

**NOTE DE
CADRAGE****Vie affective et sexuelle dans le
cadre de l'accompagnement en
ESSMS**

Validée le 31 mai 2022

Date de la saisine : [Date de la saisine] **Demandeur** : Auto-saisine HAS**Service(s)** : Service Recommandation DiQASM**Personne(s) chargée(s) du projet** : Carole Peintre

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles s'inscrit dans le cadre :

- d'un projet de recommandation mis au programme de l'ANESM au milieu des années 2010 dans le prolongement du programme qualité de vie en EHPAD ;
- d'une saisine de la HAS par la Direction générale de la santé (DGS), en 2019, en vue d'élaborer des recommandations de bonne pratique pour promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales ;
- de la mise en œuvre des orientations posées par la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1).

1.2. Contexte

1.2.1. Repères sémantiques et définitions

Si l'expression « vie affective et sexuelle » est la terminologie la plus souvent usitée dans le secteur social et médico-social, cela ne se réfère à aucune définition officielle. En revanche, le terme de santé sexuelle est largement utilisé dans le cadre des politiques publiques et fait l'objet d'une définition détaillée par l'OMS.

En effet, depuis 2017, la France s'est dotée d'une stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (1), dont les orientations prioritaires se sont déclinées dans deux feuilles de route successives (2018-2020 et 2021-2024), et s'appuie sur la définition de la « santé sexuelle », telle que définie par l'OMS (cf. Encadré 1). Dans ces documents, la promotion de la santé sexuelle passe notamment par « l'information, l'éducation, la communication » auprès des jeunes et certains publics prioritaires, ainsi

que par « la formation » des professionnels « à une santé sexuelle ». La prévention repose prioritairement « sur la vaccination VHB et HPV, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales ». Cependant, pour les actions visant plus particulièrement des publics âgés ou en situation de handicap vivant en institution, d'autres formulations sont également utilisées dans la stratégie nationale de santé sexuelle, comme celle de « vie relationnelle et sexuelle ».

En l'absence de consensus sur un vocabulaire qui fasse sens pour tous, il est choisi d'opter pour l'expression « vie affective et sexuelle » dans le titre de la note de cadrage.

Encadré 1 - Définitions internationales

La définition de l'OMS de la *santé sexuelle* (OMS, 2002) met l'accent sur une approche positive de la sexualité source d'épanouissement et qui nécessite notamment de pouvoir s'exercer dans le cadre d'un libre arbitre de la personne ou des partenaires sexuels concernés : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés, protégés et réalisés ».

La définition internationale de la *sexualité* (OMS, 2012), vise à montrer qu'il s'agit d'une dimension essentielle de l'identité humaine, qu'elle recouvre un large spectre d'émotions et de pratiques. Selon l'OMS, la sexualité est ainsi « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

En 2015, l'OMS a publié un document intitulé *Sexual Health, Human Rights and the Law*, qui propose une *application des droits de l'homme à la sexualité*, en particulier en ce qui concerne la protection contre la discrimination et la violence, la protection de la liberté d'expression et d'association, de la vie privée, pour les femmes, les hommes, les personnes transgenres et intersexuées, les adolescents et d'autres groupes de population (2).

1.2.2. Repères juridiques et éthiques

La sexualité est appréhendée, avant tout, comme une composante de la liberté individuelle et du respect de la vie privée par la jurisprudence et par le droit : le droit ne norme pas les comportements sexuels tout en reconnaissant leur libre exercice, y compris pour des personnes considérées comme vulnérables (3). D'ailleurs, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rappelé récemment que le respect et la protection de l'accès à la sexualité pour chacun s'impose, tout en précisant que le « droit à la vie sexuelle », entendu comme « un droit à la jouissance », n'est pas reconnu, confirmant, qu'en l'état actuel du droit français, le recours aux services sexuels d'un homme ou d'une femme, ou sa facilitation, relève de la prostitution et du proxénétisme (4).

Durant les deux dernières décennies, les textes juridiques se sont multipliés, poursuivant deux objectifs : promouvoir l'accès de chacun à une vie affective et sexuelle comme droit fondamental et mieux

protéger les plus vulnérables, ou encore sanctionner toute forme de violences sexuelles. Au cœur de ce double mouvement figure la question du consentement.

On peut ainsi citer parmi les mesures les plus récentes (liste non exhaustive) :

- 2016, le changement d'état civil des personnes transsexuelles est facilité¹ (6).
- 2018, la lutte contre les violences sexuelles et sexistes est renforcée, notamment en rallongeant le délai de prescription du viol sur mineur, ou encore en développant la lutte contre de nouvelles formes de violences sur Internet et les réseaux sociaux (7).
- 2019, les personnes sous tutelle ou curatelle peuvent prendre seules les décisions de se marier, de se pacser ou de divorcer (8).
- 2019, le « Code de l'enfant », rédigé dans le cadre du « Plan de lutte contre les violences faites aux enfants » (9), rappelle les droits des enfants en termes d'accès aux conseils et informations sur la santé sexuelle, *via* les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), Centres PMI ou tout autre professionnel de santé et d'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, sans l'accord des parents mais en étant soutenu par une personne majeure.
- 2019, dans les conclusions du Grenelle des violences conjugales, il est prévu la création d'un centre de ressources « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » dans chaque région, mis progressivement en place au cours de l'année 2021⁽¹⁰⁾.
- 2021, la protection des mineurs contre l'accès aux contenus pornographiques sur internet est renforcée (11).
- 2021, une circulaire de la DGCS à destination des ESSMS, rappelle la nécessité de « respecter le droit à l'intimité, la vie amoureuse et les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap, et de la lutte contre les violences dont elles peuvent faire l'objet »² (12).

1.2.3. Premiers éléments de littérature selon le secteur d'intervention

Malgré une multiplication des plaidoyers associatifs en faveur d'une meilleure prise en compte des attentes en matière de vie affective et sexuelle des personnes accompagnées par les ESSMS (essentiellement dans les secteurs du handicap et des personnes âgées)³ et des témoignages d'actions innovantes en faveur d'une approche positive de la sexualité auprès des personnes en situation de vulnérabilité⁴, les premiers éléments de littérature mettent d'abord l'accent sur les freins, les manques, les risques et les dommages.

¹ Le décret d'application de la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle sur le changement d'état civil des personnes trans a été publié le 29 mars 2017 (5).

² La circulaire liste plusieurs recommandations à destination des équipes de direction et des professionnels, comme la prise en compte de cette thématique dans les documents officiels (contrat de séjour, projet personnalisé, projet d'établissement), la formation des professionnels, la désignation d'un référent parmi l'équipe pluridisciplinaire, le recours aux centres de ressources et services spécialisés en santé sexuelle, un agencement des lieux de vie, la mise en place d'une éducation à la sexualité auprès des personnes en situation de handicap, ou encore des mesures pour prévenir et prendre en charge les violences sexuelles.

³ A titre d'exemples, on peut citer le plaidoyer de l'association Nous Aussi intitulée « La vie de couple et la vie de famille » (novembre 2015), le plaidoyer d'APF Handicap France intitulée « Reconnaître la vie affective, sentimentale et sexuelle » et « les préconisations » de l'association GreyPRIDE.

⁴ Le livret « Liberté, égalité, intimité : personnes handicapées intellectuelles et vie affective et sexuelle » (2019) est illustré de nombreux exemples d'expériences positives en matière d'accompagnement à une vie affective et sexuelle épanouissante et respectueuse conduites dans les établissements et services médico-sociaux adhérents de l'UNAPEI. De même, le planning familial met en œuvre, depuis plus de 10 ans, des programmes d'éducation à la sexualité spécifiquement adaptés aux publics en situation de vulnérabilité et aux professionnels qui les accompagnent, comme les programmes « Handicap et alors ? » et « femmes migrantes ».

Personnes âgées

Le vieillissement entraîne des changements corporels structuraux et fonctionnels qui affectent la vie sexuelle (13). Les maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, entraînent, en particulier, des détériorations cognitives et émotives pouvant engendrer des comportements sexuels inappropriés ou une hypersexualité (14, 15). Deux à 17 % des personnes atteintes de démence seraient dans ce cas (16).

