
ARBITRAGE DE GRIEF
SELON LE CODE DU TRAVAIL DU QUÉBEC (L.R.Q., c. C-27)

ENTRE :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

(« *L'EMPLOYEUR* », « *LE MINISTÈRE* » ou « *LE MSSS* »)

ET :

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (FIQ)

et

ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (APTS)

et

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN) – FÉDÉRATION
DES PROFESSIONNELLES (FP)

et

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN) – FÉDÉRATION DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (FSSS)

et

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ) – FÉDÉRATION DE LA
SANTÉ DU QUÉBEC (FSQ)

et

FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (SCFP-
FTQ ET SQEES-FTQ)

(« *LES REQUÉRANTS* » « *L'INTERSYNDICALE* » ou « *LE SYNDICAT* »)

Révision du titre d'emploi no 1573
Sexologue clinicien ou sexologue clinicienne

Décision au mérite

SENTENCE FINALE

Tribunal : M. François Bastien, arbitre
M. Bruno Côté, assesseur patronal
M. Jonathan Fortin, assesseur syndical

Procureure - Syndicat : M^e Marianne Bureau, Poudrier Bradet
Accompagnée : Représentants de l'Intersyndicale
(voir introduction)

Procureure - Employeur : M^e Marie-Hélène Jolicoeur, Lavery, de Billy
Accompagnée : Représentants CPNSSS et
Ministère SSS (voir introduction)

Dates d'audience Québec, les 16-17 et 23-24 septembre 2024; les
27-28 novembre 2024; le 6 février 2025, ainsi que
le 1^{er} avril 2025

Date de la décision : Le lundi 19 mai 2025

ANTEA INC.
2311-537A-QX
S/A-183-25(QX)

I

INTRODUCTION

[1] La présente décision traite au mérite d'une requête en révision des cotes d'évaluation de certains sous-facteurs du système d'évaluation pour le titre d'emploi *Sexologue clinicien/ Sexologue clinicienne*, c'est à-dire celui désigné sous le numéro 1573 de la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire (« *la Nomenclature* ») en vigueur dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.

[2] Elle fait suite à la décision rendue le 30 mai 2024 dans laquelle le tribunal rejetait le moyen préliminaire soulevé dans ce dossier par l'Employeur qui estimait que l'absence de litige touchant la cote d'évaluation agrégée du sous-facteur 15 (« SF-15 ») du Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs privait le tribunal de juridiction à l'endroit des cotes désagrégées du même sous-facteur sur lesquelles le pointage des parties diffère.

[3] La présente décision détermine en conséquence les cotes à attribuer aux sous-facteurs SF-2 (raisonnement) et SF-5 (efforts physiques) en vertu du Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs et Éléments d'interprétation (pièce ES-4), en plus du sous-facteur SF-15 (conditions psychologiques), limitée dans ce cas à la seule question des cotes désagrégées applicables. Rappelons que les parties avaient convenu de conférer à ce dernier sous-facteur la cote agrégée 3 en vertu de la formule d'agrégation prévue au système d'évaluation, seul demeurant un désaccord sur les cotes désagrégées, d'où le moyen préliminaire patronal tout juste invoqué et l'objet de la décision intérimaire en traitant.

[4] Il n'y pas lieu de reprendre ici le cadre général dans lequel se déroule l'examen d'un titre d'emploi compris dans la Nomenclature. On s'en remettra pour cette question au témoignage de M^{me} Julie Robitaille qui explique aux paragraphes 16 à 26 de la décision intérimaire toute la démarche préalable au renvoi du dossier à l'arbitrage. Il en va de même pour ce qui est de la participation des organisations syndicales à l'examen d'un dossier de révision par le Comité national des emplois (CNE) – ces dernières désignées ici sous le vocable unique d'*Intersyndicale*.

[5] Partie de la Nomenclature, le titre d'emploi *Sexologue clinicien/clinicienne* se retrouve dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Le tableau des effectifs le visant, déposé sous la cote ES-7 pour les années financières allant de 2018 à 2022, montre des variations relativement légères : au nombre de 27 en 2018, ils passent à 32, 34 32 et 33 respectivement au cours des années suivantes. Ces effectifs (« *nombre de personnes salariées en poste au 31 mars de l'année financière visée* ») diminuent sensiblement lorsqu'on les appose aux équivalents à temps complet (« ETC »), ces derniers étant de 17,69 en 2018 puis de 19,55, 21,98, 20,18 et 21,80 respectivement au cours des années suivantes.

[6] Douze (12) de ces sexologues cliniciens/cliniciennes ont rempli le questionnaire utilisé dans ce type d'évaluation. Comportant quelque 23 questions, ce questionnaire recueille des données détaillées sur la description de la tâche, sa répartition de fréquence (hebdomadaire, mensuelle ou annuelle), ainsi que les dimensions particulières qui reprennent, en quelque sorte et de façon plus élaborée, les sous-facteurs du plan d'évaluation.

[7] Il s'agit expressément des dimensions suivantes : formation professionnelle, qualifications particulières, connaissances normatives ou pratiques, expérience, habiletés physiques et dextérité manuelle, mise à jour des connaissances, habiletés en relations interpersonnelles, planification et organisation, recherche analyse et synthèse, créativité, concentration et attention sensorielle, simultanéité, interruptions, activités physiques, communications, formation supervision et coordination, responsabilités à l'égard des programmes, activités, ressources financières et matérielles, responsabilités à l'égard des personnes, conditions psychologiques, conditions physiques et, enfin, situations dangereuses.

[8] Je rappelle que, conformément à la procédure prévue à l'article 36.18 de la convention collective, j'ai été choisi par les parties le 3 novembre 2023 pour entendre la présente demande d'évaluation du titre d'emploi #1573 de la nomenclature.

[9] L'examen au mérite de la présente demande de renvoi de ce titre d'emploi à l'arbitrage pour les sous-facteurs toujours en litige s'est amorcé les 16 et 17 septembre 2024, puis poursuivi aux dates suivantes : les 23-24 septembre et 27-28 novembre 2024; le 6 février 2025, avant de conclure sur les plaidoiries le 1^{er} avril 2025.

[10] Menées sous la règle de l'exclusion des témoins, les séances d'arbitrage se sont tenues par ailleurs en présence de nombreux représentants, conseillers et observateurs. Ce sont du côté syndical ou, plus précisément, de l'Intersyndicale : M^{mes} Marie Claudel Vincent et Véronique de Tonnancour (APTS), Sophie Ouellette (FP-CSN), Joanne Chantigny (ou Sonia Bureau – fin novembre) et Nathalie St-Georges (CSQ), Isabelle Audet (FSSS-CSN), de même que M. Nicolas

Fournier (FIIQ). Il s'agit, du côté patronal, de M^{mes} Julie Robitaille (CPNSSS) et Béatrice Vallée (observatrice Conseillère en gestion RH -SCT, ainsi que M. Alexandre Lacasse (direction de l'Équité salariale – SCT).

[11] Il importe de rappeler qu'aux fins de la présente, le tribunal a repris les documents transmis et déjà déposés dans le cadre de l'audition précédente sur le moyen préliminaire patronal. Ce sont d'une part les pièces communes déjà au dossier sous la désignation ES-1 à ES-7 (pour Employeur et Syndicat) et, d'autre part, les pièces P-1 à P-7 pour la partie patronale et les tableaux S-1 et S-2 pour la partie syndicale. La liste de tous ces documents, comme tous ceux déposés lors de la preuve au mérite, est affichée en Annexe A de la présente.

II

PREUVE

[12] Cette preuve documentaire énumérée à l'Annexe A est fort abondante. En ce qui a trait à la preuve testimoniale, le tribunal a entendu d'abord pour l'intersyndicale, quatre (4) sexologues cliniciens/cliniciennes sur les tâches en cause, de même que M^{me} Karen Harnois, une conseillère syndicale ayant participé à l'exercice d'évaluation du présent titre de la Nomenclature. Ces sexologues cliniciennes/cliniciens sont M^{mes} Sharon Dugré, Candy Carrier, Mélissa Denis, et M. Francis Laroche.

[13] Ont témoigné, pour le Ministère ou l'Employeur, la Cheffe de programme du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Marie-Claude Savard; la Coordinatrice du développement des lignes spécialisées en dépendance, Jeu : aide et référence (DAR) du CIUSSS de Laval, M^{me} Maxime Katya Miranda Guyot; Chantale Leduc

du CISSS de la Montérégie-Centre; Linda Boisvert du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Alexandre Lacasse du Secrétariat du Conseil du trésor.

[14] *Nature de la fonction, tâches et cadre de fonctionnement.* Si, de façon générique, les tâches sur lesquelles ont témoigné les sexologues cliniciens/cliniciennes (l'un et l'autre utilisé indistinctement dans la suite du texte) sont celles que décrit le descriptif du titre d'emploi de la nomenclature, en l'occurrence des « *activités de conception, d'actualisation, de consultation, d'analyse et d'évaluation en sexualité humaine, notamment, elle détermine et met en application des plans d'intervention sexologique à des fins éducative et préventive ou de relation d'aide. Elle effectue également des évaluations spécialisées et des traitements de psychothérapie auprès de personnes présentant des troubles sexuels et de l'identité sexuelle* », leur expression concrète et mode de pratique varient beaucoup en fonction des lieux où ces activités s'exercent, ou encore des clientèles auprès desquelles elles s'exercent, ou des besoins auxquels elles répondent.

[15] Tous les sexologues cliniciens entendus ont indiqué travailler au sein d'équipes multidisciplinaires suivant des modalités variables liées à des moments différents de leurs interventions. C'est le cas d'abord de M. Francis Laroche, sexologue clinicien et psychothérapeute à l'emploi du CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui œuvre en clinique pour troubles sexuels à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), Centre hospitalier Robert-Giffard, un organisme dont le mandat est d'assurer l'évaluation et le traitement de personnes aux prises avec des troubles sexuel.

[16] L'équipe à laquelle il appartient est constituée de dix (10) professionnels, soit six sexologues à temps complet, deux psychologues, ainsi qu'une

travailleuse sociale et un psychiatre consultant. L'équipe dispose de plus de deux (2) autres postes de psychologue à temps complet, mais ils sont difficiles à combler. Les enjeux de recrutement sont réels, la clinique présentant une vocation particulière pour de tels professionnels.

[17] L'intervention de la travailleuse sociale, dit-il, survient dans les cas impliquant de l'accompagnement, tels par exemple des personnes moins nanties éprouvant des problèmes de logement ou d'emploi, ou encore dans les dossiers de protection de la jeunesse où il lui arrive de rencontrer la conjointe du client. Pour leur part, les psychologues s'occupent de l'évaluation et du traitement de divers types de problèmes psychologiques.

[18] Son horaire de travail à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec où se trouve son bureau est de 35 heures par semaine. Des salles sont aussi réservées à cet endroit pour des rencontres et des discussions avec ses collègues. L'Institut offre des services à d'autres établissements en l'occurrence à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur

[19] Détenteur d'une maîtrise en sexologie obtenu après deux ans d'études à l'UQAM au terme de ses études de baccalauréat de 1996 à 99, lesquelles comprenaient un (1) an d'études académiques proprement dites, un (1) an de stage externe et six (6) mois consacrés à la rédaction d'un rapport d'activités, M. Laroche s'est vu livrer, avant la création de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ) en 2013, un permis de psychothérapeute par l'Ordre des psychologues du Québec, suivi d'une attestation subséquente d'évaluation des troubles sexuels.

[20] M. Laroche explique que les troubles sexuels sont un élément constitutif du programme de maîtrise en sexologie clinique alors que le baccalauréat en sexologie porte sur le développement et le comportement sexuel dans une perspective de relation d'aide et de support conseil. Si l'un et l'autre se livrent à des évaluations en la matière, le sexologue clinicien exerce son rôle à partir d'un trouble sexuel, relié par exemple à une dysfonction sexuelle ou à une paraphilie.

[21] Il réfère sur ce point à deux extraits du Manuel diagnostique DSM-5 : le premier sur la paraphilie ou les intérêts sexuels (pièce S-3 a); le second sur les dysfonctions sexuelles (pièce S-3b). Les deux y traitent de plans d'intervention auxquels sont associés des objectifs et des moyens en vue d'un traitement psychothérapeutique. C'est précisément en ce sens que son rôle est différent et dépasse celui du sexologue et de la relation d'aide caractéristique de ce dernier.

[22] Offrant pour la paraphilie l'exemple du fétichisme du bas de nylon, le sexologue clinicien explique qu'il ne s'avère d'intérêt clinique que s'il est récurrent et intense pendant une période d'au moins 6 mois, et qu'il ne s'accompagne pas de détresse ou de trouble de fonctionnement social ou lié au couple. Des entrées par effraction pourraient par exemple être une forme intense de ce trouble pouvant notamment conduire à des conséquences judiciaires.

[23] La pédophilie ou l'intérêt pour les enfants prépubères est un autre exemple. Il doit être présent depuis au moins six mois et comporter des conséquences légales et sur la personne. S'il s'agit d'un ado de 15 ans, le clinicien se retrouve devant un « *autre trouble paraphilique spécifié* » selon une catégorie du DMS-5 (S-3 a), p. 831), trouble qu'il lui revient de déterminer et de nommer puisqu'il ne remplit pas tous les critères de la définition. Autres exemples tirés du Manuel (pp. 812 et ss.): l'exhibitionnisme auquel se rattachent

des critères diagnostiques forts précis, les troubles du voyeurisme et du masochisme sexuel dont le diagnostic exige une compréhension clinique du phénomène

[24] Pour ce qui est du 2^e extrait du Manuel, il vise des dysfonctions sexuelles qui sont soumises aux mêmes exigences d'évaluation et de diagnostic. C'est le cas par exemple du trouble de l'éjaculation retardée ou de trouble érectile chez l'homme (de 75 à 100% des cas), un critère aussi applicable aux troubles érectiles. Conscient que le DSM-5 répertorie plus de 400 troubles mentaux, M. Laroche reconnaît en contre-interrogatoire que les exemples figurant dans deux extraits du manuel précités (pièces S-3 a) et S-3 b)) visent les actes réservés aux sexologues cliniciens et que d'autres troubles peuvent être réservés à d'autres professionnels. Il n'est pas au courant qu'environ 250 psychologues pratiquent au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

[25] Aussi sexologue clinicienne, M^{me} Sharon Dugré au CHU de Québec depuis 2016 en oncologie psychosociale et spirituelle. Au cours des deux (2) années suivantes, son horaire a été de 21 h/semaine travaille. Elle occupe maintenant un poste de jour et depuis le début de 2024, elle est en télétravail un (1) jour par semaine. Elle dispose de deux (2) bureaux fermés au CHU.

[26] M^{me} Dugré exerce sa profession auprès de clients adultes externes qui ont reçu divers diagnostics de cancer (p. ex. urologique, gynécologique, etc.). Son horaire est de 8 h à 16 h du lundi au vendredi; elle répartit son temps moitié-moitié entre les deux (2) sites suivants: le Centre de maladie du sein (St-Sacrement) et le Centre intégré de cancérologie (près de L'Hôpital Enfant-Jésus).

[27] L'oncologie psychosociale et spirituelle définit la mission de l'équipe au sein de laquelle elle travaille. Cette équipe est composée de quelque 30 professionnel(le)s aux titres d'emploi suivants : une (1) psychiatre; deux (2) infirmières praticiennes en santé mentale; un (1) ergothérapeute en santé mentale; un (1) kinésologue; cinq (5) travailleurs sociaux; douze (12) psychologues; douze (12) sexologues cliniciennes; une (1) infirmière clinicienne et un (1) médecin de famille. S'y ajoutent deux intervenants en soins spirituels.

[28] Les clients qu'elle est appelée à traiter doivent répondre aux trois (3) critères suivants : un diagnostic de cancer; un dossier ouvert ou actif dans un établissement du réseau de Québec, ainsi que des préoccupations découlant d'un cancer et des traitements le concernant. La clientèle est référée par toute équipe de soins à partir d'un formulaire intitulé *Demande de consultation en oncologie psychosociale et spirituelle* (pièce S-15). Modifié à l'occasion pour tenir compte de l'élargissement du réseau, sauf pour la partie Motifs de consultation, il a cours depuis plusieurs années.

[29] Ses consultations individuelles ou de couples se font très rarement au téléphone, sauf pour la clientèle à l'extérieur de sa région. Le type de services offerts en est un de 2^e ligne qui comporte des exigences de suivi par l'établissement en oncologie. Sa clientèle est volontaire, comme le souligne la formule de consentement exigée. Étalées sur quatre (4) jours, ses rencontres sont en moyenne de trois (3) ou quatre (4) chaque jour pour environ 12 rencontres par semaine. Une rencontre d'évaluation prend une (1) heure et demie environ; les autres une (1) heure.

[30] Sa clientèle vit typiquement des situations particulières. Il s'agit de gens déstabilisés, ayant perdu leurs repères. Présentant une grande vulnérabilité, la

plupart ne sont pas dans l'acceptation mais empreints de tristesse, de désarroi et d'incompréhension. La peur d'une récurrence les habite souvent. Son rôle, indique la clinicienne, est de les aider à s'adapter et à maintenir une capacité sexuelle, en les aidant à gérer leurs émotions.

[31] Ses liens avec cette clientèle sont souvent marqués de détresse, de colère (poings sur la table) et de déception, des personnes s'en voulant d'avoir eu de la mauvaise information sur le traitement. Le ton des échanges est souvent élevé en conséquence. Sans qu'il s'agisse de la majorité des clients, elle reçoit des expressions de frustration à toutes les semaines.

[32] Elle jouit à cet égard d'un accès facile à ses supérieures, Catherine Savary-Tanguay et Catherine Van Neste, qui font preuve d'une grande ouverture. Elle évoque à ce sujet une expérience qu'elle a vécue de harcèlement au téléphone alors qu'elle finissait son congé de maladie en 2020-2022 où elle a sollicité l'aide de sa gestionnaire. Mais davantage encore, dit-elle, l'aide lui vient des équipes interdisciplinaires ou de la coordonnatrice. M^{me} Dugré a répondu d'ailleurs « *peu probable* en réponse à une question relative aux situations difficiles du questionnaire ES-6.

[33] Elle-même n'a jamais mis fin à un suivi en raison de situations difficiles. De façon générale, un suivi après l'évaluation cessera si l'on constate que la situation en cause ne présente aucun lien avec un traitement pour le cancer; la personne est alors référée au privé ou auprès d'un autre professionnel.

[34] Parmi ses autres tâches de sexologue clinicienne, M^{me} Dugré assure la supervision clinique auprès de candidats au baccalauréat en psychologie. Elle anime également des ateliers pour ses collègues et effectue des présentations

pour les infirmières ou encore pour des radiooncologues. Elle participe aux réunions interdisciplinaires, en plus de répondre souvent en dehors de celles-ci aux questions de ses collègues. Elle s'efforce également lors de ses présentations de faire connaître son offre de services, particulièrement aux médecins qui, souvent, ne se sentent pas à l'aise d'aborder de tels sujets. Elle développe de concert avec le psychologue un groupe de soutien en psychothérapie pour les opérés de la prostate.

[35] M^{me} Candy Carrier, sexologue clinicienne et psychothérapeute au CIUSSS Centre-sud, Île de Montréal depuis 2013, œuvre à cette époque au sein d'un service transversal qui s'occupe de personnes à domicile ou en ressources d'hébergement. Depuis 2021, elle travaille exclusivement au service de milieux de vie substituts (MVS), c'est-à-dire des ressources d'accueil continu (RAC) pour des personnes (jeunes et adultes) avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP).

[36] Elle exerce également son rôle auprès de clientèles provenant des ressources de type familial (RTF) où l'on accueille dans une famille une personne présentant ces difficultés. Utilisant une approche écosystémique, on y accueille également des personnes avec des troubles graves de comportement, incluant de comportement sexuel.

[37] Les MVS se rattachent à quatre (4) points de service sur le territoire, incluant celui d'Henri-Bourassa où elle est affectée. Les types d'emploi qu'on retrouve dans ces points de service sont des sexologues cliniciens, des sexologues éducateurs ou, si l'on veut, des personnes ayant complété un baccalauréat en sexologie, ainsi que des psychothérapeutes détenant un permis

à cet effet. On y retrouve également des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés. Des psychologues, présents auparavant, n'y sont plus.

[38] Les éducateurs spécialisés sont un peu, indique-t-elle, les avocats de ces personnes. Ils veillent à leur obtenir des soins médicaux, à effectuer des demandes de services tels qu'en ergothérapie, par exemple. La travailleuse sociale veille pour sa part à obtenir le consentement pré-évaluation, à évaluer un besoin possible en tutelle ou curatelle, et à s'acquitter de son travail psycho-social en identifiant des problèmes ou des conflits au sein de la famille. Enfin les psychoéducateurs animent les rencontres interdisciplinaires, en plus de relever les tâches à réaliser et de s'assurer du suivi des démarches à effectuer.

[39] Le sexologue bachelier s'occupe des programmes éducatifs liés à la sexualité déjà en place en plus d'offrir des outils personnalisés à la personne. Seule sexologue clinicienne au sein de son service, M^{me} Carrier répond aux demandes de service provenant des éducateurs spécialisés. La *demande de service professionnel* qu'ils remplissent l'est sur un formulaire portant ce nom (pièce S-21), un document co-signé par le chef de service ou la coordonnatrice professionnelle. Les éléments qu'ils renferment incluent le consentement, le type de service professionnel demandé, le nom et les coordonnées du représentant légal, ainsi que le diagnostic de l'éducatrice.

[40] La dernière partie du formulaire (page 3) est de première importance pour la sexologue clinicienne car elle renferme les diagnostics multiples de la personne (santé mentale, santé physique, DITSA et le niveau de sévérité de chacune des conditions visées). L'ouvrage de référence pour cette section demeure le DSM-5. Cette information s'inscrit dans le sillage de la page précédente portant sur l'équipe clinique interne et externe entourant la personne (section 5), de même

que sur le contexte de la demande (section 6) : la problématique actuelle, les défis et risques qu'elle pose (tels perdre son travail), et les interventions précédentes liées à cette problématique et leurs résultats positifs ou négatifs.

