfants peuvent contribuer à ce que certaines d'entre elles se voient poussées à avorter contre leur gré, voire contraintes de le faire, en raison de la croyance selon laquelle elles ne sont pas aptes à devenir parents (Hassan et coll., 2023; Nguyen 2020). Des obstacles à l'accès aux services de santé génésique (p. ex., informations de santé inaccessibles ou non fiables, obstacles physiques, attitudes négatives de la part de prestataires de services de santé) peuvent limiter l'accès de jeunes handicapé-es à des soins d'avortement appropriés et sûrs (Nguyen, 2020).

Point de synthèse :

Les personnes handicapées sont plus susceptibles que les personnes non handicapées d'être victimes d'abus et de violence. Les formes d'abus liés aux soins sont particulièrement préoccupantes chez les jeunes handicapé-es, car les personnes censées les soutenir sont souvent les auteures des abus. La stigmatisation et la dévalorisation sociale des personnes handicapées augmentent non seulement leur vulnérabilité aux abus, mais réduisent également leur accès à des soutiens et des services sûrs et dignes de confiance en matière de sexualité.

Les personnes handicapées sont plus susceptibles que les personnes non handicapées d'avoir des résultats de santé sexuelle négatifs, notamment des taux plus élevés d'ITS, de grossesse non intentionnelle, de cancer du col utérin et de résultats périnataux défavorables. Les obstacles à l'accès à l'éducation et aux services de santé sexuelle pour les personnes handicapées peuvent limiter les connaissances des jeunes handicapé-es et leur accès à des services de santé sexuelle et génésique appropriés et sûrs.

Pour réduire la vulnérabilité et les résultats négatifs des jeunes handicapé-es, il faut répondre à la stigmatisation, fournir aux personnes handicapées une éducation à la santé sexuelle adaptée à leurs besoins et désirs, assurer un accès équitable aux services de santé sexuelle, combler les lacunes dans les connaissances et la formation des prestataires de services, et rendre les communautés et les établissements de soins plus accessibles physiquement.

SECTION 2 : OBSTACLES À LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES HANDICAPÉ-ES

Cette section s'appuie sur le Modèle socioécologique (MSÉ) pour décrire les obstacles à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal.

Définitions clés

Capacitisme sexuel	Le capacitisme sexuel désigne les attentes sexuelles réduites de la société à l'égard des personnes handicapées, qui peuvent se manifester par des attitudes négatives et des présupposés concernant la sexualité des personnes handicapées, de même que par des politiques d'exclusion et des espaces inaccessibles qui restreignent leurs droits sexuels (Mintz, 2022).
Estime sexuelle	L'estime sexuelle réfère à la perception qu'une personne a d'elle-même en tant qu'être sexuel, y compris le degré auquel elle se sent attirante et apte sur le plan sexuel, ce qui peut avoir un impact sur son estime de soi (Hassouneh-Phillips et McNeff, 2005).
Modèle médical du handicap	Selon le modèle médical du handicap, les désavantages rencontrés par les personnes handicapées sont principalement dus à leurs déficiences (c.-à-d., conditions affectant la structure et/ou fonction corporelle; Goering, 2015).
Modèle social du handicap	Selon le modèle social du handicap, les désavantages rencontrés par les personnes handicapées sont principalement dus à des obstacles dans leur environnement social et physique (Oliver, 1995).

Application du Modèle socioécologique à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es

Selon le Modèle socioécologique (MSE), l'expérience d'un individu est le produit d'une interaction complexe entre des facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux (Bronfenbrenner et Morris, 1998). L'utilisation de ce modèle permet une compréhension plus nuancée de facteurs interreliés, dans divers niveaux de la société, qui contribuent à favoriser ou à entraver la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es; et elle met en relief l'importance de solutions à divers niveaux de la société pour améliorer la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es.

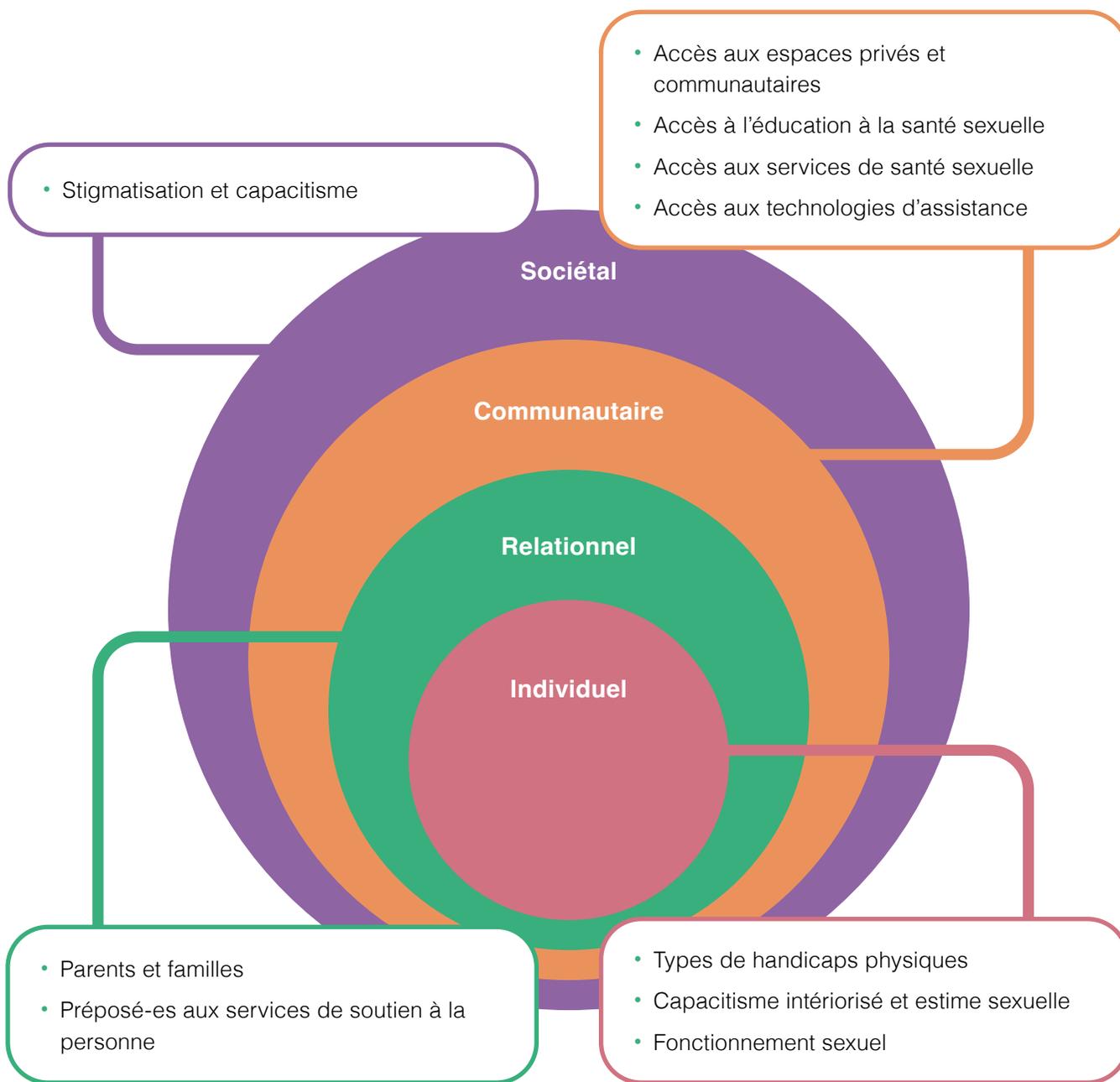


Figure 2 : Le Modèle socioécologique des facteurs ayant un impact sur la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es

Facteurs sociétaux

Stigmatisation et capacitisme

Le capacitisme est un système ancré dans des croyances négatives (p. ex., présumés et stéréotypes) et des sentiments négatifs (p. ex., malaise) à la fois conscients et inconscients à l'égard des personnes handicapées (Commission ontarienne des droits de la personne, 2016). Le capacitisme peut se manifester par la discrimination, l'exclusion sociale et des occasions limitées pour les personnes handicapées de participer à part entière à la société.

Pour mieux comprendre comment les présumés et les stéréotypes capacitistes ont vu le jour, il est utile d'examiner comment le handicap est conceptualisé. Le modèle médical du handicap est généralement le cadre dominant pour la compréhension du handicap. Même si ce modèle a contribué à d'importantes avancées de la recherche médicale, qui ont été bénéfiques aux personnes handicapées (p. ex., prolongement de l'espérance de vie, atténuation de la douleur, amélioration du fonctionnement), il considère largement les corps/esprits handicapés comme étant déficients et nécessitant des correctifs (Crow, 2010; Goering, 2015). Dans ce contexte, les désavantages que rencontrent les personnes handicapées (p. ex., limitations d'activités, restriction de la participation) ne peuvent être corrigés que par des traitements médicaux et des remèdes (p. ex., interventions médicales, réadaptation, thérapie; Cameron, 2007; Crow, 2010).

Cependant, le modèle médical fait fi des manières par lesquelles la société désavantage les personnes handicapées et crée des obstacles à leur participation à part entière à la communauté (p. ex., attitudes sociales négatives, politiques d'exclusion, infrastructures inaccessibles; Cameron, 2007; Goering, 2015; Petasis, 2019). En outre, le fait de considérer les corps/esprits handicapés comme étant déficients contribue à les stigmatiser et les dévaloriser, de même que leurs manières d'être.

En matière de santé sexuelle, le modèle médical contribue à de fausses croyances (p. ex., les personnes handicapées n'ont pas de désirs

sexuels; ne sont pas capables d'avoir des relations amoureuses) et à des attitudes négatives concernant la sexualité des personnes handicapées (p. ex., les personnes handicapées ne sont pas considérées comme de potentiels partenaires amoureux(-ses)/sexuel(-les) (Shah, 2017).

« ... J'ai même des ami-es non handicapé-es qui vont jusqu'à me dire : "Attends, mais comment tu fais ça [avoir des relations sexuelles]? Je ne pensais pas que tu pouvais faire ça". »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Le capacitisme sexuel désigne les attentes sexuelles réduites de la société à l'égard des personnes handicapées, qui peuvent se manifester par des attitudes négatives et des présumés concernant leur sexualité, de même que par des politiques d'exclusion et des espaces non accessibles qui restreignent leurs droits sexuels (Mintz, 2022).

Le capacitisme sexuel contribue au développement d'une estime sexuelle négative chez les personnes handicapées et limite leurs occasions d'avoir des relations et des expériences sexuelles sécuritaires et significatives (Dune, 2014a).

« ... Bien des gens croient que les personnes handicapées n'ont pas de sentiments/pensées par rapport au fait d'être aimées. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Des exemples d'occasions limitées d'expression et de santé sexuelles pour les personnes handicapées :

Accès limité aux informations sur la santé sexuelle (p. ex., les prestataires de services et les parents ne parlent pas de manière proactive de santé sexuelle avec les personnes handicapées; l'éducation à la santé sexuelle à l'école n'est pas offerte aux personnes handicapées)

Accès limité aux services de santé sexuelle (p. ex., les prestataires de services de santé n'offrent pas de dépistages d'ITS et de tests Pap aux personnes handicapées, croyant ces services inutiles; accès limité à des équipements adaptés pour fournir des dépistages d'ITS/tests Pap en toute sécurité)

Restriction des occasions d'expression sexuelle (p. ex., les personnes handicapées ne sont pas approché-es dans un cadre romantique/sexuel; obstacles physiques lors des sorties (« dates »); accès restreint aux espaces privés)

Emphase excessive sur la prévention des résultats négatifs et manque d'attention aux aspects positifs de la sexualité (p. ex., le plaisir sexuel n'est pas encouragé chez les personnes handicapées)

Bahner (2012); Benoit et coll. (2022); Chan et coll. (2022); East et Orchard (2014); Tepper (2000)

Le modèle social du handicap a émergé en réponse à l'impact néfaste et aux limites du modèle médical; il s'éloigne de la problématisation des corps handicapés pour répondre aux obstacles sociaux et environnementaux qui créent des désavantages pour les personnes handicapées (Oliver, 1995). Dans ce contexte, la promotion de la santé sexuelle vise à aborder les obstacles physiques et sociaux qui contribuent aux inégalités en matière de santé sexuelle pour les personnes handicapées et à

favoriser pour elles un accès plus équitable à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle de même qu'à des occasions d'expression sexuelle (Dune, 2014b; Sakellariou, 2006; Shah, 2017). En outre, le modèle social du handicap permet d'élargir les conceptualisations de la sexualité pour y intégrer davantage les corps et les expériences des personnes handicapées, de sorte que les jeunes handicapé-es puissent apprécier pleinement les diverses façons de vivre et d'exprimer leur sexualité (Bahner, 2012; Dune, 2014a; Esmail, Darry, et coll., 2010; Osborne et coll., 2023).

Facteurs communautaires

Accès aux espaces privés et communautaires

Les fréquentations et les expériences romantiques ou sexuelles nécessitent d'avoir accès à des espaces privés (p. ex., pour l'intimité) et communautaires (p. ex., pour socialiser et faire des rencontres). Or les personnes handicapées rencontrent souvent des obstacles dans l'accès aux espaces privés et communautaires (Santinele Martino, 2020; Santinele Martino et Kinitz, 2022).

L'accès aux espaces privés peut être limité pour les jeunes handicapé-es qui vivent avec leurs parents ou dans un foyer de groupe ou qui reçoivent un soutien de la part d'un-e préposé-e aux soins (Appel, 2010; Bahner, 2012; Dewson et coll., 2018; Wiegerink et coll., 2011).

Au Canada, les personnes handicapées font face également à de nombreux obstacles dans l'accès à un logement abordable, de qualité et adéquat (Société Alzheimer du Canada et coll., 2017; Gouvernement du Canada, 2022). Nombre d'entre elles rencontrent de la discrimination liée au logement, vivent dans la pauvreté ou n'ont pas accès à des options de logement supervisé adéquates, ce qui peut limiter leur autonomie et leur vie privée.

L'accès des jeunes handicapé-es à des espaces communautaires peut être restreint en raison d'obstacles physiques et financiers limitant les occasions de rencontrer des partenaires

sexuel-les et romantiques ou de s'engager dans des fréquentations/rerelations (Dune, 2014a; Shakespeare, 2000). Par exemple, les lieux habituels où les gens socialisent ou rencontrent de potentiel-les partenaires (p. ex., restaurants, bars, boîtes de nuit, lieux de travail) ne sont pas toujours physiquement accessibles aux personnes handicapées (Dune, 2014a). En outre, l'accessibilité d'espaces 2ELGBTQINA+⁵ tels que la Fierté et d'autres événements semblables peut être réduit pour les personnes handicapées.

Les personnes handicapées au Canada sont moins susceptibles d'avoir un emploi que les personnes non handicapées, et plus susceptibles de vivre dans la pauvreté (Morris et coll., 2018). Le manque de sécurité financière peut limiter la capacité des jeunes handicapé-es à avoir des fréquentations et à s'engager dans diverses activités avec un-e partenaire amoureux(-se)/intime (Bahner, 2012; Sakellariou, 2006).

Il est impératif d'adopter une approche de conception universelle afin de créer des espaces communautaires plus inclusifs. La conception universelle fait référence à la conception d'environnements (p. ex., espaces, produits ou services) de manière à ce qu'ils « soient accessibles, compréhensibles et utilisables dans toute la mesure du possible par toutes les personnes » (National Disability Authority, 2020). **Cette approche nécessite de prendre en compte les besoins des personnes handicapées dans les processus de conception afin de permettre à celles qui le souhaitent d'utiliser les espaces, produits et services.**

Enfin, il est crucial de répondre aux facteurs systémiques (p. ex., inaccessibilité physique des espaces publics, logement, transport, sécurité financière) qui contribuent à l'exclusion sociale des jeunes handicapé-es, afin de leur offrir davantage

des occasions de rencontrer des partenaires potentiel-les et de s'engager dans des activités de fréquentation avec des partenaires.

Accès à l'éducation à la santé sexuelle

L'éducation complète à la santé sexuelle joue un rôle important dans l'amélioration de la santé et du bien-être sexuels, en outillant les jeunes des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et leurs relations (CIÉSCAN/SIECCAN, 2019; 2020a). Cependant, l'éducation à la santé sexuelle fournie dans les cadres éducatifs formels (p. ex., à l'école) et informels (p. ex., à la maison) est souvent insuffisante pour répondre aux besoins des jeunes handicapé-es (East et Orchard, 2014; Giles et coll., 2023; CIÉSCAN, 2023c).

« Mais la plupart du temps, on n'a pas accès à ces informations. Peu importe à qui on parle, à qui on demande, on n'a pas de membre de la famille qui nous soutient et à qui poser des questions. Ou [...] les médecins n'écoutent pas. Ils/elles se disent que ce n'est pas comme si on allait avoir besoin de ces conseils. Je pense que le fait de ne pas obtenir cette aide est un problème majeur dans le système. Et ça crée un problème pour le consentement, pour la compréhension de notre sexualité... »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Les personnes enseignantes et éducateur(-trice)s sont souvent mal à l'aise d'aborder des enjeux liés à la sexualité, avec les jeunes handicapé-es, ou se sentent mal outillé-es pour le faire et pourraient ne pas être soutenu-es par les systèmes de santé/services sociaux/éducation, leur lieu de travail

5 2ELGBTQINA+ est un acronyme qui désigne les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes, non binaires, asexuelles et d'autres identités émergentes.

ou les parents pour fournir une éducation à la santé sexuelle aux jeunes handicapé-es (Bonder et coll., 2021; Esmail, Krupa, et coll., 2010; CIÉSCAN/SIECCAN, 2023a; Taylor et Abernathy, 2022).

De nombreux(-ses) jeunes handicapé-es affirment avoir été complètement exclu-es de l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire (Berman et coll., 1999; CIÉSCAN/SIECCAN, 2023b). De plus, l'éducation à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es est souvent fournie de manière réactive (c.-à-d., en réponse à un incident particulier) plutôt que proactive (c.-à-d., pour s'assurer que les jeunes handicapé-es soient bien informé-es sur leur santé sexuelle avant de prendre des décisions liées à la sexualité; East et Orchard, 2014; Giles et coll., 2023).

« On est censé-e recevoir une éducation sexuelle de base [...], mais mon conseil scolaire m'a offert une séance de physiothérapie une fois par mois. On recevait une éducation sexuelle une fois par mois, mais j'ai été retirée de ces cours d'éducation sexuelle pour aller à ma séance de physiothérapie à la place, parce que je "n'ai pas besoin d'éducation sexuelle de toute façon", vous savez... »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

La réticence à fournir une éducation à la santé sexuelle aux jeunes handicapé-es peut provenir d'un désir de les protéger, car ils/elles sont souvent perçu-es comme plus vulnérables aux expériences négatives (Giles et coll., 2023). En conséquence, les jeunes handicapé-es qui ont des besoins de soutien plus complexes ou qui ne parlent pas risquent davantage d'être laissé-es de côté (East et Orchard, 2014).