Les troubles cognitifs et la vulnérabilité physique peuvent aussi faciliter les abus de faiblesse et les violences sexuelles chez les personnes âgées vulnérables. Ce risque d'agressions sexuelles chez les personnes âgées serait rare ; il est peu documenté dans la littérature (scientifique ou grise) (17).

Si les recherches médicales sur la vie affective et sexuelle des personnes âgées font l'objet de publications régulières (14), celles issues des sciences humaines et sociales mettant en lumière le ressenti des personnes âgées sur ce sujet sont plus rares⁵, et les travaux portant sur les personnes accompagnées par un service ou un établissement sont quasi absentes de la littérature scientifique (19).

L'absence d'activités sexuelles génitales, chez des personnes âgées, ne signifie pas que la sexualité est inexistante. Elle peut prendre des formes variées, notamment des ressentis lors de contacts corporels dans le cadre de relations de soins, d'expériences sensorielles de plaisir dans des activités de loisir, d'émergence de fantasmes érotiques en regardant la télévision, de même que des tentatives de séduction lors de relations sociales (20). Les dimensions socio-affectives manquent à ces personnes, bien plus qu'une vie sexuelle active (19).

Cependant, les attitudes infantilisantes à l'égard de la personne âgée malade ou dépendante peuvent conduire aussi à ne pas la reconnaître comme un adulte sexué et sexualisé et à considérer comme pathologique toute manifestation de sa sexualité (20). Certaines familles peuvent exiger alors des soignants qu'ils interdisent à leur parent de développer une relation d'intimité de couple avec un autre résident (21).

Les institutions apparaissent comme des lieux paradoxaux, avec une confusion des espaces privés et publics ; où se côtoient à la fois la volonté de protéger les espaces personnels et la nécessité de les enfreindre quotidiennement pour la réalisation de gestes techniques de soin (19). De même, si les institutions peuvent être un lieu protecteur permettant des rencontres et des formes de sociabilités (19), la vie institutionnelle n'est pas propice pour autant à la préservation d'un lien affectif, car le résident est sous le regard permanent de l'autre, et ce d'autant plus qu'il est diagnostiqué « dément » (22).

Par ailleurs, les études montrent que les soignants intervenant en établissement sont particulièrement démunis par rapport à ce sujet (23). Pourtant, la plupart d'entre eux affirment être confrontés régulièrement à des situations en lien avec la sexualité, comme c'est le cas de rapprochés corporels (caresses, toucher, etc.) ou plus directement à connotation sexuelle (main sur les fesses, la taille etc.). Face à des gestes ou demandes inappropriés, les professionnels peuvent se sentir gênés, voire le vivre comme une attaque de leur intimité corporelle et physique, sans forcément oser en parler (24, 25).

Handicap

Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les femmes se déclarant en situation de handicap seraient deux fois plus souvent que les

⁵ Les enquêtes françaises menées sur la sexualité en population générale ne concernent pas les individus au-delà de 69 ans (18).

autres femmes exposées aux violences sexuelles (26). Dans une étude réalisée auprès de femmes autistes de haut niveau, la moitié d'entre elles ont témoigné avoir subi, au cours de leur vie, une pénétration par la contrainte (notion incluant le mensonge et la manipulation) (27). Cette prévalence plus forte de victimes de violences sexuelles parmi les enfants en situation de handicap est également signalée dans la littérature scientifique internationale. Les enfants en situation de handicap auraient ainsi « 2,9 fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence sexuelle et 4,6 fois plus élevé si le handicap est lié à une maladie mentale ou à des déficiences intellectuelles » (28).

Les travaux de recherche relatifs à l'expression de la sexualité des personnes en situation de handicap et à sa prise en compte dans l'accompagnement médico-social sont rares. Cela s'explique sans doute en partie par « un manque partiel, parfois total, d'accompagnement des personnes handicapées vis-à-vis de leur sexualité, en institution et d'autant plus en dehors », comme le pointe une analyse documentaire sur les recherches nationales et internationales publiées entre 2000 et 2013, réalisée par la FIRAH et le CERHES (29).

De même, les évaluations sur les programmes d'éducation sexuelle ou certains pratiques d'accompagnement s'adressant spécifiquement à un public en situation de handicap sont peu nombreuses et ne permettent pas d'aboutir à des résultats probants (30, 31).

En revanche, la littérature grise est beaucoup plus abondante ces dernières années en France. Elle met en évidence une évolution des mentalités des professionnels sur cette question, une libération d'une parole longtemps restée taboue, une prise de conscience assez générale et de réelles avancées, depuis le début des années 2010 (32).

Cependant, il est constaté également que les personnes concernées ne sont pas suffisamment interrogées sur leurs aspirations, désirs, besoins, souhaits, revendications (32).

En institution, la vie amoureuse et sexuelle se heurte au respect de l'intimité des personnes. La chambre n'est jamais un lieu privé comme l'est une chambre dans un logement personnel (32). Par ailleurs, l'absence de lits doubles, dans la très grande majorité des institutions, montre que les relations sexuelles ne sont pas considérées comme une dimension de vie parmi d'autres (32, 33). L'intimité a aussi à voir avec la pudeur, le respect des corps, en particulier autour de la toilette (34). La réflexion sur l'intimité et la pudeur peut donner des repères pour réguler les comportements sexuels (35). L'intimité peut se jouer également dans la communication verbale, à travers les questions posées ou ce qui est dévoilé oralement, écrit et lu dans les dossiers (34). Enfin, les personnes sont souvent contraintes, dans les faits, de choisir leur partenaire au sein du « vase clos » de l'institution (32).

Du côté des professionnels, la prise en compte de la sexualité dans les ESSMS se heurterait à de nombreux enjeux culturels, philosophiques et moraux. La confusion entre points de vue personnels et postures professionnelles, ainsi que le manque de formation spécifique et d'orientation institutionnelle claire, contribueraient à en faire une question toujours délicate dans les établissements (36). Aussi, l'accompagnement à la vie affective et sexuelle en institution impliquerait des règles éthiques, un travail en équipe et l'invention de dispositifs rigoureux articulés à un travail clinique (37). De même, un partenariat avec les familles, non pour le contrôle, mais pour la compréhension, semblerait également incontournable (37).

Enfin, plusieurs articles montrent que les professionnels et les familles sont de plus en plus confrontés à l'aspiration des personnes en situation de handicap à connaître une vie de couple, à leur désir d'enfant et le souhait de fonder une famille. C'est un sujet qui se pose dans la continuité de la reconnaissance à la vie affective et sexuelle, et de façon plus globale, s'inscrit dans une revendication d'une plus grande inclusion, émancipation et valorisation des rôles sociaux (33, 38-40).

Protection de l'enfance

Les rares données scientifiques disponibles sur la vie affective et sexuelle des jeunes de la protection de l'enfance⁶, concernent ceux pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Trois rapports de recherche nous apprennent ainsi que :

- 6 % des garçons et 41 % des filles de 14-21 ans auraient subi des violences sexuelles au cours de leur vie (41).
- Il n'existerait pas de comportements et de représentations spécifiques à ce public, mais bien des parcours marqués par des situations d'échec et de précarité. De nombreux facteurs psychosociaux influeraient sur les comportements sexuels de ces jeunes, comme le regard des pairs, les enjeux affectifs de la relation, ou encore le sentiment de relégation sociale et une faible estime de soi. De plus, l'homosexualité serait quasiment toujours absente des discours (des jeunes comme des professionnels) sur le couple et les formes de conjugalité (42).
- Le genre exerce une influence sur l'accompagnement des jeunes délinquants. Les jeunes filles en Centres éducatifs fermés (CEF) ou incarcérées dans les quartiers pour mineurs, seraient très rarement reconnues dans leur statut de victime de violence sexuelle, notamment lorsqu'elles sont vécues comme « hypersexualisées » (par exemple, à la suite d'une suspicion de prostitution ou de rumeurs sur leur supposé manque de réserve) (43).