[41] L'âge de sa clientèle va de 7 à 77 ans, des personnes chez qui les éducateurs ont noté divers comportements douteux (toucher aux seins, exhiber ses parties intimes, se livrer à divers types de prostitution, ou encore consommation excessive de pornographie). Il peut s'agir aussi chez certains d'une verbalisation de détresse en raison d'enjeux d'identité de genre. D'où à nouveau l'importance pour la sexologue clinicienne de toute la section sur les interventions déjà effectuées.

[42] Conformément à l'approche écosystémique, d'autres renseignements sont recueillis par les éducatrices, telles les mauvaises influences sur la personne, les attentes du demandeur ou tout élément de nature à soutenir le travail d'équipe entourant ce dernier. Si la demande de service est liée strictement à des questions d'éducation, elle relève de la psychologue, non de la sexologue clinicienne.

[43] Les troubles de langage, de santé mentale ou de comportement sont aussi notés selon leur intensité : léger (DIL), modéré (DIM) ou profond (DIP). Basés sur le DSM-5, ces évaluations de niveau sont effectuées avant qu'elle-même s'implique dans le dossier, précise M^{me} Carrier. À un niveau DIP, une personne est privée de la possibilité de participer à une psychothérapie. La clientèle dont elle s'occupe souffre de troubles de niveau DIL et DIM. Les troubles TDAH sont pour leur part souvent détectés; dans le cas de médication les visant, il importe de s'assurer que celle-ci soit effectivement prise.

[44] Au suivi clinico-administratif de la demande (section 8), toutes les personnes qui y sont partie sont identifiées et y apposent leur signature (demandeur, psychoéducateur et chef en réadaptation s'il y a lieu).

[45] Parmi ses autres fonctions et tâches, M^{me} Carrier mentionne d'abord sa participation à des rencontres interdisciplinaires à titre de consultante experte, en plus de la supervision des sexologues bacheliers et des psychothérapeutes dans d'autres établissements de son CIUSSS. Aux 4 à 6 semaines, elle ou une autre professionnelle présente pendant deux (2) heures une situation à des sexologues inscrites au baccalauréat.

[46] Elle reçoit de plus des transferts des psychothérapeutes, en plus d'effectuer des consultations non nominatives, c'est-à-dire provenant d'une demande des éducatrices spécialisées qui peuvent demander à leur coordonnatrice professionnelle une rencontre avec M^{me} Carrier afin de déterminer si un suivi sexologique serait nécessaire pour un/une de leurs usagers(ère)s. Il s'agit alors de diagnostics, de comportements observés et de stratégies de changement. La coordonnatrice professionnelle va aussi communiquer avec elle sur de tels sujets une fois aux deux (2) mois.

[47] Son rôle dans ces cas est d'offrir à l'éducatrice des suggestions qu'elle utilisera et documentera dans ses notes d'évolution. Par exemple, elle recommandera à l'éducatrice de suggérer à une personne impulsive et au besoin de gratification immédiate de retarder progressivement l'heure de sa collation, un exemple pouvant servir également en matière d'énergie sexuelle où le transfert d'une telle pulsion est comparable. Elle propose également des sujets de discussions propres à développer une attitude d'ouverture, ou encore la confection d'un album de vie comme moyen d'apprendre à se connaître et

d'aborder ce qui en découle. Enfin, elle pourra suggérer à l'éducatrice qu'elle fasse une demande de services professionnels.

[48] La fréquence de marcher ou d'être debout dans l'accomplissement de ses tâches, d'une durée de 30-35 minutes en moyenne, est tributaire du besoin pour elle de faire des observations des personnes que ce soit à l'école, dans les parcs pour relever les interactions. Le tiers de sa clientèle est visé par ce type d'exigences et ses interventions sont à hauteur de 10% de son temps.

[49] M^{me} Carrier note à ce sujet que cette clientèle est au départ très vulnérable et aux prises avec de réelles contraintes de déplacement. Dans le cas du transport adapté par exemple, une personne doit être à l'arrivée pour la personne à transporter : ainsi, il lui arrive d'attendre debout 30 minutes dans le corridor. La même exigence s'applique au retour. S'ajoutent à ces difficultés particulières, des personnes avec des enjeux sérieux de santé mentale ou encore des risques d'accident.

[50] La survenance des situations précédentes durant la période 2013-2017 lorsqu'elle travaillait à trois (3) jours/semaine était d'une à deux (2) fois par semaine. À temps complet de 2017 à aujourd'hui, cette fréquence est passée à deux (2) à deux fois et demie (2,5) par semaine. Ses interactions avec cette clientèle, d'une durée moyenne de 30 minutes, surviennent à l'occasion de promenades, de marches dans un parc ou du besoin de bouger durant les séances. Une évaluation précise s'avère difficile en l'occurrence en raison de la variable des perturbations liées à cet environnement particulier : impulsivité, santé mentale, propos hostiles, etc. Quarante pour cent (40%) de sa clientèle présente, dit-elle, des signes importants de prévisibilité et d'instabilité.

[51] M^{me} Mélissa Denis, entrée au CISSS de Laval en 2009 à titre d'agent de Relations humaines, y devient sexologue clinicienne en 2014, puis directrice du Centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle CDVAS/Direction Santé mentale-Dépendance. À ce titre, elle coordonne en les regroupant les listes d'attente en sexologie clinique dans une seule liste, et elle fait de la psychothérapie au besoin. Son travail se fait à hauteur de 98% au centre désigné, et elle partage son temps entre ses activités cliniques (60%) et la coordination professionnelle et clinique (40%).

[52] Créé en 2002, la mission du centre désigné de Laval est de répondre aux besoins médicolégaux, psychothérapeutiques et psychosociaux d'hommes et de femmes de 12 ans et plus victimes d'agression sexuelle (VAS) et victimes d'exploitation sexuelle (VES). Dans leur cas, l'agression sexuelle doit remonter à moins de six (6) mois et présenter une réactivation de symptômes post-traumatiques. Le centre doit intervenir dans moins de dix (10) jours. Une intervention précoce s'avère importante puisqu'elle prévient l'établissement ou encore la cristallisation des symptômes posttraumatiques

[53] Son rôle de coordonnatrice qu'elle assume depuis 2018 est d'instaurer les meilleures pratiques tant au niveau des gardes médico-légales que des psychothérapeutes. Le soutien et l'encadrement clinique prend la forme de formation et de recours aux meilleures pratiques en matière de conceptualisation des problématiques en cause, et de consultation professionnelle, de direction d'un projet de recherche, d'encadrement médico-légal. Ce dernier aspect implique un travail de collaboration avec les partenaires intéressés (police, organismes communautaires, centres jeunesse).

[54] Son rôle est donc de veiller à cet alliage d'interventions de la part des psychothérapeutes, éducatrices, et autres intervenants. Les psychothérapeutes impliquées sont au nombre de 4 et détiennent le titre de sexologue clinicienne. Ils comptent également sur les services de la garde médico-légale, soit un criminologue et une éducatrice spécialisée.

[55] Sa charge de travail comprend présentement neuf (9) ou dix (10) dossiers, à laquelle s'ajoutent l'accueil de stagiaires et nombre de consultations et de thérapie par semaine; qu'une charge normale comprend de dix (10) à quinze (15) dossiers. Auparavant, cela pouvait aller pour elle jusqu'à 20 ou 21 dossiers actifs impliquant pour une période trois (3) à quatre (4) consultations par jour de durée significative. Ramenées à une (1) heure récemment, ces consultations se chiffrent maintenant à neuf (9) ou dix (10) par semaine, ce qui lui laisse davantage de temps pour la coordination. Elle précise que le service voit toutefois les clients à chaque semaine. Pour les autres sexologues cliniciens, la charge de travail est d'une vingtaine de dossiers nécessitant environ quatre (4) consultations par jour.

[56] Bien que la direction permette deux (2) jours de télétravail par semaine, M^{me} Denis privilégie le travail en présentiel pour les rencontres avec ses clients. C'est le cas aussi de l'ensemble du service bien que des rencontres virtuelles puissent survenir au besoin. Des bureaux et des salles sont réservés pour eux à divers endroits : le CLSC leur réserve un bureau et les centres jeunesse ont des locaux. Ils sont utilisés pour des rencontres de psychothérapie, ou encore de concertation ou de simple partage d'information. Des locaux ailleurs leur sont aussi prêtés selon la nature des besoins en cause.

[57] Les référents de sa clientèle sont la Cité de la santé de Laval, les CLSC, soit la porte d'entrée des 0-5 jours post-agression et la réception des demandes. Les autres voies d'entrée sont les programmes du réseau, les enquêteurs, les médecins ou les clients eux-mêmes qui les avisent par téléphone ou par courriel.

[58] Sur la fréquence et la durée de ses tâches effectuées debout, la sexologue clinicienne Denis indique d'abord qu'une première rencontre exige en moyenne une (1) heure puisqu'elle est l'occasion d'expliquer à la personne les concepts, vérifier les réactions post-traumatiques, en plus de présenter le modèle de la structure des schémas. Elle mentionne utiliser un tableau au cours des deux (2) premières séances afin d'expliquer et de présenter le modèle de la structure de pensée. L'objectif est d'amener cette personne à bien se représenter les associations traumatiques qu'elle a développées dans la foulée du trauma. Au cours de ces séances, elle dit être debout pendant environ 40 minutes sur 60.

[59] Elle réitère en contre-interrogatoire qu'elle se sert effectivement du tableau pour l'enseignement à ses clients. Face à des personnes traumatisées et qui ont des difficultés de concentration, elle va dessiner des schémas cliniques pour apaiser leur anxiété, et expliquer notre approche cognitivo-comportementale. Selon la nature des cas, on y présentera également des grilles sur les techniques et les liens, l'objectif étant de transmettre le savoir en misant sur l'importance du visuel. On lui remet aussi à l'occasion des cahiers de notes mais, sans qu'il soit obligatoire, le tableau demeure le meilleur moyen, un outil que les autres professionnels peuvent ne pas utiliser ou l'utiliser différemment particulièrement en matière d'enseignement. Elle précise que l'utilisation d'un visuel quel qu'il soit (tableau ou autre) a pour objectif de schématiser pour faire comprendre.

[60] La clinicienne dit être appelée à marcher fréquemment dans son travail en raison notamment de sa clientèle de jeunes victimes d'exploitation sexuelle, des mineures hébergées en centres jeunesse. Les défis d'établir une alliance thérapeutique sont plus nombreux dans leur cas et exigent davantage de créativité. D'où l'option intéressante que présente dans ces cas marcher dans la cour du centre jeunesse, d'autant plus que l'activité corporelle aide souvent à la régulation émotionnelle de la victime.

[61] D'autres bénéfices sont aussi associés à des activités de marche impliquant des enfants. En sortant le jeune de son cadre formel pour lui permettre d'entrer en relation avec un adulte, on adoucit la perception usuelle du danger associé à l'adulte dans ce cadre. En contexte d'hébergement en centre jeunesse où le jeune passe de nombreuses heures dans sa chambre, c'est de plus l'occasion de sortir.

[62] Bouger, s'activer à l'extérieur favorise également de meilleures chances de s'engager dans un processus de thérapie. Marcher dans le présent contexte s'étend durant toute l'heure de la rencontre. La fréquence de ce type de rencontres dépend selon elle de la capacité de la jeune personne à reprendre les rencontres au bureau. Pour les victimes d'exploitation sexuelle, la fréquence est d'une fois par semaine en moyenne au départ; elle peut augmenter par la suite avec la prise en charge liée à la fenêtre de tolérance au niveau émotionnel acceptable.

[63] Ses interactions avec cette clientèle sont évidemment adaptées aux caractéristiques de celle-ci. Ce sont de jeunes victimes exploitées sexuellement et qui présentent des conditions de comorbidité et des comportements difficiles. Chez nombre d'entre elles, il y a irritabilité, colère, ainsi que de la tristesse et de

la souffrance qu'elles n'ont l'habitude d'évacuer par l'expression de leur contenu émotionnel. Ce mélange explosif donne lieu en conséquence à des gestes de colère, tels lancer des objets et claquer des portes, et à la prise de mesures de contention.

[64] La clientèle plus âgée n'est pas non plus très différente. Stressée, elle exhibe beaucoup d'irritabilité dans le bureau et ailleurs. La clinicienne permet dans leur cas des cris, des sacres et le suivi n'est pas du type bonbon. La colère est une expression facile chez les hommes, même si celle-ci n'est pas dirigée contre elle.

[65] M^{me} Denis réitère en fin de contre-interrogatoire que sa clientèle en centres jeunesse comprend des jeunes filles démolies aux prises avec un affect dominé par la colère. Beaucoup ont connu dans l'enfance le rejet de leurs parents et ont été abusés physiquement et émotionnellement. Nombre d'elles sont des bombes à retardement, irritables et allergiques aux enseignements. Dans le cas des victimes d'agression, la sévérité de divers symptômes (hyperéveil, anxiété, peur) est fonction du type de personnalité.

[66] Même grande irritabilité présente aussi chez les jeunes victimes d'exploitation sexuelle. Les contacts avec les proxénètes, et le fait que certaines d'entre elles deviennent des recruteuses, témoignent selon elle d'un renversement du trauma : moins souffrant d'exhiber cette rage que de vivre la souffrance. À son arrivée au centre et se disant souvent ébranlée par la scène, la directrice est témoin elle-même de mesures de contention et d'un haut niveau d'agressivité.

[67] Elle revient en fin de contre-interrogatoire sur la réalité de sa clientèle en centres jeunesse, c'est-à-dire des jeunes filles démolies aux prises avec un affect dominé par la colère. Beaucoup ont connu dans l'enfance le rejet de leurs parents et ont été abusés physiquement et émotionnellement. Nombre d'elles sont des bombes à retardement, irritables et allergiques aux enseignements. Dans le cas des victimes d'agression, la sévérité de divers symptômes (hyperéveil, anxiété, peur) est fonction du type de personnalité.

[68] *Demandes d'intervention, outils utilisés, analyse et traitement.* Selon M. Laroche, les sources de référence de clientèle sont les dossiers de la sécurité publique, ceux de la DPJ, les auto-références, les médecins de famille, incluant au CLSC, et les services d'établissement. Les dossiers de sécurité publique (MSP), à hauteur 65 à 75% de la clientèle dont a charge son équipe, contiennent généralement l'enquête, les actes légaux de sommation, les actes d'accusation et la trame factuelle qu'on retrouve au sein du plaidoyer. Un tel dossier comprend parfois le texte d'entente entre les procureurs sur la preuve.

[69] Pour les dossiers de cour, si le jugement de culpabilité est absent, il en fait lui-même la demande. On y trouve le procès-verbal sur le chef d'accusation et le plaidoyer, les antécédents, le plumitif, les sentences antérieures (accès au rapport pré-sentenciel), les communications de l'agent de probation et, sur demande le cas échéant, les services reçus. L'interrogatoire policier y figure rarement.

[70] Pour les demandes de la DPJ, il n'y a pas toujours de dossier au départ. Ce que le sexologue clinicien reçoit, ce sont les notes de suivi d'activités dans le détail (p.ex. les visites du papa), le rapport d'évaluation ou d'orientation, les signalements antérieurs lorsque rapportés par personnes autorisées, c'est-à-dire

les documents officiels. Si une enquête est en cours, aucun des documents de la cour sont accessibles. Le clinicien a aussi accès aux témoignages des proches dans de telles affaires.

[71] Lors d'autoréférence, le clinicien ne dispose de rien, sauf des renseignements émanant de l'appel reçu et résumés dans quelque trois (3) pages de notes (nature et raisons de l'appel). Cet appel dure le plus souvent de 20 à 40 minutes, puisque des questions sont posées au requérant sur sa consommation, son statut marital, ses enfants, les raisons de sa demande, ainsi que son niveau de motivation. Ce sont là les éléments à partir desquels les autres seront recueillis.

[72] Pour les références d'autres professionnels, l'accès va appeler au nom de de l'équipe le médecin de la personne pour avoir davantage de renseignements. Au CLSC, il n'y a souvent qu'une page et quart de notes, et aucune histoire familiale : on appelle alors pour en obtenir davantage. Si la personne est déjà patiente du CIUSSS, on a accès au dossier médical.

[73] Selon M. Laroche, la clientèle dont a charge son équipe est référée, à hauteur de 65 à 75%, par la sécurité publique, en l'occurrence des individus arrêtés et soumis au procureur avec un dépôt d'accusations, avec ou sans plaider. Pareille référence inclut un rapport pré sentenciel et souvent une évaluation psychologique émanant d'une demande de l'agent de probation. Le reste de la clientèle provient d'auto-référence, ou est référé par un professionnel de la santé ou par un travailleur social.

[74] Dans le cas de cette clientèle, le sexologue clinicien, après le rapport pré sentenciel préparé par l'agent de probation et autres renseignements sur la

personne, rencontre la personne pour une évaluation de ses intérêts. Tenue avec son consentement, la rencontre d'une durée de 45 à 60 minutes entend d'abord préciser la nature de l'évaluation à compléter, pour explorer ensuite la sphère sexuelle de la personne.

[75] Lors de pareilles rencontres, divers scénarios sont présentés en fonction de la nature des cas: ainsi un narrateur va décrire certaines histoires, de nature sexuelle ou non, montrant des interactions entre personnes adultes. Ces scénarios sont multiples, certains mettant en scène des enfants prépubères, l'objet étant de les rendre pertinents en présentant quelqu'un d'autre à sa place.

[76] Une telle rencontre est parfois précédée d'un premier contact en salle avec le client pour l'installation d'équipement permettant de mesurer par exemple son excitation sexuelle à partir d'un extensomètre sur le pénis relié à l'ordinateur. Retiré dans une salle, le sexologue clinicien sera en mesure d'observer les réactions sexuelles du client à partir de divers scénarios générés par l'ordinateur. Cette partie de l'évaluation dure en moyenne d'une (1) heure à 1,30 h, au terme de laquelle il rencontre le client pour lui communiquer les résultats de l'expérience. Il produit ensuite un rapport à cet effet.

[77] À la clinique, cette tâche d'évaluation est confiée au sexologue clinicien et au psychologue. La répartition du travail y est faite souvent en fonction des préférences et intérêts de l'un ou l'autre, mais la coordination clinique présente déjà des noms juxtaposés aux divers clients.

[78] De façon plus précise ou détaillée, dit-il, l'exercice d'évaluation s'amorce avec la convocation du client et la lecture du dossier émanant de l'agent de probation. Ce rapport, d'une approche policière dans sa teneur, contient des

informations sur la preuve policière, les témoignages de victimes ou d'autres témoins, etc. Le sexologue clinicien passe ensuite à la saisie informatique de renseignements, tels les résumés de rencontres entre l'agent de probation et le client, le plunitif de l'accusé et ses antécédents judiciaires.

[79] Toute cette préparation peut souvent prendre selon lui entre deux (2) à dix (10) heures, selon le dossier. La rencontre elle-même avec le client – des hommes dans une proportion de 95%, exige en moyenne trois (3) heures. Elle est suivie d'un début de rédaction du dossier.

[80] Tous les renseignements obtenus à ce stade sont ensuite consignés dans un sommaire d'évaluation (pièce S-4), lequel est un formulaire de quelque dix-huit (18) pages dont l'origine remonte à la fin de 1990 et qui est toujours utilisé par le personnel de la clinique dans une forme adaptée au fil des ans. C'est un type de formulaire demandé par la cour criminelle.

[81] Plusieurs rubriques y apparaissent, notamment l'identité (âge, situation de couple, signalement lorsqu'enfant, etc.), condition médicale, situation judiciaire, habitudes (consommation d'alcool, gambling, etc.), histoire psychosexuelle (trouble de comportement sexuel compulsif, perturbations, masturbation, achat de services sexuels), médication et effets secondaires, antécédents familiaux (par exemple l'influence d'une mère handicapée sur le développement de l'enfant), histoire antérieure.

[82] Face à cette multitude de renseignements, explique M. Laroche, le rôle du sexologue clinicien est de tenter de remettre tous les « *morceaux du puzzle en ordre* ». Il attire l'attention d'abord sur le point 7 du formulaire traitant des Éléments de l'histoire antérieure, à commencer par les parents et une description

les visant, le nombre d'enfants, le rang dans la famille, les relations des parents avec les enfants et les relations avec la fratrie. Le professionnel pourra en tirer des signes annonciateurs de délits futurs, tel un climat conjugal violent et son impact sur le développement d'une attitude agressive ou violente ou, encore, la création de situations anxiogènes chez l'enfant par une mère dominante.

[83] Il en va de même des rapports du client avec ses collègues au travail, telle la présence de fréquents conflits ou difficulté de composer avec l'autorité. Tout l'aspect social s'avère dans un tel contexte d'un grand intérêt : l'environnement de son enfance pourra livrer des pistes sur la pédophilie, ou l'attirance des adolescents chez un individu ayant toujours été plus à l'aise avec des plus jeunes. Le type de loisirs privilégiés, structurés ou pas, fournit aussi des signes utiles sur les comportements en cause.

[84] L'histoire psychosexuelle (le point 8 du formulaire) relève l'évolution sexuelle du client : l'acquisition de ses connaissances et expériences (sexualité comme sujet à la maison, les jeux sexuels avec qui et leur âge, la masturbation, l'adolescence et les expériences et conditions sexuelles qui l'ont accompagnée; puis le passage à l'âge adulte, à ses pratiques sexuelles (fantasmes, contrôle éjaculatoire) et à sa vie affective. On y note les premiers contacts sexuels, la vie sexuelle de couple et les ruptures qui l'ont marquée, la relation actuelle, les relations homosexuelles et extraconjugales, les difficultés actuelles (troubles du désir, érectiles, éjaculatoires). Les traumatismes sexuels (menaces, chantages, violence) et l'usage de la pornographie concluent cette section.

[85] Toute cette cueillette de renseignements a pour objectif, dit M. Laroche, d'identifier les éléments dominants et, partant, la découverte de patterns. Un exposé conjoint des faits permet aussi de considérer avérés les faits rapportés.

[86] L'histoire délictuelle (section 9), énumère les victimes actuelles et leurs caractéristiques, les délits actuels et les circonstances les entourant, incluant l'usage d'alcool ou de drogue, de violence ou de formes de récompense, les secrets exigés. Relativement à ces délits, on relève également les facteurs favorisant le passage à l'acte, les sentiments post-délits et la signification du délit lui-même.