En limitant l'accès des jeunes handicapé-es aux informations nécessaires et pertinentes en matière de santé sexuelle, on limite leur capacité à prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle, ce qui les rend plus vulnérables à l'exploitation et aux abus (Giles et coll., 2023; Hollomotz, 2011; Taylor et Abernathy, 2022).

Lorsque les jeunes handicapé-es reçoivent une éducation à la santé sexuelle, les informations tendent à se concentrer sur la prévention des abus ou des grossesses, plutôt que sur l'intimité, les relations saines, l'exploration sexuelle, le plaisir et la diversité des genres et des orientations sexuelles (Berman et coll., 1999; East et Orchard, 2014; Taylor et Abernathy, 2022).

En particulier, les informations spécifiques au handicap sont insuffisantes dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle existants (Giles et coll., 2023; Heller et coll., 2016; Taylor et Abernathy, 2022).

« Je trouve que l'éducation sexuelle à l'école ne parle pas d'émotions et n'inclut pas le handicap. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Dans une enquête menée par le CIÉSCAN auprès de jeunes (de 16 à 24 ans) au Canada, seulement 48 % des jeunes handicapé-es⁶ ont indiqué que l'éducation à la santé sexuelle qu'ils avaient reçue répondait à leurs besoins et seulement 45 % ont dit qu'elle tenait compte de leur handicap (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023c). Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer dans quelle mesure le sujet de la sexualité et du handicap avait été abordé dans leur éducation à la santé sexuelle, seulement 34 % ont indiqué qu'il

6 Ces statistiques concernent les 110 jeunes handicapé-es qui ont indiqué avoir un handicap lié à la mobilité, à la dextérité et/ou à la flexibilité.

avait été bien abordé, tandis que 44 % ont indiqué qu'il n'avait pas été abordé du tout.

« Je déteste quand certaines réponses ne correspondent pas vraiment à ce que je cherche. Le handicap n'est pas inclus. J'essaie simplement d'adapter les notions à mon handicap. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

L'éducation à la santé sexuelle doit inclure la considération du handicap et elle doit promouvoir l'autonomie et l'autodétermination, le respect de soi et des autres, la formation d'une identité positive, le plaisir et la sécurité (Bonder et coll., 2021; Dune 2014a; Taylor et Abernathy, 2022).

L'accès des jeunes handicapé-es à l'éducation à la santé sexuelle leur permet de renforcer leur confiance en soi, de se sentir habilité-es, de développer des identités positives, de prendre des décisions plus éclairées, de se protéger et de satisfaire leurs besoins et leurs désirs en toute sécurité (Bonder et coll., 2021; Esmail, Krupa, et coll., 2010; Murphy et Elias, 2006; Taylor et Abernathy, 2022).

Accès aux services de santé sexuelle

Les personnes handicapées rencontrent de nombreux obstacles d'accès à des services de santé sexuelle qui répondent à leurs besoins. Dans une enquête auprès de 341 personnes handicapées, 67 % ont indiqué qu'elles souhaitaient obtenir un soutien professionnel pour des préoccupations liées à la sexualité, mais seulement 34 % de ces personnes ont effectivement consulté un-e prestataire de services de santé au sujet de leurs préoccupations (Kedde et coll., 2012). Parmi les personnes handicapées qui ont pris contact avec un-e prestataire de services de santé, seulement 32 % ont qualifié leur expérience de « positive ».

Genre

Les hommes handicapés ayant une déficience acquise sont plus susceptibles que les femmes handicapées ayant une déficience acquise de recevoir un counseling sur la santé sexuelle (Myburgh et coll., 2010; Pascual et coll., 2021). Des femmes handicapées atteintes de lésions de la moelle épinière ont indiqué que les informations sur la santé sexuelle qu'elles ont reçues pendant leur processus de réadaptation étaient largement axées sur des sujets comme les difficultés érectiles, qui ne correspondaient pas à leurs besoins et expériences (Leibowitz, 2005; Thrussell et coll., 2018). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins de santé sexuelle des femmes handicapées et des personnes de genres divers.

Formation

Les programmes professionnels destinés aux prestataires de services de santé n'incluent pas systématiquement de formation concernant la sexualité ou le handicap, et encore plus rarement sur les deux sujets à la fois (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023a; Solursh et coll., 2003; Tarasoff, Lunskey et coll., 2023; Valvano et coll., 2014). Par conséquent, les prestataires de services de santé peuvent avoir des attitudes négatives et des présupposés capacitistes à l'égard de la sexualité des personnes handicapées et se sentir mal outillé-es pour les soutenir dans leur santé sexuelle (Cooper et Yoshida, 2007; Ramjan, 2016; Malouf et coll., 2017; CIÉSCAN/SIECCAN 2023b). Cela contribue à limiter l'accès des personnes handicapées à des services de santé sexuelle de qualité (Sweeney, 2019; Shah et coll., 2024). Les prestataires de services de santé ont besoin de formation pour gérer leur capacitisme intériorisé et pour mieux comprendre comment soutenir la santé sexuelle des jeunes handicapé-es (Giles et coll., 2023).

« ... Je pense qu'ils/elles [les prestataires de services de santé] ont simplement besoin de plus d'informations, de la même façon qu'ils/elles lisent constamment de nouvelles études sur les maladies et se tiennent au courant des informations les plus pertinentes... Il faudrait faire de même pour les patient-es handicapé-es. »

- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion

Soutien

Les prestataires de services de santé doivent être mieux soutenu-es pour fournir efficacement des services de santé sexuelle aux personnes handicapées. À l'heure actuelle, des obstacles liés au lieu de travail, comme le manque de temps pour aborder la santé sexuelle lors des rendez-vous avec les personnes handicapées, la crainte d'éventuelles réactions négatives de la part des parents et le manque de soutien des collègues, peuvent empêcher les prestataires de services de santé de fournir efficacement des services de santé sexuelle aux personnes handicapées (Giles et coll., 2023; Murphy et Elias, 2006; Neufeld et coll., 2002; CIÉSCAN/SIECCAN, 2023a).

Installations

L'inaccessibilité physique d'établissements de soins de santé constitue un obstacle majeur à l'accès des personnes handicapées aux services de santé sexuelle (Chan et coll., 2022; Iezzoni et coll., 2015; Lagu et coll., 2013). Selon une étude menée aux États-Unis, de nombreux(-ses) médecins ne sont pas en mesure d'accueillir des personnes handicapées dans leur cabinet en raison de l'inaccessibilité des immeubles et/ou des salles d'examen (Lagu et coll., 2013). Les cabinets de gynécologues ont été identifiés comme étant les moins accessibles pour les personnes handicapées.

Transport

Il peut être difficile et contraignant de trouver et d'organiser un moyen de transport adéquat pour se rendre dans un établissement de soins de santé (p. ex., options limitées de transport adéquat, non-ponctualité du service de transport, retards à l'établissement de soins de santé faisant en sorte que la personne handicapée manque son transport pour rentrer chez elle), ce qui limite également l'accès des personnes handicapées aux services de santé sexuelle (Angus et coll., 2012; Chan et coll., 2022; Ramjan et coll., 2016).

Améliorer l'accessibilité physique des établissements de soins de santé et renforcer les connaissances et les compétences des prestataires de services de santé pour soutenir efficacement la santé sexuelle des jeunes handicapé-es amélioreront non seulement l'accès aux informations et au soutien nécessaires, mais encourageront aussi les jeunes handicapé-es à chercher de manière proactive des conseils et services en matière de santé sexuelle lorsqu'ils/elles en ont besoin.

Accès aux technologies d'assistance

« Technologie d'assistance » désigne les produits, équipements et systèmes qui peuvent améliorer la capacité des personnes handicapées à apprendre, à travailler et à s'engager dans d'autres activités quotidiennes (Assistive Technology Industry Association, 2023).

Exemples de technologies d'assistance pour améliorer la santé sexuelle :

Des aides à la mobilité peuvent permettre aux jeunes handicapé-es d'accéder aux espaces communautaires pour avoir des fréquentations.

Des systèmes de communication améliorée et alternative (CAA) peuvent améliorer la communication dans les relations.

Des lève-personnes mécaniques et des tables d'examen à hauteur réglable peuvent aider les jeunes handicapé-es à s'asseoir sur les tables d'examen dans les cliniques.

Des jouets sexuels et d'autres équipements (p. ex., harnais, rampes, coussins) peuvent améliorer l'activité sexuelle individuelle et de couple, en particulier pour les personnes ayant des problèmes de fonctionnement sexuel, de mobilité et de douleur chronique.

Gregory (2021); Morales et coll. (2018); O'Keefe et coll. (2007); Pritchard et coll. (2014)

Les obstacles à l'utilisation des technologies d'assistance incluent :

Des environnements physiques qui ne sont pas conçus pour répondre aux besoins des personnes qui utilisent des technologies d'assistance

Une sensibilisation et une compréhension sociétales limitées quant à l'importance des technologies d'assistance et du soutien aux personnes qui les utilisent

Des options limitées en technologies d'assistance pour améliorer la santé sexuelle

Les obstacles à l'utilisation des technologies d'assistance incluent :

Un manque de moyens formels pour recevoir des informations et du soutien dans l'utilisation de technologies d'assistance qui améliorent la santé sexuelle

Les coûts élevés des technologies d'assistance

Les technologies d'assistance pour améliorer la santé sexuelle ne sont généralement pas couvertes par les programmes gouvernementaux d'aide financière au handicap

Lagu et coll. (2013); Moorcroft et coll. (2019); Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (2023); Morales et coll. (2020)

Les prestataires de services peuvent jouer un rôle important pour informer les personnes handicapées à propos des technologies d'assistance pour améliorer la santé sexuelle (Bonder et coll., 2021). Des recherches et innovations sont également nécessaires pour élargir la disponibilité des technologies d'assistance afin de répondre aux besoins diversifiés des jeunes handicapé-es. De plus, il faut se pencher sur l'accessibilité financière des technologies d'assistance (Gregory, 2021).

Parallèlement à l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance, une approche de conception universelle est essentielle pour développer des services de santé sexuelle, des produits d'amélioration de la santé sexuelle et des espaces communautaires qui tiennent compte des besoins des jeunes handicapé-es, afin de réduire le besoin de technologies d'assistance (qui ne sont pas toujours disponibles ou accessibles).

Facteurs relationnels

Parents et familles

Les parents et les familles ont un rôle important à jouer pour faciliter l'accès des jeunes handicapé-es à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle. Toutefois, les parents/familles se sentent souvent mal à l'aise d'engager des discussions sur la sexualité avec les jeunes handicapé-es, ou mal outillé-es pour le faire (East et Orchard, 2014; Esmail, Krupa, et coll., 2010; Giles et coll., 2023). Dans une enquête du CIÉSCAN auprès de parents, au Canada, seulement 26 % de ceux/celles ayant un-e enfant handicapé-e ont indiqué qu'ils/elles encourageaient leur enfant à poser des questions sur la santé sexuelle (CIÉSCAN/SIECCAN, 2020b). Toutefois, les parents étaient favorables à ce que leur enfant reçoive une éducation à la santé sexuelle : 90 % souhaitaient que cette éducation se fasse à l'école.

Les parents/familles peuvent intérioriser la stigmatisation sociétale répandue et les préjugés concernant la sexualité des personnes handicapées, ce qui peut avoir une incidence sur leur degré de confort et de volonté à faciliter l'éducation à la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, et sur les sujets de santé sexuelle qui sont abordés (ou non) (p. ex., emphase sur la prévention des résultats négatifs et omission des aspects positifs de la sexualité; Esmail, Krupa, et coll., 2010; Giles et coll., 2023). Le fait de se préoccuper d'autres aspects de la santé et du bien-être des jeunes handicapé-es peut également conduire des parents/familles à négliger les besoins de leurs enfants en matière de santé sexuelle (East et Orchard, 2014). En outre, des ressources et un soutien limités peuvent amener des parents/familles à ne pas savoir comment fournir efficacement des informations sur la santé sexuelle à leurs jeunes handicapé-es (Esmail, Krupa, et coll., 2010; Taylor et Abernathy, 2022).

Les parents jouent également un rôle dans la promotion de l'autodétermination des jeunes handicapé-es, en leur fournissant des occasions et un soutien pour faire des choix personnels dans leur

vie quotidienne (Taub et Werner, 2023). Une meilleure capacité d'autodétermination chez les jeunes handicapé-es tend à être associée à de plus grandes possibilités d'autodétermination et de prise de décision autonome à la maison (Taub et Werner, 2023).

L'autodétermination est essentielle à la santé et au bien-être sexuels des jeunes handicapé-es : elle leur permet de faire des choix concernant leur corps, de donner un consentement éclairé et d'établir et maintenir des limites dans les relations amoureuses et sexuelles (Dune, 2014b). La capacité à agir de manière autodéterminée peut également améliorer l'estime de soi des jeunes handicapé-es (Campbell-Whatley, 2008).

Les parents et les familles ont besoin de plus de ressources et de soutien pour aborder la santé sexuelle avec les jeunes handicapé-es d'une manière qui tienne compte du handicap et pour cultiver leur autodétermination. Une meilleure collaboration entre prestataires de services, parents/familles et jeunes handicapé-es est impérative pour que toutes les parties prenantes travaillent à un objectif commun (Giles et coll., 2023).

Préposé-es aux services de soutien à la personne

Les préposé-es aux services de soutien à la personne sont des intervenant-es qui aident les personnes handicapées dans leurs activités quotidiennes (p. ex., déplacements, soins personnels, courses, rendez-vous, gestion des activités ménagères) à leur domicile, à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée (triOS College, 2021). Il existe d'autres termes pour les désigner, comme « préposé-e aux soins personnels », « soignant-e », « auxiliaire » ou « accompagnant-e ».

Les préposé-es aux services de soutien à la personne sont chargé-es d'aider les personnes handicapées dans la réponse à leurs besoins physiques et psychosociaux (triOS College, 2021), mais leur rôle n'est pas toujours clair en ce qui concerne l'accompagnement dans les besoins

sexuels (Bahner, 2016; Hall, 2018). Certaines personnes handicapées peuvent avoir besoin d'un soutien pour s'engager dans une activité sexuelle (p. ex., se déshabiller, positionner leur corps, rencontrer un-e partenaire amoureux(-se)/sexuel-le, accéder à des espaces privés; Bahner, 2016; Gutiérrez-Bermejo et Jenaro, 2022). Cependant, des préposé-es pourraient être réticent-es à soutenir les jeunes handicapé-es dans ces besoins sans avoir reçu une éducation/formation adéquate et des orientations claires sur les modes de soutien et d'éventuelles limites juridiques (Santinele Martino et Perrault-Laird, 2019).

Les politiques/lignes directrices existantes sur le rôle des préposé-es aux services de soutien à la personne dans le soutien de la santé sexuelle des personnes handicapées tendent à être soit ambiguës, soit restrictives (p. ex., insistent sur la supervision, empêchent les personnes handicapées d'avoir des comportements sexuels; Grigorovich et Kontos, 2020; Saxe et Flanagan, 2016; Santinele Martino et Perrault-Laird, 2019). L'absence d'orientations claires a souvent pour conséquence que la sexualité des jeunes handicapé-es n'est pas abordée.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la sexualité est un aspect central de la personne et, par conséquent, les besoins liés à la sexualité sont des « besoins fondamentaux » pour lesquels les jeunes handicapé-es devraient être soutenu-es (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Des politiques et lignes directrices claires, de même qu'une formation adéquate, sont nécessaires pour aider les préposé-es aux services de soutien à la personne à comprendre leur rôle dans le soutien aux droits sexuels et à la dignité des jeunes handicapé-es.

Facteurs individuels

Types de handicaps physiques

Il existe de nombreux types de handicaps physiques, chacun pouvant avoir des conséquences particulières sur la santé et le bien-être sexuels.

Les catégories courantes de handicaps physiques incluent :	
Handicaps congénitaux et handicaps acquis	Les handicaps congénitaux (p. ex., dystrophie musculaire, spina bifida) sont présents dès la naissance, tandis que les handicaps acquis (p. ex., amputation, lésion de la moelle épinière) se développent au cours de la vie (Carehome.co.uk, 2023).
Handicaps visibles⁷ et handicaps invisibles	Les expressions « visible/apparent/perceptible » (p. ex., paralysie cérébrale, lésion de la moelle épinière) et « invisible/non apparent/caché » (p. ex., fibromyalgie, sclérose en plaques) sont souvent utilisées pour distinguer les handicaps qui sont immédiatement évidents pour les autres personnes de ceux qui ne le sont pas (Dakessian, 2022; Esmail, Darry et coll., 2010; Porter et coll., 2017).

7 Nous avons choisi d'utiliser les termes « handicaps visibles » et « handicaps invisibles », mais nous reconnaissons qu'il n'existe pas de consensus quant à la terminologie la plus appropriée.

Les catégories courantes de handicaps physiques incluent :

Handicaps épisodiques

Les handicaps épisodiques (p. ex., arthrite, sclérose en plaques) sont des handicaps qui durent toute la vie, mais qui occasionnent des épisodes de déficience imprévisibles (Morris et coll., 2019). Ceux-ci peuvent varier en intensité et en durée et sont souvent suivis de périodes sans déficience.

Nous établissons ici ces distinctions afin d'illustrer comment les expériences liées à la santé et au bien-être sexuels peuvent varier selon le type de handicap physique.

Par exemple, le capacitisme sexuel peut se manifester de différentes façons pour les personnes ayant un handicap visible et invisible. Les personnes dont le handicap est invisible peuvent éviter certaines formes manifestes de discrimination que les personnes ayant un handicap visible rencontrent régulièrement (Dakessian, 2022). Dans le contexte des fréquentations, les personnes ayant un handicap visible peuvent vivre un rejet immédiat de la part de partenaires potentiel-les qui ne sont pas à l'aise avec le handicap et/ou qui manquent de compréhension (Turner, 2022), ou elles peuvent être fétichisées en raison de leur handicap (CIÉSCAN/SIECCAN, 2023b). Les personnes ayant un handicap invisible pourraient ne pas vivre les mêmes formes de rejet immédiat liées à leur handicap, mais sont confrontées à des choix difficiles concernant le dévoilement de leur handicap, par crainte d'un éventuel rejet (Heller et coll., 2016; O'Dea, 2019).

Les personnes ayant des handicaps invisibles et/ou épisodiques voient souvent la légitimité de leur handicap remise en question (Dakessian, 2022; Lightman et coll., 2009). Elles se trouvent souvent dans l'obligation de « prouver » qu'elles sont handicapées et ont besoin d'accommodements. Dans le contexte des fréquentations, cela peut rendre plus difficiles

la validation et le respect de leurs besoins, ce qui peut conduire à des expériences dangereuses ou inconfortables (O'Dea, 2019).

Le processus de développement d'une estime sexuelle positive peut être vécu différemment par les personnes ayant un handicap chronique et celles ayant un handicap acquis. Les personnes handicapées peuvent développer des sentiments plus positifs à l'égard de leur sexualité au fil du temps, ce qui indique qu'il pourrait y avoir une période d'ajustement au cours de laquelle l'individu explore de nouveaux scripts sexuels et apprend à apprivoiser sa sexualité (McCabe et Taleporos, 2003; Thrussell et coll., 2018).

Il est important de tenir compte de ces différences dans la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es.