La littérature grise sur la vie affective et sexuelle des jeunes relevant de la protection de l'enfance est également peu fournie. Les articles recensés documentent d'abord les facteurs (sociétaux, psychologiques, etc.) favorisant l'exposition à des abus ou les dysfonctionnements du développement psychosexuel, dans la mesure où « les enfants sont assez massivement placés en raison d'agressions sexuelles au sein de leur famille ou de climats incestueux » (44). Le placement s'avèrerait également, pour certains d'entre eux, comme un environnement favorable au dévoilement de violences intrafamiliales subies. De plus, les professionnels rencontreraient parfois des difficultés à distinguer les jeux sexuels des agressions, qui appellent pourtant des traitements de nature très différente (45). Cependant, cette nécessité impérieuse de protéger l'enfant en risque d'abus au sein de l'institution ne doit pas conduire à une surveillance intrusive qui prive l'enfant de toute intimité (46). De même, l'expérience de la violence sexuelle, comme victime ou auteur (ou les deux), ne rend pas moins nécessaire la promotion de la santé sexuelle, en particulier au moment de l'adolescence. En effet, les traumatismes sexuels et les actes sexualisés s'inscrivent, chez les mineurs, dans « une dynamique développementale bien spécifique » (47, 48), qui nécessite notamment « d'acquérir des connaissances et du discernement en matière de sexualité » (49).

Mais au-delà de la seule préoccupation relative à la violence sexuelle, il s'agirait plus généralement de proposer des actions en matière de santé sexuelle qui partent prioritairement des questions qui préoccupent les jeunes (ex : comment fait-on pour séduire ? Comment se déroule le 1er rapport sexuel ?) (50). De même, un des enjeux porterait, pour les adolescents, sur la construction de rapports respectueux et égalitaires dans les relations amoureuses (51). Les rares expériences d'éducation à la sexualité, au sein des dispositifs de la protection de l'enfance identifiées dans la littérature grise, sont décrites comme positives mais insuffisantes. Dans deux expériences rapportées, l'apport d'un intervenant extérieur spécialisé en santé sexuelle (planning familial, PMI, IRESP) apparaît comme une ressource déterminante, mais qui doit s'inscrire dans une réflexion institutionnelle plus globale et sur la durée, sur les valeurs et informations à transmettre en matière de rapport au genre, à la sexualité et à la vie amoureuse (51, 52).

⁶ L'Aide sociale à l'enfance (ASE) met en place des mesures applicables à un mineur en situation de danger ou en risque de l'être tandis que la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) concerne les mineurs auteurs d'infractions.

La pornographie⁷ et la prostitution⁸ sont également deux sujets préoccupants pour les mineurs, qu'ils soient ou non pris en charge par la protection de l'enfance.

Enfin, la prise en compte de la vie affective et sexuelle se pose aussi dans les accueils maternels. En effet, dans ces dispositifs majoritairement collectifs, dont la mission est principalement de veiller à la protection de l'enfant et de soutenir le lien mère-enfant, il existerait « un contrôle implicite sur la vie conjugale et sexuelle des femmes » par les professionnels comme les résidentes (53).

Inclusion sociale

Les différents publics pris en charge dans le secteur de l'inclusion sociale ont en commun le cumul de facteurs de vulnérabilité sociale, qui ne sont pas sans effet sur leur santé sexuelle.

Ainsi, les femmes rapportant des consommations de produits psychoactifs illégaux auraient une probabilité plus élevée que les non-consommatrices d'avoir subi des violences sexuelles, d'avoir eu une grossesse non prévue dans les 5 ans, d'avoir utilisé une contraception d'urgence et d'avoir eu une IVG (54).

Pour les personnes migrantes, des rapports internationaux et des études épidémiologiques soulignent la fréquence élevée des violences basées sur le genre, commises dans leur pays d'origine ou sur la route migratoire (55). Même après la migration, dans le pays d'exil, les femmes sont confrontées plus que les autres aux violences sexuelles ; l'absence de carte de séjour et de logement personnel étant, pour les femmes immigrées accueillies en France, des facteurs de risque directs et indirects de viol (56). Les exilées victimes de violences fondées sur le genre sont également plus souvent atteintes d'infection par le VIH (57). La violence sexuelle à l'égard des adolescents non accompagnés et des hommes est également fréquente dans les sites touchés par les conflits et sur la route migratoire. Ils témoignent moins facilement que les femmes sur leur vécu traumatique et rencontrent de multiples obstacles dans l'accès aux soins adaptés (formation des professionnels, barrières culturelles, chirurgie réparatrice spécifique, etc.) (58).

L'approche de la sexualité d'une personne migrante peut être fortement impactée par le milieu familial, culturel, religieux et traditionnel dans lequel elle a grandi ; ses valeurs et représentations pouvant entrer en tension avec les normes du pays d'accueil. La barrière linguistique peut aussi s'avérer un obstacle à l'accès à l'information en matière de santé sexuelle ; l'interprétariat familial ou par un membre de la communauté présentant des limites en matière de respect de la vie privée (59).

Au sein des hébergements collectifs, la question des violences de genre et les problématiques spécifiques des femmes ne sont pas suffisamment prises en compte. Le sentiment d'insécurité ressentie par certaines femmes les conduit à éviter les espaces collectifs (60). De même, les personnes LGBT+ mettent en place des stratégies de survie (notamment le « passing⁹ »), dans la rue comme au sein des dispositifs d'hébergement collectif, pour ne pas être mises en danger (61).

⁷ Une plate-forme gratuite « jeprotegemonenfant.gouv.fr » est dédiée à « tous les parents démunis face à l'exposition de leurs enfants à la pornographie en ligne ».

⁸ Un premier plan national de lutte contre la prostitution des mineurs a été lancé en novembre 2021 ; entre 7000 et 10 000 jeunes seraient, en France, concernés. Ce plan s'est appuyé notamment sur le rapport de l'ONED (avril 2021) intitulé « Protéger les enfants et les adolescents de la prostitution – Volet 1 : comprendre, voir, se mobiliser ».

⁹ « Passer », quand on est une personne trans par exemple, cela veut dire être perçue dans son identité de genre, sans que la transidentité soit visible, et s'assimiler ou être assimilé.e. à une norme cisgenre et binaire.

L'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle des personnes sont parfois à l'origine même de leur exclusion sociale (renvoi du domicile parental) ou de leur exil¹⁰.

Mais au-delà de ces questions de violence, les conditions s'avèrent rarement réunies pour accéder à des relations affectives et/ou sexuelles épanouissantes. Ainsi, dans les centres d'hébergement collectif, il est pointé plus globalement une « négation du lien affectif ». Pris dans un système d'interdits et de « perturbations liées à la promiscuité et à la visibilité du collectif (jalousies, rumeurs, harcèlement sexuel, etc.) », les résidents de ces structures ne peuvent que très difficilement développer des liens sociaux intimes (62). De même, l'accès des familles à un hébergement d'urgence implique souvent une « suspension de la vie conjugale », en raison de l'absence d'intimité quand parents et enfants partagent un seul et même espace exigü, ou du fait aussi parfois d'une séparation des pères du reste de la famille liée à la pénurie de places, les femmes avec enfants étant considérées comme un public prioritaire (63). Les adolescents hébergés en famille à l'hôtel sont particulièrement sensibles à ce manque d'intimité, que cela se traduise par le sentiment d'être en permanence surveillé ou de devoir protéger leur pudeur en adoptant de nombreuses stratégies pour la toilette et l'habillement (64).

Cependant, même dans des conditions de vie extrêmes, certaines personnes sans domicile fixe investissent le domaine de la vie affective et sexuelle et le considèrent comme un élément important du processus d'insertion. Elles trouvent des stratégies pour exprimer leur sexualité à l'abri des regards (dans le logement personnel du partenaire, à l'hôtel, dans une sanisette, dans un parking, etc.) (65).

1.2.4. Des constats partagés par les acteurs issus des différents secteurs d'intervention

Une vingtaine d'entretiens (rassemblant en tout une soixantaine d'interlocuteurs) ont été conduits auprès de centres de santé sexuelle, de professionnels des secteurs social et médico-social, des ministères (cf. liste en Annexe 3), pour recueillir leur connaissance et leur expérience sur le sujet. Des réunions avec les parties prenantes et les référents de la Commission sociale et médico-sociale de la HAS ont également été organisés. Six grands axes de constats et d'analyse se sont dégagés des différents témoignages, de façon transversale à tous les secteurs d'intervention. Comme pour les premiers éléments de littérature, ces analyses mettent d'abord en évidence le chemin qu'il reste globalement à parcourir pour réunir les conditions favorables à l'expression d'une sexualité épanouissante et respectueuse au sein des ESSMS et au regard de la forte hétérogénéité actuelle des pratiques de terrain sur cette thématique.