[87] Le même exercice est répété pour les victimes et les délits antérieurs. L'introspection face aux délits est une autre dimension importante du sommaire : notées sont la conscience des préjudices avant la dénonciation, la souffrance intérieure actuelle, la motivation au traitement, ainsi que l'auto-évaluation des risques de récidive. Au dernier élément de la section (9.4), le document énumère les autres paraphilies selon le sexe, l'âge (enfant, ado, adulte) et leur fréquence.

[88] Les sections 10 à 13 concernent respectivement l'expression de l'agressivité, l'impression générale lors de l'entrevue, la problématique et, enfin, l'impression diagnostique. L'impression générale annonce déjà la teneur du rapport : de la problématique se dégagent en effet quels sont les facteurs de prédisposition du client de même que les facteurs de répétitions. On note parmi ces derniers l'oisiveté, une partenaire moins présente, ou tout renseignement utile. Le sommaire conclut sur l'émission d'un diagnostic et des recommandations.

[89] M. Laroche indique utiliser de nombreux outils d'évaluation dans le cas des clients qu'on lui réfère. Un premier, appelé *Feuille de cotation – Statique-99R* de Hanson et Thornton (pièce S-5 en liasse comprenant les règles de cotation révisées – 2016 de cet outil), traite expressément de l'évaluation du risque de

récidive, énumérant à cette fin 10 facteurs de risque auxquels sont associés des critères et des scores correspondants. L'utilisation de cet outil exige du sexologue clinicien de suivre une formation de trois (3) jours durant laquelle on lui remet un cartable d'instructions.

[90] Ces facteurs de risque comprennent entre autres jeune (ou âge) pour lequel le score décroissant varie de 1 à -3 selon qu'on est âgé de 18 à 34,9 ans, 35 à 39,9 ans, 40 à 59,9 ans ou 60 ans ou plus; les infractions répertoriées de nature sexuelle ou non sexuelle avec violence; les condamnations pour infractions sexuelles sans contact (exhibitionnisme); le lien de la victime avec le délinquant; etc. À partir de 18 ans, les infractions antérieures peuvent être considérées, explique M. Laroche, qui précise que la moyenne générale du score total pour cette clientèle est de niveau 2 ou 3 (risque dans la moyenne).

[91] La supervision dynamique de délinquants sexuels est visée par un autre outil de cotation intitulé *Stable 2007 – Feuille de cotation* de Hanson et Thornton (pièce S-6 en liasse comprenant la table des matières du manuel de cotation). Des mêmes auteurs que le précédent, il permet d'évaluer douze (12) aspects liés à l'évolution des relations sociales du délinquant dans le temps (par exemple, hostilité envers les femmes, présence de rejet social, manque d'intérêt envers les autres, impulsivité, tendance à prendre les mauvaises décisions, préoccupations sexuelles, relations sexuelles comme mécanisme d'adaptation, intérêts sexuels déviants). Les cotes pouvant être attribuées (2, 1, 0 et -1) permettent d'obtenir à l'aide de l'échelle d'interprétation un résultat qui va de 0-3 (faible), de 4 à 11 (moyen) de 12 et + (élevé) et sert à mesurer l'intensité du traitement. Le témoin précise que, pour les clients provenant des services correctionnels, la moyenne est de 4 à 11. Au terme de l'exercice, le sexologue clinicien combine le score de cette cotation et celui de la précédente.

[92] Un troisième outil, utilisé à la discrétion du professionnel, est la *Feuille de cotation du SAPROF* ou suivant son intitulé *Facteurs de protection liés au risque de violence*. Il examine trois groupes de facteurs : facteurs internes (intelligence, attachement sécurisant à l'enfance, empathie, facilité d'adaptation et maîtrise de soi); facteurs liés à la motivation (travail, loisirs, gestion des finances, motivation à l'intervention, attitudes envers l'autorité, objectifs de vie et médication); facteurs externes (réseau social, relation intime, suivi socio judiciaire, milieu de vie et contrôle externe lorsqu'en pré sentence). Son échelle de cotation, tributaire ultimement du jugement clinique, va de 0-10 (faible), de 9 à 22 (modéré) et de 20 à 24 (élevé), ce qui signifie qu'un haut score est signe d'une meilleure protection.

[93] L'analyse de tous ces renseignements, notamment les diverses cotations déjà notées lors de l'entrevue avec le client, s'amorce avec une réflexion personnelle. Elle se concrétise avec la rédaction du rapport renfermant ses recommandations et ses conclusions. C'est là à son avis que s'avère l'avantage de disposer d'une équipe constituée de divers professionnels, dont la coordonnatrice Sophie Bernard, sexologue clinicienne. C'est dans ce cadre qu'il présente à ses collègues, pour commentaires et discussions, le cas et les cotes d'évaluation retenues. Suit le rapport final d'une quinzaine de pages qui incorpore ces discussions cliniques.

[94] L'ordre des sujets abordés suit largement celui du sommaire d'évaluation décrit plus tôt (pièce S-4). Après les facteurs identitaires usuels et la genèse de la référence, le rapport s'attache à l'attitude générale du client (à l'heure, vêtements, spontanéité des réponses), puis passe à ses antécédents

psychologiques, juridiques, médicaux et familiaux et aux traits de son entourage (négatif, neutre, etc.).

[95] En fait, toute son histoire personnelle est reprise au regard de ses parents, de sa conjointe et de ses rapports et réseaux sociaux (leader ou suiveux). On y traite également de son histoire scolaire et de travail (type d'emplois, stabilité, relations avec collègues), de son développement personnel, de son histoire affective et sexuelle (ses premiers jeux sexuels et fantasmes à divers stades de sa vie, pornographie, bars de danseuses, etc.).

[96] Dans sa recherche d'indices, le clinicien porte une attention spéciale aux relations conjugales, tels les lieux de rencontres (bars, consommation), la fréquence des relations sexuelles et les difficultés des communications, l'origine des conflits et la nature des sujets qui les provoque, les reproches mutuels, la conscience qu'a sa conjointe de sa présente démarche. Son histoire délictuelle importe aussi grandement, surtout en ce qui a trait à sa propre version de ce dont on l'accuse et au degré d'introspection qui s'y rattache, particulièrement dans les cas d'un grand impact sur les enfants et la conjointe.

[97] Toute la démarche vise à « *étayer nos impressions* » et à dégager une compréhension clinique de tous ces éléments, souligne le clinicien. S'imposent à cette compréhension des facteurs prédisposants, tels une mère violente ou un environnement négatif, et son impact sur le développement de stratégies de la part de l'enfant, de l'ostracisme à l'école. S'ajoutent à ceci les facteurs précipitants, ou les raisons plus immédiates à l'origine des délits sexuels. Ils offrent des indices importants pour l'élaboration d'une thérapie.

[98] La problématique et l'impression diagnostique, les points 12 et 13 du formulaire d'évaluation sont des aspects du rapport demandés par la Cour qui, par ce moyen, entend se renseigner sur les risques de récidive. Sans nécessairement émettre un diagnostic, le clinicien donne le résultat de sa cotation, jugeant le risque dans ce cas à faible, moyen ou élevé. En conclusion, il considérera des moyens de changement si la motivation du client est présente; il demandera un suivi si le risque de récidive demeure élevé, ou la possibilité d'une médication. Dans ce sillage, la Cour pourra ordonner au départ le refus d'un ordinateur, puis au fil du temps, en fonction de l'évolution du détenu, une « gratification contrôlée »

[99] Ce type de rapport exige en moyenne quelque 18 heures, un temps qui inclut le consensus d'équipe, la lecture des documents, la préparation et la rencontre, le recours aux outils et la rédaction elle-même. Il est remis à l'agent de probation, le lien entre la Cour et le clinicien. Ce dernier n'est presque jamais appelé à témoigner, son rapport étant considéré avéré.

[100] Une évaluation post-sentencielle résultant d'un appel ou d'une détention est une réponse à une demande de l'agent de probation qui a le loisir de décider ou non de le référer. Si une telle évaluation est déjà au dossier et largement contemporaine, elle sera utilisée avec des ajustements thérapeutiques. S'il s'agit d'un nouveau cas, l'exercice d'évaluation est refait. Dans ce cas, l'accent portera davantage sur une revue des facteurs plutôt que sur leurs liens. Les recommandations seront largement les mêmes mais axés davantage sur le traitement et l'évaluation du risque.

[101] Un troisième type d'évaluation survient lors d'un signalement par la DPJ. Cette dernière contacte les policiers qui enquêtent surtout si la sécurité de

l'enfant est compromise. Il y a parfois des actes criminels au dossier. Si ce n'est pas le cas, la préoccupation portera surtout sur le besoin pour la DPJ d'évaluer le risque d'abus sexuel pour l'enfant.

[102] Une telle évaluation, effectuée en co-évaluation avec le psychologue, est plus exigeante en temps que les précédentes, tant du point de vue de sa préparation que des outils additionnels qu'elle exige. La décision d'évaluer est prise en équipe une fois la demande reçue. Toutes les informations au dossier sont consultées. Le psychologue et le sexologue clinique rencontrent l'individu. L'évaluation conjointe dure de 6 à 8 heures; après ils se rencontrent pour coter les défis ou risques en cause en utilisant des outils de jugement clinique structurés appelés la *Feuille de cotation ROSAC* (pièce S-8 en liasse – table des matières) et *Feuille de travail RSVP* (pièce S-9 en liasse).

[103] Trois grandes parties définissent la structure de l'outil ROSAC. La première, les spécificités de l'abuseur détaille ses antécédents d'abus sexuel, ses antécédents criminels et la stabilité de son mode de vie. Suivent les considérations pour l'enfant à risque (contact avec l'abuseur, âge, historique d'abus et handicap) et les considérations pour le donneur de soin (collaboration avec l'enquête, conscience du risque, historique du donneur de soin, réseau de support et motivation et habileté à protéger). Le guide de cotation comprend la gradation suivante : n/a = ne s'applique pas ou info insuffisante; 0 = absence de facteur de risque; 1 = facteur de risque partiellement présent; 2 = facteur de risque présent.

[104] Le calcul mathématique en résultant renvoie cependant, précise M. Laroche, à un jugement clinique. Ces chiffres doivent être interprétés, notamment quand l'abuseur nie l'acte reproché, ou encore qu'on doive conclure

à une absence de risque apparent. Dans ce type d'évaluation, l'idée centrale demeure le développement d'un plan de sécurité pour les acteurs de nature à minimiser la récidive. En présence d'un risque réel, les co-évaluateurs recommanderont que l'enfant soit retiré de ce milieu.

[105] La Feuille de travail pour le *Risk for Sexual Violence Protocol – RSVP* (pièce S-9) est le second outil additionnel de cotation utilisé dans ces cas. Elle reflète, indique le clinicien, la littérature sur les éléments liés aux abus sexuels et à la récidive.

[106] Après la 1ère étape portant sur les renseignements sur le cas, incluant sources d'information consultées et synopsis du parcours délictuel, les deux suivantes entendent identifier la présence et la pertinence des facteurs de risque à partir des grandes rubriques suivantes et incluant chacun de ses éléments constitutifs : Antécédents de violence sexuelle (chronicité, diversité, escalade, coercition physique et psychologique); ajustement psychologique (minimisation ou déni, attitudes de tolérance malsaine, conscience de soi, stress, effets d'abus dans l'enfance); troubles mentaux (déviance, de personnalité, trouble mental majeur, abus de substances, fantaisie de sexe violent); ajustement social (problèmes de relations intime et non intimes, d'emploi et conduite anti-sociale); gestion (situation de vie, problèmes de traitement et de supervision).

[107] Pour les étapes suivantes, les trois (3) scénarios de risque de violence sexuelle que doit identifier et décrire le sexologue clinicien (4^e étape) s'articulent autour des aspects suivants : nature, sévérité, imminence, fréquence/durée et probabilité. L'étape 5 porte sur la prise en charge qui s'attache à la recommandation de stratégies pour gérer les risques en cause à partir du contrôle des signaux d'alarme, des meilleures stratégies de traitement et de

supervision, et de la mise au point d'un plan de sécurité des victimes. La 6^e étape résume le jugement du clinicien et sa cotation sur le niveau de priorité; le risque de violence physique sérieuse; l'action immédiate requise; les autres indications de risque et, enfin, la réévaluation de la personne

[108] M. Laroche précise qu'il y a cotation personnelle intérimaire et qu'elle est revue de façon conjointe par la suite. Le rapport est présenté au comité de la DPJ par le psychologue, le sexologue clinicien et la travailleuse sociale. Une rencontre inter-clinique se tient avant la rencontre avec l'individu concerné.

[109] C'est au terme de toute cette démarche que lui et son collègue revoient le rapport qui contient de 30 à 40 pages. Il s'occupe lui-même du volet sexologie alors que le diagnostic et la personnalité est l'affaire du psychologue. Pour la partie touchant l'histoire familiale et criminelle, la répartition varie. Le sommaire d'évaluation (S-4) s'avère des plus utile, dit-il, pour la parentalité, les liens avec les enfants, ou encore pour noter ses forces et ses faiblesses. Une allocation de quelque trente (30) heures est prévue par professionnel pour le rapport destiné à la DPJ.

[110] S'il y a suivi au terme de la finalisation du rapport et sa transmission à l'agent de liaison pour l'intervenante à la DPJ, le client est mis sur la liste d'attente. Une fois reçue la demande le concernant, une rencontre clinique interdisciplinaire est tenue pour la mise au point d'un plan d'intervention. Pour ce type de plan, l'offre de service comprend une thérapie individuelle, une psychothérapie de groupe ou un atelier éducatif. Pour le client présentant un trouble hypersexuel, les psychologues de l'équipe et les sexologues cliniciens recommanderont une psychothérapie de groupe et une autre individuelle. M.

Laroche souligne avoir été impliqué lui-même dans ce double exercice en plus de s'occuper de l'évaluation.

[111] Une psychothérapie de groupe est d'une durée moyenne d'un an pour une quarantaine de séances qui sont coanimées par deux professionnels. Elle s'adresse à des personnes ayant commis des infractions de nature sexuelle ou présentant des troubles afférents (déviance par exemple). Les groupes sont constitués selon la nature des cas et les programmes conçus à l'avenant selon le type de clientèle : personnes en réhabilitation pour la commission de délits; personnes utilisatrices de pornographie juvénile ou ayant des troubles sexuels, tel le voyeurisme. Les psychologues et les sexologues cliniciens jugent du programme pertinent en fonction de la problématique « majeure ».

[112] Un groupe est formé de six (6) à dix (10) personnes. Les co-animateurs rencontrent chacune d'elle et, après 45 à 60 minutes de discussion, lui soumettent un plan d'intervention, un plan que l'intéressé est invité à signer. Après un an de fonctionnement du groupe, on procède à un bilan, tant au niveau du groupe que de ses membres, au regard des objectifs atteints ou non. Si les objectifs sont similaires d'un groupe à l'autre, des approches multiples sont utilisées : cognitive et comportementale, humaniste et existentielle, dynamique et éclectique.

[113] Des notes évolutives sont préparées après chaque séance sur les thèmes abordés pour le groupe ou l'individu. Le psychologue et le sexologue clinicien se partagent la tâche, notamment quand la taille du groupe est importante.

[114] En thérapie individuelle, les approches sont du même ordre que les précédentes, et sont fonction des préférences de suivi. Des considérations de

priorité sont souvent en cause, par exemple, lorsque se profile une date de libération conditionnelle. Lorsque que le client présente des enjeux de personnalité, on le réfère au psychologue.

[115] Une thérapie dure généralement au moins un an mais peut parfois s'étendre pour une période totale de 1,5 an à 2 ans malgré le danger associé de développer une dépendance. D'autres cas présentent parfois des besoins particuliers pour lesquels on développera des outils concrets, tel un compact de 8 rencontres au contenu très concentré. Le service est parfois maintenu au-delà de l'échéance légale.

[116] Comme dans les autres cas, une note de suivi est émise à la fin dans laquelle on inscrit le constat, l'ouverture du traitement et, le cas échéant, le suivi probatoire. Pour certains cas particuliers, l'article 810.1 peut être invoqué pour la protection des enfants, afin de poursuivre le suivi lorsque les risques sont élevés; la collaboration d'un ou des représentants de la clinique est alors maintenue avec les responsables du dossier.

[117] Le reste de sa clientèle, indique le clinicien, est le résultat d'auto-référence ou encore de partenaires de réseau. La raison : la présence de paraphilies, d'intérêts sexuels particuliers, ou de problématique de troubles sexuels. Pour le voyeurisme, le cas sera traité comme celui de la clientèle judiciairisée.

[118] Le partage de dossiers au sein de l'équipe clinique s'effectue selon l'une ou l'autre de ces méthodes : par préférence ou, encore, par menu de services utilisé pour la planification annuelle. Lors d'un appel d'un client, un collègue prend en note les documents et l'identité du référant et rédige une note sur la problématique qu'il présente.

[119] L'équipe utilise à cette fin le *Protocole d'entretien et de collecte d'information* pour les cas provenant du MEL (module d'évaluation liaison), daté de décembre 2003 avec version finalisée en mai 2014 (pièce S-10). Utilisé couramment, indique le clinicien, il est expressément conçu pour évaluer ce type de demandes et de références.

[120] Ses questions sont simplifiées relativement au sommaire d'évaluation (S-4). C'est un protocole qui permet de tracer un portrait de la problématique sexuelle et du fonctionnement global de l'individu. Les impressions sont souvent inscrites à la fin, incluant le type de services que l'équipe clinique est en mesure d'offrir. Ces demandes sont référées au comité clinique où les idées des uns sont mises au défi par les autres.

[121] Un professionnel présent à la rencontre est celui à qui revient la tâche de rédiger le rapport qui comprend en moyenne de 8 à 12 pages. La démarche dure au total de dix (10) quinze (15). Les recommandations qu'il contient varient selon la nature des cas : pour les troubles hypersexuels, c'est une thérapie de groupe, alors que pour un problème de voyeurisme, un atelier peut être suggéré, lequel peut être animé soit par un psychologue ou par un sexologue clinicien mais non d'une coanimation.

[122] L'interaction avec la clientèle est le plus souvent difficile car, pour la majorité, ils ne sont pas volontaires. Ils entraînent en conséquence ce fond d'hostilité, pas seulement à notre égard. Selon le clinicien, la colère et la frustration de la part de cette clientèle se manifestent chaque semaine. Pour les cas judiciairisés, des suivis mensuels sont effectués avec l'agent de probation.

[123] En matière d'outils, le sommaire d'évaluation (S-4) n'est pas toujours utilisé; lorsqu'un client est référé, le protocole d'entretien et de collecte d'informations (S-10) l'est cependant. La Feuille de cotation – Statique-99R (S-5) doit répondre à l'exigence d'une arrestation et de chefs d'accusation afférents. De nature dynamique Stable-2007 – Feuille de cotation sert à revoir les facteurs d'évaluation du risque pour les clients précédents. Le formulaire peut aussi servir à des fins de traitement pour des cas non judiciairisés. La feuille de cotation du SAPROF sert aussi à l'évaluation du risque, en plus des éléments de protection.

[124] Utilisé lors de signalements et de risques d'abus sur un enfant, la Feuille de cotation ROSAC privilégie alors les éléments de protection de l'enfant. Enfin, la Feuille de travail pour le *Risk for Sexual Violence Protocol* (S-9) sert à la planification d'un plan de protection à partir des facteurs de risques. Les annotations manuscrites qu'il comporte aux points 11 et 15 respectivement découlent simplement de la mise à jour de ce formulaire. Le Protocole d'entretien (S-10) est utilisé pour sa part en auto-référence et sert à valider des informations déjà au dossier. Il contient généralement moins de renseignements cliniques que la Feuille de cotation – Statique-99R (S-5).

[125] M. Laroche souligne que lui et ses collègues sont formés pour utiliser tous les outils tout juste mentionnés. Cette formation est d'une durée de deux (2) à trois (3) jours pour chaque outil, à laquelle s'ajoutent des mises à jour périodiques. Quant à la répartition des dossiers selon les intérêts et à l'implication de la coordonnatrice, tous font un peu de tout (sécurité publique et DPJ) selon lui malgré l'élément de préférence personnelle d'un type de service. Lui-même aime s'impliquer dans le Comité clinique. En contre-interrogatoire, il n'exclut pas que certains collègues puissent n'exprimer un intérêt que pour les

seuls dossiers d'auto-référence, mais ajoute: « *je ne suis pas sûr qu'on va lui donner* ». L'équipe compte une Chef, M^{me} Savard et une coordonnatrice. Les seules demandes qu'il leur formule : des besoins de ressources.

[126] Les évaluations pour les dossiers de sécurité publique (MSP), DPJ et autres références sont en moyenne de (cinq) 5 à six (6) par année pour chaque mais dix (10) demeure l'objectif. Ce sont des évaluations particulièrement difficiles car elles impliquent la documentation pré-sentencielle. Les rapports liés aux dossiers de sécurité publique sont rédigés par le sexologue clinicien. Il diffère de celui que complète l'agent de probation. Il arrive que certaines évaluations soient faites sur dossier.

[127] Au total, le sexologue clinicien estime à quinze (15) environ le nombre d'évaluations que lui-même effectue chaque année. Il anime deux (2) jours de thérapie de groupe par semaine, 3 à 4 thérapies individuelles, en plus des notes au dossier qui en résultent. Le lundi avant-midi, il participe à des rencontres cliniques, suivies en après-midi par des rencontres deux (2) fois par mois avec la sécurité publique. Il a des rencontres d'équipe tous les lundis auxquelles la coordonnatrice ne participe pas toujours.

[128] Référant à la page 11 du Guide du formulaire Stable 2007 – Feuille de cotation, il reconnaît que la personne qui a suivi cette formation peut l'utiliser. La coordonnatrice ne l'a pas suivie, dit-il, ajoutant qu'une psychologue appelée à le faire a jugé l'exercice insoutenable et a quitté.