Capacitisme intériorisé et estime sexuelle

L'estime sexuelle désigne la perception qu'une personne a d'elle-même en tant qu'être sexuel, y compris dans quelle mesure elle se sent sexuellement attirante et compétente, ce qui peut avoir un impact sur son estime de soi et ses comportements de fréquentations (p. ex., le fait d'initier ou non des relations amoureuses/sexuelles; Hassouneh-Phillips et McNeff, 2005; Wiegerink, 2010). Malheureusement, les personnes handicapées se croient souvent moins désirables sexuellement que les personnes non handicapées (Taleporos, 2001; Taleporos et McCabe, 2001).

« La peur d'être rejeté-e ou le fait de ne pas me sentir assez à la hauteur pour que l'autre personne ait envie de sortir avec moi ou tombe amoureuse de moi. »

- Une jeune personne handicapée en groupe de discussion

L'estime sexuelle négative est souvent due à la stigmatisation sociétale persistante entourant la sexualité des personnes handicapées (p. ex., discours négatif sur la sexualité des personnes handicapées, expériences de discrimination), que ces personnes intériorisent et qui en conduit plusieurs à penser qu'elles ne sont pas aptes à avoir des expériences sexuelles positives ou n'en sont pas dignes (Connell et coll., 2014; Dune, 2014b; Tepper et coll., 2001).

« Je me suis ouvert-e à une personne, une fois, et elle a cru que je plaisantais. »

*- Une jeune personne handicapée
en groupe de discussion*

Une estime sexuelle négative peut rendre les personnes handicapées plus réticentes à établir des limites ou à affirmer leurs besoins, dans une relation, afin d'éviter de contrarier leur partenaire (Dune, 2014b). L'incapacité à exprimer ses besoins et limites peut conduire à des expériences amoureuses/sexuelles négatives et expose les personnes handicapées à un risque accru de manipulation ou d'exploitation (Dune, 2014b; Hassouneh-Phillips et McNeff, 2005).

Favoriser l'accès des personnes handicapées à une représentation positive et valorisante du handicap dès un jeune âge peut aider les jeunes handicapé-es à intérioriser des perspectives positives concernant leur propre potentiel sexuel. Le soutien entre pair-es peut également permettre aux jeunes handicapé-es de développer une estime de soi positive (Thrusell et coll., 2018). Enfin, pour améliorer l'estime sexuelle des jeunes handicapé-es, il est impératif de lutter contre le capacitisme, qui contribue à dévaloriser et à déssexualiser les personnes handicapées.

Fonctionnement sexuel

Le fonctionnement sexuel désigne la capacité d'une personne à avoir des activités sexuelles et à éprouver du plaisir et une satisfaction dans le cadre d'activités sexuelles individuelles et/ou avec partenaire (Fielder, 2013). Les personnes handicapées peuvent rencontrer divers défis liés au fonctionnement sexuel, notamment la fatigue, la douleur, l'engourdissement, la faiblesse, la spasticité, la diminution des sensations et de la lubrification génitales, la libido et l'excitation réduites, les limitations de mouvement, la raideur des articulations et des muscles, et les difficultés à atteindre l'orgasme (Kedde et coll., 2010; Morozowski et Roughley, 2020; Thrusell et coll., 2018; Wiegerink et coll., 2011). L'utilisation de certains médicaments peut également affecter le fonctionnement sexuel. Les prestataires de services de santé devraient prendre en considération les effets de ces médicaments sur la santé sexuelle et en informer les personnes handicapées avant de leur en prescrire (Hough et coll., 2020; Thrusell et coll., 2018).

L'incontinence urinaire et fécale pendant l'activité sexuelle est l'une des préoccupations majeures parmi les personnes handicapées; elle peut être vécue comme embarrassante ou frustrante (Heller et coll., 2016; Streur et coll., 2021; Thrusell et coll., 2018). De nombreuses personnes handicapées adoptent des stratégies pour réduire l'incontinence. Cependant, même lorsque l'incontinence est gérée, certaines personnes handicapées peuvent avoir l'impression que le fait de devoir s'autocathétériser ou de planifier l'activité sexuelle peut réduire l'excitation ou la spontanéité sexuelle (Thrusell et coll., 2018). Cela souligne l'importance de repenser et de remettre en question les scripts sexuels dominants, qui sont souvent fondés sur des normes et des expériences de personnes non handicapées.

Les jeunes handicapé-es ont indiqué qu'ils/elles souhaitaient obtenir davantage d'informations sur le fonctionnement sexuel en lien avec leur handicap (Heller et coll., 2016; Osborne et coll., 2023). De nombreuses personnes handicapées souhaitent discuter de leurs préoccupations avec un-e

prestataire de services de santé, ou de questions liées à la sexualité, mais elles ne sont souvent pas à l'aise d'amorcer ces discussions, craignant que les prestataires aient des attitudes négatives à l'égard de la sexualité des personnes handicapées (Kedde et coll., 2012; Ricciardi et coll., 2007).

Une éducation complète à la santé sexuelle tenant compte des besoins des personnes handicapées peut permettre aux jeunes handicapé-es d'acquérir des connaissances sur l'impact possible de leur handicap sur leur fonctionnement sexuel et de développer des stratégies pour adapter l'activité sexuelle à leurs besoins. L'amélioration de la capacité des prestataires de services de santé à répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de santé sexuelle peut contribuer à ce qu'elles reçoivent le soutien nécessaire. Enfin, la présentation de récits plus diversifiés et plus inclusifs sur la sexualité peut aider les jeunes handicapé-es à explorer et à exprimer plus librement leur sexualité.

Point de synthèse :

Les personnes handicapées rencontrent de nombreux obstacles à la santé et au bien-être sexuels. Le Modèle socioécologique (MSÉ) est un outil pratique pour mettre en relief les principaux facteurs interreliés, aux niveaux sociétal, communautaire, relationnel et individuel, qui ont un impact sur la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es.

Ces facteurs sont notamment :

- **Sociétaux** : stigmatisation et capacitisme;
- **Communautaires** : accès aux espaces privés et communautaires, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle, de même qu'aux technologies d'assistance;
- **Relationnels** : parents/familles et préposé-es aux services de soutien à la personne; et
- **Individuels** : types de handicaps physiques, estime sexuelle et fonctionnement sexuel.

Il est essentiel de répondre aux obstacles à chaque niveau de la société pour promouvoir efficacement la santé sexuelle des jeunes handicapé-es.

SECTION 3 : PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR LA PROMOTION EFFICACE DE LA SANTÉ SEXUELLE AUPRÈS DES JEUNES HANDICAPÉ-ES

Cette section présente les principes fondamentaux d'une promotion efficace de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es. La promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es devrait être guidée par les neuf principes fondamentaux de l'éducation à la santé sexuelle des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (https://www.sieccan.org/files/ugd/1332d5_3146ce70d24f43edb9c3d563af31793b.pdf), de même que par les dix principes fondamentaux de la justice pour les personnes handicapées.

Application des principes fondamentaux de l'éducation complète en matière de santé sexuelle à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* énoncent neuf principes fondamentaux d'une éducation complète à la santé sexuelle qui devraient être respectés et guider la planification et l'enseignement de l'éducation à la santé sexuelle au Canada (CIÉSCAN/SIECCAN, 2019). Ces principes fondamentaux devraient également être adaptés et appliqués à la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es.

Par conséquent, la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

1. Est accessible à tous les individus et inclusive quant à l'âge, à la race, au sexe, à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, au statut ITSS, à l'emplacement géographique, au statut socioéconomique, aux antécédents culturels et religieux, aux capacités et à la situation en matière de logement (p. ex., pour les personnes incarcérées, sans abri ou en établissement de soins);
2. Favorise les droits de la personne, incluant la prise de décision autonome et le respect des droits d'autrui;
3. Est scientifiquement exacte et emploie des méthodes pédagogiques fondées sur des données probantes;
4. Est généraliste dans sa portée et sa profondeur et aborde un éventail de sujets pertinents à la santé et au bien-être sexuels;
5. Inclut les identités et les expériences vécues des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes, non binaires et asexuelles et d'autres identités émergentes (2ELGBTQINA+);

Par conséquent, la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

6. Favorise l'égalité des genres et la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre;
7. Intègre une approche équilibrée à la promotion de la santé sexuelle, incluant les aspects positifs de la sexualité et des relations ainsi que la prévention des résultats pouvant avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être sexuels;
8. Intègre les enjeux émergents liés à la santé et au bien-être sexuels et y répond; et
9. Est fournie par des prestataires de services qui détiennent les connaissances et les compétences pour promouvoir la santé sexuelle et qui reçoivent du soutien administratif pour ce travail.

Application des principes fondamentaux de la justice pour les personnes handicapées à la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es

La justice pour les personnes handicapées est un cadre interhandicaps qui valorise les différences individuelles et qui tente de remédier à l'expérience collective du désavantage des groupes marginalisés, afin de promouvoir une société où tous les corps et esprits sont valorisés (Ortiz, 2012; Sins Invalid, 2015). On devrait appliquer un cadre de justice pour les personnes handicapées à la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es.

Par conséquent, la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

10. **Tient compte de l'intersectionnalité** (c.-à-d., comprend que les identités sociales multiples comme la race, l'identité de genre et l'orientation sexuelle se croisent pour créer des expériences uniques d'avantages et de désavantages pour divers-es jeunes handicapé-es);
11. **Favorise le leadership des personnes les plus affectées** (c.-à-d., valorise et priorise les points de vue de celles/ceux qui sont le plus désavantagé-es par les systèmes sociétaux et qui comprennent le mieux les systèmes en raison de leur expérience vécue);
12. **Remet en question les normes sociales capacitistes qui ne tiennent pas compte des besoins et expériences des personnes handicapées;**
13. **Contribue à l'organisation intermouvements** (c.-à-d., travaille avec d'autres groupes marginalisés à aborder les expériences communes de désavantages systémiques qui contribuent aux inégalités en matière de santé sexuelle);
14. **Reconnaît la globalité** (c.-à-d., les nombreuses dimensions d'une personne, comme ses expériences, ses forces et ses identités, de même que la valeur inhérente de chaque individu);
15. **Encourage chaque individu à respecter son corps, ses besoins et ses capacités;**

Par conséquent, la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

- 16. Collabore à la solidarité interhandicaps** (c.-à-d., travaille à répondre à l'expérience collective de désavantage qui contribue aux inégalités en matière de santé sexuelle que rencontrent tou-te-s les membres de la communauté des handicaps);
- 17. Favorise l'interdépendance** (c.-à-d., reconnaît la valeur des relations réciproques et du soutien communautaire);
- 18. Favorise l'accès collectif** (c.-à-d., crée des espaces et des systèmes où les besoins de chacun-e en matière d'accessibilité sont pris en compte et abordés);
- 19. Ne laisse personne de côté** (c.-à-d., veille à ce que la promotion de la santé sexuelle tienne compte des besoins de toutes les personnes handicapées et y réponde).

SECTION 4 : LIGNES DIRECTRICES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE AUPRÈS DES JEUNES HANDICAPÉ-ES

Cette section énonce sept lignes directrices pour une promotion efficace de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, que les responsables des politiques et des programmes devraient prendre en compte et appliquer. Les principales priorités en matière de promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es ont été identifiées à la lumière des résultats de l'enquête du CIÉSCAN auprès des prestataires de services, de ses groupes de discussion avec de jeunes handicapé-es, ainsi que de discussions avec les membres du Groupe de travail. On a ensuite examiné les documents de recherche et de politiques existants afin d'identifier des recommandations et des pratiques prometteuses pour l'élaboration d'une éducation, de services et de politiques qui répondent aux besoins de santé sexuelle des jeunes handicapé-es.

Lignes directrices

1. Promouvoir l'acceptation du handicap en améliorant les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées

La stigmatisation sociale et les idées fausses concernant la sexualité des personnes handicapées contribuent à restreindre l'accès des jeunes handicapé-es à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle, de même qu'aux occasions d'expression sexuelle (East et Orchard, 2014; McRee et coll., 2010; Shah, 2017). De plus, les jeunes handicapé-es peuvent intérioriser des attitudes négatives de la société, propices à une estime sexuelle négative (Dune, 2014b). Il est donc impératif d'améliorer les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées, afin de favoriser des environnements propices à la santé et au bien-être sexuels des jeunes handicapé-es.

Recommandations pour améliorer les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées :

Adopter une approche de la promotion de la santé sexuelle qui soit affirmative du handicap

Adopter une approche de la promotion de la santé sexuelle qui soit affirmative du handicap implique de :

- reconnaître que les jeunes handicapé-es ont des droits sexuels;
- reconnaître le handicap comme une différence qui devrait être acceptée et accueillie;
- réfléchir, remettre en question et contester les présupposés existants sur la sexualité des personnes handicapées et chercher des occasions d'apprendre des personnes handicapées;
- reconnaître les obstacles sociaux et environnementaux qui nuisent à la santé et au bien-être sexuels des jeunes handicapé-es et travailler à y remédier;
- aider les jeunes handicapé-es à vivre des expériences sexuelles et relationnelles positives (p. ex., formation d'une identité positive, relations interpersonnelles saines, exploration sexuelle en toute sécurité) et prévenir les résultats négatifs (p. ex., infections transmissibles sexuellement, grossesses non intentionnelles, abus sexuels, sentiments de détresse ou d'inquiétude liés à la sexualité ou aux relations);
- valider et accepter les diverses façons d'exprimer et de vivre la sexualité, au lieu d'inciter les personnes handicapées à s'adapter aux normes non handicapées; et
- élargir les conceptualisations du sexe et de la sexualité en y intégrant diverses expériences, y compris celles des personnes handicapées (Bahner, 2012; Eglseder et Webb, 2017; Eisenberg et coll., 2015; Rich, 2014).

Mettre en œuvre des politiques pour améliorer les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées

Les politiques qui sont efficaces contre la stigmatisation liée au handicap peuvent également servir à améliorer les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées (Fisher et Purcal, 2017). Ces politiques peuvent inclure :

- des campagnes publiques et des formations à la sensibilisation qui fournissent au public des informations exactes sur la sexualité des personnes handicapées;
- la promotion de contacts sociaux directs et positifs entre personnes handicapées et non handicapées, assortie d'informations supplémentaires qui remettent en question les idées fausses sur la sexualité des personnes handicapées et qui favorisent l'équité; et
- une représentation positive et diversifiée de la sexualité des personnes handicapées dans les médias.

Les politiques qui impliquent des personnes handicapées dans leur conception et leur mise en œuvre sont plus susceptibles de contribuer à un changement positif et bénéfique (Fisher et Purcal, 2017). En outre, il importe de mettre en œuvre des politiques qui ciblent la stigmatisation à divers niveaux de la société (p. ex., individuel, organisationnel et gouvernemental) afin de susciter des changements sociétaux efficaces.

Recommandations pour améliorer les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées :

Réaliser des initiatives de sensibilisation et d'acceptation du handicap dans les écoles afin de favoriser l'inclusion

Les initiatives de sensibilisation et d'acceptation du handicap en milieu scolaire peuvent permettre aux élèves non handicapé-es de mieux comprendre et accepter leurs pair-es handicapé-es (Fisher et Purcal, 2017; Lindsay et Edwards, 2013). Une compréhension et une acceptation rehaussées peuvent renforcer le sentiment d'appartenance et d'inclusion des jeunes handicapé-es (Renwick et coll., 2019) et leur permettre de développer une image de soi positive (Tepper, 2000). Les approches globales qui impliquent les conseils scolaires, la communauté élargie, les personnes enseignantes, les parents/familles et les élèves peuvent faciliter d'autant plus l'inclusion scolaire et communautaire.

Les initiatives de sensibilisation et d'acceptation du handicap destinées aux enfants d'âge scolaire sont plus efficaces lorsqu'elles :

- facilitent des interactions directes et positives entre jeunes handicapé-es et non handicapé-es, dans un environnement de soutien;
- rehaussent la sensibilisation aux obstacles systémiques que rencontrent les personnes handicapées (p. ex., espaces inaccessibles, attitudes négatives à l'égard du handicap);
- utilisent diverses méthodes pédagogiques comme les supports multimédias, les récits, les activités en classe, les discussions et les activités interactives (p. ex., faire naviguer des personnes non handicapées dans des espaces conçus pour les personnes handicapées);
- sont présentées sous forme de séances multiples échelonnées sur une longue période;
- sont présentées aux élèves dès un jeune âge; et
- sont adaptées aux contextes locaux (p. ex., politiques locales en matière d'éducation, coutumes; Lindsay et Edwards, 2013; Watkins et coll., 2020)

Recommandations pour améliorer les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées :

Inclure le handicap dans l'éducation à la santé sexuelle des jeunes non handicapé-es

Pour remédier aux idées fausses sur la sexualité des jeunes handicapé-es, l'éducation complète à la santé sexuelle dispensée aux jeunes handicapé-es et non handicapé-es en milieu scolaire devrait inclure des informations sur la sexualité et le handicap (East et Orchard, 2014).

Cette éducation devrait :

- être centrée sur les perspectives et l'expertise d'un large éventail de personnes handicapées, en évitant que l'expérience d'un petit nombre serve à représenter l'ensemble de cette population;
- faire en sorte que les personnes handicapées participent de manière significative à l'éducation à la santé sexuelle, en particulier lorsqu'il est question de leurs besoins et expériences en matière de santé sexuelle;
- dissiper les mythes et les idées fausses sur la sexualité des personnes handicapées;
- inclure des représentations positives de la sexualité des personnes handicapées;
- élargir les conceptualisations de la sexualité et de la santé sexuelle pour qu'elles intègrent davantage les expériences des personnes handicapées; et
- encourager tou-te-s les jeunes à définir comment ils/elles veulent exprimer et vivre leur sexualité (Dune, 2014b; East et Orchard, 2014; Neufeld et coll., 2002; Parker et Yau, 2012; Watkins et coll., 2020).

Recommandations pour améliorer les connaissances et les attitudes du public à l'égard de la sexualité des personnes handicapées :

Fournir aux prestataires de services une éducation et une formation sur l'adoption d'une approche affirmative du handicap dans leur pratique

Les prestataires de services devraient systématiquement recevoir une formation sur une approche affirmative du handicap à la prestation d'éducation et de services en matière de santé sexuelle, qui soit mise à jour périodiquement en fonction des connaissances émergentes et des pratiques prometteuses (East et Orchard, 2014; Valvano et coll., 2014).

Cette formation devrait :

- être conçue avec des personnes handicapées, y compris des utilisateur(-trice)s et des prestataires de services, et intégrer leurs divers points de vue et besoins;
- fournir des stratégies pour favoriser des interactions positives avec les utilisateur(-trice)s de services et les collègues handicapé-es;
- encourager les prestataires de services à reconnaître que les personnes handicapées qu'ils/elles soutiennent sont les expertes en ce qui concerne leurs expériences vécues;
- fournir des stratégies pratiques pour appliquer la conception inclusive de l'apprentissage (voir la Ligne directrice 3);
- aborder le capacitisme (p. ex., ce en quoi il consiste et comment il nuit aux personnes handicapées) et dissiper les idées fausses concernant la sexualité des personnes handicapées;
- mettre en valeur l'adoption d'une approche fondée sur les droits pour soutenir la santé sexuelle des personnes handicapées;
- promouvoir un discours plus inclusif sur les diverses façons de vivre la sexualité; et
- aborder l'intersectionnalité du handicap avec d'autres dimensions de la différence (p. ex., culture, ethnicité, identité de genre et orientation sexuelle) qui peuvent avoir un impact sur les expériences de santé et de bien-être sexuels (Hough et coll., 2020; Watkins et coll., 2020).