1) Une sexualité appréhendée d'abord sous l'angle des risques

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la vie affective et sexuelle est une thématique traitée de façon très différenciée d'une structure à l'autre. Cela varie notamment selon le contexte institutionnel (conditions d'hébergement, missions prioritaires, psychologue ou infirmière dans l'équipe, etc.).

La vie affective et sexuelle est, encore aujourd'hui, un sujet tabou pour certains professionnels ou institutions. La sexualité est abordée d'abord sous l'angle des risques : agressions sexuelles entre résidents, événements indésirables pendant la toilette intime, masturbation en public ou compulsive, paroles ou gestes déplacés à l'égard des professionnels, pratiques sexuelles à risque en lien avec des

¹⁰ Rapport d'activité 2019 de l'ARDHIS. Fin 2019, l'association avait accompagné environ 4 370 demandeur·se·s exilé·e·s LGBTI+ demandeur·se·s d'asile ayant fui leur pays par crainte de persécutions, en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité ou expression de genre, venu·e·s de 94 pays différents.

addictions, grossesse non désirée, accès précoce à la pornographie, cyber harcèlement sexuel, chantage affectif sur les réseaux sociaux, conduites pré-prostitutionnelles, traite humaine, etc.

L'intervention institutionnelle ou professionnelle se traduit prioritairement par des interdictions ou vise à réguler l'expression de la sexualité dans le collectif. Les filles et les femmes seraient davantage encore soumises au contrôle social.

2) Les violences sexuelles : une problématique centrale et transversale à tous les publics

Différents facteurs de vulnérabilité exposeraient davantage les publics accompagnés par les structures sociales et médico-sociales à des violences sexuelles comme : le manque d'estime de soi, les limitations en matière de communication et de représentation de la dynamique des rapports sociaux, la méconnaissance des codes culturels, la pression de pairs, la consommation de substances psychoactives, etc.

Les personnes accompagnées par les structures sociales et médico-sociales peuvent être également autrices de violences sexuelles, certains facteurs inhérents à leur état de santé, de handicap ou des situations traumatiques vécues, pouvant expliquer en partie les « passages à l'acte ».

Le manque d'éducation à la sexualité peut aussi influencer sur la capacité de la personne à percevoir les émotions et les intentions d'autrui et à comprendre ce qui est autorisé ou non de faire en matière de sexualité, la mettant ainsi potentiellement en situation de victime ou d'autrice d'agressions sexuelles.

Les réseaux sociaux et les sites de rencontres sont susceptibles de générer des violences affectives et sexuelles, mettant à mal une estime de soi déjà fragile chez les jeunes relevant de la protection de l'enfance, ou encore chez les personnes en situation de handicap.

Enfin, certaines violences sexuelles sont spécifiques à certaines institutions ou publics, comme les pratiques pré-prostitutionnelles de certains jeunes accompagnés par la protection de l'enfance (« michetonnage »), ou encore la traite humaine, les mutilations et les traumatismes sexuels, et qui touchent plus particulièrement les publics en situation de migration.

3) Des pratiques d'accompagnement à la vie affective et sexuelle qui couvrent un large spectre de besoins et d'attentes

Les témoignages des professionnels sur la vie affective et sexuelle des personnes accompagnées en ESSMS se rapportent à des situations de vie très variées (âge, autonomie, capacité d'apprentissage et de communication, hébergement, culture, etc.), se traduisant également par des modes d'expression de la sexualité et des attentes sur ce registre très divers. Selon la personne concernée, la sexualité peut être strictement autocentrée, génitale ou non, inscrite dans une relation avec un partenaire, occasionnelle ou durable, et plus ou moins investie d'un point de vue affectif.

Ainsi, l'accompagnement décrit par les professionnels pourra viser à apporter des connaissances, faire acquérir de nouvelles compétences, « libérer la parole » (exprimer son désir de rencontre, parler des effets des psychotropes sur la libido ou de son questionnement sur son orientation sexuelle, etc.), faire évoluer les représentations, intégrer les codes sociaux, dépasser des obstacles physiques ou environnementaux pour accéder au plaisir ou favoriser les rencontres, proposer des actions de dépistage, orienter vers des soins, etc.

Dans le même temps, plusieurs professionnels rencontrés s'interrogent sur les limites de l'accompagnement en matière de vie affective et sexuelle. Jusqu'où peut et doit aller un professionnel qui intervient dans l'accompagnement global de la personne ? Certaines modalités d'accompagnement peuvent-elles être assimilées à de l'assistance sexuelle ou doivent-elles être réservées à l'intervention

d'un autre professionnel que celui du quotidien, sous peine sinon de perturber la relation aidant-aidé ? Ce questionnement peut émerger dans l'apprentissage de la masturbation, l'installation physique du couple dans un lit, la toilette intime après l'acte sexuel, les conseils conjugaux, l'accès à la pornographie, les activités sensorielles ou sensuelles générant du plaisir, l'achat, l'utilisation ou le nettoyage des sextoys, etc.

4) *Des professionnels en difficulté sur cette thématique*

En dépit de nombreuses initiatives sur l'accompagnement à la vie affective et sexuelle, les témoignages recueillis font état de plusieurs difficultés rencontrés par les professionnels :

- Ils se sentent souvent insuffisamment outillés sur les concepts théoriques (y compris les approches interculturelles), les connaissances pratiques et les supports pédagogiques.
- Ils ne se sentent pas toujours légitimes à intervenir dans la sphère la plus intime de la personne dès lors qu'elle ne court pas de danger.
- Ils expriment des craintes sur leur responsabilité juridique.
- Ils s'estiment en tension permanente entre « devoir de protection » et « liberté des personnes ».
- Ils n'ont pas toujours les moyens de développer des actions, du fait d'autres objectifs prioritaires de l'accompagnement (ex : obtenir un titre de séjour, donner du sens à la sanction pénale, mettre à l'abri, etc.).
- Ils ressentent une difficulté à dialoguer sur cette thématique avec la famille, surtout dans les secteurs « personnes âgées » et « handicap ».

5) *Un déficit de connaissances et un défaut de compétences psycho sociales pour exprimer le consentement*

- A l'exception du secteur gérontologique, les professionnels constatent un déficit de connaissance de l'ensemble des publics en situation de vulnérabilité, aussi bien sur l'anatomie, les moyens de protection contre les IST, la contraception, mais aussi sur la relation amoureuse et la notion de consentement. Ce déficit de connaissances sur la sexualité est propice au développement de préjugés sexistes, homophobes ou transphobes.
- En lien avec des limitations cognitives (ou d'autres facteurs tel que le manque d'estime de soi ou d'éducation à la santé sexuelle), les personnes accompagnées en ESSMS ne disposent pas toujours des compétences psychosociales suffisantes pour donner leur accord et exprimer un refus. C'est le cas, en particulier, des jeunes relevant de la protection de l'enfance, ainsi que des personnes en situation de handicap. Toute éducation à la sexualité en direction de ces derniers devrait être précédée, s'appuyer ou s'accompagner d'actions visant, par exemple, à connaître et réguler ses émotions (compétence émotionnelle), à prendre une décision (compétence cognitive), à développer un sentiment d'empathie (compétence sociale) ou encore, plus largement, à accroître son auto-détermination (émancipation).
- De même, l'éducation à la sexualité, y compris en matière de consentement, doit prendre en compte le niveau de développement psychosexuel de la personne, dans ses dimensions aussi bien anatomiques et physiologiques, que dans sa dimension psychologique.

6) *Des exemples d'actions s'inscrivant dans une approche positive et globale*

Certaines équipes professionnelles sont passées d'interventions ponctuelles, visant à diminuer les risques, à une approche positive de la sexualité et des actions pro-actives visant un accompagnement

global à la vie affective et sexuelle. Les expériences rapportées concernent majoritairement le secteur « handicap » et mettent en avant plusieurs conditions contribuant à produire des effets bénéfiques :

- Une démarche portée institutionnellement,
- Associant l'ensemble des professionnels,
- Inscrite dans la durée,
- Reposant sur une réflexion éthique,
- Interrogeant les représentations personnelles des différents acteurs en matière de sexualité,
- Incluant un dialogue avec l'entourage familial,
- Mobilisant des partenaires spécialistes d'éducation et de santé sexuelle,
- Et s'appuyant sur des supports pédagogiques et outils prenant en compte les spécificités des publics visés (littéracie, codes culturels, singularités sensorielles, etc.).