[129] Pour les dossiers de clients atteints d'un cancer, explique sa collègue la sexologue clinicienne Sharon Dugré, la demande d'intervention les visant peut-être signée par l'oncologue, le radiologue, le médecin, l'infirmière pivot, le

psychologue, le psychiatre et le travailleur social, les seules personnes autorisées à compléter et à signer une telle demande. Une fois reçue, celle-ci se voit attribuer une priorité clinique et spécifie le type de cancer en cause. M^{me} Dugré ne traite que les usagers externes. La case diagnostic du formulaire indique le type du cas selon qu'il est localisé, loco-régional, métastatique ou fin de vie.

[130] Les clients remplissent généralement la partie sexologue de la demande, soit les questions telles qu'*évaluation d'un trouble sexuel induit par le cancer et ses traitements; difficulté et préoccupation ayant des impacts sur la sexualité et l'intimité; difficulté relationnelle ou de couple ayant un impact sur la sexualité et l'intimité; difficulté d'adaptation à une image de soi altérée par le cancer et ses traitements qui affecte la sexualité et l'intimité; besoin d'information générale et ponctuelle sur la sexualité et l'intimité en lien avec les impacts du cancer et ses traitements.*

[131] Beaucoup de cases, incluant la dernière, sont le plus souvent cochées selon elle. Apparaissent aussi au formulaire les coordonnées du référant, ainsi que des commentaires sur la nature des difficultés à la source de la demande (pénétration douloureuse par exemple).

[132] La demande complétée est transmise par courriel au guichet de service. À partir de là, l'infirmière praticienne affectée au triage va logger un appel au référé pour obtenir davantage de renseignements sur le pourquoi de la consultation et revoir en conséquence la priorité du motif. Le référé est alors placé sur la liste d'attente.

[133] L'adaptation à une image corporelle diminuée par une mastectomie, le cancer de la prostate, une pénétration douloureuse, une baisse de désir sexuel

et des difficultés relationnelles et de couple, sont parmi les motifs les plus courants de consultation. La sexologue clinicienne touche à tous les types de cancers et traitements inférant sur la sexualité.

[134] Un travail préparatoire s’amorce dès la réception de la demande de consultation : il est mené en fonction du type de cancer en cause et des recherches afférentes, de même que des remarques et commentaire d’autres professionnels inscrits au dossier. M^{me} Dugré s’en remet pour ces recherches à une veille sexologique demandée à une bibliothécaire du CHU qui, chaque semaine, publie des données probantes sur les types de cancer. À partir de mots clés, elle tente chaque fois de ramasser le plus d’informations pertinentes sur les demandes en cours. Elle s’enquiert également des besoins du client et consulte ses collègues au dossier tel le travailleur social, le psychologue et l’infirmier.

[135] Cette étape franchie, elle brosse le portrait de la situation à partir du *Questionnaire d’évaluation sexologique* (pièce S-16) qu’elle a bâti en 2016 et qui est devenu, depuis, son outil principal de travail. Inspiré du DSM-5 sur le fonctionnement sexuel, il détaille à cette fin la problématique sexuelle actuelle et les attentes face à la consultation, puis revoit les antécédents médicaux et de santé mentale, l’histoire de la maladie oncologique et antécédents de maladie concomitante, l’histoire relationnelle, familiale et sociale et les habitudes de vie.

[136] Vient ensuite l’histoire sexuelle au long cours, la fréquence, durée et satisfaction des activités sexuelles, ainsi que les différentes phases de la réponse sexuelle au cours des trois derniers mois, incluant les changements dans les organes sexuels, douleurs, etc. Le questionnaire conclut sur des renseignements sur la vie de couple, l’image corporelle, l’estime de soi et l’impression clinique.

[137] Elle effectue de deux (2) à trois (3) rencontres avec le client pour revoir l'ensemble de ces questions et dresser le bilan des traitements reçus ou à recevoir, notant que les motifs de consultation diffèrent à l'occasion de ceux mentionnés par le requérant. Pour les attentes, il importe de relever celles du partenaire, ce qui explique que, dans près de la moitié des cas, ce dernier accompagne la cliente. Les antécédents médicaux et de santé mentale intéressent relativement à leurs conséquences sur l'adaptabilité du sujet à sa nouvelle réalité ou à sa quête de sens; d'où parfois l'intervention en soins spirituels.

[138] Pour la vie sexuelle, l'avant et l'après de l'annonce du cancer sont l'objet d'attention quant à la fréquence, la durée et l'intensité du désir, tout comme l'est l'exploration de divers scénarios sexuels et l'identification de problèmes (douleurs, difficultés de vie de couple).

[139] Toutes ces difficultés se retrouvent dans l'impression clinique et le plan d'intervention auquel elles donnent lieu, soit de cinq (5) à dix (10) séances en sexothérapie, ou encore des séances en physiothérapie ou d'exercices pour le plancher pelvien. S'il s'agit de douleurs de pénétration, diverses hypothèses peuvent être émises à partir du DMS5. D'une moyenne de dix, ces rencontres peuvent aller parfois jusqu'à quinze (15). Le travail, dit-elle, consiste à se faire une tête à partir de toutes les informations obtenues sur l'avant et l'après des relations sexuelles. On vérifie également de ce point de vue l'impact des médicaments ou de conflits préexistants.

[140] La clinicienne utilise également deux autres outils d'analyse pour ce travail. Le premier, le *Questionnaire sur la baisse du désir sexuel : aspects individuel et cognitif* (Annexe A de l'ouvrage de Gilles Trudel) (pièce S-17), répond

au besoin d'une analyse multifactorielle en la matière, à commencer par les différences entre la sexualité masculine et féminine, et l'attention aux aspects individuels, comportementaux, cognitifs et relationnels liés à la sexualité. Elle fait remplir ce questionnaire par le client dans son bureau, ou lui donne à remplir à la maison. Sa grille de correction est ainsi conçue que le score le plus élevé d'un facteur signale sa plus grande influence sur l'ensemble.

[141] Le second outil supplémentaire utilisé est intitulé Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle, un article de F. Giuliano de 2013, inclus dans le Rapport « Médecine sexuelle » du 106^e Congrès de l'Association française d'urologie. Il sert notamment pour les cas de dysfonction érectile, d'éjaculation prématurée et est utilisé par certains urologues dans les cas de cancer de la prostate, et aide de plus le client à se remémorer des détails de d'autres questionnaires. Son analyse de l'info sert à distiller les facteurs de maintien et les facteurs d'exacerbation, puis à cibler les objectifs qui en découlent. Ce rapport d'évaluation s'ajoute au rapport médical de la personne auquel l'équipe de soins peut avoir accès.

[142] Une synthèse des renseignements recueillis précédemment se présente enfin sous la forme d'une ébauche d'*Évaluation sexologique – Sexologie* du CHU de Québec Université Laval (pièce S-19). Ébauche, explique la clinicienne, parce que ce document /formulaire n'est pas finalisé. Ses nombreuses rubriques détaillent la date de l'évaluation, le mode de l'entrevue (individuelle, couple, bureau fermé, au téléphone), les motifs de référence et les motifs de consultation, le consentement. La portion impression clinique est particulièrement importante selon elle. Les interventions sont toutes inscrites mais sans être codées. D'autres peuvent s'y ajouter au besoin.

[143] Le plan d'intervention repose sur une thématique d'acceptation et d'engagement qu'il s'agit d'approfondir. Il énonce le ou les objectifs visés et la fréquence des rencontres. Si la problématique en cause n'est pas liée au cancer, le requérant est référé au privé. Un suivi peut s'étaler sur une (1) à quinze (15) rencontres. C'est l'atteinte de l'objectif qui dicte la fin du traitement. Après chaque rencontre, des notes sont inscrites au dossier sur les discussions, les actions prises, les dates des prochaines rencontres et les impressions diagnostiques.

[144] Au terme de toute la démarche précédente, un *Rapport de fermeture – Sexologie* (pièce S-20) est émis. De forme ébauche pour la même raison que le précédent document, il indique à la rubrique *compréhension clinique* s'il y a eu évolution ou non, la part de succès dans l'atteinte des objectifs, et ce qui resterait à faire. Ce document se retrouve dans le dossier médical de la personne.

[145] À l'étape de sa réception, M^{me} Carrier vérifie d'abord qu'une demande soit « *dans la bonne pile* ». Elle porte une attention spéciale à la mention de traumatismes complexes remontant à l'enfance, l'objectif étant d'acheminer la demande à la bonne personne. La clinicienne lui attribue une cote de priorité si la demande relève d'elle : elle prend en compte des considérations telles que l'âge, la situation d'un enfant qu'on veut éviter qu'elle perde, les risques pour une personne de perdre son milieu de vie et les suivis associés.

[146] La prise en charge d'un cas s'amorce avec une rencontre de la personne, d'abord pour obtenir son consentement et recueillir tous les rapports et renseignements la concernant. Il y a d'abord le dossier papier central (médical, psychiatrique, psychologique) et le dossier informatisé d'où sont tirés les divers diagnostics.

[147] Ces dossiers présentent souvent des aspects contradictoires, comme le note la clinicienne dans le cas des TSA, une condition beaucoup mieux connue maintenant. Ainsi, une personne identifiée précédemment comme personnalité anti-sociale sera reconnue subséquemment comme étant autiste, ce qui change considérablement la donne. Cette lecture s'accompagne donc d'un travail d'analyse continu où la sexologue précise divers aspects pertinents de l'information au dossier.

[148] Cet exercice s'avère des plus importants dans le cas de mineurs provenant des centres jeunesse et de qui son service reçoit plusieurs rapports les concernant. Ces rapports sont des plus utiles pour la compréhension de certaines problématiques ou traumatismes. Bien qu'elle puisse s'étaler sur plusieurs semaines, une telle prise en charge du dossier peut nécessiter cinq (5) jours de revue.

[149] La rencontre avec la personne s'avère souvent un peu compliquée : souvent éduquée à la docilité, elle n'arrive pas à lui indiquer en quoi on peut l'aider. Ainsi, elle répétera les phrases souvent entendues dans son entourage et en lien avec sa demande, sans toutefois ajouter à la compréhension de sa situation ou de son consentement.

[150] La démarche retenue par la clinicienne pour aboutir à ce consentement est marquée en conséquence de plusieurs essais et émaillée de nombreux exemples concrets. L'alliance clinique à bâtir et à soutenir se fait donc sur plusieurs séances, l'objectif étant d'amener la personne à diriger son suivi. Il lui arrive d'utiliser en parallèle pour une clientèle normale trois séances pour présenter un plan de travail à tout un groupe. Elle réitère qu'avec sa clientèle les

objectifs et les moyens sont souvent plus complexes, qu'il s'agisse des rapports à lire, des rencontres interdisciplinaires, de la cueillette de données et de notes d'évolution à la suite de toutes ces rencontres.

[151] Des hypothèses sont discutées au fil du temps à partir des expériences rapportées et des expériences vécues (par exemple, une femme que la personne trouve attirante et qui s'enfuit à son approche; ou une autre qui l'invite chez lui pour les mauvaises raisons; ou enfin des signaux confus sur l'identité de genre et le port de certains vêtements). Cette condition décrivant l'émission de signaux confus est relevée dans le DSM-5. Une hypothèse de travail est alors de tenter d'enseigner à la personne d'adopter des attitudes correspondant davantage à ses réels besoins.

[152] Une autre condition souvent présente, notamment chez les adolescents et adolescents aux prises avec des changements hormonaux importants est la dysphorie de genre, qualifiée dans le DSM-5 de « *détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu et exprimé et le genre assigné* » (pièce S-22, page 536) ou, comme la décrit la sexologue clinicienne « *l'impression profonde d'être née dans le mauvais corps* ».

[153] Ce diagnostic, ainsi qu'il ressort des pages de cette référence sur la multiplicité des éléments en présence, requiert une réelle validation, d'autant plus que la transformation physique qui l'accompagne influe sur son autoreprésentation. En raison de cet écart, il importe de rechercher ce que veut réellement la personne ou ce qu'elle veut devenir, la confusion persiste souvent entre l'adoption de certains traits désirés d'un genre et le refus concomitant d'en modifier certains attributs, tels ses organes génitaux d'origine.

[154] Devant pareil diagnostic, on demande à la personne ce qu'elle a compris du constat d'une telle condition. On s'efforce en conséquence de lui offrir des moyens d'exprimer son besoin et d'expliquer à son entourage que telle est sa condition; ceci n'en fait pas pour autant une transsexuelle.

[155] Autre exemple : une jeune fille diagnostiquée d'une dysphorie de genre et qui, après un début d'hormonothérapie se rend compte que son désir garçon lui amenait de l'attention, à l'opposé des reproches qu'elle recevait pour ce type de comportement. De plus, son besoin garçon ne s'exprimait qu'à l'endroit des personnes qu'elle ne connaissait pas bien. À ce stade, le rôle de la clinicienne est d'amener cette personne à exprimer ces choses dans ses mots à elle, ce qui nécessite plusieurs séances. Tout ceci est inscrit dans les notes d'évolution, comme le constat auquel ces séances mènent.

[156] De façon plus générale, le processus implique au départ une dizaine de rencontres avec la personne en notant l'évolution dans l'expression de ses besoins. Ainsi, le comportement sexuel d'une jeune fille à l'origine de la référence au service s'amorce sur le besoin de l'aider à s'ouvrir sur ses émotions comme sur les traumatismes de son passé. La reconnaissance éventuelle qu'être adulte signifie souvent le droit de faire de mauvais choix est une dimension importante de cette évolution.

[157] La clinicienne rédige des notes d'évolution personnalisées en indiquant l'objectif de chacune des séances, les observations professionnelles qui les accompagnent et les moyens utilisés, avant de conclure sur les tâches thérapeutiques à venir et les prochaines dates de rencontre.

[158] M^{me} Carrier précise que, pour sa clientèle particulière, le dossier, informatisé dépendant du professionnel en cause, est accessible à toute personne inscrite sur la demande de service touchant cette clientèle et aux intervenants. Cet aspect répond au besoin d'une information suffisante sur la thématique de réhabilitation retenue et le travail afférent de soutien à la personne de façon à solidifier ses acquis et à réaliser ses tâches thérapeutiques tout en respectant le secret professionnel. Ainsi, on demande à la personne si elle consent à ce qu'on communique l'information à une autre professionnelle.

[159] L'analyse constitue une part importante de l'étape suivante du suivi, s'agissant alors de tracer un portrait d'une fantasmatique déviante, c'est-à-dire sortant du cadre habituel et d'élaborer des scénarios, en utilisant par exemples des objets sexuels ou de comportements sexuels impliquant des personnes vulnérables (enfants). Diverses approches analytiques sont retenues, telles sexo-analyses ou cognitivo-comportementale. Cette dernière approche mettra en lumière un geste et ses conséquences, tel une personne exprimant un désir de rencontre qui dès qu'il est sur le point de se réaliser l'entraîne aussitôt à s'enfuir. Dans de tels cas, un suivi peut s'étaler sur plusieurs années.

[160] S'y ajoute l'approche écosystémique au moyen de laquelle on recueille et utilise des renseignements pertinents provenant des personnes de l'entourage du client. Leur intérêt réside dans ce qu'ils révèlent sur l'impact au quotidien d'un moyen suggéré pour modifier une attitude ou un comportement. C'est d'autant plus utile, ajoute-t-elle, que les personnes aux prises avec de tels problèmes sont habiles à les masquer, et que ces renseignements permettent de valider au quotidien les moyens prescrits : en séance, les clients masquent souvent leur impulsivité alors qu'au quotidien les « *moyens prennent vite le*

bord ». Dans de telles conditions, la fin de la thérapie surviendra dès qu'il y aura application au quotidien des moyens prescrits au départ.

[161] Une thérapie est, à la fin, l'objet d'un bilan qui apparaît dans un formulaire conçu à cet effet par le CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal (pièce S-23). Outre l'identification du client et du dossier, le formulaire comprend les rubriques suivantes : motif de consultation; documents consultés; déroulement des rencontres; bilan de thérapie selon l'utilisateur; l'analyse clinique et les objectifs travaillés. Elles sont suivies des recommandations et de la conclusion.

[162] Le motif de consultation est d'importance particulière puisqu'il rappelle pourquoi l'éducateur a estimé que la personne devait être référée. Ces motifs diffèrent grandement d'une personne à l'autre : ça peut être simplement par exemple que l'intéressé veut se faire une blonde. Les documents consultés sont bien sûr le dossier central, le dossier informatisé et les notes d'évolution, en plus de ceux provenant d'autres sources, telles les Centres Jeunesse, les dossiers de cours, les rapports psychiatriques, etc.

[163] Le déroulement des rencontres détaille notamment l'attitude de la personne, le retard aux séances, les références aux rencontres interdisciplinaires si elles contiennent des renseignements autres, tels des parents qui estiment que le comportement fautif de l'enfant n'est survenu qu'une seule fois et ne reviendra pas ou, à l'opposé, des parents qui qualifient de pervers des comportements « normaux ». Le bilan de thérapie note la compréhension que l'utilisateur retient des séances et des moyens retenus.

[164] L'analyse clinique est la mienne, indique M^{me} Carrier. Elle détermine les éléments générateurs de la situation actuelle, et note les facteurs de protection

et de maintien « *qui l'aident ou lui nuisent* ». Elle livre aussi une impression générale sur la personne et son évolution au cours des séances précédentes. Les objectifs travaillés détaillent ceux visés en cours de suivi, notamment le développement d'une fantasmagorie sexuelle adéquate et la réduction correspondante des traumatismes et les moyens de soutien pour de meilleures habiletés relationnelles.

[165] Les recommandations reprennent les moyens identifiés par elle et l'équipe et qui se sont intégrés dans son comportement. On y identifie des stratégies supplémentaires liées au maintien de l'acquis, telle une participation à ses propres rencontres interdisciplinaires. Enfin, en conclusion, l'analyse est reprise avec un pronostic assorti de conditions comme la stabilité de son entourage.

[166] Ce type de rapport fait en moyenne une dizaine de pages, les recommandations en constituant la partie la plus longue. Sa rédaction, si elle exige en moyenne de 3 à 5 jours, s'étale parfois sur plusieurs semaines. Ce rapport est partagé avec la personne et présenté à son éducatrice et à son milieu de référence (école ou centre jeunesse).

[167] La sexologue clinicienne Mélissa Denis, dont une partie considérable de son travail est consacrée au CDVAS, explique pour sa part qu'une équipe médico-légale est en place à la Cité de santé de Laval depuis 2009 et qu'elle répond 24 h/ 7 jours par semaine à l'appel d'une intervenante ou de la police. Une intervenante du service dispose de 15 minutes pour retourner l'appel. La victime a ensuite une (1) heure pour se présenter au service d'urgence de la Cité. Une intervenante effectue alors une évaluation de crise, d'état psychologique et de santé. La même intervenante coordonne les intervenants, notamment le médecin à l'urgence qu'elle accompagne, remet une trousse et accompagne à la

victime, remet la trousse aux policiers et l'oriente avant de compléter le dossier avec des notes d'évolution.

[168] C'est à ce moment, dit-elle, que la victime est prise en charge et qu'on procède à une évaluation profonde de ses caractéristiques personnelles. Le formulaire ou le canevas utilisé est celui intitulé *Notes évolution Service Social* (pièce S-24). Il détaille les caractéristiques personnelles (personnalité, santé mentale et physique, médication, suivi, consommation), les caractéristiques de l'environnement, l'histoire familiale et relationnelle, les événements traumatiques passés, l'histoire sexuelle, les états affectifs, avant de conclure sur les observations cliniques, l'analyse, l'opinion et la recommandation.

[169] Pour les caractéristiques personnelles, l'évaluation se fait en profondeur à partir de divers schémas précoces inadaptés liés à des pensées, émotions et sentiments formés dès l'enfance. On y note la réponse à certains besoins fondamentaux de bien-être non comblés, tels manque affectif, imperfection, abandon par un parent à 5 ans à l'origine d'un sentiment d'abandon maintenant normalisé. Les réponses d'adaptation et leur maintien sont aussi source d'attention spéciale tant est grande la tentation de les répéter : par exemple, éviter d'entrer en relation, ou rechercher un support affectif constant.

[170] C'est en explorant divers schémas, dont celui de l'abandon, que le clinicien peut formuler des hypothèses quant à un traitement éventuel. Ainsi, l'objectif dans le cas du schéma mentionné sera de l'adoucir et d'amener le client ou la victime à reconnaître son lien avec ses difficultés actuelles. Il s'agit de la méthode bien connue en thérapie de l'approche cognitivo-comportementale. Ce qu'on recherche, ajoute la clinicienne Denis, c'est la compréhension clinique,

c'est-à-dire les facteurs prédisposants et précipitants de maintien d'une réponse d'adaptation liée à une telle problématique.

[171] Les facteurs prédisposants sont les divers stressseurs et traumas présents généralement chez les victimes d'agression sexuelle dont l'effet est de fragiliser leur défense face à ces facteurs. Les facteurs précipitants sont bien sûr les éléments causaux au cœur de la situation actuelle. Enfin, les facteurs de maintien seront ceux tirés de tout ce qui entoure la victime (conflit dans le couple, relations, etc.) qui contribuent à maintenir les difficultés. Replacés dans l'histoire familiale et médicale de la personne, comme son niveau d'éducation, tous ces éléments aident à formuler un diagnostic, à orienter le traitement et à déterminer un pronostic.

[172] Face à plusieurs facteurs prédisposants, la clinicienne se tourne vers une analyse encore plus profonde de la victime à partir des observations tirées d'un manuel des auteurs Jeffrey Young et Gary Brown sur la Thérapie des schémas et plus spécifiquement du questionnaire qu'il renferme. Intitulé *Questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3)* (pièce S-25), il est constitué d'une multitude d'affirmations permettant à la personne de se décrire elle-même. Son échelle de cotation va de 1 (ceci est complètement faux pour moi) à 6 (me décrit parfaitement et un intervalle précisant le plus souvent faux (2), plutôt vrai que faux (3, assez vrai pour moi (4) et le plus souvent vrai (5). La réponse, on le souligne, doit être ce que la personne ressent émotionnellement plutôt que rationnellement.

[173] Ce questionnaire peut être auto-administré, mais M^{me} Denis indique une préférence personnelle pour une entrevue dirigée lorsqu'elle l'administre car « ça permet d'en dégager des tendances ». Une fois la cotation terminée, la tâche est

d'explorer le développement de la problématique à partir des interrelations des événements constitutifs et de l'origine des diverses attitudes notées. C'est en identifiant ce qui s'est constitué, dit-elle, qu'on peut l'assouplir.