2. Offrir des services de santé sexuelle et des mesures de soutien accessibles aux jeunes handicapé-es et répondant à leurs besoins

Les jeunes handicapé-es rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès à des services de santé sexuelle qui répondent à leurs besoins (Chan et coll., 2022; Shah et coll., 2024). Des idées fausses sur leur sexualité ont souvent pour conséquence que les services de santé sexuelle nécessaires ne leur sont pas offerts (Ramjan et coll., 2016). De plus, l'inaccessibilité physique des établissements de soins de santé peut rendre les services de santé sexuelle difficiles d'accès et dissuade des jeunes handicapé-es d'y recourir. Il est crucial de rendre les services de santé sexuelle accessibles aux jeunes handicapé-es pour promouvoir leur santé sexuelle.

Recommandations à l'intention des prestataires de services de santé pour fournir des services et des soutiens en matière de santé sexuelle qui soient accessibles aux jeunes handicapé-es et répondent à leurs besoins :

Amorcer des conversations sur la santé sexuelle avec les jeunes handicapé-es

Les prestataires de services de santé sont souvent considéré-es comme une source privilégiée et fiable d'informations sur la santé sexuelle (CIÉSCAN/SIECCAN, 2019). De nombreux(-ses) jeunes handicapé-es souhaitent discuter de santé sexuelle avec des prestataires de services de santé, mais ne se sentent pas à l'aise d'aborder le sujet, craignant que les prestataires aient des opinions stigmatisantes de leur sexualité (Dune, 2014b; East et Orchard, 2014; Thrussell et coll., 2018). De plus, puisque les jeunes handicapé-es rencontrent des obstacles dans l'accès à l'information sur la santé sexuelle et ont souvent des occasions limitées d'exercer leur autodétermination, il se peut qu'ils/elles ne soient pas au courant d'importants services de santé sexuelle auxquels ils/elles pourraient avoir accès et qu'ils/elles n'aient pas les compétences ou la confiance nécessaires pour faire valoir leurs besoins (Chan et coll., 2022; Giles et coll., 2023).

Les prestataires de services de santé devraient amorcer de manière proactive des discussions sur la santé sexuelle avec les jeunes handicapé-es (Giles et coll., 2023; Morozowski et Roughley, 2020; Wiegerink et coll., 2011). Ils/elles devraient également encourager et mettre en confiance les jeunes pour leur permettre d'avoir des discussions sur la santé sexuelle avec leurs prestataires de services de santé. Pour ce faire, les prestataires de services de santé doivent reconnaître que les jeunes handicapé-es sont des êtres sexuels et que la santé sexuelle est un aspect important de la santé et du bien-être en général. En amorçant des conversations sur la santé sexuelle, les prestataires de services de santé peuvent également contribuer à valider la sexualité des jeunes handicapé-es et favoriser un environnement où les jeunes se sentent en sécurité de parler de sexualité (Bonder et coll., 2021; East et Orchard, 2014; Thrussell et coll., 2018).

On peut intégrer des questions liées à la santé sexuelle qui tiennent compte des besoins des jeunes handicapé-es dans les questionnaires de santé standard (p. ex., lors de l'évaluation initiale ou de la prise des antécédents médicaux; Rowen et coll., 2015). Ces questions devraient chercher à comprendre les préoccupations de santé sexuelle des jeunes (Hough et coll., 2020) et les facteurs ayant un impact sur leur santé et leur bien-être sexuels (Rowen et coll., 2015). Des mesures de soutien et des orientations appropriées devraient également être offertes pour répondre aux préoccupations et aux défis signalés par les jeunes handicapé-es. L'état de santé et de bien-être sexuels des jeunes handicapé-es devrait être réévalué périodiquement, car leur situation peut évoluer au fil du temps (Rowen et coll., 2015; Tellier et Calleja, 2017). Enfin, les services de santé sexuelle (p. ex., tests Pap, dépistages d'ITS, vaccins contre le VPH) régulièrement proposés aux personnes non handicapées devraient également être offerts aux personnes handicapées.

Recommandations à l'intention des prestataires de services de santé pour fournir des services et des soutiens en matière de santé sexuelle qui soient accessibles aux jeunes handicapé-es et répondent à leurs besoins :

Créer un climat de confiance et tisser des liens avec les jeunes handicapé-es

Considérant que de nombreux(-ses) jeunes handicapé-es ont eu des expériences négatives dans les services de santé, il est crucial que les prestataires s'efforcent de créer un climat de confiance et de tisser des liens avec les jeunes (Cooper et Yoshida, 2007).

Pour favoriser une relation positive et de confiance avec les jeunes handicapé-es, les prestataires de services de santé doivent démontrer un engagement à contrer le capacitisme, et une volonté d'écouter, de valider et de travailler avec les jeunes handicapé-es pour répondre à leurs besoins. Pour ce faire, ils/elles peuvent :

- adopter une approche affirmative du handicap (voir la Ligne directrice 1);
- apprendre des expériences et du travail professionnel de diverses personnes handicapées;
- relier les jeunes handicapé-es à des pair-es handicapé-es qui peuvent leur servir de modèles ou leur offrir un soutien informel;
- apprendre à connaître chaque jeune handicapé-e, car chacun-e a des expériences et des besoins différents;
- reconnaître l'expérience vécue comme une forme d'expertise et écouter les perspectives des jeunes handicapé-es;
- travailler avec les jeunes handicapé-es à identifier des solutions appropriées pour répondre à leurs besoins;
- communiquer directement avec le/la jeune handicapé-e, même s'il/elle est accompagné-e d'une personne de soutien;
- rester flexibles et prêt-es à s'adapter et à offrir des accommodements pour répondre aux besoins des jeunes handicapé-es;
- protéger la confidentialité et la vie privée des jeunes handicapé-es;
- adapter le langage utilisé en fonction des besoins des jeunes;
- accorder suffisamment de temps aux rendez-vous; et
- assurer l'accessibilité physique des bureaux et des immeubles (East et Orchard, 2014; Hough et coll., 2020; Magoon et Meadows-Oliver, 2011; Tylee et coll., 2007; Zacharin, 2009).

Recommandations à l'intention des prestataires de services de santé pour fournir des services et des soutiens en matière de santé sexuelle qui soient accessibles aux jeunes handicapé-es et répondent à leurs besoins :

Fournir un counseling sur la fertilité, la contraception, la grossesse, la parentalité et la planification familiale

Pour protéger les droits génésiques des jeunes handicapé-es, il est crucial d'assurer leur accès équitable aux services de santé génésique. Tou-te-s les jeunes handicapé-es devraient recevoir un counseling préconceptionnel pour pouvoir prendre des décisions éclairées sur le fait d'avoir des enfants ou non, et si oui, à quel moment et de quelle façon (Shah et coll., 2024; Visconti et coll., 2012; Tarasoff, Lunsy et coll., 2020). Cela inclut des informations sur l'impact possible de leur handicap sur la fertilité, l'utilisation de contraceptifs et/ou la grossesse. Même si le choix de devenir enceinte ou non appartient en définitive à la personne pouvant devenir enceinte, les partenaires devraient être renseigné-es sur les manières de respecter et de soutenir cette décision.

Les jeunes handicapé-es qui souhaitent devenir enceintes devraient être informé-es de toute complication ou de tout risque possible pendant la grossesse et recevoir un soutien pour gérer ces risques (Stoffel et coll., 2018). Pour certains handicaps, la préparation à la grossesse pourrait nécessiter des changements aux traitements médicaux et aux thérapies en cours (Krysko et coll., 2020; Warmbrodt, 2022). La prise en charge des infections des voies urinaires (IVU) pendant la grossesse peut être particulièrement cruciale pour les jeunes handicapé-es, car ils/elles peuvent être plus susceptibles de développer ces infections et d'en subir des conséquences négatives (Krysko et coll., 2020; Stoffel et coll., 2018; Visconti et coll., 2012). Les prestataires de services de santé devraient également discuter des plans d'accouchement avec les jeunes handicapé-es et leurs partenaires dès le début de la grossesse (Stoffel et coll., 2018).

Recommandations à l'intention des prestataires de services de santé pour fournir des services et des soutiens en matière de santé sexuelle qui soient accessibles aux jeunes handicapé-es et répondent à leurs besoins :

Améliorer l'accessibilité physique des établissements et services de santé

Le Canada s'est engagé à réduire les obstacles et à accroître les occasions pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à la société canadienne (Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario, 2005; Accessibility Services Canada, 2023; Gouvernement du Canada, 2018). Réduire les obstacles consiste notamment à veiller à ce que les établissements et services de soins de santé soient physiquement accessibles aux jeunes handicapé-es.

Les points importants à considérer incluent :

- le stationnement (p. ex., offrir un stationnement; offrir des places de stationnement accessibles à proximité de l'immeuble);
- le transport (p. ex., améliorer la qualité des services de transport adapté; améliorer l'accessibilité des services de transport public; améliorer l'accessibilité financière des services de taxi/covoiturage);
- l'immeuble (p. ex., ouvre-portes automatiques; portes suffisamment larges pour accueillir des fauteuils roulants ou des triporteurs; ascenseurs; rampes; surfaces de plancher lisses; mains courantes continues);
- les salles d'examen (p. ex., salles suffisamment grandes pour accueillir des fauteuils roulants et des triporteurs; table d'examen à hauteur réglable; table d'examen située près d'un mur; lève-personne mécanique ou fixé au plafond; garde-corps ou sangles pour aider les personnes à monter sur une table d'examen; équipement d'examen portable; balances accessibles);
- un personnel sachant utiliser le matériel adapté et capable d'aider à positionner et à transférer les jeunes handicapé-es sur une table d'examen;
- des toilettes accessibles (p. ex., espace suffisant pour les fauteuils roulants ou les triporteurs; barres d'appui; sonnettes d'urgence; éviers, miroirs, distributeurs de savon et d'essuie-tout à une hauteur accessible en fauteuil roulant); et
- des panneaux d'affichage clairs et simples (p. ex., couleurs contrastées, graphiques et braille) pour indiquer l'emplacement des édifices, des bureaux, des salles, des ascenseurs, des toilettes et des sorties de secours (Chan et coll., 2022; Iezzoni et coll., 2015; Pritchard et coll., 2014).

Des interventions de soins de santé pourraient devoir être adaptées pour être menées à bien et en toute sécurité chez certain-es jeunes handicapé-es. Par exemple, le test Pap, qui nécessite l'utilisation d'un spéculum, peut être difficile à réaliser chez certain-es jeunes handicapé-es (Nguyen et coll., 2018; Sweeney, 2019). L'utilisation d'un spéculum plus petit peut rendre le test Pap plus confortable (Cleveland Clinic, 2023). Le dépistage du VPH peut constituer une autre option de dépistage du cancer du col utérin plus accessible pour certain-es jeunes handicapé-es (Clark et Horton, 2021). De plus, l'intégration de l'autoprélèvement pour le dépistage du VPH, qui permet aux individus de prélever eux-mêmes leurs échantillons à la maison, dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col utérin, peut offrir aux jeunes handicapé-es une autre option pour le dépistage du cancer du col utérin.

3. Fournir une éducation complète à la santé sexuelle accessible et tenant compte des besoins et de l'expérience des jeunes handicapé-es

Une éducation complète à la santé sexuelle peut permettre aux jeunes handicapé-es de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être sexuels (Bonder et coll., 2021; Esmail, Krupa, et coll., 2010; Murphy et Elias, 2006; Taylor et Abernathy, 2022). Cependant, l'éducation à la santé sexuelle est souvent inaccessible aux jeunes handicapé-es, basée sur des idées fausses concernant leur sexualité, ou inadaptée à leurs besoins. L'éducation à la santé sexuelle doit être accessible et tenir compte des besoins des jeunes handicapé-es.

Recommandations pour améliorer à la fois le contenu et la prestation de l'éducation complète à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es :

Fournir aux jeunes handicapé-es des informations sur leurs droits sexuels

La *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH) signale que les jeunes handicapé-es ont droit à l'ensemble des droits humains et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les autres (Assemblée générale de l'ONU, 2006). Les jeunes handicapé-es doivent être informé-es de leurs droits sexuels et disposer des connaissances, des outils et du soutien nécessaires pour se défendre en cas de violation ou de déni de leurs droits sexuels.

Les droits sexuels que les jeunes handicapé-es devraient connaître incluent, sans s'y limiter :

- le droit d'accéder à des informations et services en matière de santé sexuelle;
- le droit de prendre des décisions concernant leur propre vie sexuelle, y compris le choix d'être sexuellement actif(-ve)s, d'utiliser des contraceptifs et d'avoir des enfants;
- le droit de définir leur sexualité et leur identité;
- le droit d'exprimer leur sexualité;
- le droit de choisir leurs partenaires sexuel-les;
- le droit d'avoir des expériences sexuelles sûres et agréables;
- le droit de ne pas subir de violence sexuelle;
- le droit à la protection de leur vie privée; et
- le droit à l'égalité en matière de mariage.

Recommandations pour améliorer à la fois le contenu et la prestation de l'éducation complète à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es :

Tous les sujets relatifs à la santé sexuelle qu'il est important d'enseigner aux jeunes non handicapé-es devraient également être enseignés aux jeunes handicapé-es

L'éducation à la santé sexuelle dispensée aux jeunes handicapé-es devrait suivre les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* et viser à renforcer la capacité des jeunes handicapé-es à améliorer leur santé sexuelle (p. ex., plaisir sexuel, intimité, relations saines, estime sexuelle) et à prévenir les facteurs pouvant avoir un impact négatif (p. ex., abus, infections transmissibles sexuellement, grossesses non intentionnelles; CIÉSCAN/SIECCAN, 2019).

L'éducation à la santé sexuelle devrait être enseignée aux jeunes handicapé-es dès un jeune âge et adopter une approche fondamentale et modulaire qui tienne compte de l'âge et du niveau de développement des jeunes (Dockerty et coll., 2015; Esmail, Krupa, et coll., 2010; CIÉSCAN, 2023d). Les informations fournies devraient également tenir compte des besoins et des expériences des personnes handicapées et des personnes 2ELGBTQINA+ (Tarasoff, 2021).

L'éducation à la santé sexuelle devrait :

- indiquer aux jeunes handicapé-es que la sexualité est un sujet important à aborder;
- permettre aux jeunes handicapé-es de poser des questions relatives à la sexualité à des adultes dignes de confiance et d'obtenir des réponses ouvertes et honnêtes à leurs questions; et
- fournir aux jeunes handicapé-es le vocabulaire nécessaire pour communiquer sur une variété de sujets liés à la santé sexuelle.

Recommandations pour améliorer à la fois le contenu et la prestation de l'éducation complète à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es :

Fournir aux jeunes handicapé-es des informations sur l'adaptation de l'activité sexuelle

Les personnes handicapées ont exprimé le souhait d'obtenir davantage d'informations concrètes sur l'activité sexuelle (p. ex., positions sexuelles, sensations, fonctionnement sexuel; Bryant et coll., 2022). Les jeunes handicapé-es devraient être informé-es des bienfaits de l'auto-exploration (p. ex., touchers génitaux et non génitaux, essai de différentes positions et utilisation de matériel/jouets sexuels), avant l'activité sexuelle avec partenaire, afin de mieux comprendre leur corps et leurs besoins, y compris les sensations qu'ils/elles trouvent agréables et les formes d'activité sexuelle qui leur conviennent (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2010; Esmail, Huang, et coll., 2010; Rowen et coll., 2015).

Voici quelques stratégies pour améliorer l'activité sexuelle individuelle ou de couple :

- utiliser des accessoires et des dispositifs (p. ex., oreillers et coussins) pour aider au positionnement, à l'équilibre et au confort;
- utiliser des jouets sexuels;
- avoir l'aide de son/sa partenaire pour enfiler un condom;
- utiliser du lubrifiant;
- planifier l'activité sexuelle (p. ex., en fonction du niveau d'énergie, des spasmes, de la douleur);
- demander du soutien (p. ex., à un-e partenaire, à un-e prestataire de soins) pour se préparer à l'activité sexuelle; et
- remettre en question les scripts sexuels existants et en explorer de nouveaux (Rowen et coll., 2015; Thrussell et coll., 2018).

Des stratégies pour réduire l'incontinence fécale (p. ex., évacuer les selles avant l'activité sexuelle, développer des compétences de gestion des intestins), l'incontinence urinaire (p. ex., le cathétérisme avant un rapport sexuel, l'ingestion réduite de liquides avant l'activité sexuelle) et les infections des voies urinaires (p. ex., le lavage et le cathétérisme immédiatement après un rapport sexuel) peuvent également améliorer les expériences sexuelles (Streur et coll., 2021; Thrussell et coll., 2018).

Dans les relations de couple, le fait d'avoir un-e partenaire qui comprend, soutient et ne juge pas peut permettre aux jeunes handicapé-es de se sentir plus à l'aise d'explorer différentes stratégies pour améliorer les expériences sexuelles (Heller et coll., 2016). Fournir aux partenaires des informations sur la manière de soutenir les jeunes handicapé-es pendant l'activité sexuelle peut favoriser des expériences sexuelles plus positives (Browne et Russell, 2005; Eisenberg et coll., 2015; Jungels et Bender, 2015; Tellier et Calleja, 2017). Il est important que tou-te-s les partenaires impliqué-es dans une relation comprennent leur responsabilité de rendre l'expérience relationnelle positive pour chacun-e.

Recommandations pour améliorer à la fois le contenu et la prestation de l'éducation complète à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es :

Fournir aux jeunes handicapé-es des informations sur la prévention des abus

Pour améliorer la sécurité des jeunes handicapé-es, l'éducation à la santé sexuelle devrait inclure des informations sur les comportements qui constituent des abus et sur la manière d'identifier les situations potentiellement préjudiciables, y compris les formes de maltraitance qui ciblent spécifiquement les personnes handicapées (p. ex., le retrait forcé des dispositifs de mobilité; la privation intentionnelle des soutiens nécessaires; l'imposition délibérée de barrières physiques; Plummer et Findley, 2012).

L'éducation à la santé sexuelle devrait fournir des orientations sur la distinction entre un toucher approprié et un toucher inapproprié dans le contexte de la réception d'un soutien aux soins personnels, et renforcer la capacité de consentement des jeunes handicapé-es pour qu'ils/elles soient en mesure d'établir des limites avec leurs prestataires de soins (p. ex., préposé-es aux services de soutien à la personne, membres de la famille, partenaires) et de se défendre s'ils/elles ont l'impression d'un comportement inapproprié (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Tou-te-s les jeunes handicapé-es, y compris ceux/celles qui utilisent la langue des signes ou la communication améliorée et alternative (CAA), devraient disposer du vocabulaire (p. ex., mots, symboles, signes) nécessaire pour communiquer sur les abus (Shah, 2017; CIÉSCAN/SIECCAN, 2023e). Enfin, l'éducation à la santé sexuelle devrait outiller les jeunes handicapé-es de connaissances sur l'accès au soutien en cas d'abus (Rajan, 2011).