1.3. Enjeux

La présente recommandation s'inscrit dans les orientations fixées par la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030), en particulier dans son 4^e axe, qui vise à répondre aux besoins spécifiques des publics les plus vulnérables.

Si ce premier socle commun de « bonnes pratiques professionnelles » se veut transversal à tous les publics et toutes les modalités d'intervention, leur déclinaison et leur appropriation dans les différents milieux professionnels sont liés à certains enjeux sociétaux ou sectoriels comme :

- La lutte contre l'âgisme (discriminations et attitudes négatives à l'encontre des personnes âgées) (66).
- Le développement du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap et la recherche d'une société plus inclusive.
- La protection des enfants contre les violences sexuelles.
- La lutte contre les discriminations sexistes et de genre¹¹.
- La volonté de maintenir les droits fondamentaux dans les situations de soins sans consentement^{12 13}.

1.4. Cibles

Cette recommandation s'adresse prioritairement aux professionnels des ESSMS relevant de l'article 312-1 du CASF, ainsi qu'aux personnes accompagnées et à leurs aidants familiaux. Elle est transversale à tous les publics du champ de l'action sociale et médico-sociale et concerne aussi bien les établissements que les services.

1.5. Objectifs

Cette recommandation a pour objectif de fournir des repères et des outils aux professionnels des structures sociales et médico-sociales en vue de :

¹¹ Le plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 prévoit notamment de former les professionnels de la protection de l'enfance et ceux de la prise en charge des personnes âgées à l'inclusion des personnes LGBT+, à la lutte contre les LGBT phobies et la sérophobie.

¹² Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Soins sans consentement et droits fondamentaux. Paris: CGLPL; 2020. https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux_web.pdf.

¹³ Plusieurs réformes des mesures d'isolement et de contention visent à atténuer l'atteinte aux libertés fondamentales d'aller et venir. La dernière se rapportant à l'article 17, de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le Code de la santé publique, qui modifie notablement le régime de l'isolement et de la contention dans le secteur psychiatrique.

- Promouvoir une approche positive de la sexualité.
- Prendre en compte les besoins et attentes en matière de vie affective et sexuelle de la personne accompagnée dans son projet personnalisé et l'organisation de la structure.
- Prévenir, repérer et gérer les comportements sexuels problématiques, ainsi que les violences sexuelles.
- Prévenir et réduire les risques et les dommages en santé sexuelle (infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées).

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Cette première production propose ainsi un « socle commun transversal » de bonnes pratiques professionnelles en direction de tous les ESSMS. Les recommandations du « socle commun transversal » feront l'objet de plusieurs livrables distincts :

- Le volet 1 de la recommandation aura vocation à présenter les principes et transmettre les repères minimums pour porter collectivement une approche positive de la sexualité au sein de l'institution.
- Le volet 2 de la recommandation visera à définir les modalités de l'organisation institutionnelle et de l'accompagnement personnalisé qui permettront de mieux prendre en compte les besoins et attentes des personnes en matière de vie affective et sexuelle.
- La recommandation en deux volets sera complétée par des fiches thématiques suivantes : Education à la sexualité ; Réduction des risques et des dommages en santé sexuelle ; Genre, orientation sexuelle et identité de genre ; Comportements sexuels inadaptés et violences sexuelles ; Dispositions spécifiques aux structures psychiatriques.

Le « socle commun transversal » pourra être complété, dans un second temps, par d'autres travaux proposant un approfondissement de sujets ciblés, qui n'auront pas pu être abordés ou concernant des publics ou des modes d'accueil et d'accompagnement singuliers (cf. annexe 4).

Le socle commun transversal

RECOMMANDATION - VOLET 1 : PARTAGER UNE APPROCHE POSITIVE DE LA SEXUALITE FONDEE SUR LE CONSENTEMENT ET LES DROITS HUMAINS

➔ Les principes d'une approche positive de la sexualité

- La sexualité comme une composante des droits humains
- Une sexualité tout au long de la vie
- Pour une meilleure qualité de vie : Désir, plaisir, estime de soi, identité sociale, autonomie
- Des attentes et un besoin d'accompagnement légitimes
- L'intimité comme pré-requis
- Sexualité et développement de l'auto-détermination

➔ Le consentement

- Que veut dire consentir dans une relation affective et/ou sexuelle ? Pourquoi est-ce important ?
- Quelles sont les différentes façons d'exprimer ce consentement ?
- Quelles spécificités pour certains publics ?
- Comment et dans quelle mesure s'assurer du consentement de la personne à recevoir des marques d'affection et à prendre part à des activités de nature sexuelle avec autrui ?

- Comment identifier des signes d'absence de consentement ? d'opposition ?
- Comment repérer des situations d'emprise ?
- ➔ **Les repères juridiques et éthiques**
- Quelles sont les libertés, en matière de vie affective et sexuelle, protégées par la loi ? Quels sont les actes de nature sexuelle sanctionnés par la loi ? Quelles spécificités pour les mineurs et pour les personnes sous mesure de protection juridique ?
- Quelles sont les responsabilités imputables à l'institution (personne morale) ou aux professionnels (personne physique) ?
- Comment concilier « protection de la personne vulnérable » et « respect de sa liberté » ? Quel processus de réflexion éthique mener ? Comment définir des postures professionnelles communes en matière d'accompagnement à la vie affective et sexuelle, en dépit d'une variété de représentations personnelles ?

RECOMMANDATION – VOLET 2 : PRENDRE EN COMPTE LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES ESSMS

- ➔ **Le portage institutionnel des projets en matière de vie affective et sexuelle**
- Comment intégrer cette thématique aux documents officiels qui encadrent l'accompagnement social et médico-social (projet associatif, projet d'établissement ou de service, plan d'amélioration de la qualité, règlement de fonctionnement, etc.) ?
- Quels acteurs associés et comment (gouvernance, direction, professionnels, personnes concernées, familles, partenaires, financeurs, etc.) ?
- Comment favoriser le développement du pouvoir d'agir des professionnels sur cette thématique (capacité à aborder cette thématique en équipe et avec les personnes accompagnées, à trouver des solutions, etc.) ?
- Comment faire évoluer l'organisation, l'aménagement et l'utilisation des espaces de l'établissement pour mieux respecter l'intimité et répondre aux attentes des personnes accueillies en matière de vie affective et sexuelle ?
- Comment concilier les exigences de l'accompagnement individuel et les contraintes du collectif ?
- ➔ **L'accompagnement à la vie affective et sexuelle dans le projet individuel.**
- Quelle évaluation des besoins ? Quel recueil des attentes ?
- Comment intégrer cette thématique dans la co-construction du projet individuel avec la personne ?
- Jusqu'où aller dans l'accompagnement ?
- Comment développer l'auto-détermination de la personne accompagnée en matière de vie affective et sexuelle ?
- Quelle place donner à l'entourage familial dans la réflexion et les décisions ? Quelles spécificités pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection juridique ?
- Quelles spécificités pour l'accompagnement social ou médico-social à domicile ?

AUTRES LIVRABLES : CINQ FICHES THEMATIQUES

L'éducation à la sexualité

- Après de quels publics et pour quels objectifs proposer des actions d'éducation à la sexualité ?
- Quels thèmes abordés ?
- Quels partenaires mobiliser sur le territoire et quels outils existants ?
- Comment proposer tout au long de l'accompagnement une « éducation sexuelle complète »¹⁴ ?

La prévention et la réduction des risques et des dommages en santé sexuelle (IST, contraception, IVG)

- Comment informer sur les risques et les dommages en santé sexuelle ?
- Quelles actions de dépistage et de réduction des risques et des dommages mettre en place ?
- Quels partenaires mobiliser sur le territoire et quels outils existants ?