[174] Un autre outil important d'évaluation, utilisé celui-là pour évaluer les réactions post-traumatiques le PCL-5 (Fr) (pièce S-26), est tiré de la publication du même nom des auteurs Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr – National Center for PTSD. La mesure des réactions post-traumatiques d'une victime s'effectue à partir de signes tels que des symptômes de reviviscence, d'altération émotionnelle et cognitive, de symptômes d'évitement ou encore d'hyperéveil (insomnie et irritabilité).

[175] La victime pourrait remplir elle-même ce questionnaire mais, lorsqu'en personne, cette dernière reçoit de la clinicienne des exemples permettant de savoir si la victime s'y reconnaît et depuis combien de temps. Il importe alors de lier la date de ces réactions aux divers facteurs traumatiques prédisposants et précipitants à évaluer. Les réactions ainsi identifiées sont ensuite inscrites dans la grille d'évaluation des notes d'évolution.

[176] Fort utile dans le cas de victimes d'agression sexuelle, l'évaluation s'avère plus complexe dans le cas de victimes d'exploitation sexuelle. Certains manuels, ce qui n'est pas le cas du DSM-5, établissent ainsi des nuances entre un type 1 et un type 2 de trauma selon la situation visée. Il s'agit pour le premier type de celui qui renvoie à un événement unique d'agression pour une personne présentant une bonne santé mentale.

[177] L'autre type, lié aux cas d'exploitation sexuelle de victimes en centres jeunesse, présente plusieurs formes de traumas apparaissant dès l'enfance. Ce

sont souvent ceux-là qui deviennent les facteurs prédisposants à l'exploitation sexuelle. Ainsi, plusieurs traumatismes répétés transforment l'état psycho-affectif de la personne et entraînent des réactions plus étendues. Pour cette raison, ils donnent lieu à des évaluations plus élaborées et à l'utilisation des schémas de Young.

[178] Ce type de cas donne lieu à une alliance thérapeutique marquée d'une évaluation effectuée au cours de cinq à six séances avec la victime. On passe en revue sa personnalité, son histoire personnelle, son contexte familial, sa souffrance, le phénomène de désincorporation ou de types de dissociation qu'elle peut présenter. C'est la synthèse de tous ces faits, incluant ses stratégies d'adaptation, et leurs effets sur la structure comportementale de la personne et sa façon de réagir qui permettent d'élaborer les premières hypothèses et de concevoir les éléments des recommandations et du plan de traitement.

[179] C'est dans la perspective d'un effort d'assouplissement des structures rigides de comportement (par exemple, dans un schéma imperfection-honte) que s'élaborent les hypothèses cliniques. La clinicienne offre l'exemple du proxénète qui devant un discours interne dévalorisant recourt à des réponses à l'avenant pour éviter de le ressentir ou compenser en se montrant supérieur; d'où son désir constant d'avoir raison. Un objectif de transformation sera donc de hausser son sentiment de valeur personnelle en utilisant des stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales remettant en question son discours interne rigide.

[180] Un autre exemple : une jeune fille de treize (13) ans, exploitée par sa mère, et qui se livre à la prostitution. Elle présente de multiples symptômes de traumatisme : insomnie sévère persistante, fréquentation scolaire déficiente,

manque de concentration et de vigilance. Depuis trois semaines, elle est hébergée et aidée. On note qu'aux symptômes précédents s'ajoutent la dissociation et une perte de contact avec la réalité, laquelle dure quelques minutes et parfois plus longtemps.

[181] Le rôle du service est alors de mettre au point des techniques d'ancrage de cette victime pour la ramener à la réalité. Pour évaluer cette fille, le service mène des entrevues dirigées au cours de nombreuses rencontres à partir des notes d'évolution (pièce S-24) et dresse l'inventaire de tout ce qui a été fait précédemment, référant le cas échéant au pédopsychiatre pour la médication et le traitement afférent. Les rencontres se sont étalées sur six (6) séances dans ce cas, les renseignements ne cessant de s'accumuler.

[182] Les hypothèses cliniques dans ces cas s'élaborent sur le long terme, s'agissant évidemment d'infléchir et d'assouplir les structures rigides de comportement. Le travail se fait en collaboration avec tous les intervenants pour prévenir le retour des conditions initiales et s'effectue selon plusieurs schémas et modes pour traiter les symptômes. Le schéma du manque affectif est l'un des plus importants et celui sur lequel se portent les plus grands efforts. Le suivi, axé sur la rééducation psychologique s'étire typiquement d'une année et demie (1,5) à deux (2) ans.

[183] Dans cette même veine, la clinicienne décrit la démarche d'un chauffeur d'autobus d'une cinquantaine d'années qui s'était fait agresser sexuellement dans son milieu de travail qui a nécessité 22 séances; quelques mois auparavant, un passager l'avait frappé. À la rencontre initiale, des symptômes de traumatismes étaient manifestes dont l'hyperéveil.

[184] En arrêt de travail 1 mois et demi (1,5) après cette agression, son existence était marquée de méfiance, d'hésitation, de tentative de se distancer de son milieu, de nombreux flashbacks et de sentiment de honte et de culpabilité. Selon la clinicienne cet état psychologique découlait en partie de sa culture d'origine puisqu'il a figé complètement au moment de l'agression, perdant le contrôle de ses pensées et de son corps. Il se disait être « en train de devenir fou ».

[185] L'évaluation s'est avérée moins longue dans son cas parce que de façon générale ce type de condition n'implique pas de restructurer sa personnalité. Elle a dû, dit-elle, explorer sa relation avec sa femme, consciente qu'en matière de psychothérapie de trauma il importe au plus haut point d'intervenir directement ou indirectement auprès des proches. L'objectif est d'éliminer le plus de stressseurs pour favoriser le rétablissement du comportement.

[186] Dans cette thérapie, l'origine de cette condition importe; il y avait eu ici distance avec sa femme. En abordant cette dimension, la clinicienne l'invite à verbaliser avec sa femme plutôt que s'en isoler, et l'aide à développer sa capacité d'exprimer ses émotions et d'expliquer ses difficultés. En l'occurrence, son histoire sexuelle révèle une incapacité d'entrer en interaction sexuelle avec sa femme.

[187] Le traitement consiste en conséquence en une psychopédagogie destinée à lui fournir une compréhension de la façon dont son corps réagit normalement à des situations de non-agression, et le pourquoi de ne pas tenter de les éviter pour contourner le cercle vicieux. Dans un tel contexte, il convient de lui apprendre des stratégies mentales (imaginer des lieux apaisants) et d'auto-régulation : techniques d'ancrage et d'appel aux sens pour revenir au moment présent, et de respiration. Le critère de succès est l'adaptabilité du sujet à certains moyens.

[188] De façon plus générale, la sexologue clinicienne rappelle que l'objectif de ce genre de démarche pour le traitement des traumatismes est double : d'abord, faciliter la digestion émotionnelle du trauma; puis, éliminer les réminiscences traumatiques par un processus de désensibilisation. La stratégie la plus reconnue en la matière est l'approche cognitivo-comportementale. Elle se déroule à trois niveaux : l'exposition sociale graduelle, la restructuration cognitive et la stratégie émotionnelle pour faire revivre l'expérience traumatique et la verbaliser.

[189] Il importe par exemple de contrecarrer l'idée que les hommes sont privés d'émotions et, qu'importe la situation, il doit être fort aux yeux de sa femme. La restructuration cognitive visée passe par un questionnement socratique ou une série de questions auto-adressées. Pour le contenu émotionnel, on procède par la répétition de l'expérience traumatique.

[190] Ces divers moyens visent à une restructuration de certaines pensées en les transposant dans des fenêtres de tolérance. Dans le cas présent, le processus a nécessité 22 séances au terme duquel les symptômes post-traumatiques avaient disparu. La fin de la thérapie sera dictée par la disparition des symptômes liés aux traumatismes en cause et l'existence de beaucoup de facteurs de préservation, tels un bon niveau d'intelligence et d'assiduité à la thérapie. Si elle implique un travail avec le médecin traitant, cette thérapie exclut le recours à la médication.

[191] Pour le suivi, le clinicien a recours à la triple colonne de Beck, un exercice impliquant de restructurer ces colonnes qui sont les pensées, les émotions et les comportements. L'objectif poursuivi est d'amener le client à comprendre le pouvoir d'action qu'il a aux fins d'assouplir ses émotions en changeant certaines

de ses pensées. Cette méthode, menée de concert avec la thérapie des schémas liés à dix-huit modes d'inadaptation et aux traits de personnalité afférents, est utile en contexte d'évaluation, souligne la clinicienne, puisqu'elle permet d'éveiller les clients aux impacts de ses pensées et de ses comportements sur l'assouplissement ou le renforcement des schémas en question.

[192] Par exemple, dans un schéma imperfection- honte, cela est instructif à cet égard. Une fois que le client invoque une émotion liée au sentiment qu'il n'est pas à la hauteur, incompetent ou insécure sur le plan identitaire, la clinicienne creuse en dégageant les pensées qui sous-tendent ces émotions, et comment elles se sont constituées (p. e. pour l'incompétence, un père toujours critique et attitude de rejet). Elle s'attarde également aux comportements associés à ces émotions (p.ex. je ne m'affirme pas en face de mauvais traitements ou je continue d'entretenir des relations malsaines).

[193] Son rôle, explique-t-elle, est ainsi de faire comprendre le cercle vicieux en vertu duquel un schéma comportemental répété va se solidifier et devenir dysfonctionnel. La colonne de Beck est un outil utile dans ce cas pour restructurer la pensée du client en l'aidant à comprendre qu'un schéma qui remonte à l'enfance peut en conséquence être adouci et assoupli. Le support fourni, que ce soit le questionnement socratique ou l'identification des réponses d'adaptation saines et alternatives, porte pour cette raison sur les pensées et les liens qu'elles entretiennent avec les comportements à modifier.

[194] Il s'agit là de la prémisse sous-jacente à l'approche cognitivo-comportementale selon laquelle l'assouplissement et l'adoucissement de l'état affectif du client lui permet de le bonifier et d'acquérir un pouvoir d'action sur

ses pensées et ses comportements. C'est le sens de l'intervention clinique à ce stade.

[195] Revenant sur le questionnement socratique, la sexologue clinicienne explique qu'il s'agit d'une série de questions sans réponse dont l'objectif est de faire comprendre à la personne qu'elle est elle-même compétente tout en s'assurant que les réponses viennent d'elle. Ainsi, on la fait parler d'une partie de sa vie où c'est clair qu'elle est compétente.

[196] Au stade de l'analyse, la clinicienne s'affaire à intégrer toute l'information recueillie, notamment celle provenant du questionnaire *Notes évolution Service Social*, en vue de formuler une hypothèse clinique. Par exemple, dans les cas d'agression sexuelle, la cote en résultant sera généralement élevée et indicative d'un schéma d'assujettissement remontant à l'enfance et développé au contact de personnes responsables auxquelles elle avait tendance à se soumettre de peur d'une mauvaise conséquence ou d'un danger.

[197] C'est ainsi que l'agression sexuelle dont elle devient victime plus tard survient en « terrain fragile », une dimension que l'analyse de la clinicienne doit prendre en compte. Un tel schéma précoce inadapté a le potentiel de se solidifier au fil du temps et de rendre rigide la pensée selon laquelle cette personne croit devoir se soumettre aux autres.

[198] Dans cette analyse, les éléments sont mis en relation les uns avec les autres : les faits à l'origine des symptômes; des facteurs prédisposants amenant chez les uns des réactions plus fortes que chez les autres; une structure de personnalité chez une personne ouverte à un travail de restructuration. De ce nœud de toutes ces corrélations vont naître l'élaboration des recommandations,

l'établissement d'un plan de traitement, et le début d'un pronostic à partir des facteurs prédisposants et de maintien.

[199] Les recommandations touchant le traitement des symptômes post-traumatiques verront à préciser la fréquence et le niveau d'intensité des rencontres, et à tenter d'identifier l'ensemble des ressources (éducatrice spécialisée de milieu, service d'aide aux victimes de Laval et médecin pour arrêt de travail). Le plan de traitement pour ces symptômes inclut de la psychothérapie et les moyens afférents à utiliser.

[200] On parlera par exemple du choc post-trauma; comment arrivent les flashbacks et les états de choc; pourquoi la personne n'arrive pas à régulariser ses émotions en temps normal. L'idée centrale est de briser le cercle vicieux et d'entraîner une dissociation avec l'événement malheureux. Une psychothérapie tend à permettre à une personne de digérer émotionnellement l'événement traumatique en normalisant l'événement.

[201] Axé sur les symptômes, le traitement du trauma simple entend réduire d'abord, puis éliminer l'hyperéveil, ainsi qu'à diminuer les comportements d'évitement. Il vise également à accroître et améliorer les réactions de résistance, à assouplir les variations émotionnelles et cognitives, à rétablir une hygiène de vie, à assouplir le schéma imperfection-honte, à diminuer les stressseurs et à bonifier la relation conjugale. Les moyens sont conçus en fonction de ces objectifs et dictés par les stratégies cognitives, comportementales et émotionnelles mentionnées. À nouveau, on expose la personne au traumatisme pour la conduire vers la digestion et, ultimement, la désensibilisation de la charge émotionnelle qui accompagne ce traumatisme.

[202] Le nombre de séances thérapeutiques varie selon la nature de l'événement ou des événements originels. À priori, les cas d'exploitation sexuelle exigent des interventions de long terme. M^{me} Denis mentionne à ce sujet un projet de recherche présentement en cours sur un programme de sortie sous la direction du Dr Karine Côté où seront abordés dans toute leur complexité les schémas en cause. Il est de nature à valider, dit-elle, notre approche thérapeutique.

[203] Dans les cas d'agression sexuelle, la moyenne est de 10 à 12 séances, bien que la particularité de certains cas exige de poursuivre au-delà de ce nombre. Son service reçoit aussi des demandes de support en psychothérapie pour des victimes référées par les centres d'aide tels IVAC et CAVAC. Certaines victimes sont aussi référées en clinique privée pour des suivis prolongés. Il n'est pas rare, ajoute-t-elle, que dans les dossiers complexes les thérapies se prolongent sur 20 ou 22 séances pendant lesquelles les psychothérapeutes se consultent sur le cours à suivre.

[204] M^{me} Denis réitère qu'elle consacre 98% de son temps au centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle. Constituée souvent de victimes d'agression avec des symptômes post-traumatiques et des problématiques d'anxiété, auxquelles s'ajoute toujours d'une façon ou d'une autre une dimension sexuelle, la liste d'attente en psychothérapie est gérée par une sexologue présentement inscrite à la maîtrise et une sexologue clinicienne. L'ordre de cette liste est fonction de la nature des cas et des risques associés : compulsion sexuelle (hypersexualité et masturbation); troubles de désir sexuel et autres dysfonctions; paraphilie (souvent réorientée vers d'autres organismes tels CIBS); anorgasmie, fonctions érectiles et voyeurisme.

[205] Elle traite elle-même de ces dossiers depuis 2009 du point de vue de la recherche de l'analyse clinique appropriée. Il lui est arrivé de traiter de dossiers de titre d'emploi (pièce P-2) dans un contexte d'un deuil traumatique ou pour donner un coup de main même s'il ne s'agit pas de sexologie. En réponse à une question sur le suicide, elle affirme qu'elle ne peut dire qu'elle ne touche pas à ces aspects-là. Un professionnel lui a demandé à traiter un trauma qui n'était pas une agression sexuelle, parce qu'il souhaitait que j'amène mon expertise clinique en trauma.

[206] Une grande source de référence est le centre intégré de cancérologie de Laval CICL dont les dossiers référés impliquent des hommes et femmes aux prises avec des difficultés de vie amoureuse, affective et sexuelle dans le sillage d'un traitement associé au cancer (sein ou prostate par exemple).

[207] Il y a de plus les victimes d'agression ou d'exploitation sexuelle pour lesquelles les sexologues émettent des diagnostics au regard de troubles ou désordres découlant de l'agression, une dyspareunie (contractions involontaires du plancher pelvien) qui mine la capacité d'avoir des relations sexuelles. Évaluer ce type de condition et émettre le diagnostic correspondant relève de la compétence et de la spécificité de la sexologue clinicienne.

[208] Revenant au traitement des clients inscrits à la liste d'attente, la directrice explique la démarche suivie pour le traitement de la masturbation compulsive, la première condition mentionnée. La professionnelle utilise au départ tous les renseignements figurant aux *Notes évolution Service Social (S-24)* en les intégrant aux schémas et aux thérapies associées. Après consultation et note des symptômes, elle évalue et pose un diagnostic différentiel.

[209] L'examen se poursuit à partir du pourquoi ce comportement apparaît. Ce qui donne lieu à une évaluation de la structure de la personnalité de la personne, sa vie et sa famille, ses interactions, son développement psychoaffectif à tous les niveaux, sa vie à l'école et dans sa fratrie, la liste des traumatismes tels que perçus par cette personne. En séance, toute la recherche vise à déterminer ses tendances cognitives, émotionnelles et comportementales en fonction des dix-huit (18) schémas mentionnés.

[210] Dans le présent exemple, la vie de cette personne à l'âge de huit (8) ans est marquée par une extrême précarité et victime de négligence relativement aux soins de base à prodiguer dont l'alimentation. L'action du moteur du réfrigérateur, vide de nourriture, déclenchait son anxiété, une condition que cette personne apaisait par la masturbation, son moyen d'auto-réconfort. Alimenté par la peur des événements imprévus, ce comportement s'est cristallisé au fil du temps. En dépit d'un frigo plus tard mieux rempli, de multiples comportements ont renforcé sa tendance à voir apaiser de la sorte sa tension anxieuse.

[211] Réduire son anxiété par la modification et l'assouplissement de sa structure cognitive et émotionnelle, et, de là, son comportement, s'impose alors comme la première hypothèse clinique. On y arrive en identifiant et en adaptant des stratégies d'apaisement jamais apprises précédemment.

[212] Ce client cotait très fort pour l'humiliation et l'image de soi. En conséquence, il convenait, en remplacement, de l'aider à développer une nouvelle imagerie mentale par une meilleure compréhension de sa part des facteurs et stressants à l'origine de ses distorsions cognitives. C'est en apaisant ce schéma qu'il parviendra à contrer son diagnostic d'hypersexualité. La clinicienne ajoute

que le suivi dans ce cas particulier s'est fait sur dix (10) à douze (12) séances menant à une diminution significative de sa condition.

[213] Reprenant en contre-interrogatoire la démarche clinique et le processus suivi, la sexologue clinicienne Denis indique qu'une fois qu'un dossier est assigné, il y a consultation, revue de l'histoire personnelle du client, utilisation des outils mentionnés, ainsi que le ciblage des schémas pour s'assurer de bien comprendre la dynamique de développement du traumatisme. Suivent l'analyse des informations, les interrelations entre elles en vue de formuler des hypothèses et anticiper un diagnostic.

[214] Le plan de traitement implique généralement une thérapie mais cette décision est précédée d'une analyse sociale pour prendre en compte son environnement et mesurer l'étendue de sa motivation. Il s'agit ensuite de développer l'alliance thérapeutique, de revoir les schémas et tenter de les assouplir et, par l'entremise des changements de comportements, amorcer la restructuration des pensées. C'est comme on l'a vu, l'utilisation des trois stratégies, cognitive, comportementale et émotionnelle.

[215] Chaque séance est suivie de notes de consultation, menant éventuellement à une note de fermeture qui présente le bilan. On revient à la fin sur le plan de traitement aux fins du suivi et du développement thérapeutique. Toute l'approche d'accompagnement fait appel au partenariat et à la collaboration des collègues. Le psychothérapeute relaie à la travailleuse sociale et à l'éducateur les instructions appropriées, ou plus généralement le plan, pour la phase psycho-éducative de la thérapie. On rappelle ainsi aux professionnels en relation d'aide les attentes liées à la thérapie et, chaque semaine, les choses concrètes à exécuter (« faire les courses »).

[216] *Cadre organisationnel et de gestion des sexologues cliniciens*. Ce cadre présente des variations importantes selon le nombre de sexologues cliniciennes en fonction ou la taille des unités dont ils font partie et le type de programmes qui y sont offerts. On passe ainsi d'une structure plus classique et hiérarchique avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale à une structure expérimentale si l'on veut dans le cas du programme Aire ouverte évoqué plus loin.

[217] M^{me} Marie-Claude Savard est depuis deux ans cheffe de programme au CIUSSS de la Capitale-Nationale au sein de la direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, un programme qui relève de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. À l'emploi du Centre depuis 31 ans, elle y a été tout à tour technicienne en travail social, travailleuse sociale pour les personnes âgées et affectée à la santé mentale à compter de 2010. En 2016, elle est coordonnatrice des services professionnels avant d'accéder à son poste actuel.

[218] L'Institut universitaire en santé mentale compte parmi ses composantes la Clinique des troubles sexuels dont l'équipe de services spécialisés comprend 6 sexologues cliniciens dont 4 à temps complet, un (1) travailleur social à temps partiel, un (1) psychologue à 2 jours /semaine et une sexologue bachelière à deux jours et demi. L'institut dispose aussi d'une autre équipe, plus grosse, qui s'occupe de la clientèle de 18 à 25 ans pour le traitement de première ligne.

[219] En présentant l'organigramme de la direction des programmes santé mentale, itinérance et dépendance (pièce P-8), M^{me} Savard indique qu'elle relève de la directrice adjointe des Services spécifiques et courants Claudine Lemay. La

mission globale de ces programmes est d'offrir des services de santé mentale efficaces en s'inspirant des meilleures pratiques.

[220] Ainsi qu'il ressort du tableau déposé à cet effet (pièce P-9), le continuum de tels services se présente sous forme de pyramide et varie selon l'intensité des conditions à traiter : continuum des troubles mentaux fréquents et de la personnalité; continuum des services et des soins aigus; continuum des troubles mentaux graves et continuum de psychiatrie légale. M^{me} Savard indique que les 1^{ers} et 2^{es} niveaux de service traitent de conditions de basse intensité mais s'adressent à une large population. Les troubles mentaux fréquents et de la personnalité sont traités d'abord à l'intérieur des services de 1^{ère} ligne, puis au niveau supérieur au fur et à mesure de leur intensité.