Recommandations pour améliorer à la fois le contenu et la prestation de l'éducation complète à la santé sexuelle pour les jeunes handicapé-es :

Appliquer la conception inclusive de l'apprentissage dans la prestation de l'éducation à la santé sexuelle

La conception inclusive de l'apprentissage s'appuie sur le principe selon lequel il n'existe pas d'approche pédagogique universelle qui permette de répondre aux besoins de tou-te-s les apprenant-es; elle vise à développer des approches pédagogiques personnalisées dans un environnement d'apprentissage intégré, afin de répondre à la diversité des besoins d'apprentissage (Watkins et coll., 2020).

La conception inclusive de l'apprentissage est à la fois distincte et complémentaire des principes de la conception universelle de l'apprentissage (c.-à-d., principes pour créer des milieux d'apprentissage qui répondent aux besoins de divers-es apprenant-es) et du concept d'accessibilité (c.-à-d., fournir des aides à l'apprentissage et offrir des accommodements pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes handicapées). La conception inclusive de l'apprentissage est un processus continu, plutôt qu'un ensemble de principes; elle consiste à impliquer les personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits par les approches pédagogiques standard, dans la cocréation de solutions qui répondent à divers besoins d'apprentissage afin que tout le monde puisse en bénéficier.

Les approches inclusives pour enseigner l'éducation à la santé sexuelle peuvent inclure ces éléments :

- obtenir des rétroactions de la part des apprenant-es, en particulier de ceux/celles dont les besoins ne sont pas satisfaits dans des milieux d'apprentissage standardisés, à propos de leurs résultats et défis, et d'être flexibles et réceptif(-ve)s à ces rétroactions;
- veiller à ce que les apprenant-es dont les identités sont traditionnellement sous-représentées et/ou marginalisées soient pris-es en compte dans l'éducation à la santé sexuelle;
- favoriser l'autodétermination des apprenant-es en leur offrant des choix (p. ex., matériel dans divers formats, options pour démontrer leurs apprentissages);
- créer un milieu d'apprentissage qui encourage les apprenant-es à essayer des approches d'apprentissage nouvelles et différentes pour savoir ce qui leur convient;
- développer des stratégies qui favorisent un milieu d'apprentissage positif pour que tou-te-s les apprenant-es puissent s'épanouir; et
- faire preuve de transparence quant à ses propres limites et à celles du milieu d'apprentissage (p. ex., en raison des politiques existantes, de l'accès aux ressources).

4. Promouvoir et amplifier la voix des jeunes handicapé-es dans la prestation et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé sexuelle qui leur sont destinées

Il est de plus en plus reconnu que l'expertise liée à l'expérience vécue est essentielle à la planification, au développement et à la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé (Bryant, 2002). Il est crucial d'impliquer des jeunes handicapé-es à toutes les étapes de la prise de décision pour fournir des services qui répondent à leurs besoins. Pourtant, les personnes handicapées sont souvent exclues des processus décisionnels qui affectent leur vie (Dockerty et coll., 2015; Giles et coll., 2023). Le principe « Rien à notre sujet sans nous » reflète l'idée selon laquelle les jeunes handicapé-es devraient être impliqué-es de manière significative dans les initiatives censées leur être bénéfiques (Charlton, 2000).

Recommandations pour promouvoir la participation et le leadership des jeunes handicapé-es dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé sexuelle :

Soutenir les jeunes handicapé-es dans le développement de leurs capacités d'autodétermination

Les jeunes handicapé-es devraient recevoir un enseignement sur leur droit à l'autodétermination et avoir la possibilité de l'exercer (Angell et coll., 2010; Wehmeyer et Palmer, 2000). Puisque les occasions d'autodétermination sont souvent restreintes pour les jeunes handicapé-es, une formation explicite est nécessaire pour développer les compétences d'autodétermination (p. ex., établissement d'objectifs et d'un plan d'action pour les atteindre, engagement dans une autoréflexion et une auto-évaluation) (Angell et coll., 2010; Giles et coll., 2023). De plus, les jeunes handicapé-es ont besoin d'occasions de pratiquer des comportements d'autodétermination en explorant et en prenant des risques et des décisions concernant leurs objectifs et leurs désirs (Angell et coll., 2010; Wehmeyer et Palmer, 2000).

Les parents/familles et les prestataires de services devraient reconnaître l'importance d'intégrer des occasions d'autodétermination dans tous les aspects de la vie des jeunes handicapé-es. À la maison, les parents/familles devraient s'efforcer d'offrir régulièrement aux jeunes handicapé-es des occasions de faire leurs propres choix (Wehmeyer et Palmer, 2000). Les prestataires de services, y compris les personnes enseignantes, les éducateur(-trice)s et les prestataires de services de santé, devraient promouvoir l'autodétermination des jeunes handicapé-es en les encourageant à définir leurs objectifs et à identifier les soutiens nécessaires pour y arriver (Angell et coll., 2010). Les parents/familles et les prestataires de services devraient également fournir un soutien aux jeunes handicapé-es dans l'acquisition des connaissances nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être sexuels (Giles et coll., 2023).

Il est important de noter que l'autodétermination est un concept distinct de l'« indépendance ». L'autodétermination nécessite de s'assurer que les jeunes handicapé-es ont la possibilité de prendre leurs propres décisions concernant leur vie et que les décisions ne sont pas prises en leur nom par d'autres personnes. Dans les cas où de jeunes handicapé-es pourraient avoir besoin d'aide, il est préférable d'adopter un modèle de prise de décision assistée plutôt qu'une prise de décision au nom d'autrui (voir la Ligne directrice 5).

Recommandations pour promouvoir la participation et le leadership des jeunes handicapé-es dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé sexuelle :

Consulter de jeunes handicapé-es diversifié-es

Il est crucial que les perspectives de jeunes handicapé-es diversifié-es (p. ex., jeunes handicapé-es 2ELGBTQINA+, noir-es, autochtones et de couleur, de divers milieux culturels, ayant des besoins de soutien complexes, ayant différents types de handicaps physiques) éclairent l'élaboration de l'éducation, des services et des politiques en matière de santé sexuelle qui sont censés leur être bénéfiques (Dockerty et coll., 2015; Giles et coll., 2023). En s'appuyant sur la voix de jeunes handicapé-es diversifié-es, les initiatives de promotion de la santé sexuelle ont de plus grandes chances de répondre avec précision à leurs divers besoins et expériences.

Créer des occasions pour les jeunes handicapé-es d'occuper des postes de leadership dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de leur santé sexuelle

Les jeunes handicapé-es devraient être encouragé-es à occuper des postes de leadership dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé sexuelle à leur intention et être rémunéré-es équitablement pour leurs contributions. Les organismes et les établissements devraient examiner comment leur financement et leurs activités organisationnelles peuvent favoriser des occasions de leadership pour les jeunes handicapé-es (p. ex., prévoir des fonds pour rémunérer le travail des jeunes handicapé-es, offrir des accommodements d'accessibilité, fournir une formation sur le leadership et un mentorat aux jeunes handicapé-es).

Favoriser le soutien entre pair-es et les occasions de mentorat peut permettre aux jeunes handicapé-es d'apprendre des expériences des autres et d'échanger des informations dans le cadre d'un soutien et d'un apprentissage mutuels (Byrant et coll., 2022; Esmail, Krupa et coll., 2010). Les personnes handicapées ont exprimé leur désir d'apprendre d'autres personnes handicapées et leur préférence pour une éducation et des services en matière de santé sexuelle qui viendraient d'une personne ayant une expérience vécue similaire. La présence de modèles positifs peut aider les jeunes handicapé-es à développer une estime sexuelle positive (Retznik et coll., 2017). Par ailleurs, la création d'espaces dédiés permettant aux jeunes handicapé-es de se rapprocher (p. ex., communautés en ligne) peut renforcer le sentiment de communauté et faciliter le soutien entre pair-es (Benoit et coll., 2022).

5. Renforcer la capacité des prestataires de services et des parents/familles à acquérir les connaissances et la confiance nécessaires pour promouvoir efficacement la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es

Les prestataires de services et les parents/familles ont un rôle important à jouer dans le soutien à la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, mais plusieurs se sentent mal outillé-es pour le faire efficacement (East et Orchard, 2014; Esmail, Krupa, et coll., 2010). À l'heure actuelle, le manque de formation et de politiques/lignes directrices organisationnelles laisse plusieurs prestataires de services dans le doute quant à leur rôle dans le soutien à la santé sexuelle des jeunes handicapé-es, à la meilleure façon de soutenir ces jeunes et leurs familles, et au type de soutien qui est approprié et légal (Bahner, 2016; Saxe et Flanagan, 2016). Les prestataires de services et les parents/familles ont besoin de plus d'orientations et de ressources pour promouvoir efficacement la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es.

Recommandations pour améliorer les connaissances et la confiance des prestataires de services et des parents/familles dans la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices organisationnelles/institutionnelles qui soutiennent les droits sexuels des jeunes handicapé-es

Des politiques/lignes directrices complètes sur le rôle des prestataires de services dans le soutien aux droits sexuels des jeunes handicapé-es sont nécessaires afin de clarifier ce qui est attendu des prestataires de services et d'assurer la priorisation et la durabilité des efforts de promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es au sein de divers organismes (Vancouver Coastal Health Authority, 2009).

Les politiques/lignes directrices devraient adopter une approche fondée sur les droits (p. ex., promouvoir le droit des jeunes à l'autodétermination et à l'autonomie corporelle, à la vie privée, à l'expression de leur sexualité; Samowitz, 2010) et définir les rôles spécifiques des prestataires de services dans le soutien à la sexualité des jeunes handicapé-es, compte tenu des limites juridiques. Les politiques/lignes directrices devraient également aborder le sujet du consentement et de la vie privée (Browne et Russell, 2005; Samowitz, 2010). Les prestataires de services devraient recevoir une formation sur ces politiques/lignes directrices (Saxe et Flanagan, 2016).

Les *Guidelines for Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities* [« Lignes directrices pour le soutien à la santé sexuelle et à l'intimité dans les établissements de soins] de la Vancouver Coastal Health Authority sont un exemple de balises qui peuvent être utiles pour promouvoir la santé sexuelle des adultes vivant dans des établissements de soins de longue durée (Vancouver Coastal Health Authority, 2009). Le document aborde les droits des résident-es, les responsabilités des établissements et le rôle du personnel compte tenu des lois en vigueur, de même que les enjeux du consentement et de la vie privée. Les politiques et lignes directrices futures devraient chercher à définir le rôle de divers-es prestataires de services (p. ex., prestataires de services de santé, personnes enseignantes/éducateur(-trice)s, préposé-es aux services de soutien à la personne) dans le soutien aux personnes handicapées de tous âges, dans divers contextes (p. ex., à domicile, dans la communauté) et dans toutes les juridictions.

Recommandations pour améliorer les connaissances et la confiance des prestataires de services et des parents/familles dans la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

Élaborer des politiques et des lignes directrices qui favorisent la prise de décision assistée, y compris pour les décisions liées à la sexualité

Dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada, il est nécessaire d'élaborer des politiques et des lignes directrices pour promouvoir et mettre à exécution la prise de décision assistée. Comme le souligne l'article 12 de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, l'aide à la prise de décision consiste à fournir aux personnes handicapées le soutien dont elles ont besoin pour exercer leur capacité juridique (Assemblée générale des Nations Unies, 2006). Cependant, le Canada manque actuellement de cadres législatifs élémentaires pour la prise de décision assistée; par conséquent, les pratiques de tutelle et de prise de décision au nom d'autrui demeurent prédominantes (Stainton, 2016).

Quelques exemples de modèles prometteurs en prise de décision assistée :

- Le Planned Lifetime Advocacy Network se concentre sur l'établissement de réseaux de soutien solides autour d'une personne, qui peuvent être maintenus lorsque les parents ne sont plus là pour fournir un soutien;
- La création de microcomités, c'est-à-dire de petits (micro) groupes de membres de la famille et d'ami-es qui, ensemble, forment une société à but non lucratif (comité) pour soutenir une personne dans la planification, la prise de décision, la défense des intérêts et le développement de liens avec la communauté; et
- Le Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry [Centre et Registre de ressources de planification personnelle Nidus] fournit aux individus les ressources et la formation nécessaires pour établir des ententes de représentation, de même que d'autres outils de planification personnelle.

Les éléments clés d'une politique efficace de prise de décision assistée incluent un cadre juridique applicable et facile d'accès, l'allocation de fonds suffisants et le renforcement des capacités de la communauté pour soutenir les réseaux de soutien. Un système de suivi est également nécessaire pour veiller à ce que la prise de décision assistée ne soit pas délaissée par inadvertance pour un retour à une prise de décision au nom d'autrui.

Recommandations pour améliorer les connaissances et la confiance des prestataires de services et des parents/familles dans la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

Fournir aux prestataires de services une formation initiale et continue sur la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es

Il est nécessaire d'établir des normes d'éducation pour aborder la santé sexuelle des jeunes handicapé-es dans l'ensemble des disciplines professionnelles (p. ex., soins infirmiers, médecine, réadaptation, santé mentale, services sociaux, aide aux soins personnels; Eglseder et Webb, 2017). Le degré d'éducation que les étudiant-es des professions de la santé reçoivent sur le thème de la sexualité peut améliorer leurs attitudes à l'égard de la sexualité des personnes handicapées (Valvano et coll., 2014).

L'intégration d'une formation sur la sexualité et le handicap dans les programmes d'enseignement destinés aux divers-es prestataires de services permet de faire en sorte que ceux/celles-ci :

- reconnaissent l'importance de la santé sexuelle pour la santé et le bien-être général des jeunes handicapé-es;
- comprennent leur rôle dans le soutien à la santé sexuelle des jeunes handicapé-es; et
- possèdent les connaissances et la confiance nécessaires pour aborder la sexualité avec les jeunes handicapé-es (East et Orchard, 2014).

La formation devrait inclure des informations sur les divers besoins et expériences des jeunes handicapé-es en matière de santé sexuelle, comme l'impact possible du handicap sur le fonctionnement sexuel, l'activité sexuelle, l'usage de contraceptifs et la grossesse, et sur les manières de soutenir les jeunes handicapé-es dans ces expériences (Neufeld et coll., 2002; Shah et coll., 2020; 2024). Les prestataires de services devraient également connaître les moyens d'adapter leurs soins et de rendre leur soutien plus accessible à divers-es jeunes handicapé-es.

Des scripts de conversation peuvent aider les prestataires de services à amorcer des conversations sur la sexualité avec de jeunes handicapé-es (Heller et coll., 2016). Le Disability and Sexuality Resource Hub offre des exemples de guides de conversation et d'autres ressources qui peuvent être utiles aux prestataires de services (<https://hollandbloorview.ca/disability-sexuality-resource-hub/sexuality-guides>).

Les programmes de formation interdisciplinaire et multidisciplinaire peuvent être particulièrement bénéfiques pour accroître l'aisance et les connaissances des prestataires de services à fournir un soutien en matière de santé sexuelle aux jeunes handicapé-es (Fronek et coll., 2009; Gianotten et coll., 2006). Une approche interdisciplinaire/multidisciplinaire de la formation peut permettre aux prestataires de services de mieux comprendre la répartition des tâches et des responsabilités entre diverses disciplines et de mieux répondre collectivement aux besoins de santé sexuelle des personnes handicapées (Eglseder et Webb, 2017).

Recommandations pour améliorer les connaissances et la confiance des prestataires de services et des parents/familles dans la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es :

Fournir aux parents/familles des ressources et un soutien pour aborder la santé sexuelle avec les jeunes handicapé-es

Les parents/familles ont besoin de ressources et de soutiens plus accessibles et plus pertinents en ce qui concerne la santé sexuelle des jeunes handicapé-es (East et Orchard, 2014). Selon des recherches sur les programmes d'éducation à la santé sexuelle destinés aux parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle, les parents qui participent à ces programmes développent une meilleure compréhension de l'importance de fournir une éducation à la santé sexuelle aux jeunes ayant une déficience intellectuelle et de la manière de mieux les soutenir (Kok et Akyuz, 2015; Rooks-Ellis et coll., 2020; Yildiz et Cavkaytar, 2017).

Comme les prestataires de services, les parents/familles pourraient bénéficier d'une éducation et d'une formation sur le capacitisme intériorisé, car celui-ci peut avoir une incidence sur leur soutien à l'égard de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es. Les parents/familles devraient également recevoir un soutien pour favoriser l'autodétermination des jeunes handicapé-es (p. ex., leur enseigner à établir des objectifs et des limites, créer des occasions leur permettant de faire leurs propres choix, renforcer leur capacité de consentement; Dune, 2014b; Neubauer et coll., 2021; Taub et Werner, 2023; Vasquez et coll., 2016).

Le Disability & Sexuality Lab offre des ressources utiles aux parents/familles pour aborder divers sujets de santé sexuelle avec les jeunes handicapé-es (www.disabilitysexualitylab.com). Les prestataires de services peuvent également jouer un rôle important dans le soutien aux parents/familles, en répondant à leurs préoccupations et questions liées à la sexualité des jeunes handicapé-es par une approche affirmative du handicap (c.-à-d., fondée sur les forces et l'amélioration de la santé sexuelle; East et Orchard, 2014; Eisenberg et coll., 2015).

Favoriser la collaboration entre prestataires de services, parents/familles et jeunes handicapé-es

Les prestataires de services devraient chercher à collaborer avec les parents/familles et les jeunes handicapé-es pour que toutes les parties prenantes travaillent à un objectif commun (Giles et coll., 2023). L'implication des jeunes handicapé-es dans les processus de décision concernant leur santé sexuelle est cruciale pour favoriser leur autodétermination.

La collaboration multidisciplinaire entre prestataires de services de diverses disciplines professionnelles peut contribuer à renforcer leurs connaissances et leur confiance dans la promotion de la santé sexuelle des jeunes handicapé-es. La collaboration multidisciplinaire peut également permettre :

- d'aborder des sujets de santé sexuelle plus diversifiés avec les jeunes handicapé-es;
- d'aborder la sexualité des jeunes handicapé-es sous de multiples angles;
- d'aider les prestataires de services à mieux comprendre les rôles des autres disciplines professionnelles pour fournir des références si nécessaire; et
- d'améliorer le partage des informations, ressources et meilleures pratiques entre les prestataires de services et entre les secteurs (p. ex., éducation, santé, services sociaux, services aux personnes handicapées; Ballan et Freyer, 2017; Bonder et coll., 2021; Dockerty et coll., 2015; Hough et coll., 2020).

6. Améliorer la prévention des abus et la réponse à ceux-ci chez les jeunes handicapé-es

Les personnes handicapées sont plus susceptibles que les personnes non handicapées d'être la cible de violence (Hughes et coll., 2012). Dans de nombreux cas, les auteur-es d'abus sont des personnes sur lesquelles elles comptent pour répondre à leurs besoins de soins personnels (Dockerty et coll., 2015; Hassouneh-Phillips, 2005; Plummer et Findley, 2012; Rajan, 2011). Il est impératif de renforcer la prévention des abus et la réponse à ceux-ci afin de promouvoir la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es et d'assurer leur sécurité.