Genre, orientation sexuelle et identité de genre

- Comment communiquer sur le genre et décoder les stéréotypes sexistes existants, en particulier pour favoriser des « expériences sexuelles agréables et sûres »¹⁵ et favoriser des relations affectives égalitaires ?
- Comment « libérer la parole » sur les différentes expressions de la sexualité (LGBT+) et prévenir les comportements intolérants ?
- Comment prendre en compte des besoins d'accompagnement spécifiques liés à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ?
- Quels partenaires mobiliser sur le territoire et quels outils existants ?

Les violences sexuelles et les comportements sexuels problématiques

- Comment évaluer les comportements sexuels problématiques et proposer un accompagnement adapté pour les réduire ou limiter leur impact sur la qualité de vie de la personne et du collectif ?
- Comment prévenir, repérer et gérer les violences sexuelles entre les personnes accompagnées ?
- Comment prévenir, repérer et gérer les violences sexuelles entre les personnes accompagnées et les professionnels ? Quelles spécificités pour l'accompagnement social ou médico-social à domicile ?
- Comment accompagner les personnes « plaignantes » et celles « mises en cause »¹⁶ pour des violences sexuelles ?

Dispositions spécifiques aux structures psychiatriques

En lien avec ...

- ...des contraintes directes ou indirectes sur les libertés en matière de vie affective et sexuelle ;

¹⁴L'UNESCO parle d'« éducation sexuelle complète » (ESC) pour faire référence à un processus éducatif continu qui commence dès le plus jeune âge, s'adapte aux différents niveaux de développement et ajuste son contenu en cas de retard cognitif et affectif.

¹⁵Eléments de définition de la santé sexuelle de l'OMS (2002).

¹⁶Il a été choisi de ne pas employer les termes d'« auteur » et de « victime » de violence (même si on le retrouve dans la littérature), car cela renvoie à un registre judiciaire. La terminologie choisie fait d'abord référence à l'accompagnement social et médico-social, qui consiste à gérer des situations où les personnes impliquées sont soit la plaignante, soit la personne mise en cause.

- ... des besoins ou attentes spécifiques des patients (en lien avec leur santé, leur parcours de vie, leur environnement, etc.) ;
- ... des freins ou leviers liés à l'institution psychiatrique (culture professionnelle et formation, organisation, cadres réglementaires et outils, etc.).

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

1.7. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode de travail retenue est celle du « consensus simple », décrite dans le guide méthodologique de recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social.¹⁷

Elle prévoit en pratique :

- la réalisation d'une analyse critique de la littérature (avec l'aide de chargés de projet) ;
- la mise en place d'un groupe de travail d'experts, composé de scientifiques, professionnels et personnes concernées, qui se réunit à plusieurs reprises ;
- le recours, si nécessaire, à des méthodes complémentaires de recueil des données auprès des acteurs du champ concerné (entretiens individuels et collectifs, *focus group*, appels à contribution, auditions) ;
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture (dont la composition s'appuie sur les mêmes critères que le groupe de travail), et par les parties prenantes.

1.8. Composition qualitative des groupes

A) Composition du groupe de travail (30 personnes maximum)

➔ Des experts en santé sexuelle :

- Un.e chercheur.r.se universitaire dont les travaux portent sur la sexualité des publics en situation de vulnérabilité
- Un.e juriste intervenant dans le secteur social et médico-social et spécialiste des questions de sexualité
- Un.e professionnel.le spécialiste des questions éthiques et/ou de l'analyse des pratiques en matière de sexualité au sein des ESSMS
- Un.e professionnel.le intervenant dans un centre de planning familial et d'éducation familiale
- Un.e professionnel.le intervenant dans un centre de ressource « sexualité et handicap »

¹⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/guide_rbpp_sms_2021-01-07_10-47-37_949.pdf

- Un.e professionnel.le spécialiste de la santé sexuelle chez les personnes vieillissantes (Gérontopôle, réseaux gérontologiques, MAIA, etc.)

➔ **Des professionnels exerçant au titre de l'encadrement, des soins ou de l'accompagnement** (Direct.eur.rice, chef.fe de service, cadre de santé, médecin, infirmier.ère, psychologue, éducat.eur.rice, monit.eur.rice-éducat.eur.rice, aide-soignant.e, aide-méxico-psychologique) **dans les ESSMS suivants :**

- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Résidence autonomie
- Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou Foyer Accueil Médicalisé (FAM)
- Foyer de vie pour adultes en situation de handicap
- Institut Médico-Educatif (IME) pour adolescents présentant des troubles du spectre autistique
- Dispositif de type « Institut d'éducation thérapeutique et pédagogique » (DITEP)
- Structure pour enfants présentant une déficience sensorielle (IES, SAAIS, SSEFIS)
- Etablissement pour enfants présentant une déficience motrice ou un polyhandicap
- Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou foyer d'hébergement (FH) ou Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)
- Foyer de l'enfance
- Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS)
- Dispositif s'adressant spécifiquement aux Mineurs Non Accompagnés (MNA)
- Centre de Placement Familial Socio-Educatif (CPFSE) ou Service d'Action Educative en Milieu Ouvert (SAEMO).
- Etablissement de placement éducatif (PJJ) ou Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion (EPEI) ou un Centre Educatif Fermé (CER) ou Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert (STEMO) ou Service Territorial Educatif et d'Insertion (STEI).
- Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU)
- Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA)
- Etablissement d'accueil et de soins pour les personnes sans domicile (LHSS, LAM, ACT)
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de drogues (CAARUD).

➔ **Soignant d'une structure psychiatrique**

➔ **Personnes concernées :** pair-aidant en santé, association de personnes en situation de vulnérabilité, représentant d'utilisateur d'un ESSMS élu (CVS, comité des usagers, etc.)

➔ **Aidants familiaux de personnes accompagnées par un ESSMS :** parents de personnes présentant une déficience sévère ; conjoint /enfant ou fratrie d'une personne âgée présentant une démence.

B) Contributions complémentaires alimentant la réflexion du groupe d'experts, issues de groupes de travail composés de personnes accompagnées en ESSMS

- ➔ Organisation de focus group de personnes accompagnées, animés par un tiers extérieur, en s'appuyant notamment sur des centres de ressources sur la santé sexuelle et des associations d'usagers.
- ➔ Mise à contribution d'espaces participatifs « in situ » déjà existants.
 - Repérer des groupes de travail existants dont la thématique porte sur la vie affective et sexuelle (composés d'usagers des ESSMS).
 - Les « utiliser » pour constituer des espaces participatifs *in situ*, en recourant à un animateur extérieur.
 - Faire remonter leurs analyses et propositions au groupe d'experts, tout au long de la phase d'élaboration de la recommandation.

C) **Le groupe de lecture** : Les recommandations font l'objet d'une lecture critique par un groupe d'experts (avec une composition similaire au groupe de travail) et par des parties prenantes.

1.2.1 Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Une recommandation en 2 volets
- 5 fiches thématiques

2. Calendrier prévisionnel des productions

Note de cadrage

- Passage au collège (COI) : 18 mai 2022
- Passage pour validation en CSMS : 31 mai 2022

Volet 1 :

- Réunions des groupes de travail : Trois premiers trimestres 2023
- Relecture : Dernier trimestre 2023
- Passage aux instances délibératives et Publication : Fin 2023

Volet 2 :

- Réunions des groupes de travail : 1er semestre 2024
- Relecture : Septembre 2024
- Passage aux instances délibératives et Publication : Dernier trimestre 2024

Annexes

Annexe 1 : Des recommandations déjà publiées

A l'international

- Guide pratique destiné aux parents et aux professionnels pour les aider à mettre en place des interventions permettant d'améliorer l'autonomie des jeunes âgés de 6 à 21 ans avec déficience intellectuelle (INESS, 2019).
- Recommandations sur le « comportement sexuel nocif chez les enfants et les jeunes » (« Harmful sexual behaviour among children and young people ») (NICE, 2016).
- Lignes directrices en matière de sexualité pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou une DI et un Trouble du spectre autistique (TSA) (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015).
- Intimité et sexualité des séniors en maison de repos – Réflexions et pistes d'action (ASBL Espace Senior, 2014)- Guide de bonnes pratiques dans le contexte des institutions spécialisées pour une éducation à la santé sexuelle des personnes en situation(s) de handicap(s) (SEHP, 2012).
- 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, (Vancouver Coastal Health Authority, 2009) .