[221] Figurant au bas du tableau mentionné, les troubles sexuels ici en cause se retrouvent dans le groupe des cliniques spécialisées pour clientèle spécifiques, soit la Clinique des troubles sexuels, la psychiatrie périnatale, le traitement du stress opérationnel (TSO) et PITCA. Les cliniques externes de psychiatrie (psychiatrie générale, gérontopsychiatrie et déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) sont en dehors de son secteur. L'ensemble des programmes du CIUSSS emploient quelque 250 psychologues.

[222] À titre de cheffe de programme, M^{me} Savard dirige trois (3) services. L'équipe qu'elle dirige comprend un total de 46 employés dont les neuf (9) de la Clinique. Douze (12) travailleurs sociaux, neuf (9) psychologues, trois (3) ergothérapeutes, six (6) psychoéducateurs, cinq (5) éducateurs, une (1) sexologue bachelière et une (1) agente administrative sont affectés aux services de première ligne.

[223] La Clinique des troubles sexuels existe depuis 30 ans. Elle ajoute qu'on retrouve dans les autres unités de la DA des services spécifiques et courants des psychologues et quelques sexologues bacheliers mais pas de sexologue clinicien.

[224] La Clinique des troubles sexuels a pour fonction l'évaluation et le traitement des comportements sexuels inappropriés, tels paraphilie, troubles hypersexuels, dans une perspective de rétablissement et amélioration de la qualité de vie. Elle est la seule avec l'Institut Pinel à effectuer de telles évaluations mais, à la différence de ce dernier, est beaucoup plus active en matière de traitement.

[225] La Clinique dessert la clientèle de la grande région de Québec mais aussi, par entente avec le CISSS de la Côte-Nord, la clientèle de cette région privée de tout service communautaire, de même que des organismes communautaires de la région Chaudière-Appalaches. Pour la Côte-Nord, ce sont quelques demandes d'évaluation et de traitement par année.

[226] Planifier, évaluer les services offerts et répondre aux besoins, de même que gérer les ressources sont au nombre de ses responsabilités de cheffe de programme. Elle est la supérieure immédiate des six sexologues cliniciens / cliniciennes.

[227] Elle exerce sa gestion par divers moyens. Il y a d'abord, de fréquence variable (aux deux (2) semaines jusqu'aux quatre (4) mois, selon les besoins), les rencontres de proximité. Comment les choses se passent, la charge de travail et le climat qui l'entoure, de même que les besoins particuliers, sont les principaux

thèmes abordés au cours de ces rencontres. D'autres rencontres, très brèves, ont lieu également sur demande ponctuelle.

[228] Elle utilise pour ces rencontres, tenues à son bureau en personne ou plus exceptionnellement en ligne, un canevas intitulé Rencontre individuelle de suivi (pièce P-10) dont la colonne Sujet reprend les thèmes tout justes énoncés. Tous, dit-elle, ne sont pas toujours abordés. Sur le plan personnel, elle estime fort important de veiller d'assurer à tous un climat et un milieu de travail sain et d'ouverture avec moi. Elle favorise la collaboration notamment à l'égard d'enjeux de sécurité et de besoins matériels.

[229] Des caucus hebdomadaires en ligne d'une trentaine de minutes sont aussi tenus pour discuter d'enjeux d'équipe, telles des questions de sécurité à certains moments, des portes fermées à clé et les suivis appropriés. Ils s'avèrent d'importance relativement plus grande lors de la fin d'une année financière et les enjeux prévus pour la période à venir. Elle ajoute qu'à cette occasion toute l'équipe est présente lors de ces caucus.

[230] Des rencontres clinico-administratives ont aussi lieu deux (2) trois (3) ou quatre (4) fois l'an selon les besoins. D'une durée d'une journée, on y discute du nombre de patients, actuels et projetés, des approches, des mouvements de personnel, des projets de recherche et de formulaire à revoir. Une journée annuelle est également tenue au cours de laquelle on développe une position d'équipe à l'égard d'un service par exemple, en même temps qu'on assure la planification pour l'ensemble du groupe des services à venir.

[231] Le document intitulé Présentation des services d'évaluation et de traitement de la Clinique des troubles sexuels (pièce P-11), utilisé pour

renseigner la Sécurité publique, présente la mission, la clientèle, le mode de fonctionnement, les évaluations et les traitements de la Clinique. Il s'agit là également de l'information que la coordonnatrice des services de la Clinique voit à communiquer aux partenaires du réseau. Ainsi, un problème de dépendance aux substances ne relève pas de nous mais le service sera en soutien aux partenaires en les accompagnant dans leur mission.

[232] Reprenant le mode de fonctionnement des diverses évaluations énumérées dans ce document, M^{me} Savard estime à vingt-cinq (25) heures en moyenne le temps requis pour l'évaluation d'une demande pré-sentence. Il est ramené à environ 6 heures en post-sentence dont trois (3) de contact avec le patient. Une documentation importante étant déjà au dossier. En pré-documentation, trois (3) heures sont exigées dont deux (2) heures de temps patient. Pour des évaluations impliquant l'utilisation d'instrument de pléthysmographie pénienne (évaluation phallométrique ou évaluation des intérêts et préférences sexuelles en laboratoire) et menées à la fois par les sexologues et les sexologues cliniciens, ce temps sera de 7,50 heures dont trois (3) heures de temps patient.

[233] Passant au fonctionnement des différentes modalités d'intervention, la cheffe indique que le suivi d'accompagnement pré-sentence est assuré à la fois par les sexologues et les sexologues cliniciens. Ces derniers, conjointement avec quatre (4) psychologues, sont impliqués dans des projets de recherche. Les sexologues bacheliers sont toujours impliqués dans des groupes de thérapie ou des ateliers mis sur pied pour le traitement des consommateurs de pornographie juvénile.

[234] Les demandes d'évaluation de la DPJ sont objet d'attention spéciale car elles impliquent des risques d'abus sexuels d'enfants. Les sexologues cliniciens

et quatre (4) psychologues sont affectés à de tels dossiers. Une évaluation de ce type se fait en dyade, soit une sexologue clinicienne et une psychologue, et implique 4,5 heures de temps patient, en plus du risque de devoir aller à la cour. D'une moyenne annuelle de dix (10), ces évaluations sont maintenant au nombre de six (6) et la Clinique exige qu'un psychologue soit présent pour offrir une perspective supplémentaire, une plus-value selon elle.

[235] L'auto-référencement à la Clinique émane du suivi individuel ou de groupe pour lequel on tente de cibler le besoin et d'orienter le client vers le bon service. Enfin, pour les ateliers psychoéducatifs, un comité de révision partage l'évaluation et, en équipe, détermine le plan de soins.

[236] La répartition des tâches et responsabilités des sexologues cliniciennes est, dans une bonne mesure, fonction des intérêts de chacun, p. ex. l'évaluation ou le traitement. Ces intérêts sont toutefois variables. Aux quatre (4) mois, la coordonnatrice Sophie Bernard, elle-même sexologue clinicienne, revoit les activités, les vacances, etc. pour déterminer le temps disponible pour les interventions. Par exemple, si 300 heures sont ainsi dégagées, la question devient alors comment les attribuer en fonction de notre menu de services.

[237] Les groupes de thérapie font appel à l'ensemble des professionnels : psychothérapeutes, sexologues cliniciens, sexologue bachelière, psychologues et psychoéducateurs. Pour les troubles mentaux fréquents, un psychologue évalue d'abord l'état mental du client, et brosse son portrait clinique. S'il y a concomitance avec les autres renseignements, on conclura par exemple à un trouble de personnalité. La gestionnaire rappelle que si la Clinique compte sur 2 psychologues sur papier, il s'agit en réalité de professionnels à deux (2) jours par semaine.

[238] Sa propre connaissance des outils utilisés par les professionnels est limitée mais elle veille à leur gestion, beaucoup des tests utilisés étant administrés à la Clinique. Si certaines questions d'un test ou d'un questionnaire sont réservées au sexologue clinicien ou au médecin, dans d'autres comme dans le ROSAC, la travailleuse sociale peut y répondre.

[239] Une journée annuelle est réservée pour établir un bilan des activités de la Clinique. Un document préparé par la coordonnatrice professionnelle (pièce P-12) présente à cette fin des tableaux graphiques sur le nombre, la provenance, le type d'évaluations (pré-documentées ou post-sentence) ou les motifs de la demande, ainsi que sur les suivis (groupes de thérapie et ateliers). Effectuées par les psychologues et les sexologues cliniciennes, les évaluations sont discutées entre collègues. Les psychologues sont au nombre de quatre (4) et les seuls à utiliser l'outil MMCI.

[240] La cheffe de programme explique, à partir d'un Aide-mémoire (pièce P-13), un outil dont elle se sert, comment elle en arrive à déterminer les heures disponibles pour les activités liées aux patients. Il s'agit, dit-elle, de lignes directrices sur l'application d'un système déjà en place pour le temps alloué, un outil que lui a remis la coordonnatrice professionnelle. Exercice mené aux quatre (4) mois, il repose sur les éléments suivants :

- Un horaire annuel comptabilisé sur 42 semaines;
- Étant donné que les rencontres de proximité ont lieu trois fois par année, ces semaines sont divisées par trois (3) pour les calculs effectués pour quatorze (14) semaines;

- Un calcul de l'équivalent patients : un chiffre sous le nom de chaque intervenant;
- Temps alloué selon le type de services aux patients et ventilé comme suit :
 - Expertise RPS : 25 heures
 - Expertise DPJ : 30 heures
 - Évaluation d'inscription : 15 heures
 - Évaluation post-sentence : 6 heures
 - Évaluation pré-documentée : 3 heures
 - Évaluation phallométrique : 7,25 heures
 - Groupe d'accueil : 4 heures
 - Groupe CPJ : 4 heures
 - Groupe PRICIS : 4 heures
 - Atelier : 5 heures
 - Entrevue individuelle : 1,5 heure
 - Rencontre repère : 1,5 heure
 - Entrevue de couple : 1,5 heure

[241] Afin d'établir les heures disponibles par type de services pour les quatre (4) prochains mois, elle ajoute elle-même à la main pour chacun ou chacune les heures prévues, soit pour le premier 4 heures tirées des 25 heures inscrites. Elle précise que les groupes de thérapie sont coanimés par une sexologue clinicienne et une travailleuse sociale. Ces groupes comptent en moyenne de 8 à 10 patients et se tiennent dans de grandes salles. Les rencontres sont de divers types, incluant en vidéo pour des détenus, mais en personne ou en présentiel pour la plupart. Pour le télétravail, la directive de la directrice adjointe le limite à une journée par semaine, sauf dans le cas d'une sexologue clinicienne en poste à Montréal.

[242] M^{me} Savard présente un horaire type de trois (3) intervenants touchant les deux (2) semaines du 4 au 8, et du 11 au 18 novembre respectivement (pièce P-14). Ce sont des horaires que les sexologues cliniciens ont présenté pour les deux

semaines visées. On note beaucoup d'entrevues, en grande majorité en personne, chez l'intervenant 1 et beaucoup d'évaluations chez l'intervenant 3, la rédaction occupant chaque fois des plages de temps importantes, ces professionnels ayant généralement 1 mois pour déposer leur rapport d'évaluation. Chez l'intervenant 2, les évaluations sont en nombre relativement restreint mais les rencontres individuelles et de groupes dominant. Dans tous les cas, le comité de révision figure à l'horaire de chaque lundi à 9 heures.

[243] Selon la cheffe de programme, il y a eu de façon informelle au cours des deux dernières années des rapports anecdotiques d'incidents impliquant des comportements inappropriés de clients à l'endroit des sexologues cliniciennes ou cliniciens. Une seule déclaration formelle d'incident, dit-elle, est survenue durant cette même période, c'est-à-dire inscrite dans le formulaire du CIUSSS conçu à cette fin (pièce P-15). Elle en a été avisée la journée même et parlé à la coordonnatrice à cet effet. Il s'agissait d'un client qui lors d'une collecte de données s'était masturbé et avait éjaculé devant la sexologue clinicienne; celle-ci a mentionné être sous le choc mais que rien d'autre n'arriverait sinon des reviviscences. Une plainte policière a été déposée, question de signifier clairement que ceci ne saurait être acceptable.

[244] Une stagiaire psychologue exposée à un visionnement d'une vidéo porno explicite lors d'une entrevue à des fins de stage est un autre incident. La direction lui a offert de compléter l'exercice et le patient a été rencontré par la coordonnatrice.

[245] Un dernier incident concerne un patient agressif qui à l'arrivée y est allé d'une explosion de rage. Il a vite compris que c'était totalement inacceptable. D'ailleurs, la notion de consentement est toujours expliquée et exigée au début

d'une telle rencontre. La cheffe résume son témoignage sur ce point en soulignant que ces incidents sont confinés en général à des anecdotes et qu'ils ne donnent pas lieu à des rapports d'incident.

[246] Pour sa part, M^{me} Maxime Katya Miranda Guyot est, depuis un peu plus de deux (2) ans, chef de service des Services généraux et spécifiques au sein de la Direction Programme santé mentale et dépendance du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval. Elle détient un baccalauréat en sciences et en travail social en plus d'études supérieures en toxicomanie. Son parcours professionnel antérieur comprend un emploi permanent au Centre de référence du Grand Montréal en travail social.

[247] Son poste, tel qu'il apparaît à l'organigramme de sa Direction (pièce P-16), relève de la direction du Coordonnateur des Services en dépendance, des services généraux et spécifiques. Elle est responsable des services généraux et spécifiques mentionnés, ainsi que du Centre désigné de jour pour les victimes d'agression sexuelle et des services de première ligne. Cette Direction compte deux (2) autres coordonnatrices, soit au centre de l'organigramme services hospitaliers et du plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale à Laval et, à droite, les services ambulatoires (communauté et hébergement).

[248] La mission de son organisation est de desservir la population ayant des besoins psychosociaux (services généraux – vie courante) et aux prises avec des problèmes de santé mentale dont les symptômes s'avèrent de légers à modérés. Ces services sont offerts en CLSC, soit à ceux d'Idola-St-Jean et de Sainte-Rose. Son bureau est situé à ce dernier endroit mais ses infirmières cliniciennes n'y sont pas présentes. L'aspect de coordination concerne la sollicitation et la collaboration des partenaires alors que le travail au centre désigné est axé sur

des conditions liées à la sexualité telles agression et exploitation sexuelle et pour lesquelles des services thérapeutiques sont offerts.

[249] Telles qu'elles figurent sur l'organigramme qu'elle a elle-même préparé (pièce P-17), la Cheffe de service dirige en lien hiérarchique direct, une (1) Spécialiste en activités cliniques et quatre (4) Coordonnatrices professionnelles. Ces dernières sont affectées aux fonctions et/ou endroits suivants : (ps. éd.; CLSC Ste-Rose); (TS - CLSC Marigot); (TS - CLSC Ruisseau-Papineau + Équipe prévention des dépendances) et (sexo. Clin.; CDVAS). Son bureau n'est pas situé sur le même lieu de travail que les sexologues cliniciennes du centre.

[250] La gestionnaire ajoute que les coordonnatrices exercent une autorité fonctionnelle à l'égard des techniciennes ou professionnelles affectées à ces endroits (technicienne en travail social, travailleuses sociales, psychologues, infirmières cliniciennes, criminologue, psychoéducatrices et sexologues). L'ajout de deux points de service (CLSC) compte parmi les changements survenus dans son secteur depuis son arrivée. Le mode de gouvernance de ces unités est toutefois demeuré le même.

[251] Son offre de services généraux est de nature ponctuelle et couvre les besoins quotidiens d'une clientèle adulte résidant sur le territoire aux prises avec des perturbations telles qu'un deuil ou une séparation. Le traitement prend en conséquence la forme de stratégies d'adaptation impliquant des intervenants psycho-sociaux.

[252] Quant aux services spécifiques, de première ligne, ils s'adressent toujours à une clientèle adulte présentant des symptômes de santé mentale, diagnostiqués ou pas, et qui vont de légers à modérés. Deux (2) équipes y sont

affectées dont des psychologues de l'établissement. À noter qu'on compte au CISSS de Laval une cinquantaine de psychologues répartis dans divers programmes tels Jeunesse, Santé mentale et Psychiatrie. Quant à l'offre de services visant la prévention des dépendances, elle s'adresse à la clientèle désirant mettre fin à leur consommation.

[253] Enfin, le Centre désigné (CDVAS) offre un service complet de soutien aux victimes d'agression et d'exploitation sexuelle âgée de 12 ans et plus. En raison de la dimension psycho-légale des problèmes de ces victimes, un intervenant doté de cette formation est celui qui prend les appels. Certaines sont accueillies sur place par un travailleur social qui, au moyen d'un processus complet, accompagne la victime pour l'obtention de tous les renseignements pertinents, tant d'ordre médical que psycho-social.

[254] La référence au CLSC et aux sexologues est, conformément au mandat du premier, de court terme pouvant se répartir sur une douzaine de rencontres. Dépendant des conditions et besoins de la victime, des psychologues, sexologues et thérapeutes sont sollicités. Une évaluation complète de la personne est menée et, en fonction de ses besoins, un plan de traitement élaboré. L'aspect psychosocial est particulièrement important dans les cas de personnes souffrant de symptômes post-traumatiques pour lesquels des stratégies d'apaisement et d'accompagnement sont conçues et appliquées à partir de ces besoins de base, tels financiers ou de logement par exemple. Le psychothérapeute participe à ces efforts.

[255] La chef de service précise en contre-interrogatoire que la durée d'un traitement de cas autre que les victimes d'agression sexuelle est en moyenne de douze (12) rencontres ciblées avec des psychologues, lesquelles peuvent aller

jusqu'à 15 dans certains dossiers. Elle reconnaît que des victimes d'exploitation sexuelle de Montréal sont transférées à Laval car le traitement y est plus intensif. Les plans d'intervention sont parmi les outils utilisés par les sexologues cliniciennes, comme ils le sont par les autres professionnels incluant les psychologues.

[256] Pour le long terme, les services offerts aux victimes d'exploitation sont déterminés à partir des situations analysées à l'étape du court terme. Par exemple, si la victime présente des problèmes de santé mentale, elle sera référée aux professionnels du domaine. La cheffe ajoute que les références d'un niveau à l'autre se font dans les deux sens.

[257] Deux (2) sexologues cliniciens et un (1) sexologue bachelier font partie de l'équipe du Centre désigné. Les références autres que l'hôpital pour le premier contact par exemple, y sont l'auto-référence (à la porte d'entrée), les appels ou les messages reçus, les partenaires comme les Centre Jeunesse, des parents inquiets d'une situation, Laval Intro-sociale, ou encore le guichet d'accès en santé mentale (811). Le principe observé, dit-elle : « *il n'y a pas de mauvaise porte* ». Des critères de mandat s'appliquent toutefois. Ainsi, l'agression doit dater de moins de six (6) mois ou lors de reviviscence des symptômes. Cela dit, le Centre s'assure qu'il n'y ait pas d'autres enjeux, de santé mentale ou de sécurité par exemple. Dépendant des symptomatiques, les personnes seront réorientées vers les équipes traitantes.

[258] Leur porte d'entrée aux services étant souvent l'hôpital, les renseignements des personnes qui se présentent pour des soins sont minces. D'où le besoin d'équipe traitant diversifiée, en l'occurrence des travailleurs

sociaux, des psychologues ou psychiatres. La cheffe précise : « *On travaille avec ceux qui s'en occupent déjà* ».

[259] Ses tâches à l'égard du Centre désigné comprennent la gestion des ressources, incluant la présence au travail, le recrutement, les ressources financières et matérielles. Pour la clientèle, elle veille à la qualité des services à laquelle elle s'attend, à la sécurité et à la gestion des équipes dans le respect des politiques et des procédures en place.

[260] Au Centre désigné (P-17), l'équipe compte 3 sexologues cliniciennes, si l'on inclut la coordonnatrice qui l'est elle-même, de même qu'une sexologue bachelière. Selon les besoins, ces personnes s'adjoignent d'autres professionnels. Elle-même rencontre ses coordonnatrices à toutes les semaines (30 minutes) en station visuelle, une façon de transmettre l'info qui vient d'en haut, des communiqués mais aussi de l'info de l'équipe vers elle. Un comité est également mis sur pied pour assurer une bonne communication au sein de l'équipe. S'ajoutent aussi de trois (3) à quatre (4) rencontres clinico-administratives par année qui, outre le resserrement des liens au sein de l'équipe, permettant de se pencher et d'échanger sur les divers enjeux soulevés par les cas traités.

[261] La cheffe consacre chaque mois une rencontre d'une heure à sa coordonnatrice du Centre désigné CDVAS. Cette dernière rencontre elle-même à chaque semaine ou aux deux (2) semaines les sexologues cliniciens et bachelières de son équipe notamment pour du co-développement. Les rencontres inter-équipe mensuelles impliquant la coordonnatrice se tiennent en personne dans des salles au CLSC qui leur sont réservées. Les questions clinico-administratives y sont aussi abordées. Le groupe s'adjoit d'autres

professionnelles lors que des cas d'exploitation sexuelle sont discutés. Les sexologues cliniciennes et la sexologue bachelière échangent par ailleurs au besoin avec leurs collègues d'autres établissements en télétravail. Elles se rencontrent également dans les centres jeunesse et les écoles.

[262] Le contact avec cette clientèle se fait souvent en personne au CLSC et aussi en virtuel après que l'établissement consent à la demande. C'est aussi en centre jeunesse ou encore à l'école si la personne ne peut se déplacer. En centre jeunesse, il s'agit de l'unité de vie ou, à défaut, dans la cour intérieure, si l'on juge que le premier n'est pas approprié, ou encore s'avère plus confortable pour l'intéressée.

[263] Évoquant les fonctions des sexologues cliniciennes, la chef indique d'abord la rencontre avec la clientèle, une consultation qui dure en moyenne une cinquantaine de minutes. Toutes les semaines ou, au besoin, aux deux semaines, elles effectuent plusieurs démarches auprès des référents, des parents, des équipes des centres jeunesse pour des problèmes d'hébergement par exemple, ou encore la Protection de la Jeunesse. Elles ont des rencontres également avec les partenaires, compilent des statistiques de rencontres, assistent aux réunions cliniques ou administratives, incluant la concertation clinique avec la coordonnatrice et, enfin, valident les orientations.