Recommandations pour prévenir les abus chez les jeunes handicapé-es et pour soutenir ceux/celles qui en ont vécu :

Répondre aux problèmes systémiques qui rendent les jeunes handicapé-es plus vulnérables aux abus

La pauvreté est un facteur de risque d'abus (Barrett et coll., 2009; Ellsberg et coll., 2015). Par conséquent, il est crucial de favoriser un accès équitable aux occasions d'emploi pour les jeunes handicapé-es (c.-à-d., pratiques d'embauche non discriminatoires, lieux de travail physiquement accessibles) et de veiller à ce qu'ils/elles bénéficient d'une sécurité financière pour réduire les cas d'abus et leur permettre de quitter de telles situations (Dockerty et coll., 2015; Rajan, 2011).

Les organismes de service devraient établir des politiques et des procédures pour protéger les personnes handicapées contre les abus (Dubé, 2016). Les politiques doivent également être appliquées pour que les auteur-es d'abus soient tenu-es responsables. Des vérifications de sécurité régulières des services sociaux et de santé sont nécessaires pour s'assurer que les jeunes handicapé-es reçoivent un soutien approprié et ne vivent pas d'abus dans ces systèmes (Rajan, 2011).

Par ailleurs, les services de soutien doivent être accessibles aux jeunes handicapé-es. Le *Self-Assessment Tool for Ensuring Access for People with Disabilities* [Outil d'auto-évaluation pour garantir l'accès aux personnes handicapées] (<https://safehousingpartnerships.org/node/205>) de l'organisme Disability Rights Wisconsin (États-Unis) peut être utile pour évaluer l'accessibilité des programmes et services de soutien aux personnes victimes d'abus (Disability Rights Wisconsin, 2004).

Recommandations pour prévenir les abus chez les jeunes handicapé-es et pour soutenir ceux/elles qui en ont vécu :

Adopter une approche tenant compte des traumatismes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es

Une approche tenant compte des traumatismes commence par une reconnaissance du fait que les jeunes ayant recours aux services et soutiens peuvent avoir vécu des événements bouleversants qui continuent d'affecter leur vie, y compris des interactions avec des prestataires de services (Ghandour et coll., 2015; Reeves, 2015). L'adoption d'une telle approche nécessite de comprendre l'interaction complexe entre les facteurs individuels et sociétaux qui contribuent aux expériences de traumatisme, de même que les différentes manières par lesquelles les individus peuvent composer avec les traumatismes (Quiros et Berger, 2015). En outre, une approche tenant compte des traumatismes implique de prendre les précautions nécessaires pour éviter de causer par inadvertance des traumatismes supplémentaires à une personne à qui l'on fournit du soutien (Reeves, 2015).

Les éléments importants d'une approche fondée sur les traumatismes incluent le développement de la confiance, la promotion de la sécurité, l'encouragement du choix et de l'agentivité, et l'amélioration de l'autorégulation émotionnelle (Berger et coll., 2021). Donner aux individus les moyens de faire leurs propres choix (p. ex., choix concernant leurs prestataires de services, leurs objectifs et les soutiens nécessaires pour les atteindre) est particulièrement important, car cela contribue à rétablir un sentiment de pouvoir chez des individus qui se sont vus privés de choix en raison d'expériences traumatisantes (Ballan et Freyer, 2017).

Recommandations pour prévenir les abus chez les jeunes handicapé-es et pour soutenir ceux/elles qui en ont vécu :

Évaluer les risques et élaborer un plan de sécurité avec les jeunes handicapé-es qui vivent des abus ou en ont vécu

Les prestataires de services qui soutiennent de jeunes handicapé-es ayant vécu des abus devraient travailler avec eux/elles à évaluer le risque d'abus futurs et à élaborer un plan de sécurité en conséquence (Ballan et Freyer, 2017; Dockerty et coll., 2015; Rajan, 2011). La planification de la sécurité ne vise pas nécessairement à quitter la situation d'abus, car cela n'est pas toujours possible ou préféré par les personnes vivant des abus (Bader et coll., 2019). Elle vise plutôt à les aider à élaborer des stratégies pour réduire le risque immédiat de violence.

Ces ressources peuvent être utiles pour évaluer les risques et planifier la sécurité :

- La ressource *Établir des plans de sécurité avec les populations vulnérables pour réduire le risque de violence répétée et d'homicide familial* de l'Initiative canadienne sur la prévention des homicides familiaux présente des stratégies, des pratiques prometteuses et d'autres ressources pour soutenir les femmes confrontées à la violence familiale et leurs proches (Bader et coll., 2019).
- Safe and Equal, un organisme australien de lutte contre la violence familiale, a identifié des considérations spécifiques liées à l'évaluation des risques et à l'élaboration de plans de sécurité pour des personnes handicapées (p. ex., assurer l'accès aux dispositifs de mobilité, répondre aux besoins de soins, assurer l'accessibilité des services de soutien; Safe and Equal, s.d.).
- Le *Model Protocol: Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities* [« Protocole modèle sur la planification de la sécurité pour les personnes victimes de violence familiale et ayant un handicap »] de la Washington State Coalition Against Domestic Violence des États-Unis adresse des recommandations aux organismes de lutte contre la violence familiale quant au soutien à apporter aux personnes handicapées en matière de planification de la sécurité, en favorisant leur autodétermination et en tenant compte des obstacles environnementaux et sociaux que les personnes handicapées peuvent rencontrer (Hoog, 2010).
- Le document *Safety Planning with LGBTQ Sexual Assault Survivors: A Guide for Advocates and Attorneys* [« La planification de la sécurité avec des personnes LGBTQ survivantes d'agressions sexuelles : Un guide pour les militant-es et les avocat-es »] du Victim Rights Law Center des États-Unis adresse des recommandations aux militant-es et aux avocat-es pour aider les personnes LGBTQ survivantes d'agressions sexuelles de la part de partenaires non intimes à évaluer les risques et à élaborer des plans de sécurité (Victim Rights Law Center, 2017).

Recommandations pour prévenir les abus chez les jeunes handicapé-es et pour soutenir ceux/elles qui en ont vécu :

Former les prestataires de services à mieux soutenir les jeunes handicapé-es ayant vécu des abus

Il est essentiel d'augmenter le nombre d'intervenant-es compétent-es, affirmatif(-ve)s du handicap, empathiques et capables d'aider les jeunes handicapé-es qui vivent des abus ou en ont vécu (Dockerty et coll., 2015; Rajan, 2011).

Les prestataires de services devraient posséder des connaissances sur :

- l'incidence plus élevée d'abus que vivent les personnes handicapées, et le fait que ces abus sont souvent perpétrés par des prestataires de soins;
- la nécessité d'offrir un milieu sûr et sans jugements aux jeunes handicapé-es, pour qu'ils/elles se sentent à l'aise de dévoiler leurs expériences d'abus;
- les facteurs sociaux et environnementaux qui rendent les jeunes handicapé-es plus vulnérables aux abus (p. ex., stigmatisation, faible statut socioéconomique, accès limité aux services de santé, obstacles à la participation communautaire, manque d'éducation à la santé sexuelle);
- les obstacles que les jeunes handicapé-es rencontrent en tentant de quitter une situation d'abus (p. ex., ne pas être cru-es lorsqu'ils/elles signalent un abus, peur de perdre l'accès au soutien pour les soins, manque de sécurité financière);
- les répercussions possibles des abus sur les jeunes handicapé-es;
- la nécessité de fournir aux jeunes handicapé-es le vocabulaire nécessaire pour communiquer à propos des abus;
- les différentes façons dont les jeunes handicapé-es peuvent communiquer et l'adaptation à ces différents modes de communication;
- l'évaluation des risques et le travail avec les jeunes handicapé-es pour élaborer un plan de sécurité;
- les services et soutiens locaux (p. ex., centres de crise, soutien à la santé mentale) vers lesquels orienter les jeunes handicapé-es;
- l'adoption de cadres anti-oppression et d'intersectionnalité; et
- l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes dans leur pratique (Dockerty et coll., 2015; Ghandour et coll., 2015; Rajan, 2011).

7. Faire avancer la recherche sur la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es

Les futures recherches visant à faire progresser le corpus de connaissances sur la santé et le bien-être sexuels des jeunes handicapé-es devraient adopter une approche affirmative du handicap et se concentrer sur la satisfaction des besoins de santé sexuelle identifiés par ces jeunes. La recherche participative et orientée vers l'action, qui implique que les chercheur(-euse)s collaborent avec des membres de la communauté (p. ex., jeunes handicapé-es, familles) en tant que partenaires égaux(-ales) dans la conception de l'étude et la prise de décision, peut permettre une meilleure participation des jeunes handicapé-es à la recherche qui vise à leur être bénéfique (Balcazar et coll., 1998). Pour ce faire, il convient d'impliquer de manière intentionnelle et significative divers-es membres de la communauté dans le processus de recherche, d'accommoder divers besoins d'accessibilité et de répartir équitablement le pouvoir entre les membres de l'équipe de recherche (Greenwood et coll., 2016). En outre, le renforcement des capacités des chercheur(-euse)s handicapé-es (p. ex., formation, occasions de financement) pourrait consolider et élargir la base de recherche sur le handicap, car des chercheur(-euse)s qui sont handicapé-es peuvent apporter à la fois leur expertise en recherche et leur expérience vécue.

Domaines recommandés pour la recherche future :

Besoins en matière de santé sexuelle des divers-es jeunes handicapé-es

- Comportements sexuels et expériences de fréquentations/rerelations de divers-es jeunes handicapé-es (p. ex., jeunes handicapé-es 2ELGBTQINA+, noir-es, autochtones et de couleur, de divers milieux culturels, ayant des besoins de soutien complexes, ayant divers types de handicaps physiques);
- Obstacles et facilitateurs psychologiques, sociaux et environnementaux du développement d'une estime sexuelle positive chez les jeunes handicapé-es;
- Stratégies d'adaptation de l'activité sexuelle pour divers-es jeunes handicapé-es; et
- Jouets sexuels de conception novatrice qui répondent aux besoins d'accessibilité des jeunes handicapé-es.

Domaines recommandés pour la recherche future :

Formation et lignes directrices pour les prestataires et les organismes de services

- Analyse de l'environnement des organismes de services et d'autres établissements, afin de déterminer dans quelle mesure ils mettent en œuvre efficacement la conception inclusive et la justice pour les personnes handicapées, et comment ils peuvent s'améliorer;
- Politiques/lignes directrices d'organismes de services qui promeuvent efficacement les droits sexuels des jeunes handicapé-es tout en respectant les lois existantes et en assurant la sécurité des prestataires de services et des jeunes handicapé-es;
- Programmes de formation des prestataires de services/programmes d'enseignement efficaces pour divers-es professionnel-les, afin de répondre aux besoins des jeunes handicapé-s en matière de santé sexuelle; et
- Stratégies visant à impliquer de manière significative les jeunes handicapé-es dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de formation ou d'enseignement sur le handicap et la sexualité à l'intention des prestataires de services.

Besoins des jeunes handicapé-es en matière d'éducation à la santé sexuelle

- Identification des contenus relatifs à la santé sexuelle qui sont pertinents aux jeunes handicapé-es;
- Élaboration et évaluation de programmes d'éducation à la santé sexuelle tenant compte des besoins des jeunes handicapé-es; et
- Approches d'enseignement de la sexualité aux jeunes handicapé-es à toutes les étapes de la vie (p. ex., notions élémentaires que les enfants devraient apprendre plus jeunes pour les préparer à des relations sexuelles plus tard).

Approches pour améliorer la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes handicapé-es

- Initiatives efficaces pour réduire les abus à l'égard de jeunes handicapé-es et améliorer la sécurité des jeunes handicapé-es dans leurs communautés;
- Utilisation d'approches novatrices et équitables (p. ex., arts, récits numériques, méthodologies de recherche autochtone) pour contrer la stigmatisation et promouvoir des narratifs plus diversifiés sur la sexualité qui intègrent les expériences des jeunes handicapé-es; et
- Élaborer des approches aux soins périnataux, y compris des lignes directrices sur les soins obstétricaux, qui répondent aux besoins des jeunes handicapé-es.

RÉFÉRENCES

- Accessibility Services Canada. (2023). *Legislation in Canada*. <https://accessibilitycanada.ca/legislation/>
- Action Canada pour la santé et les droits sexuels. (22 décembre 2017). *A broad vision for reproductive justice*. https://www.actioncanadashr.org/news/2017-12-22-broad-vision-reproductive-justice?gclid=Cj0KCQiAr8eqBhD3ARIsAle-buOFLSZrqmCKrEGsGWNzFGMI2Gn9ugryMISWN4mTbftHzzMVSSTanQsaAh8XEALw_wcB
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Questions et réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique*. <https://publications.gc.ca/site/fra/437081/publication.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (28 mai 2020). *Livret : Infections transmises sexuellement*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/livret-infections-transmises-sexuellement.html>
- Alberta Human Rights Commission. (2024). *Disability, illness, and injury*. <https://albertahumanrights.ab.ca/issues-at-work/disability-illness-and-injury/#:~:text=The%20Alberta%20Human%20Rights%20Act%20prohibits%20discrimination%20at%20work%20based,disability%2C%20injury%2C%20or%20illness>
- Andrews, E. E., Powell, R. M., et Ayers, K. (2022). The evolution of disability language: Choosing terms to describe disability. *Disability and Health Journal*, 15(3). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101328>
- Angell, M. E., Stoner, J. B., et Fulk, B. M. (2010). Advice from adults with physical disabilities on fostering self-determination during the school years. *Teaching Exceptional Children*, 42(3), 64–75. <https://doi.org/10.1177/004005991004200307>
- Angus, J., Seto, L., Barry, N., Cechetto, N., Chandani, S., Devaney, J., Fernando, S., Muraca, L., et Odette, F. (2012). Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *Journal of Cancer Education*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0273-4>
- Appel, J. M. (2010). Sex rights for the disabled? *Journal of Medical Ethics*, 36(3), 152–154. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.033183>
- Araten-Bergman, T., Bigby, C., et Ritchie, G. (2017). *Literature review of best practice supports in disability services for the prevention of abuse of people with disability: Report for the Disability Services Commissioner*. Living with Disability Research Centre, La Trobe University. https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Literature_Review_of_Best_Practice_Supports_in_Disability_Services_for_the_Prevention_of_Abuse_of_People_with_Disability_Report_for_the_Office_of_the_Disability_Services_Commissioner/22240192/1/files/39526933.pdf
- Assemblée générale des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanismes/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Assistive Technology Industry Association. (2023). *What is AT?* <https://www.atia.org/home/at-resources/what-is-at/>
- Bader, D., Doherty, D., Dumont-Smith, C., Guruge, S., Nepinak, J., Porteous, T., Campbell, M., Straatman, A. L., et Dawson, M. (Janvier 2019). *Établir des plans de sécurité avec les populations vulnérables pour réduire le risque de violence répétée et d'homicide familial : 6e mémoire sur les homicides familiaux*. Initiative canadienne sur la prévention des homicides familiaux. http://cdhpi.ca/sites/cdhpi.ca/files/Brief_6_French.pdf
- Bahner, J. (2012). Legal rights or simply wishes? The struggle for sexual recognition of people with physical disabilities using personal assistance in Sweden. *Sexuality and Disability*, 30(3), 337–356. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9268-2>
- Bahner, J. (2016). Risky business? Organizing sexual facilitation in Swedish personal assistance services. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(2), 164–175. <https://doi.org/10.1080/15017419.2015.1063540>
- Balcazar, F. E., Keys, C. B., Kaplan, D. L., et Suarez-Balcazar, Y. (1998). Participatory action research and people with disabilities: Principles and challenges. *Revue canadienne de réadaptation*, 12(2), 105–112.
- Ballan, M. S., et Freyer, M. (2017). Trauma-informed social work practice with women with disabilities: Working with survivors of intimate partner violence. *Advances in Social Work*, 18(1), 131–143. <https://doi.org/10.18060/21308>
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., et Carlson, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's Health Issues*, 19(2), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.005>
- Baruch, L., Bilitzky-Kopit, A., Rosen, K., et Adler, L. (2022). Cervical cancer screening among patients with physical disability. *Journal of Women's Health*, 31(8), 1173–1178. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0447>
- Benoit, C., Mellor, A., et Premji, Z. (2022). Access to sexual rights for people living with disabilities: Assumptions, evidence, and policy outcomes. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02372-x>
- Berger, E., D'Souza, L., et Miko, A. (2021). School-based interventions for childhood trauma and autism spectrum disorder: A narrative review. *Educational and Developmental Psychologist*, 38(2), 186–193. <https://doi.org/10.1080/20590776.2021.1986355>
- Berman, H., Harris, D., Enright, R., Gilpin, M., Cathers, T., et Bukovy, G. (1999). Sexuality and the adolescent with a physical disability: Understandings and misunderstandings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(4), 183–196. <https://doi.org/10.1080/014608699265275>

- Bonder, R., Wincentak, J., Gan, C., Kingsnorth, S., Provvidenza, C. F., et McPherson, A. C. (2021). "They assume that you're not having sex" : A qualitative exploration of how paediatric healthcare providers can have positive sexuality-related conversations with youth with disabilities. *Sexuality and Disability*, 39(3), 579–594. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09686-z>
- Brennand, E. A., et Santinele Martino, A. (2022). Disability is associated with sexually transmitted infection: Severity and female sex are important risk factors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0053>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Brown, H. K., Chen, S., Guttmann, A., Havercamp, S. M., Parish, S., Ray, J. G., Tarasoff, L. A., Vigod, S. N., Carty, A., et Lunsy, Y. (2020). Rates of recognized pregnancy in women with disabilities in Ontario, Canada. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 189–192. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.096>
- Brown, H. K., Chen, S., Guttmann, A., Havercamp, S. M., Parish, S. L., Ray, J. G., Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., et Lunsy, Y. (2022). Neonatal outcomes of mothers with a disability. *Pediatrics*, 150(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-055318>
- Browne, J., et Russell, S. (2005). My home, your workplace: People with physical disability negotiate their sexual health without crossing professional boundaries. *Disability and Society*, 20(4), 375–388. <https://doi.org/10.1080/09687590500086468>
- Bryant, C., Gustafsson, L., Aplin, T., et Setchell, J. (2022). Supporting sexuality after spinal cord injury: A scoping review of non-medical approaches. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5669–5682. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937339>
- Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17(1), 89–98. <https://doi.org/10.1093/heapro/17.1.89>
- Cameron, C. (2007). Whose problem? Disability narratives and available identities. *Community Development Journal*, 42(4), 501–511. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsm040>
- Campbell-Whately, G. D. (2008). Teaching students about their disabilities: Increasing self-determination skills and self-concept. *International Journal of Special Education*, 23(2), 137–144.
- Carcedo, R. J., Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., et Martínez-Álvarez, J. L. (2020). Association between sexual satisfaction and depression and anxiety in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17030841>
- Carehome.co.uk. (7 décembre 2023). *Types of physical disabilities*. <https://www.carehome.co.uk/advice/types-of-physical-disabilities>
- Centers for Disease Control and Prevention. (14 juillet 2023a). *Arthritis types*. <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/types.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (21 août 2023b). *Basic information about cervical cancer*. https://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/index.htm#:~:text=Anyone%20with%20a%20cervix%20is,person%20to%20another%20during%20sex
- Chan, D. N. S., Law, B. M. H., So, W. K. W., et Fan, N. (2022). Factors associated with cervical cancer screening utilisation by people with physical disabilities: A systematic review. *Health Policy*, 126(10), 1039–1050. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.08.003>
- Charlton, J. I. (2000). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment*. University of California Press.
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2019). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/1332d5_3146ce70d24f43edb9c3d563af31793b.pdf
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2020a). *Questions et réponses : L'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et dans d'autres milieux*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/1332d5_6c5f9d568d184e8eaaa28ba75308ac86.pdf
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2020b). *National Parent Survey : Canadian parents' opinions on sexual health education in schools*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2023a). *Améliorer la promotion de la santé sexuelle chez les jeunes autistes et handicapé-es. Conclusions de l'enquête de consultation auprès des prestataires de services : point de mire sur les jeunes handicapé-es (handicaps physiques)*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/1332d5_acda9bdd8f6a4e1f91a0c850dcdca094.pdf
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2023b). *Améliorer la promotion de la santé sexuelle chez les jeunes autistes et handicapé-es. Conclusions des groupes de discussion avec de jeunes handicapé-es (handicaps physiques)*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/1332d5_d742f890412f4f2881ee071c148fe36e.pdf
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2023c). *Sexual health and sexual health education needs and experiences among young people in Canada*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN).
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2023d). *Lignes directrices pour intégrer la prévention de la violence fondée sur le genre dans l'éducation complète à la santé sexuelle en milieu scolaire*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/919ea6_e59a14bcf6cb48c2b9dcb35c7804b90e.pdf
- CIÉSCAN/SIECCAN. (2023e). *Lignes directrices canadiennes pour la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes autistes*. Toronto, ON : Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN/SIECCAN). https://www.sieccan.org/files/ugd/283cae_c516e2b02d9d456c8a8a6551a4d5aa23.pdf