Les recommandations HAS

Plusieurs recommandations de la DiQASM (ou ex-ANESM), centrées sur un public spécifique, sur un type d'établissement ou de service ou encore sur une dimension de l'accompagnement, abordent le thème de la vie affective et sexuelle au sein des ESSMS. On peut citer :

- L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité (2020).
- La prévention de la violence entre mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil (2018).
- Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violence au sein du couple (2017).
- L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés » (2017).
- Troubles du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte (2017).
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (2016).
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013).
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011).

D'autres recommandations de la HAS s'adressent aux professionnels de santé :

- « Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes » (recommandation en cours - note de cadrage publiée en novembre 2020).
- Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (Mise à jour 2021
- Mutilations sexuelles des mineures : identifier les patientes à risque et les protéger (2020)
- Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours (2020)
- Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (2020)
- Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) (2019)

- Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) (2019)
- Elargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons (2019)
- État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire (2016)
- Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur (2012)
- Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France (2010)

Rapport d'analyse prospectif de la HAS : « Sexe, genre et santé » (2020)

Guides sur la vie affective et sexuelle ou la santé sexuelle des personnes en situation de vulnérabilité :

- Le guide pratique de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite humaine (MIPROF) sur « les violences faites aux femmes en situation de handicap – Repérer les violences, accompagner, prendre en charge et orienter la victime » (2019).
- Le guide de l'UNAPEI, « Liberté, égalité, intimité – Personnes handicapées intellectuelles et vie affective et sexuelle » (2019).
- « Le guide de la sexualité des traumatisés crâniens » rédigé par le professeur Claude Hamomet, avec le soutien de la Fondation MAAF Assurances (2008).
- Le guide pratique du RESPPAD « Repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique » (2021).

Annexe 2 : Bibliographie indicative

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
2. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf
3. Dubois D. La vie affective et sexuelle en établissement et service social et médico-social. Actual Soc Hebdo 2017;(3026 cah 2).
4. Comité consultatif national d'éthique. Avis N°118. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle. Paris: CCNE; 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_nde118.pdf
5. Décret n° 2017-450 du 29 mars 2017 relatif aux procédures de changement de prénom et de modification de la mention du sexe à l'état civil. Journal Officiel;31 mars 2017.
6. Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle. Journal Officiel;19 novembre 2016.
7. Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Journal Officiel;5 août 2018.
8. Décret n° 2019-756 du 22 juillet 2019 portant diverses dispositions de coordination de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice en matière de protection juridique des majeurs, de changement de régime matrimonial, d'actes non contentieux confiés aux notaires et de prorogation de l'attribution provisoire de la jouissance du logement de la famille et mesure relative à la reconnaissance transfrontalière des décisions de protection juridique des majeurs. Journal Officiel;24 juillet 2019.
9. Ministère des solidarités et de la santé. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/protéger-les-enfants-face-aux-différentes-formes-de-maltraitances/article/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants>
10. Direction générale de la cohésion sociale. Instruction DGCS/SD3B n°2020-178 du 15 octobre 2020 relative à la diffusion du cahier des charges des centres ressources régionaux « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap ». Bulletin Officiel Santé – Protection sociale 2021;2020/12.
11. Décret n° 2021-1306 du 7 octobre 2021 relatif aux modalités de mise œuvre des mesures visant à protéger les mineurs contre l'accès à des sites diffusant un contenu pornographique. Journal Officiel;8 octobre 2021.
12. Direction générale de la cohésion sociale. Circulaire n° DGCS/SD3B n°2021-147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. Paris: DGCS; 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
13. Dupras A, Soucis P. La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Sexologies 2008;17(3):190-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2007.12.009>
14. Lefebvre des Noëttes V, Gauillaud J. Sexualité et avancée en âge. Info Psy 2015;91(9):740-6.
15. Giami A, Ory L. Constructions sociales et professionnelles de la sexualité dans le contexte de la maladie d'Alzheimer. Gerontol Soc 2012;35(140):145-58. <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.140.0145>
16. Stubbs B. Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour? J Psychiatr Ment Health Nurs 2011;18(7):602-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01709.x>
17. Thomas P, Hazif-Thomas C. Violences sexuelles et abus de faiblesse à l'encontre des personnes âgées. Trayectorias Humanas Transcontinentales 2021;(10). <http://dx.doi.org/10.25965/trahs.3678>
18. Bajos N, Bozon M. Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré. Gerontol Soc 2012;35(140):95-108. <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.140.0095>
19. Lambelet A, Brzak N, Avramito M, Hugentobler V. Vie sexuelle des personnes âgées en institution : ce qu'elles en disent. Gerontol Soc 2019;41(160):155-68. <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.160.0155>
20. Dupras A. Maladie d'Alzheimer et vie sexuelle en institution : un nécessaire travail sexologique. Développement Humain Handicap et Changement Social 2015;21(2):49-60. <http://dx.doi.org/10.7202/1086468ar>
21. Dupras A, Boucher S. Sexualité et maladie d'Alzheimer dans les établissements d'accueil. Soins Gerontol 2014;19(109):16-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sger.2014.06.012>
22. Ribes G. Regards sur l'intimité du dément. Gerontol Soc 2012;35(140):159-69. <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.140.0159>
23. Thibaud A, Hanicotte C. Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? Gerontol Soc 2007;30(122):125-37. <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.122.0125>

24. Dionne H. De l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants. *Gerontol Soc* 2007;30(122):139-44.
<http://dx.doi.org/10.3917/g.s.122.0139>
25. Crivelli D. Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. Enquête auprès de 3 EHPAD de la région nancéenne [Thèse : docteur en médecine]. Nancy: Faculté de médecine; 2010.
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734386/document>
26. Baradji E, Filatriau O. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. *Etudes et Résultats* 2020;(1156).
27. Gourion D, Leduc S, Rabatel M. Violences sexuelles subies par les femmes autistes de haut-niveau : une enquête menée sur internet [poster]. AFFA - Étude sur la Vulnérabilité des femmes autistes et les violences sexuelles – 2019. Travaux de recherche présentés au Congrès de l'encéphale 2019 – Paris, France.
<https://ecoute-violences-femmes-handicapees.fr/wp-content/uploads/2020/11/Poster-ence%CC%81phale-2019.pdf>
28. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, *et al.* Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380(9845):899-907.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60692-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60692-8)
29. Berthou A, Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap, Comité national coordination action handicap, Centre ressources recherche appliquée handicaps, Centre ressources handicaps et sexualités, Association CH(S)OSE, *et al.* Handicaps et sexualités. Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche [En ligne]. Montrouge: FIRAH; 2013.
<https://www.firah.org/fr/notice/149/handicaps-et-sexualites-prospection-et-analyse-documentaire-autour-de-travaux-de-recherche.html>
30. Dubé K, Bussièrès EL, Poulin MH. Développement harmonieux de la sexualité chez les jeunes ayant un TSA : revue systématique et méta-analyse des pratiques favorables. *Psychol Can* 2022;63(1):56–68.
<http://dx.doi.org/doi.org/10.1037/cap0000261>
31. Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JM, Curfs LM. Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *J Sex Res* 2015;52(4):412-32.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2014.919373>
32. Letellier JL. Des intentions aux réalités. Vie privée ou privé(s) de vie ? Protection ou projections ? *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):113-34.
33. Morin B. Devenir adulte, un chemin pour la personne handicapée, mais aussi pour son entourage. *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):205-16.
34. Gernay MM, Houchart V, Moreau MA, Mercier M. Vivre son intimité en institution. Un droit pour le résident ! *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):259-69.
35. Durand B, Monod G. Entre passage à l'acte et agression sexuelle : quels repères ? *Prat Santé Mentale* 2017;63(4):37-40.
<http://dx.doi.org/10.3917/psm.174.0037>
36. Loubat JR. Sexualité dans les institutions. De la clandestinité au « love coaching ». *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):155-71.
37. Cammaréri C. Inventivité au quotidien pour penser son espace intime. De l'Institut médico-éducatif au Foyer occupationnel. *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):245-57.
38. Agthe Diserens C. La vie affective, intime et sexuelle déclinée au rythme du quotidien institutionnel. *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):135-54.
39. Chatroussat S. Comprendre la parentalité des personnes déficientes intellectuelles pour mieux l'accompagner. *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):219-32.
40. Vallée C, Delhommeau M, Derras S, Lemasson F. Réflexion sur la parentalité à partir de l'ouverture d'un Service d'Accompagnement et de Soutien à la Parentalité. *Cahiers de l'Actif* 2015;(464-467):233-41.
41. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Choquet M, Hassler C, Morin D. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après. Paris: INSERM; 2005.
<https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-santeprotectionjudiciairejeunesse-2005.pdf>
42. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, Amsellem-Mainguy Y, Dumollard M. Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ. Entre priorité et évitement. Rapport d'étude. Paris: INJEP; 2015.
<https://www.cnape.fr/files/news/1750.pdf>
43. Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, Duhamel C, Duprez D, Lemerrier E. Analyse de la délinquance des filles mineures et de leur prise en charge. Guyancourt: CESDIP; 2016.
<http://www.cesdip.fr/wp-content/uploads/2016/06/rapport-Duhamel-Duprez-Lemerrier.pdf>
44. Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée, Meyer J, Albardier W, Golse B, Le Ralle V, Smaniotto B, *et al.* Vie affective et sexuelle des jeunes, violences sexuelles. Brouilles et embrouilles. *Cah de l'AFIREM* 2020;(67).
45. Obonsawin P. De la surveillance sécuritaire à l'attention bienveillante dans les institutions. *Cah de l'AFIREM* 2020;(67):30-2.
46. Bauchot L. Comment faire en sorte que la nécessité de protéger ne redouble pas l'effraction et l'abus ? *Cah de l'AFIREM* 2020;(67):33-5.
47. Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, Delarue JM, Alezrah C. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris, 14-15 juin 2018. Paris: FFCRIAVS; 2018.