[264] Elles participent également à des équipes de garde chargées d'interventions convergentes, lesquelles relèvent de l'établissement et qui sont formées d'intervenantes, de travailleurs sociaux, et d'autres professionnels provenant de différentes équipes. Elles offrent à cette fin à chaque mois des disponibilités pour les horaires de couverture. Dotées de téléavertisseurs, une

infirmière peut les contacter au besoin et leur demander de se présenter l'hôpital dans l'heure qui vient.

[265] De dix (10) à vingt (20) pourcent des cas référés au Centre désigné proviennent de la clientèle des centres jeunesse, 10% de celle-ci étant des mineures. Certaines victimes se présentent sans y être référées. D'autres jeunes ne provenant pas des centres jeunesse représentent un autre dix (10) à vingt (20) pourcent des cas. Conçu à l'interne par une conseillère cadre (spécialiste en activités clinique ou SAC) avec consultation auprès des sexologues, un canevas de notes contenant les informations pertinentes est alors utilisé. Des victimes d'exploitation sexuelle de Montréal sont transférés à l'occasion à Laval mais elle ignore la fréquence ou le nombre de celles-ci.

[266] Les sexologues cliniciennes de son service utilisent à des fins d'évaluation, en plus des outils qui leur soient propres, un canevas de notes, soit un gabarit conçu après consultation avec l'Ordre des sexologues du Québec. Il contient un modèle pour le plan d'intervention et est utilisé par les travailleurs sociaux et les criminologues à l'échelle de l'établissement pour les services de santé mentale.

[267] La répartition des dossiers au sein des équipes est fonction des disponibilités et des interventions en cause. Les demandes leur sont attribuées dès leur réception. Elles sont d'abord traitées administrativement par la coordonnatrice, puis dirigées par courriel à l'équipe avec le portrait clinique psychosocial et psychothérapeutique. Les professionnelles de l'équipe prendront le dossier selon leur disponibilité. Le principe suivi, souligne la cheffe de service, c'est d'éviter d'avoir une liste d'attente. Il arrive qu'elle-même prenne des dossiers en attente pour des interventions ponctuelles car « *on ne les laisse pas en plan* ».

[268] L'assurance d'un consentement éclairé est une étape importante du processus d'accueil d'une demande. À la réception, on s'enquiert de qui appelle, d'où ou encore de la part de qui ou de quels services veut obtenir de l'aide. Tous ces renseignements servent à vérifier de la nature du consentement mais aussi ce à quoi l'intéressée consent. Si la personne est âgée de 14 ans ou moins, les parents sont impliqués. Selon la cheffe, il n'est jamais arrivé qu'un usager potentiel refuse son consentement.

[269] Les emplois affectés à ce type de services relèvent tous d'un champ de compétence psychosociale, en l'occurrence des travailleurs sociaux, des psychologues et des criminologues. En clientèle centre jeunesse, notamment en matière d'hébergement, des techniciens en éducation spécialisée, des travailleuses sociales et des psychoéducateurs sont également impliqués. La posture professionnelle peut donc différer pour le même client. Cela dit, l'approche varie avec chaque intervenant puisqu'il arrive qu'une professionnelle affectée à un cas doive s'absenter pour une visite chez le médecin ou le dentiste. En contre-interrogatoire, la gestionnaire dit ignorer s'il est vrai que dans certaines unités intensives du Centre jeunesse, les jeunes ne peuvent pas sortir.

[270] Touchant les tensions possibles entre les sexologues cliniciennes et les usagers, la chef indique que lorsqu'un de ceux-ci exprime du mécontentement, on se consulte et on le redirige ailleurs comme dans les cas d'auto-référence mal dirigée. Quand un cas de mécontentement est arrivé, un échange est survenu en téléconférence avec la sexologue clinicienne. À son avis, aucun incident ou accident de travail lié à la difficulté du milieu n'est survenu depuis son arrivée.

[271] Mme Chantale Leclerc est gestionnaire du programme Air ouverte au CISSS de la Montérégie-Centre. Arrivée en 2022, elle y est depuis deux (2) ans et

demie. Elle était auparavant travailleuse sociale en centre jeunesse s'occupant d'adolescents de 16-17 ans en milieu scolaire. Elle a été aussi spécialiste en activités cliniques. Depuis juillet 2024, elle est conseillère cadre au Programme national Hors-piste. Elle a complété des études supérieures en gestion des services sociaux et dans le cadre de la section écoles du programme Hors-piste tenu des ateliers de prévention sur les troubles d'anxiété avec l'Université de Sherbrooke.

[272] Tel qu'on le retrouve sur l'organigramme déposé (pièce p-18), le programme Aire ouverte dont Mme Leclerc est la cheffe, relève de la Direction du Programme Jeunesse. Aidée d'une spécialiste en activités cliniques et d'une travailleuse sociale, elle dirige une équipe déployée dans deux points de services : CLSC Samuel-de-Champlain de Brossard, et Vieux St-Jean. L'équipe multidisciplinaire comprend des techniciens en éducation spécialisée, des travailleurs sociaux, des agents de relations humaines, de criminologues, de psychoéducateurs, des sexologues cliniciennes et sexologues et une agente administrative.

[273] La cheffe renvoie au document de présentation sur le Programme Aire ouverte (pièce P-19) pour en dégager les grandes lignes à commencer par la clientèle visée, les jeunes de 12 à 25 ans. Ce sont, dit-elle, des jeunes réfractaires et marginalisés qu'il faut aller chercher. Il s'ensuit que les modes d'intervention diffèrent nettement de ceux qu'on trouve en établissement.

[274] Ces jeunes présentent typiquement des enjeux de santé mentale, de troubles divers et d'itinérance. Le but du programme est de les aider à regagner confiance en eux et à renouer avec la société dans son ensemble. Il faut donc les motiver et leur faire prendre conscience des services déjà en place en les

accompagnant. Les gens de l'équipe travaillent donc en partenariat avec les services communautaires et les gens de terrain, souvent même à l'extérieur pour rejoindre les travailleurs du milieu et de la rue. Il en résulte des références personnalisées, le travailleur accompagnant souvent le jeune adulte pour ses rencontres d'intervention. Selon elle, tout ce travail est à court terme et en amont auprès des jeunes vulnérables n'ayant pas de réseaux sociaux et ayant des problèmes de consommation, de décrochage, ou d'identité de genre.

[275] Conformément aux objectifs du programme, les intervenants s'efforcent de rencontrer les jeunes dans leur milieu de vie (organisme communautaire, partenaire, lieu public en personne ou en vidéoconférence). De court terme, les services offerts prennent typiquement la forme d'une à quatre (4) ou cinq (5) rencontres individuelles ou en compagnie des parents avec les intervenants.

[276] Les rendez-vous peuvent être arrangés ou non et se tiennent dans les bureaux que se partagent les intervenants. Le milieu scolaire est l'endroit également où souvent une première démarche est entamée. Au terme d'une ou de quelques rencontres, l'intervention prend fin si les enjeux principaux sont réglés, ou un suivi d'accompagnement est organisé à partir des besoins identifiés, tels un endroit où habiter ou en emploi à dénicher.

[277] La gestionnaire elle-même dit se promener, son auto étant son bureau. Beaucoup d'intervenants agissent également sur les lieux assurant du coaching et maintenant une présence spéciale. Son propre rôle est d'assurer une gestion de proximité en soutien à son équipe et de projets menés avec les directeurs de divers milieux. L'objectif, réitère-t-elle, est de sortir les jeunes de leur sous-sol et de les amener à participer à ces activités collectives. Elle tient une rencontre

administrative à Aire ouverte St-Jean aux cinq (5) - six (6) semaines pour discuter d'orientations et rencontrer l'unité mobile de cet endroit.

[278] Cette dernière unité comprend deux (2) agents de relations humaines, une technicienne en travail social, une psychoéducatrice, une sexologue bachelière, une infirmière, une infirmière surspécialisée en santé physique, un médecin, et une adjointe administrative. À Champlain Charles Le Moyne, ce sont deux (2) travailleurs sociaux, deux (2) techniciens en éducation spécialisée, un technicien en travail social, une (1) sexologue clinicienne, deux (2) agents de relations humaines, un criminologue à l'occasion et un agent administratif à l'accueil.

[279] Elle dispose également d'un agent de liaison – réseau sociaux et une responsable des partenariats (table de concertation) chargée de la concertation et de l'arrimage avec les partenaires. Une rencontre par semaine se tient pour valider le travail communautaire. Des ententes partenariales ont aussi été conclues en soutien financier à leurs activités. C'est le cas à Lemoyne où on finance 2 travailleurs de rue chargés de la même clientèle que celle visée par le programme, c'est-à-dire les 16-25 ans; c'est aussi vrai à Brossard où le programme Aire ouverte finance un poste, de même qu'à Chambly.

[280] Des rencontres de co-développement limitées à l'équipe d'un territoire se tiennent aux 2 semaines et une autre pour l'ensemble du personnel une (1) fois par mois. Ces rencontres ont pour objectif de discuter de formation, d'entendre des invités, d'échanger avec des organismes communautaires et d'assister à la présentation de cas. Une sexologue clinicienne et une sexologue bachelière y donnent aussi des ateliers.

[281] Référant à la description de la clientèle visée, tirée du document ministériel Cadre de référence Aire Ouverte (pièce P-20), la gestionnaire précise que le programme n'offre pas à la jeune clientèle de service de crise, qui est le propre du 811 – Info sociale et qui ne nous appelle pas. C'est le centre de crise qui s'en occupe notamment pour des problèmes de santé mentale. Elle rappelle que le travail du programme se fait en amont et favorise chez le jeune une démarche de prise de conscience; ce qui explique qu'outre la dizaine de rencontres initiales prévue il n'y a pas d'engagement de suivi par le programme. Ainsi, pour un problème de santé mentale, le jeune sera référé à d'autres ressources du réseau (psychologue ou travailleuse sociale).

[282] Si chaque intervenant a sa spécialité, tous ont été formés dans la perspective offerte par le programme et ses objectifs de court terme (thérapie brève). Dans le cadre du volet «Out Reach» du programme, les intervenants offrent des blocs d'heures au cours desquelles ils se rendent dans le milieu des jeunes pour passer du temps avec eux et abaisser les barrières.

[283] Dans le cas de la sexologue clinicienne, elle offre trois (3) jours par semaine (Aire ouverte Brossard – bureau partagé) ainsi que des plages horaires pour le Carrefour Jeunesse Emploi de St-Hubert. Il est aussi possible de faire des réservations en ligne.

[284] Référé par une infirmière, un médecin, un intervenant ou le milieu scolaire pour des troubles relationnels reliés à la sexualité, le jeune de 16 à 25 ans pourra rencontrer la sexologue clinicienne. Les spécialistes en activités cliniques, souligne la gestionnaire, effectuent un tri préalable pour ce type de demandes. De façon plus générale, la sexologue bachelière et sa collègue clinicienne peuvent

se charger d'un dossier mais dès lors qu'il est question de troubles sexuels, c'est la sexologue clinicienne qui interviendra.

[285] Son rôle est de maintenir la santé sexuelle de la jeune personne en adaptant ses interventions. Une thérapie sexuelle utilisant divers modèles comportementaux demeure aussi possible à la suite de remarques à cet effet d'un autre intervenant. À Chambly, en co-développement, la sexologue clinicienne donne également de l'information et de petites formations sur l'orientation, les choix sexuels, etc. Les rencontres auxquelles participe la sexologue clinicienne ne sont pas régulières, tenues le plus souvent de 2 à 3 fois par année. À l'occasion de réunions ou de cliniques d'intervention, ces dernières offrent aussi des présentations. Les rencontres individuelles qu'elles tiennent sont presque toujours en présentiel. Le télétravail est rare dans leur cas sinon que pour écrire leur rapport.

[286] L'horaire de la sexologue clinicienne est de trois (3) jours par semaine de présence physique, en plus des plages horaires de soir aussi offertes. Cet horaire s'étale généralement du lundi au mercredi mais demeure fonction du besoin des jeunes. Elle rencontre, en individuel ou en groupe dans des bureaux qu'on lui prête, de trois (3) à quatre (4) jeunes par jour en moyenne pour une durée d'une (1) heure à 1 h 20 par rencontre. Elle participe également trois (3) fois par année à des ateliers pour répondre à la question des jeunes « gênés de leur situation ». Beaucoup d'interventions surviennent à ces occasions, précise la gestionnaire. La sexologue clinicienne peut être appelée à travailler debout lors de l'animation d'ateliers mais cela ne dépasse pas trois (3) fois par année.

[287] Elle dépose un formulaire intitulé Évaluation sexologique sommaire initiale (pièce P-21) rempli par la sexologue clinicienne quand plus d'une

rencontre est prévue. Lors d'une première rencontre, ce sont surtout des questions qui sont soulevées. Figurent au formulaire les questions d'usage : identification, motif de consultation, description du problème, autohypothèses, attente et genre, en plus de l'historique personnelle, familiale, social (réseau). Il se termine sur le diagnostic et la compréhension clinique accompagnée des recommandations.

[288] Depuis son arrivée en poste en 2022, aucun enjeu de difficultés importantes dans les rapports avec la clientèle (violence ou autre) n'a fait l'objet de plainte de la part de la sexologue clinicienne. À Aire ouverte, ce sont nous qui appelons les usagers. Aucune situation particulière ne lui a non plus été rapportée par la clinicienne.

[289] En contre-interrogatoire, la gestionnaire indique qu'au CIUSSS Montréal-Centre, une sexologue clinicienne affectée à Champlain Charles Lemoyne travaille avec les familles en difficulté mais ignore s'il y a un volet oncologie à cet endroit. La sexologue clinicienne est en poste depuis un (1) an, ce qui explique que cette fonction est absente de la page 11 de l'offre de service Aire ouverte (P-19) sur la composition de l'équipe interdisciplinaire. L'arrivée de cette professionnelle est le fruit de consultation avec un comité des jeunes désireux de s'impliquer dans le travail de terrain. Ce comité de nature opérationnelle se rencontre aux six (6) semaines. Selon elle, les sexologues cliniciennes ne sont pas dans l'ensemble partie des équipes œuvrant dans le cadre du programme Aire ouverte. Elle reconnaît que la clinicienne à Champlain peut être amenée à faire de la psychothérapie.

[290] Sa collègue gestionnaire Linda Boisvert est pour sa part est coordonnatrice depuis onze (11) ans pour le programme de milieux de vie pour la déficience

intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme et de la déficience physique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Intervenante éducatrice à son arrivée, elle a été cheffe de la réadaptation de 2005 à 2013. Elle détient un baccalauréat en psychoéducation (1985) et une maîtrise en gestion des organisations (2005-2010)

[291] Le programme qu'elle coordonne relève de la Direction adjointe du continuum des services de réadaptation en milieux de vie substituts en milieux de vie substituts (pièce P22) qui regroupe des services de 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne dont trois (3) de services continus (24 h/ 7 j/sem.). Ceux des milieux de vie veillent aux questions d'hébergement.

[292] Deux (2) autres coordonnatrices sont responsables du suivi, des ressources intermédiaires et des ressources familiales. Le personnel de cette direction adjointe intervient auprès d'une clientèle composée de personnes affectées d'un trouble du spectre de l'autisme ou de déficience physique. En matière d'hébergement, des ressources de type à la fois familial (contractuel) et intermédiaire (promoteurs) sont utilisées. Dans le premier cas, le contractuel demeure avec la clientèle. Le travail du secteur de la coordonnatrice est d'assurer les suivis de la qualité des soins reçus dans ces milieux.

[293] Son organisation immédiate compte cinq (5) chefs en réadaptation (un autre est vacant) qu'elle gère en équipe avec deux (2) infirmières et une infirmière clinicienne, un ergothérapeute et une sexologue clinicienne. Trois (3) de ses chefs sont affectés au suivi des ressources familiales et intermédiaires, notamment pour le respect des normes énoncées dans les ententes conclues avec les ressources. Les deux (2) autres chefs veillent aussi au suivi mais à l'égard cette fois de l'aide sociale, des plans d'intervention et du volet clinique.

[294] Ainsi, le quatrième chef est responsable de trois (3) structures îlots 24/7 pour des personnes souffrant de déficiences physiques demeurant en appartement mais avec un personnel infirmier dispensant les soins appropriés. Le cinquième voit plutôt aux activités transversales, tel le pairage, ou encore la gestion du parc résidentiel et les urgences sociales, incluant des périodes de répit pour les parents de ces personnes.

[295] Les unités 24/7 sont situées en établissement. L'une d'entre elles, de 13 places, relève du 5e chef et dessert des personnes en rupture d'hébergement ou encore en transition depuis l'hôpital et en attente de logement.

[296] Les professionnels affectés au programme relèvent directement de moi, indique la coordonnatrice dont les effectifs des cinq (5) unités de réadaptation sont de 75 à 90 ETC (équivalent temps complet). Il s'agit en fait d'un choix qui remonte à plusieurs années. Ces employés sont des éducateurs, des agents de relations humaines, des travailleurs sociaux, des infirmières et infirmières des assistants et des agents d'intervention. Une gante administrative est en poste dans chacune des unités de coordination. S'ajoute à cela des infirmières, infirmières auxiliaires et agentes de soins de santé comptant pour environ 100 ETC. Au total, la coordonnatrice du milieu 24/7 supervise quelque 200 ETC.

[297] La mission de la direction adjointe du programme est d'offrir un milieu d'hébergement conforme aux besoins de sa clientèle et de veiller à la réadaptation et à l'intégration sociale de ces personnes. Les services offerts sont en fonction de l'analyse des besoins en cause, qu'il s'agisse de loisirs, de relations familiales, de comportement en raison d'handicaps, d'apprentissage et d'habitudes de vie au quotidien.

[298] La direction adjointe du programme compte quelque 385 ETC en plus des ressources familiales et intermédiaires RTF ou RI. Elle comprend également une trentaine de résidences avec assistance et 125 places dans des îlots (appartements mais dotés de services). Les services sont donnés à une clientèle adulte ainsi qu'à des enfants. Les conditions de cette clientèle sont aussi très variées : divers niveaux de déficience (léger, modéré et sévère), troubles graves de comportement (TGC) pour lesquels une unité CVC est utilisée, double déficience physique et intellectuelle. S'y ajoutent des problématiques de jeu et d'itinérance.

[299] Ses propres fonctions consistent à s'assurer que les usagers ont un milieu de vie répondant à leurs besoins et que le personnel maintienne un climat de travail sain dépourvu de harcèlement. Elle voit aux 6 à 8 semaines son équipe de professionnels pour leur donner une direction, leur faire part des directives ministérielles, maintenir l'équilibre budgétaire et revoir les besoins RH. D'autres rencontres d'équipe sont aussi tenues, aux fins de la supervision clinique, avec les infirmières, ergothérapeutes, psychoéducateurs et la sexologue clinicienne sollicitée parfois à l'externe pour le suivi.

[300] Son équipe directe, une éducatrice, un psychoéducateur et un agent de relations humaines, est à la source des demandes de services reçus en ciblant les problématiques en cause et les services professionnels correspondants. Ces demandes sont transmises aux agentes administratives qui, à leur tour, les transmettent aux professionnels appropriés. Ces derniers priorisent les choix à partir d'une grille d'analyse et, s'ils ont le temps, prennent le dossier ou, à défaut, le mettent en attente. Une fois complétée, la demande est l'objet d'un suivi. Son rôle, indique la gestionnaire, est de veiller à la cadence de traitement des cas et

de la gestion des priorités pour éviter les situations d'horreur. Même dans les cas de priorités moins élevés, ces dossiers sont insérés dans le processus pour que ça bouge.

[301] La tâche de la sexologue clinicienne est de fournir du support aux usagers aux prises des problématiques sexuelles complexes au moyen de psychothérapie. Sa collègue, la sexologue bachelière clinicienne intervient au niveau éducatif dans le cadre de rencontres de groupes. Les dossiers confiés à la première sont des dossiers complexes contenant des diagnostics et impliquant des gens souvent abusés. Elle apporte son support aux équipes sous la forme de nombreuses consultations auprès des intervenants, notamment pour orienter les demandes. Si certaines choses peuvent être faites par les éducateurs, en matière d'apprentissage par exemple, d'autres nécessitent son apport. Son soutien s'étend aussi en réponse aux appels, aux entrevues avec les usagers. Elle s'avère également une ressource dans les écoles.

[302] À une échelle plus large, la sexologue clinicienne sert de guide sur la vie affective dans les lieux d'hébergement dans lesquelles une vie sexuelle est permise. Elle jouit de plus dans ce rôle du support d'une sexologue bachelière et dans l'élaboration d'un guide à ce sujet. La clinicienne assure de plus un suivi auprès des usagers en plus de voir à la conception et à l'application des plans d'intervention. Elle assure également son support aux usagers aux prises avec divers troubles pour la mise au point de thérapies. *(commentaire de BC : La coordonnatrice a aussi présenté un sommaire des différences et similitudes de tâches entre la sexologue clinicienne et la sexologue bachelière: Sexologue clinicienne: soutien aux usagers ayant des problématiques sexuelles avec psychothérapie. Sexologue bachelière: intervient au niveau éducatif avec rencontres de groupes). Commun aux deux (2): élaboration de guides, priorisation.*

[303] La sexologue clinicienne dessert une clientèle d'enfants et d'adultes aux prises avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les rencontres ont lieu en personne au bureau du point de service Henri-Bourassa, ou encore dans le milieu de l'utilisateur dans divers points de service. Elles se tiennent parfois par téléphone ou, comme pendant la pandémie, en virtuel. Son horaire est de 8 à 4 mais adapté aux besoins de la clientèle.

[304] La coordonnatrice souligne qu'elle-même n'a pas de bureau : elle se rend pour des rencontres dans divers points de service ou encore fonctionne en télétravail. Celles-ci servent à évaluer la dynamique au sein des équipes et à définir davantage les besoins des usagers. Quant à la sexologue clinicienne, elle visite les écoles et y rencontre professeurs et éducateurs. Elle tient parfois des rencontres cliniques, souvent avec la responsable des ressources, menant à des initiatives comme du coaching sur les façons d'intervenir. La sexologue clinicienne, ni les autres professionnels, ne reçoivent de prime pour la clientèle ayant un trouble grave de comportement (TGC).