Clark, M., & Horton, J. (2021). Self-sampling devices for HPV testing. *Canadian Journal of Health Technologies*, 1(12). <https://www.cadth.ca/sites/default/files/hs-eh/EH101%20HPV%20Self-Sampling%20v.7.0-revised.pdf>

Cleveland Clinic. (2023). *Spéculum*. <https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/24238-speculum>

Comité sénatorial permanent des droits de la personne. (Juillet 2022). *Les cicatrices que nous portons : la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada – Partie II*. https://senCanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/2022-07-14_ForcedSterilization_F.pdf

Commission ontarienne des droits de la personne. (27 juin 2016). *Politique sur le capacitisme et la discrimination fondée sur le handicap*. <https://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-le-capacitisme-et-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-le-handicap>

Connell, K. M., Coates, R., et Wood, F. M. (2014). Sexuality following trauma injury: A literature review. *Burns & Trauma*, 2(2), 61–70. <https://doi.org/10.4103/2321-3868.130189>

Consortium for Spinal Cord Medicine. (2010). Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 33(3), 281–336. <https://doi.org/10.1080/10790268.2010.11689709>

Cooper, N. S., et Yoshida, K. K. (2007). Cancer screening behaviors among Canadian women living with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(5), 597–603. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.02.014>

Cotter, A. (15 mars 2018). *La victimisation avec violence chez les femmes ayant une incapacité, 2014*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54910-fra.htm>

Crow, L. (2010). Including all of our lives: Renewing the social model of disability. Dans *Equality, Participation and Inclusion 1* (2e éd.). Routledge.

Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., et Johnston-Silverberg, A. (2001). Abuse of women with disabilities: An ecological model and review. *Violence Against Women*, 7(1), 60–79. <https://doi.org/10.1177/10778010122182307>

Dakessian, D. (2022). Non-apparent disabilities : When your disability is not visible. *World Institute on Disability*. <https://wid.org/non-apparent-disabilities-when-your-disability-is-not-visible/>

Dammeyer, J., et Chapman, M. (2018). A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0>

Dewson, H., Rix, K. J. B., Le Gallez, I., et Choong, K. A. (2018). Sexual rights, mental disorder and intellectual disability: Practical implications for policy makers and practitioners. *BJPsych Advances*, 24(6), 386–397. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.40>

Disability Rights Wisconsin. (1er janvier 2004). Self-assessment tool for ensuring access for people with disabilities. *Safe Housing Partnerships*. <https://safehousingpartnerships.org/node/205>

Dockerty, C., Varney, J., et Jay-Webster, R. (2015). Disability and domestic abuse: Risk, impacts and response. *Public Health England*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/480942/Disability_and_domestic_abuse_topic_overview_FINAL.pdf

Dubé, P. (Août 2016). Dans l'impasse : Enquête sur la réponse du ministère des Services sociaux et communautaires aux situations de crise vécues par des adultes ayant une déficience intellectuelle. *Ombudsman Ontario*. https://www.ombudsman.on.ca/Media/ombudsman/Ombudsman_FR/Ressources/Enquetes-EISO/NTT-Final-FR-w-cover.pdf

Dune, T. M. (2014a). “You just don't see us” : The influence of public schema on constructions of sexuality by people with cerebral palsy. *World Journal of Social Science*, 1(1). <https://doi.org/10.5430/wjss.v1n1p1>

Dune, T. M. (2014b). Conceptualizing sex with cerebral palsy: A phenomenological exploration of private constructions of sexuality using sexual script theory. *International Journal of Social Science Studies*, 2(2), 20–40. <https://doi.org/10.11141/ijss.v2i2.287>

East, L. J., et Orchard, T. R. (2014). Somebody else's job: Experiences of sex education among health professionals, parents and adolescents with physical disabilities in southwestern Ontario. *Sexuality and Disability*, 32(3), 335–350. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9289-5>

Eglseder, K., et Webb, S. (2017). Sexuality education and implications for quality of care for individuals with adult onset disability: A review of current literature. *American Journal of Sexuality Education*, 12(4), 409–422. <https://doi.org/10.1080/1546128.2017.1407980>

Eisenberg, N. W., Andreski, S.-R., et Mona, L. R. (2015). Sexuality and physical disability: A disability-affirmative approach to assessment and intervention within health care. *Current Sexual Health Reports*, 7(1), 19–29. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0037-3>

Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., et Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *The Lancet*, 385(9977), 1555–1566. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)

Esmail, S., Darry, K., Walter, A., et Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148–1155. <https://doi.org/10.3109/09638280903419277>

Esmail, S., Huang, J., Lee, I., et Maruska, T. (2010). Couple's experiences when men are diagnosed with multiple sclerosis in the context of their sexual relationship. *Sexuality and Disability*, 28(1), 15–27. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9144-x>

Esmail, S., Krupa, C., MacNeill, D., et MacKenzie, S. (Mars 2010). *Best-practice : Sexuality education for children and youth with physical disabilities – Developing a curriculum based on lived experiences*. http://en.copian.ca/library/research/ccl/best_practice/best_practice.pdf

- Fielder, R. (2013). Sexual functioning. Dans M.D. Gellman et J.R. Turner (éds.), *Encyclopedia of Behavioural Medicine* (p. 1774-1777). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_668
- Findley, P. A., Plummer, S.-B., et McMahon, S. (2016). Exploring the experiences of abuse of college students with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(17), 2801–2823. <https://doi.org/10.1177/0886260515581906>
- Fisher, K. R., et Pural, C. (2017). Policies to change attitudes to people with disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(2), 161–174. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1222303>
- Fletcher, J., Yee, H., Ong, B., et Roden, R. C. (2023). Centering disability visibility in reproductive health care: Dismantling barriers to achieve reproductive equity. *Women's Health*, 19. <https://doi.org/10.1177/17455057231197166>
- Fonds des Nations Unies pour la population. (2023). *Qu'est-ce que l'autonomie corporelle?* <https://www.unfpa.org/fr/sowp-2021/autonomy>
- Frappier, S. A. (2021). *Exploring young women with disabilities' knowledge of and experiences with contraception: A multi-method qualitative study in Ontario* [Maîtrise en sciences interdisciplinaires de la santé]. Université d'Ottawa.
- Fronek, P., Kendall, M., Ungerer, G., Malt, J., Eugarde, E., et Geraghty, T. (2009). Towards healthy professional-client relationships: The value of an interprofessional training course. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 16–29. <https://doi.org/10.1080/13561820802491006>
- Ghandour, R. M., Campbell, J. C., et Lloyd, J. (2015). Screening and counseling for intimate partner violence: A vision for the future. *Journal of Women's Health*, 24(1), 57–61. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4885>
- Gianotten, W. L., Bender, J. L., et Post, M. W. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals: A model for the rehabilitation setting. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(3), 303–317. <https://doi.org/10.1080/14681990600754559>
- Giles, M. L., Juando-Prats, C., McPherson, A. C., et Gesink, D. (2023). "But, you're in a wheelchair!" : A systematic review exploring the sexuality of youth with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 41(2), 141–171. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09769-5>
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: The social model of disability and chronic disease. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 8(2), 134–138. <https://doi.org/10.1007/s12178-015-9273-z>
- Gouvernement du Canada. (18 janvier 2022). *Problèmes graves rencontrés par les personnes handicapées au Canada atlantique*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/phca-pwdac/conclusions-findings.html>
- Gouvernement du Canada. (7 septembre 2018). *Droits des personnes handicapées*. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/droits-personnes-handicapees.html#a1a>
- Greenwood, M., Fakih, B., Steff, M., Bechange, S., et Mrisho, M. (2016). Hear my voice: A community-based participatory study gathering the lived experiences of people with disabilities and older people in Tanzania. *Knowledge Management for Development Journal*, 12(2), 63–78.
- Gregory, S. Y. (6 octobre 2021). *For disabled people, sex toys aren't just for pleasure*. <https://www.mic.com/life/for-disabled-people-sex-toys-arent-just-for-pleasure>
- Grigorovich, A., et Kontos, P. (2020). Problematizing sexual harassment in residential long-term care: The need for a more ethical prevention strategy. *Revue canadienne du vieillissement*, 39(1), 117–127. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000199>
- Gutiérrez-Bermejo, B., et Jenaro, C. (2022). Sexual assistance for people with intellectual disabilities: Proposal for a service delivery model. *Sexuality and Disability*, 40(3), 347–362. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09729-z>
- Hall, M. (2018). Disability, discourse and desire: Analyzing online talk by people with disabilities. *Sexualities*, 21(3), 379–392. <https://doi.org/10.1177/1363460716688675>
- Hassan, A., Yates, L., Hing, A. K., Hirz, A. E., et Hardeman, R. (2023). Dobbs and disability: Implications of abortion restrictions for people with chronic health conditions. *Health Services Research*, 58(1), 197–210. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14108>
- Hassouneh-Phillips, D. (2005). Understanding abuse of women with physical disabilities: An overview of the abuse pathways model. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00008>
- Hassouneh-Phillips, D., et Curry, M. A. (2002). Abuse of women with disabilities: State of the science. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 96–104. <https://doi.org/10.1177/003435520204500204>
- Hassouneh-Phillips, D., et McNeff, E. (2005). "I thought I was less worthy" : Low sexual and body esteem and increased vulnerability to intimate partner abuse in women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 23(4), 227–240. <https://doi.org/10.1007/s11195-005-8930-3>
- Heller, M. K., Gambino, S., Church, P., Lindsay, S., Kaufman, M., et McPherson, A. C. (2016). Sexuality and relationships in young people with spina bifida and their partners. *Journal of Adolescent Health*, 59(2), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.037>
- Hensel, D. J., Nance, J., et Fortenberry, J. D. (2016). The association between sexual health and physical, mental, and social health in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 416–421. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.003>
- Hill, A. O., Amos, N., Bourne, A., Parsons, M., Bigby, C., Carman, M., et Lyons, A. (Novembre 2022). Violence, abuse, neglect and exploitation of LGBTQA+ people with disability: A secondary analysis of data from two national surveys. *Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University*. https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Research_Report_-_Violence_abuse_neglect_and_exploitation_of_LGBTQA_people_with_disability_-_A_secondary_analysis_of_data_from_two_national_surveys/21619959

Hollomotz, A. (2011). *Learning difficulties and sexual vulnerability: A social approach*. Jessica Kingsley Publishers.

Hoog, C. (Janvier 2010). Model protocol: Safety planning for domestic violence victims with disabilities. *Washington State Coalition Against Domestic Violence*. http://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/Protocol_disability_safety_planning-rev-2010.pdf

Horner-Johnson, W., Dissanayake, M., Wu, J. P., Caughey, A. B., et Darney, B. G. (2020). Pregnancy intendedness by maternal disability status and type in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52(1), 31–38. <https://doi.org/10.1363/psrh.12130>

Hough, S., Cordes, C. C., Goetz, L. L., Kuemmel, A., Lieberman, J. A., Mona, L. R., Tepper, M. S., et Varghese, J. G. (2020). A primary care provider's guide to sexual health for individuals with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 26(3), 144–151. <https://doi.org/10.46292/SCI2603-144>

Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T., et Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379(9826), 1621–1629. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5)

lezzoni, L. I., Rao, S. R., Agaronnik, N. D., & El-Jawahri, A. (2021). Associations between disability and breast or cervical cancers, accounting for screening disparities. *Medical Care*, 59(2), 139–147. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001449>

lezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., & Ecker, J. L. (2015). Physical accessibility of routine prenatal care for women with mobility disability. *Journal of Women's Health*, 24(12), 1006–1012. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5385>

Initiative pour les droits sexuels. (Mars 2018). *Submission to the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on right of persons with disabilities to the highest attainable standard of health*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/StandardHealth/SexualRightsInitiative.docx>

Institute of Medicine (US) Committee on Unintended Pregnancy. (1995). *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families* (S. S. Brown et L. Eisenberg, eds.). National Academies Press (É.-U.). <https://doi.org/10.17226/4903>

Jungels, A. M., et Bender, A. A. (2015). Missing intersections: Contemporary examinations of sexuality and disability. Dans J. DeLamater et R. F. Plante (éds.), *Handbook of the Sociology of Sexualities* (p. 169–180). Springer.

Kedde, H., van de Wiel, H. B. M., Weijmar Schultz, W. C. M., Vanwesenbeeck, W. M. A., et Bender, J. L. (2010). Efficacy of sexological healthcare for people with chronic diseases and physical disabilities. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(3), 282–294. <https://doi.org/10.1080/00926231003719798>

Kedde, H., van de Wiel, H., Weijmar Schultz, W., Vanwesenbeeck, I., et Bender, J. (2012). Sexual health problems and associated help-seeking behavior of people with physical disabilities and chronic diseases. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 63–78. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569638>

Khalesi, Z. B., Simbar, M., Azin, S. A., et Zayeri, F. (2016). Public sexual health promotion interventions and strategies: A qualitative study. *Electronic Physician Journal*, 8(6), 2489–2496. <https://doi.org/10.19082/2489>

Kilic, A., Tastan, S., Guvenc, G., et Akyuz, A. (2019). Breast and cervical cancer screening for women with physical disabilities: A qualitative study of experiences and barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1976–1986. <https://doi.org/10.1111/jan.14048>

Kok, G., et Akyuz, A. (2015). Evaluation of effectiveness of parent health education about the sexual developments of adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 33(2), 157–174. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9400-1>

Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, 11(Suppl_4). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>

Krysko, K. M., Graves, J. S., Dobson, R., Altintas, A., Amato, M. P., Bernard, J., Bonavita, S., Bove, R., Cavalla, P., Clerico, M., Corona, T., Doshi, A., Fragoso, Y., Jacobs, D., Jokubaitis, V., Landi, D., Llamasa, G., Longbrake, E. E., Maillart, E., et Hellwig, K. (2020). Sex effects across the lifespan in women with multiple sclerosis. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 13. <https://doi.org/10.1177/1756286420936166>

Lagu, T., Hannon, N. S., Rothberg, M. B., Wells, A. S., Green, K. L., Windom, M. O., Dempsey, K. R., Pekow, P. S., Avrunin, J. S., Chen, A., et Lindenaer, P. K. (2013). Access to subspecialty care for patients with mobility impairment: A survey. *Annals of Internal Medicine*, 158(6), 441–446. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00003>

Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., Moreira Jr., E. D., Nicolosi, A., et Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143–159. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-9005-3>

Leibowitz, R. Q. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want? *Sexuality and Disability*, 23(2), 81–107. <https://doi.org/10.1007/s11195-005-4671-6>

Liebowitz, C. (20 mars 2015). I am disabled: On identity-first versus people-first language. *The body is not an apology*. <https://thebodyisnotanapology.com/magazine/i-am-disabled-on-identity-first-versus-people-first-language/>

Lightman, E., Vick, A., Herd, D., et Mitchell, A. (2009). Not disabled enough: Episodic disabilities and the Ontario Disability Support Program. *Disability Studies Quarterly*, 29(3).