https://www.fccriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

48. Duchêne E, Treffel F. L'accompagnement des adolescents ayant recours à une sexualité abusive. Dans: Fagardo B, Zonderman M, ed. Sexualité, violences sexuelles et jeunes en exil. Quels outils et quelles pistes pour l'avenir ? Bruxelles: Plate-forme Mineurs en exil; 2020. p. 15-7.

<http://www.infomie.net/IMG/pdf/sexualite-violences-sexuelles-en-jeunes-en-exil-19-juin-2020.pdf>

49. Sajus N. Education à la sexualité chez les jeunes délinquants sexuels. Cah Dynamiques 2020;(77):86-92.

50. Le Ralle V. Et les jeunes, qu'en disent-ils ? Cah de l'AFIREM 2020;(67):14-6.

51. Besse M. Pour une éducation à la sexualité : le point de vue d'une intervenante du Planning familial. VST - Vie Sociale et Traitements 2014;(123):27-30.

<http://dx.doi.org/10.3917/vst.123.0027>

52. Boyer E, Tafilagi S, Manson-Couëdel G. Education à la sexualité en Maison d'Enfants à Caractère Social auprès d'enfants de 7 à 12 ans. Cahiers de l'Actif 2015;(464-467):187-201.

53. Ganne C, Thiery N. Etre hébergé en famille dans une structure sociale : des interventions qui varient selon les espaces de vie. Espaces et Sociétés 2019;(176-177):53-68.

<http://dx.doi.org/10.3917/esp.176.0053>

54. Embersin-Kyprianou C, Yermachenko A, Massari V, El-Khoury-Lesueur F, Melchior M. Grossesses non prévues, violences sexuelles et contraception chez les femmes consommant du cannabis ou d'autres substances psychoactives illégales en Île-de-France : données du Baromètre Santé 2016. Rev Epidemiol Sante Publique 2020;68(1):9-15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.004>

55. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, SOS enfants. Un périple meurtrier pour les enfants. Sur la route de la Méditerranée centrale. New York: UNICEF; 2017.

https://www.unicef.org/media/49656/file/UNICEF_Central_Mediterranean_Migration-FR.pdf

56. Pannetier J, Ravalihasy A, Desgrées du Loû A, Lert F, Lydié N. Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France. Population et Sociétés 2020;(577).

57. Petrucci M, Veisse A, Wolmark L, Fessard C, Weinich L, Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. Bull Epidemiol Hebdo 2019;(17-18):327-33.

58. Chynoweth SK, Freccero J, Touquet H. Sexual violence against men and boys in conflict and forced

displacement: implications for the health sector. Reprod Health Matters 2017;25(51):90-4.

<http://dx.doi.org/10.1080/09688080.2017.1401895>

59. Fagardo B, Zonderman M. Sexualité, violences sexuelles et jeunes en exil. Quels outils et quelles pistes pour l'avenir ? Bruxelles: Plate-forme Mineurs en exil; 2020.

<http://www.infomie.net/IMG/pdf/sexualite-violences-sexuelles-en-jeunes-en-exil-19-juin-2020.pdf>

60. Fondation des femmes, Fédération des acteurs de la solidarité. Un abri pour toutes. Mieux accueillir les femmes dans les centres d'hébergement mixtes. Paris: Fondation des femmes; 2021.

<https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2021/10/uapt-rapport-3-precos-web.pdf>

61. Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France. Accueil et accompagnement des personnes LGBTIQ dans l'hébergement en Ile-de-France. Etat des lieux et préconisations. Paris: FAS Ile-de-France; 2020.

https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/11/Rapport_LGBTIQ_Hebergement_2020_FASIDF.pdf

62. Blanchard C, Bruneteaux P. Vivre sa vie intime dans les foyers de SDF. J Anthropologues 2019;(156-157):105-25.

<http://dx.doi.org/10.4000/jda.8132>

63. Secours catholique-Caritas France. De l'hôtel au logement, c'est possible ! Enquête sur l'hébergement à l'hôtel en Ile-de-France. Paris: Secours catholique; 2014.

https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rapport_idf_logement.pdf

64. Observatoire du samusocial de Paris, Macchi O, Oppenchain N. Adolescents sans-logement. Grandir en famille dans une chambre d'hôtel. Paris: Observatoire du samusocial de Paris; 2019.

<https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2019-02/EtuRes-AdoSansLog-V3-04.02.19.pdf>

65. Oppenchain N, Pourette D, Le Méner E, Laporte A. Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques. Sociologie 2010;1(3):375-91.

<http://dx.doi.org/10.3917/socio.003.0375>

66. Dufeu Schubert A. Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme. Rapport réalisé par Madame Audrey Dufeu Schubert, députée de Loire-Atlantique, à la demande de Monsieur Edouard Philippe, Premier ministre. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reussir_la_transition_demographique_et_lutter_contre_l_agisme.pdf

Annexe 3 : Liste des institutions rencontrées pour des entretiens (individuels et collectifs)

- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du Ministère des Solidarités et de la santé
- Direction générale de la santé (DGS) du Ministère des Solidarités et de la santé
- Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) du Ministère de la Justice (Pôle « santé » et Pôle « Recherche »)
- Santé Publique France
- Planning familial (plusieurs représentants en région et gouvernance nationale)
- Centre régional d'information et de prévention du sida Ile-de-France (CRISP IDF)
- Centre ressource aquitain « vie affective, intime, sexuelle et handicap »
- AIDES (plusieurs représentants de coordinations territoriales et siège national)
- Gérontopôle d'Ile-de-France (Géron'd'if)
- Maison de retraite et SSIAD Le Bois Joli (34)
- Pôle Protection de l'enfance du CMSEA 57
- France Terre d'Asile (pôle « Mineurs non accompagnés » et pôle « CADA »)
- Groupe SOS (CHRS et CHU) (75)
- SAMU SOCIAL (Pôle « hébergement et logement » et Pôle « médical et soins »)
- Centre des femmes – CAARUD (75)
- Association des ITEP et de leur réseau (AIRE)
- Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens (UNAFTC)
- APEI de la région Dieppoise (76)
- Association CAP'devant !
- IME Cours de Venise (75)
- MAS de l'APEI Roubaix-Tourcoing (59)
- Centre hospitalier spécialisé (CHS) et foyer de vie de la Chenavière - Fondation ARHM (69)

Annexe 4 : Les sujets qui pourraient faire l'objet de recommandations spécifiques complémentaires

- L'accompagnement du désir d'enfant, le suivi de la grossesse et l'appui à la parentalité pour les personnes en situation de handicap.
- La prostitution (et les pratiques pré-prostitutionnelles) des mineurs.