Lindsay, S., et Edwards, A. (2013). A systematic review of disability awareness interventions for children and youth. *Disability and Rehabilitation*, 35(8), 623–646. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.702850>

Lofters, A., Guilcher, S., Glazier, R. H., Jaglal, S., Voth, J., et Bayoumi, A. M. (2014). Screening for cervical cancer in women with disability and multimorbidity: A retrospective cohort study in Ontario, Canada. *Revue de l'Association médicale canadienne*, 2(4), 240–247. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140003>

- Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. (2005) (*LAPHO*). <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/05a11>
- Magoon, K., et Meadows-Oliver, M. (2011). Adolescent sexual health and physical disability in primary care. *Pediatric Nursing*, 37(5), 280–282.
- Malihi, Z. A., Fanslow, J. L., Hashemi, L., Gulliver, P. J., et McIntosh, T. K. D. (2021). Prevalence of nonpartner physical and sexual violence against people with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(3), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.03.016>
- Malouf, R., Henderson, J., et Redshaw, M. (2017). Access and quality of maternity care for disabled women during pregnancy, birth and the postnatal period in England: Data from a national survey. *BMJ Open*, 7(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016757>
- McCabe, M. P., et Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 359–369.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., et Dolan Mullen, P. (2001). Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(9), 861–866. <https://doi.org/10.1089/152460901753285750>
- McRee, A.-L., Haydon, A. A., et Halpern, C. T. (2010). Reproductive health of young adults with physical disabilities in the U.S. *Preventive Medicine*, 51(6), 502–504. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.09.006>
- Meseguer-Santamaría, M.-L., Sánchez-Alberola, F., et Vargas-Vargas, M. (2021). Intimate partner violence against women with disabilities in Spain: A public health problem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020728>
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (24 juillet 2023). *Appareils et accessoires fonctionnels*. <https://www.ontario.ca/fr/document/directives-du-programme-ontarien-de-soutien-aux-personnes-handicapees-concernant-le/96>
- Mintz, K. (2022). Sexual ableism: Is sex work the best solution? Dans D. Boonin (éd.), *The Palgrave Handbook of Sexual Ethics* (p. 437–451). Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-87786-6_26
- Moin, V., Duvdevany, I., et Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, 27, 83–95. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9112-5>
- Moorcroft, A., Scarinci, N., et Meyer, C. (2019). A systematic review of the barriers and facilitators to the provision and use of low-tech and unaided AAC systems for people with complex communication needs and their families. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(7), 710–731. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1499135>
- Moore, J. W. (2016). What is the sense of agency and why does it matter? *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01272>
- Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G., Courtois, F., Lamontagne, A., et Guérette, A. (2018). Co-designing sex toys for adults with motor disabilities. *Sexuality and Disability*, 36(1), 47–68. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9506-8>
- Morales, E., Quattrini, F., Auger, C., et Gauthier, V. (2020). What sexual assistants want and need: Creating a toolkit and new solutions to help them better perform their work with individuals with disabilities. *Sexuality and Disability*, 38, 19–29. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09614-2>
- Morozowski, M., et Roughley, R. A. (2020). The journey of sexuality after spinal cord injury: Implications for allied health professionals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 29(3), 354–365. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0024>
- Morris, S., Fawcett, G., Brisebois, L., et Hughes, J. (28 novembre 2018). *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-654-X2018002>
- Morris, S., Fawcett, G., Timoney, L. R., et Hughes, J. (3 décembre 2019). *Les dynamiques de l'incapacité : les limitations progressives, récurrentes ou fluctuantes*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2019002-fra.htm>
- Murphy, N. A., et Elias, E. R. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118(1), 398–403. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1115>
- Myburgh, J. G., Fourie, R., et van Niekerk, A. H. (2010). Efficacy of sexual counselling during the rehabilitation of spinal cord injured patients. *South African Orthopaedic Journal*, 9(4), 46–48.
- National Disability Authority. (2020). *What is Universal Design*. <https://universaldesign.ie/what-is-universal-design/>
- National Women's Law Center. (24 janvier 2022). *Forced sterilization of disabled people in the United States*. https://nwlrc.org/wp-content/uploads/2022/01/%C6%92.NWLC_SterilizationReport_2021.pdf
- Neubauer, A. B., Schmidt, A., Kramer, A. C., et Schmiedek, F. (2021). A little autonomy support goes a long way: Daily autonomy-supportive parenting, child well-being, parental need fulfillment, and change in child, family, and parent adjustment across the adaptation to the COVID-19 pandemic. *Child Development*, 92(5), 1679–1697. <https://doi.org/10.1111/cdev.13515>
- Neufeld, J. A., Klingbeil, F., Bryen, D. N., Silverman, B., et Thomas, A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 13(4), 857–873. [https://doi.org/10.1016/S1047-9651\(02\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S1047-9651(02)00045-1)
- Nguyen, A. (2020). Challenges for women with disabilities accessing reproductive health care around the world: A scoping review. *Sexuality and Disability*, 38(3), 371–388. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09630-7>

Nguyen, A. Q., Mandigo, M., et Coleman, J. S. (2018). Cervical cancer screening for women with disabilities: Time for a new approach? *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 22(4), 318–319. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000432>

O'Dea, B. (9 mai 2019). 'Romance can be complex for those of us with hidden disabilities.' *The Irish Times*. <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/romance-can-be-complex-for-those-of-us-with-hidden-disabilities-1.3862554>

O'Keefe, B. M., Kozak, N. B., et Schuller, R. (2007). Research priorities in augmentative and alternative communication as identified by people who use AAC and their facilitators. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(1), 89–96. <https://doi.org/10.1080/07434610601116517>

Oliver, M. (1995). Understanding disability: From theory to practice. *Red Globe Press London*. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-24269-6>

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Santé sexuelle*. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Reproductive health*. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>

Organisation mondiale de la Santé. (22 mai 2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Ortiz, N. (25 octobre 2012). Disability justice framework. *Disability Justice*. <https://disabilityj.blogspot.com/>

Osborne, J. B., Rocchi, M. A., McBride, C. B., McKay, R., Gainforth, H. L., Upper, R., et Sweet, S. N. (2023). Couples' experiences with sexuality after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 45(4), 664–672. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2040611>

Parekh, T., Gimm, G., et Kitsantas, P. (2023). Sexually transmitted infections in women of reproductive age by disability type. *American Journal of Preventive Medicine*, 64(3), 393–404. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.10.013>

Parker, M. G., et Yau, M. K. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 30(1), 15–27. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9222-8>

Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-FR.pdf>

Partenariat canadien contre le cancer. (2021). *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : Lignes directrices provinciales et territoriales en matière de dépistage*. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-in-canada-2021-2022/programs/guidelines/>

Pascual, A., Wighman, A., Littooi, E. C., et Janssen, T. W. J. (2021). Sexuality as part of rehabilitation? A qualitative study on the perceptions of rehabilitation nurses on discussing patient sexuality during clinical rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1550–1557. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1670271>

Petasis, A. (2019). Discrepancies of the medical, social and biopsychosocial models of disability; A comprehensive theoretical framework. *The International Journal of Business Management and Technology*, 3(4), 42–54.

Plummer, S.-B., et Findley, P. A. (2012). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(1), 15–29. <https://doi.org/10.1177/1524838011426014>

Porter, J. R., Sobel, K., Fox, S. E., Bennett, C. L., et Kientz, J. A. (2017). Filtered out: Disability disclosure practices in online dating communities. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 1(CSCW), 1–13. <https://doi.org/10.1145/3134722>

Pritchard, S., Milligan, J., et Lee, J. (2014). Making your office accessible for patients with mobility impairments. *Le Médecin de famille canadien*, 60(3), 253–254.

Quiros, L., et Berger, R. (2015). Responding to the sociopolitical complexity of trauma: An integration of theory and practice. *Journal of Loss and Trauma*, 20(2), 149–159. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.836353>

Rajan, D. (Mars 2011). *Women with disabilities and abuse: Access to supports. Report on the pan-Canadian focus groups. Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN) Canada*. https://canadianwomen.org/wp-content/uploads/2017/09/PDF-VP-Resource-DAWN-RAFH-Canada-Focus-Groups-WWD_201.pdf

Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., et Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health*, 56(2), 141–156. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1086463>

Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698–709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>

Renwick, R., DuBois, D., Cowen, J., Cameron, D., Fudge Schormans, A., et Rose, N. (2019). Voices of youths on engagement in community life: A theoretical framework of belonging. *Disability & Society*, 34(6), 945–971. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1583551>

Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN) Canada. (Février 2019). *Plus qu'une note de bas de page : Rapport de recherche sur les femmes et les filles en situation de handicap au Canada*. https://www.dawnCanada.net/media/uploads/news_data/news-278/rapport_de_recherche_plus_qu'une_note_de_bas_de_page.pdf

Retznik, L., Wienholz, S., Seidel, A., Pantenburg, B., Conrad, I., Michel, M., et Riedel-Heller, S. G. (2017). Relationship status: Single? Young adults with visual, hearing, or physical disability and their experiences with partnership and sexuality. *Sexuality and Disability*, 35, 415–432. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9497-5>

- Ricciardi, R., Szabo, C. M., et Yribarren Poulos, A. (2007). Sexuality and spinal cord injury. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 675–684. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.08.005>
- Rich, K. (2014). "My body came between us": Accounts of partner-abused women with physical disabilities. *Affilia*, 29(4), 418–433. <https://doi.org/10.1177/0886109914522626>
- Rivera Drew, J. A., et Short, S. E. (2010). Disability and pap smear receipt among U.S. women, 2000 and 2005. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 258–266. <https://doi.org/10.1363/4225810>
- Robinson-Whelen, S., Hughes, R. B., Powers, L. E., Oschwald, M., Renker, P., Swank, P. R., et Curry, M. A. (2010). Efficacy of a computerized abuse and safety assessment intervention for women with disabilities: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 97–107. <https://doi.org/10.1037/a0019422>
- Rooks-Ellis, D. L., Jones, B., Sulinski, E., Howorth, S., et Achey, N. (2020). The effectiveness of a brief sexuality education intervention for parents of children with intellectual and developmental disabilities. *American Journal of Sexuality Education*, 15(4), 444–464. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1800542>
- Rowen, T. S., Stein, S., et Tepper, M. (2015). Sexual health care for people with physical disabilities. *Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 584–589. <https://doi.org/10.1111/jsm.12810>
- Rutgers School of Arts and Sciences. (2023). *Physical disabilities*. <https://kines.rutgers.edu/dshw/disabilities/physical/1060-physical-disabilities#:~:text=Physical%20disability%20indicates%20any%20physical,can%20be%20temporary%20or%20permanent>
- Safe and Equal. (s.d.). *Safety planning and risk management*. <https://safeandequal.org.au/working-in-family-violence/tailored-inclusive-support/people-with-disability/safety-planning-and-risk-management/>
- Sakaluk, J. K., Todd, L. M., Milhausen, R., Lachowsky, N. J., et Undergraduate Research Group in Sexuality. (2014). Dominant heterosexual sexual scripts in emerging adulthood: Conceptualization and measurement. *Journal of Sex Research*, 51(5), 516–531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.745473>
- Sakellariou, D. (2006). If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 24(2), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s11195-006-9008-6>
- Samowitz, P. (2010). A sexuality policy that truly supports people with disabilities. *Impact Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities*, 23(2), 18–19.
- Santinele Martino, A. (2020). *The romantic and sexual lives of adults with intellectual disability in Ontario, Canada*. [Doctoral dissertation, McMaster University]. Open Access Dissertations and Theses.
- Santinele Martino, A., et Kinitz, D. (2022). "It's just more complicated!" : Experiences of adults with intellectual disabilities when navigating digital sexual fields. *Cyberpsychology*, 16(2). <https://doi.org/10.5817/CP2022-2-6>
- Santinele Martino, A., et Perrault-Laird, J. (2019). "I don't know if I can talk about that" : An exploratory study on the experiences of care workers regarding the sexuality of people with intellectual disabilities. *Disability Studies Quarterly*, 39(3).
- Savage, L. (26 avril 2021). *Violence entre partenaires intimes : expériences des femmes ayant une incapacité au Canada, 2018*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00006-fra.htm>
- Saxe, A., et Flanagan, T. (2016). Unprepared: An appeal for sex education training for support workers of adults with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 34(4), 443–454. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9449-5>
- Shah, S. (2017). "Disabled people are sexual citizens too" : Supporting sexual identity, well-being, and safety for disabled young people. *Frontiers in Education*, 2. <https://doi.org/10.3389/educ.2017.00046>
- Shah, S., Bradbury-Jones, C., et Taylor, J. (2020). Using Facebook to tell stories of premature ageing and sexual and reproductive healthcare across the life course for women with cerebral palsy in the UK and USA. *BMJ Open*, 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032172>
- Shah, S., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2024). Access to and utilisation of sexual and reproductive healthcare for women and girls with cerebral palsy: A scoping review. *Disability & Society*, 39(1), 105–125. <https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2060802>
- Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: Toward rights and recognition. *Sexuality and Disability*, 18(3), 159–166. <https://doi.org/10.1023/A:1026409613684>
- Simon, W., et Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behaviour*, 15(2), 97–120. <https://doi.org/10.1007/BF01542219>
- Sins Invalid. (17 septembre 2015). *10 principes of disability justice*. <https://www.sinsinvalid.org/blog/10-principles-of-disability-justice>
- Société Alzheimer du Canada, ARCH Disability Law Centre, Association canadienne pour l'intégration communautaire, Association canadienne pour la santé mentale (filiale de Toronto), Conseil des Canadiens avec déficiences, Institut de recherche et de développement sur l'inclusion et la société, Personnes d'abord du Canada, Social Rights Advocacy Centre et Wellesley Institute. (15 mai 2017). *Meeting Canada's obligations to affordable housing and supports for people with disabilities to live independently in the community: Under Articles 19 and 28, Convention on the Rights of Persons with Disabilities and under Articles 2 and 11, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/Canada-ARCHDisabilityLawCenter.pdf>
- Solursh, D. S., Ernst, J. L., Lewis, R. W., Michael Prisant, L., Mills, T. M., Solursh, L. P., Jarvis, R. G., et Salazar, W. H. (2003). The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *International Journal of Impotence Research*, 15(Suppl_5), S41–S45. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901071>
- Stainton, T. (2016). Supported decision-making in Canada: Principles, policy, and practice. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/23297018.2015.1063447>

Statistique Canada. (25 août 2021). *La victimisation criminelle au Canada, 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210825/dq210825a-fra.htm>

Stoffel, J. T., Van der Aa, F., Wittmann, D., Yande, S., et Elliott, S. (2018). Fertility and sexuality in the spinal cord injury patient. *World Journal of Urology*, 36(10), 1577–1585. <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2347-y>

Story, M. F., Schwier, E., et Kailes, J. I. (2009). Perspectives of patients with disabilities on the accessibility of medical equipment: Examination tables, imaging equipment, medical chairs, and weight scales. *Disability and Health Journal*, 2(4), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.05.003>

Streuer, C. S., Corona, L., Smith, J. E., Lin, M., Wiener, J. S., et Wittmann, D. A. (2021). Sexual function of men and women with spina bifida: A scoping literature review. *Sexual Medicine Reviews*, 9(2), 244–266. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.09.001>

Surís, J.-C., Resnick, M. D., Cassuto, N., et Blum, R. W. M. (1996). Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *Journal of Adolescent Health*, 19(2), 124–131. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00282-W](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00282-W)

Sweeney, E. (24 septembre 2019). *Finding sexual health care shouldn't be so difficult for disabled people*. Rooted in Rights. <https://rootedinrights.org/finding-sexual-health-care-shouldnt-be-so-difficult-for-disabled-people/>

Taleporos, G. (2001). *Sexuality and physical disability*. Dans C. Wood (éd.), *Sexual Positions: An Australian View* (p. 155–166). Melbourne : Hill of Content Publishing.

Taleporos, G., et McCabe, M. P. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 19(2), 131–148. <https://doi.org/10.1023/A:1010677823338>

Tarasoff, L. A. (2021). A call for comprehensive, disability- and LGBTQ-inclusive sexual and reproductive health education. *Journal of Adolescent Health*, 69(2), 185–186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.013>

Tarasoff, L. A., Lunsky, Y., Chen, S., Guttmann, A., Haverkamp, S. M., Parish, S. L., Vigod, S. N., Carty, A., et Brown, H. K. (2020). Preconception health characteristics of women with disabilities in Ontario: A population-based, cross-sectional study. *Journal of Women's Health*, 29(12), 1564–1575. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8273>

Tarasoff, L. A., Lunsky, Y., Welsh, K., Haverkamp, S. M., Vigod, S. N., et Brown, H. K. (2023). The disability-related education and training experiences of perinatal care providers in Ontario. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 45(8), 581–586. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.05.032>

Tarasoff, L. A., Ravindran, S., Malik, H., Salaeva, D., et Brown, H. K. (2020). Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(1), 27, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.015>

Tarasoff, L. A., Saeed, G., Lunsky, Y., Welsh, K., Proulx, L., Haverkamp, S. M., Parish, S. L., et Brown, H. K. (2023). Prenatal care experiences of childbearing people with disabilities in Ontario, Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 52(3), 235–247. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.02.001>

Taub, T., et Werner, S. (2023). Perspectives of adolescents with disabilities and their parents regarding autonomous decision-making and self-determination. *Research in Developmental Disabilities*, 136. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104442>

Taylor, S. S., et Abernathy, T. V. (2022). Sexual health education for youth with disabilities: An unmet need. Dans D. S. Sheriff (éd.), *Human Sexuality*. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.104420>

Tellier, S. A., et Calleja, N. G. (2017). Renegotiating sexuality following an acquired disability: Best practices for counselors. *Adultspan Journal*, 16(1), 47–59. <https://doi.org/10.1002/adsp.12033>

Tepper, M. S. (2000). Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283–290. <https://doi.org/10.1023/A:1005698311392>

Tepper, M. S., Whipple, B., Richards, E., et Komisaruk, B. R. (2001). Women with complete spinal cord injury: A phenomenological study of sexual experiences. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 615–623. <https://doi.org/10.1080/713846817>

Thrusell, H., Coggrave, M., Graham, A., Gall, A., Donald, M., Kulshrestha, R., et Geddis, T. (2018). Women's experiences of sexuality after spinal cord injury: A UK perspective. *Spinal Cord*, 56(11), 1084–1094. <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0188-6>

triOS College. (18 novembre 2021). *What is a personal support worker?* <https://www.trios.com/blog/what-is-a-personal-support-worker/>

Turner, G. (7 décembre 2022). Should I mention my disability when online dating? *Gem Turner*. <https://www.gemturner.com/blog/should-i-mention-my-disability-when-online-dating>

Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., et Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565–1573. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)

Valvano, A. K., West, L. M., Wilson, C. K., Macapagal, K. R., Penwell-Waines, L. M., Waller, J. L., et Stepleman, L. M. (2014). Health professions students' perceptions of sexuality in patients with physical disability. *Sexuality and Disability*, 32(3), 413–427. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9347-7>

Vancouver Coastal Health Authority. (15 juillet 2009). *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*. <https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/Facilities-licensing-supporting-sexual-health-and-intimacy-in-care-facilities.pdf>

Vasquez, A. C., Patal, E. A., Fong, C. J., Corrigan, A. S., et Pine, L. (2016). Parent autonomy support, academic achievement, and psychosocial functioning: A meta-analysis of research. *Educational Psychology Review*, 28(3), 605–644. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9329-z>

Victim Rights Law Center. (2017). *Safety planning with LGBTQ sexual assault survivors: A guide for advocates and attorneys*. <https://victimrights.org/wp-content/uploads/2020/11/WTSToolkit-Safety-Planning-with-LGBTQ-Sexual-Assault-Survivors.pdf>

Visconti, D., Noia, G., Triarico, S., Quattrocchi, T., Pellegrino, M., Carducci, B., De Santis, M., et Caruso, A. (2012). Sexuality, pre-conception counseling and urological management of pregnancy for young women with spina bifida. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 163(2), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.04.003>

Watkins, C., Treviranus, J., et Roberts, V. (Septembre 2020). *Inclusive Design for Learning: Creating flexible and adaptable content with learners*. <https://oasis.col.org/bitstreams/d1df1652-3994-4372-9a86-2758e9d60203/download>

Wehmeyer, M. L. (2015). Framing the future: Self-determination. *Remedial and Special Education*, 36(1), 20–23. <https://doi.org/10.1177/0741932514551281>

Wehmeyer, M. L., et Palmer, S. B. (2000). Promoting the acquisition and development of self-determination in young children with disabilities. *Early Education and Development*, 11(4), 465–481. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1104_6

Wiegerink, D. (17 novembre 2010). *Romantic relationships and sexual experiences of adolescents and young adults with cerebral palsy*. Pediatric Rehabilitation Research in the Netherlands. https://repub.eur.nl/pub/22503/101117_Wiegerink,%20Dirkje%20Johanna%20Hendrika%20Gerco_full.pdf

Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., Cohen-Kettenis, P., et Transition Research Group South West Netherlands. (2011). Sexuality of young adults with cerebral palsy: Experienced limitations and needs. *Sexuality and Disability*, 29(2), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9180-6>

Yıldız, G., et Cavkaytar, A. (2017). Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers' attitudes toward sexual education and the perception of social support. *Sexuality and Disability*, 35(1), 3–19. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9465-5>

Zacharin, M. R. (2009). Puberty, contraception, and hormonal management for young people with disabilities. *Clinical Pediatrics*, 48(2), 149–155. <https://doi.org/10.1177/0009922808324492>