[305] M^{me} Boisvert n'est pas au courant des outils utilisés par ses professionnels dont la sexologue clinicienne. Elle s'assure toutefois de la tenue des dossiers à partir d'un guide intitulé Procédure – Tenue de dossier de l'utilisateur en vigueur dans l'ensemble de l'établissement et qui vise tous les types d'emploi (pièce P-23). Le guide est fort précis (page 15 et s.) sur ce que doit contenir le dossier et qui devient la responsabilité de l'employé dès qu'il y est assigné. Ce dossier est informatisé de sorte que la professionnelle peut consulter ce qu'il contient déjà et y inscrire ses propres notes et ses évaluations. Le professionnel a toujours le loisir de consulter ce dossier.

[306] Les notes inscrites doivent être concises et reliées au plan d'intervention. Le délai d'inscription de ces notes est de 72 heures. Pour des dossiers faisant l'objet de litige ou de nature problématique, une plus grande rigueur est exigée. Pour la note d'ouverture, il faut préciser le besoin à l'origine de la demande; suivent les notes d'évolution sur un modèle de lettre et, le cas échéant, le rapport d'évaluation qui doit être déposé. Une note de fermeture suivra, avec une date si un aspect prospectif demeure. À titre de coordonnatrice, M^{me} Boisvert récupère ces notes.

[307] Un autre guide intitulé Guide HPS-HAP (pièce P-24) et conçu en fonction du système électronique SIPAD est l'instrument utilisé pour comptabiliser les heures de prestation de services (HPS) à l'usager. Ces heures sont réparties entre les heures d'évaluation et d'admissibilité (AEO), les heures directes (HPS Directes - code 110 à 150) et les heures indirectes (HPS indirectes - code 300 à 900). Le guide décrit ainsi ce que sont les heures indirectes » « *Temps consacré à la réalisation d'activités pour un usager identifiable, mais qui est absent au moment de la réalisation de l'intervention (...la préparation de matériel, le temps de déplacement relié à un usager, la consultation clinique, la coordination, l'évaluation et la réalisation d'un PI ou PSI, etc.* ».

[308] Le guide, qui s'adresse à presque tous les gens (catégories d'emploi 1 3 et 4) contient un aide-mémoire distinct pour compiler les heures directes et indirectes et, par la suite, compléter les rapports HPS (pièces P-25 a) et P-25 b) respectivement). Une formation est de plus donnée sur l'utilisation de ce guide.

[309] La coordonnatrice dépose à titre d'exemples de ce processus de décompte d'activités professionnelles deux (2) rapports HPS détaillant les heures d'activités professionnelles de la sexologue clinicienne Candy Carrier pour la période

financière du 10 septembre 2023 au 16 novembre 2024 (pièces P-26 a) et P-26 b – heures calculées en minutes)). Les 39 dossiers figurant sur le premier document sont, précise-t-elle, la charge de la clinicienne mais seulement pour cette période. On y voit dès le début de la page 1 du document les heures directes et indirectes, en plus de la mention des 17 dossiers d'utilisateur TGC dont elle a la charge.

[310] Il revient à l'intervenant de compléter ce formulaire HPS pour toutes périodes impliquant les usagers assignés. Chaque rapport donne ainsi la charge de cas d'un intervenant. L'objectif visé est de voir à équilibrer les charges de cas et à signaler par exemple la place du transport dans une charge de travail. La coordonnatrice ne se souvient pas qu'une problématique particulière de la sexologue clinicienne avec un client lui ait été rapportée mais ajoute qu'elle a été informée de comportement particulier.

[311] *Contre-interrogatoire.* La seule psychothérapeute de son groupe est la sexologue clinicienne Elle-même n'exerce pas de supervision clinique à l'égard de cette dernière, mais sa supérieure, psychologue, le fait. Enfin, le code 100 sur le rapport HPS (pièce P-26 a) est le total du temps compilé en minutes pour les HPS directes mais le système n'est pas infallible. À une demande de précision de la procureure patronale, la coordonnatrice répond que le total apparaissant dans P26 a) lui paraît fiable sans être en mesure de mesurer le poids relatif des entrées du code 100 par les sexologues cliniciens eux-mêmes.

[312] *Évaluation du titre d'emploi Sexologue clinicienne – Processus.* M^{me} Karen Harnois et M. Alexandre Lacasse ont témoigné tour à tour sur cet exercice et leur implication directe, la première pour l'Intersyndicale, le second pour l'Employeur.

[313] Détentrice d'une maîtrise en relations industrielles, M^{me} Harnois est conseillère syndicale à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) depuis 2010. Elle s'occupe à ce titre de l'équité salariale et de l'évaluation des emplois. Avant cet emploi, elle a été au début des années 2000 agente de recherche au Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec (SFPQ) et impliquée dans le projet d'équité salariale pour le secteur de la fonction publique. Elle s'y est occupée notamment de l'équité salariale pour la SÉPAQ et l'École Nationale de police. Elle a aussi œuvré en classification au ministère de la Santé et des services sociaux pendant un environ un (1) an et demi.

[314] Ses fonctions de conseillère à la CSQ en matière d'équité salariale et de rémunération incluent la formulation de conseils sur les questions d'équité et de structures salariales à la centrale elle-même d'abord, à l'exécutif local, de même qu'aux diverses fédérations. Elle voit aussi à réviser des mémoires pour la centrale sur les législations fédérale et provinciale, en plus d'être représentante au sein d'un comité consultatif de l'organisme responsable de l'équité salariale.

[315] Chargée de représenter les fédérations concernées (FSSSS et FSQ) lors de l'identification de nouveaux titres d'emploi, son implication dans les activités du Comité national des emplois (CNE) remonte à 2011 alors que le comité s'est mis en place. Elle demeure présentement en soutien à ses collègues et en remplacement au sein de ce même comité, ce qui implique un travail de coordination, de transfert, d'évaluation proprement dite, ainsi que de préparation de rencontres intersyndicales à l'égard de 5 à 6 dossiers. Son travail direct d'évaluation l'est présentement à l'endroit d'une dizaine de dossiers.

[316] Son vis-à-vis patronal M. Alexandre Lacasse est conseiller en gestion RH au Secrétariat du Conseil du Trésor depuis juin 2017. Après un baccalauréat en criminologie à l'Université de Montréal en 2013, il fait un stage comme agent correctionnel au Centre régional de réception de Sainte-Anne-des-Plaines du Service correctionnel Canada. Les détenus sont évalués en 45 à 90 jours au et il devait établir le profil criminel, la planification correctionnelle et l'évaluation de la dangerosité pré-détention afin de placer la personne au meilleur endroit. À la suite de son stage, le même été, il travaille comme agent de libération conditionnelle (étudiant) à Trois-Rivières veillant à assurer la sécurité publique et œuvrant à la planification correctionnelle.

[317] À l'automne 2013, il se retrouve à la Maison Painchaud à Québec, qui est une maison de transition dans un cadre plus restrictif d'un mandat fédéral-provincial, et est alors affecté à des fonctions similaires à celles de Trois-Rivières. Il réoriente ensuite sa carrière vers les relations industrielles obtenant une maîtrise de l'Université Laval dans ce domaine en 2017. Ce qui l'amène au Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT).

[318] À son arrivée dans l'organisme, il travaille à la Direction de l'équité salariale au sein du Bureau des négociations gouvernementales et plus précisément affecté au programme de l'Intersyndicale. Le mandat y est plutôt étendu : équité salariale, conseils sur la rémunération des emplois en lien avec les mandats de négociations et des consultations sur des ententes visant des salariés et des cadres des secteurs public et parapublic (santé et éducation (commissions scolaires et collèges)).

[319] Ses fonctions actuelles de conseiller en gestion RH comprennent toujours l'équité salariale, notamment en matière de révision de classification d'emplois.

Il est chargé du programme général d'équité salariale de l'Éducation (cadres) et du programme général d'équité salariale de la Santé (cadres) et du programme du programme du secteur parapublic (Intersyndicale) pour les salariés des secteurs de la santé, des commissions scolaires et des collèges. Il s'occupe également du maintien de l'équité salariale 2020, particulièrement dans le cadre du programme du secteur parapublic (Intersyndicale), le plus gros dit-il, puisqu'il touche quelque 565 000 salariés dans tous les secteurs (santé, commissions scolaires, collèges).

[320] Son rôle au CNE, souligne M. Lacasse, est de participer à l'ensemble des travaux du comité, de recevoir et d'évaluer les questionnaires utilisés pour les enquêtes, tâche pour laquelle il tient une rencontre à l'interne et des échanges avec d'autres partenaires. M. Lacasse est aussi appelé à témoigner pour l'employeur dans divers dossiers. Il a de plus été assesseur dans l'évaluation du titre d'emploi *Adjointe à l'enseignement universitaire*.

[321] M^{me} Harnois indique que le titre d'emploi Sexologue clinicien, créé en 2013, n'a été soumis au CNE qu'en 2022 en raison de multiples circonstances. D'abord, de nombreux titres d'emploi restaient à finaliser en 2013, en même temps que les modalités de fonctionnement les concernant étaient toujours en discussion. S'ajoutait à cette date, et jusqu'en 2015, le renouvellement des conventions collectives, période marquée par un ralentissement des travaux du Comité. Enfin, l'exercice de révision du maintien de l'équité de 2015 par un comité exploratoire ayant débouché sur une impasse, le CNE a décidé de laisser de côté le titre de sexologue clinicien pour le « *laisser vivre* » et permettre de l'évaluer proprement.

[322] Elle précise en contre-interrogatoire que titre d'emploi de sexologue clinicien a été inscrit effectivement à la Nomenclature le 7 mai 2013, conformément au document du Ministère émis à cette date (pièce ES-1). Le questionnaire d'enquête utilisé a été transmis aux titulaires à partir des règles d'échantillonnage du CNE énoncées dans le document Modalités pour les enquêtes du 4 novembre 2013 (pièce S-27). La conseillère syndicale ajoute que les parties se sont entendues en 2018 sur l'ensemble des questionnaires.

[323] Son implication personnelle à l'égard de ce titre d'emploi, l'a été, dit-elle, en appui à ses collègues syndicaux lors de la mise en commun de l'exercice d'évaluation et de sa construction. Par la suite, elle a travaillé au questionnaire d'enquête et à l'évaluation proprement dite, incluant les cotes afférentes en utilisant la documentation pertinente pour procéder à l'évaluation et les cotes de l'évaluation de l'employeur pour le maintien 2015.

[324] Référant au premier de ceux-ci sur le titre d'emploi *Sexologue clinicien* (pièce ES-6), M^{me} Harnois souligne que ce type de questionnaire est utilisé depuis 2002 dans le cadre du comité paritaire, alors mis en place pour réaliser l'équité salariale afin de respecter la Loi sur l'équité salariale. Il s'inspire de plus du système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs.

[325] Elle dépose et commente sur le point le document intitulé Modalités des enquêtes (pièce S-27), créé en novembre 2013 par les représentants au Comité national de l'emploi. On y livre des instructions sur le choix des établissements et des personnes, les règles d'échantillonnage et la façon de partager les questionnaires une fois remplis. Il revient, dit-elle, aux représentants syndicaux qui ont des membres détenteurs du titre d'emploi visé de veiller à faire compléter le questionnaire désigné à cette fin. Les salariés retenus pour le faire sont libérés

une (1) journée et un représentant syndical les accompagne. Ce dernier remet aux titulaires du titre d'emploi visé une copie du questionnaire à remplir par la personne seule qui le fait selon ses préférences, et répond le cas échéant à leurs questions. Certaines d'entre eux rappellent. Aucun des questionnaires n'a été complété entre 2013 et 2018.

[326] Base de référence du processus, ce questionnaire vise à déterminer et à comprendre la nature et le contexte du travail en cause, de même que les tâches et responsabilités du titulaire de ce titre d'emploi. D'autres informations et précisions sont obtenues en cours d'évaluation ou tirées du dossier que l'évaluateur va chercher pour clarifier certaines tâches et certains éléments rapportés par les individus. Dans le présent cas, les cotes d'évaluation de la partie patronale auxquelles les représentants syndicaux avaient accès ont également été utilisées.

[327] Si, pour les fins de l'évaluation et l'examen des réponses, seuls les questionnaires sont utilisés le représentant syndical, dit-elle, peut faire des vérifications des renseignements inscrits, car il dispose des coordonnées des répondants. Elle n'a cependant communiqué avec aucun sexologue clinicien mais reconnaît qu'elle aurait pu le faire. En support à ses collègues pour ce titre d'emploi, elle-même n'a cependant reçu aucun de ces appels. Aux fins de son examen des réponses, elle s'est référée également aux cotes du maintien 2015.

[328] Selon la conseillère syndicale, ces questionnaires ont été complétés en 2018. Lors de l'année précédente, les représentants au sein du CNE ont discuté des établissements, du nombre de répondants et, plus généralement, de l'application des règles d'échantillonnage. Ont suivi les travaux du même comité sur les réponses au questionnaire puis, comme l'indique la correspondance

courriel du 4 juillet 2022, un échange des parties sur les cotes des titres d'emploi de la vague 5, soit sexologue, sexologue clinicien, infirmier clinicien spécialisé, adjoint à la direction et acheteur.

[329] On y observe, par exemple, pour l'évaluation de la Concentration et attention *sensorielle* ou le sous-facteur 4 (SF-4), il y a plus d'une variable à mesurer et donc cela veut dire que la cote du sous-facteur 4 est obtenue par le niveau (N) de concentration et d'attention, la fréquence des interruptions (I) et la fréquence de la simultanéité (S). Selon elle, le CNE utilise le Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs, un outil construit par le Comité d'équité salariale au début des années 2000 qui a servi à évaluer les quelques 450 catégories d'emplois des secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation dans le cadre du programme d'équité salariale du Conseil du trésor pour le secteur parapublic.

[330] Essentiellement, le système sert à donner une valeur aux emplois qui sont différents pour les comparer. Travaillant dans le cadre de la Loi sur l'équité salariale et les quatre (4) grands facteurs qu'elle reconnaît, soit Efforts (F-1), Responsabilités (F-2), Qualifications (F-3) et Conditions de travail (F-4), le Comité paritaire du programme d'équité salariale au début des années les a divisés à son tour en sous-facteurs visant des dimensions spécifiques de l'emploi à des degrés et niveaux différents, donc il n'y a pas de dédoublement dans les dimensions à mesurer. Un guide d'interprétation s'applique de plus à l'examen de ces facteurs et sous-facteurs. Chaque sous-facteur identifie une dimension qu'on veut mesurer et qu'on va retrouver dans tous les emplois à différents degrés et à différents niveaux de complexité. Quand on évalue, on part des tâches caractéristiques principales de l'emploi, leur répartition en temps et les

qualifications exigées. L'outil a des éléments d'interprétation et ces éléments servent de guide pour les évaluateurs.

[331] L'évaluation des titres d'emploi s'effectue sur la base de points ou de valeurs rattachés à ces divers éléments. L'évaluateur se réfère pour ce faire, d'une part, aux cotes des maintiens de l'équité salariale de 2010 et 2015 de l'employeur (pièces S-1 et S-2) et d'autre part, à une échelle de pondération (pièce S-29). Suit les classes de rangement correspondant au total des valeurs retenues selon la fourchette de points que l'on retrouve dans l'affichage du programme de l'équité salariale initial. Pour son évaluation, la conseillère dit avoir utilisé les questionnaires et les cotes d'évaluation du maintien 2015 à des fins de cohérence avec les cotes d'évaluation d'autres emplois.

[332] Dans le présent litige portant sur le sous-facteur Raisonnement (SF-2), le syndicat estime à 6 la cote correspondante contre 5 pour la cote patronale, soit une différence de 20 points. Le Syndicat s'est servi dans son évaluation des cotes du Conseil du trésor soumis aux fins du maintien de l'équité salariale de 2015 pour le titre d'emploi *Sexologue clinicienne* (pièces S-28), lesquelles doivent refléter l'exigence faite au Comité en vertu de de l'article 36.14 de la convention collective de tenir compte de l'application qui en a été faite pour d'autres catégories d'emplois au sens de la Loi sur l'équité salariale.

[333] Dans le cas de ce sous-facteur, l'Intersyndicale détermine à 6 la cote contre le 5 retenue par le Conseil du trésor pour le titre d'emploi de Sexologue clinicienne. Pour le sous-facteur Efforts physiques (SF-5), le litige porte sur l'élément G (travailler debout incluant la marche), l'Intersyndicale retenant une fréquence de 1 et une durée de 2 pour trois (3) points pour une total de quatre (4) points (cote agrégée 2), contre une cote agrégée 1 pour l'employeur qui ne

reconnait aucune valeur de fréquence, durée et point à cet élément. Enfin, pour le sous-facteur 15 Conditions psychologiques (SF-15), une cote patronale 1 est retenue pour *les situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes*, soit la condition B alors qu'une cote de 2 est retenue par l'Intersyndicale. La différence porte pour la condition B à la proportion de temps attribuée (1 vs 2).

[334] Revenant à l'effort mesuré par le sous-facteur 2, la conseillère rappelle qu'on vise ici l'effort mental lié au nombre de variables à traiter et à la complexité des liens à établir entre eux. Ainsi, plus le raisonnement est complexe, plus l'effort intellectuel correspondant sera élevé. Le choix des mots est important. Tels que le soulignent les éléments d'interprétation à ce sujet, il ne s'agit pas ici du rendement de la personne ou de sa capacité mais plutôt des exigences qui découlent d'un nombre élevé de variables et des liens complexes qui les unissent.

[335] C'est en raison de cette complexité, de la grande quantité d'information à traiter et de la variété des techniques à utiliser que l'Intersyndicale a décidé d'accorder la cote 6 au sous-facteur raisonnement. Cette appréciation est fondée sur l'examen des réponses aux questionnaires, ainsi que des entrevues menées aux fins de valider cette information. À ce niveau, l'information recueillie sur les troubles en cause et la recherche qu'ils exigent sont de grande importance.

[336] Or, ce que les questionnaires révèlent, c'est une telle démarche qu'entreprend la sexologue clinicienne lorsqu'elle reçoit un dossier. Elle doit d'abord clarifier l'objectif en cause, recueillir l'information sur l'individu, ses problèmes, son historique familial et ses relations interpersonnelles. Elle doit de plus se renseigner davantage sur les pathologies notées, la médication

administrée, ainsi que leur impact ou les effets sur le comportement du client. Elle évalue le volet émotionnel et comportemental du patient.

[337] La clinicienne se retrouve ainsi en face d'une multitude de variables qu'elle doit synthétiser et qu'il lui faut remettre en lien avec le volet des émotions et des comportements de celui-ci, en plus d'évaluer sa réaction à ce processus, ce qui rend le tout assez complexe. Bref, la conseillère est d'avis que le raisonnement qui en découle est assurément supérieur au niveau 5. Les dossiers dont elle traite ne sont pas ceux pour lesquels une évaluation est tout de suite possible de compléter. À terme, le traitement qu'exige une condition donnée implique pareillement une bonne appréciation de son impact sur le client, non seulement du point de vue sexuel mais également au plan émotif et comportemental.

[338] Tel que l'exige le système d'évaluation, l'Intersyndicale a examiné également les comparables pour ce sous-facteur, soit ici les titres *Psychologue*, *Sexologue* et *Agent ou agente de planification, de programme et de recherche* (APPR) dont elle dépose les descriptifs extraits de la nomenclature (pièce S-30 en liasse). Si la comparaison avec le sexologue est effectivement utile du point de vue du raisonnement, celui-ci, convenu de niveau 5, se distingue par la nature de sa relation au client, soit fondamentalement une relation d'aide, de conseil et de soutien en matière d'enjeux sexuels, comme une ITS par exemple, marquée par des interventions de type ponctuel. Pour le sexologue clinicien, son évaluation d'un trouble implique davantage de variables à mettre en lien axée ultimement sur un traitement et des stratégies de modification de comportements qui vont viser à atténuer un symptôme choc post-traumatique. Cela nécessite du raisonnement et de mettre en relation plusieurs variables et de la recherche afin d'obtenir le bon traitement et la bonne approche, donc le but de ces emplois est différent, le quoi et le comment aussi.

[339] Sous ce rapport, les tâches d'analyse du sexologue clinicien se comparent à celles du psychologue dont le raisonnement reçoit la cote 6. À l'instar du premier, le psychologue mène aussi des évaluations complexes impliquant des pensées, des émotions et des comportements en vue de déterminer des traitements; à la différence toutefois que le sexologue clinicien le fait de façon spécialisée en sexualité. Quant à l'APPR, le niveau 6 lui est accordé pour le raisonnement en raison de la variété et de la complexité des liens qu'il doit établir entre les programmes et les services. De plus, l'agent, dans son analyse d'une quantité importante d'information, poursuit lui aussi l'objectif d'améliorer les programmes et de modifier les services en cause.

[340] Le sous-facteur Efforts physiques (SF-5) évalue les efforts physiques inhérents pour une journée normale de travail; le sous-facteur intègre la fréquence et la durée de certaines activités physiques auxquelles des valeurs spécifiques sont rattachées. À l'élément G du sous-facteur ici en litige, l'Intersyndicale accorde des cotes 1, 2 pour la fréquence et la durée pour un total de 3 points (total de 4 pour le sous-facteur), l'employeur n'en présentant aucune pour l'élément G pour le total par défaut de 1. La conseillère indique que ce total diffère du 3 inscrit au maintien 2015.

[341] Si certains questionnaires abordent peu ce sujet, dit-elle, d'autres aspects des tâches effectuées dans d'autres parties du questionnaire donnent des indications sur cet aspect du travail. Elle donne l'exemple de réponses axées sur les stratégies pour entrer en communication avec les victimes, de bouger avec elle, d'observer l'individu dans son environnement, mais incomplètes sur les détails afférents. D'où le besoin à la fois de prendre l'ampleur d'une réponse et à l'occasion d'entrer en contact avec le répondant.

[342] À nouveau, reconnaît la conseillère, les questionnaires sont la première source d'information pour déterminer le niveau approprié des conditions psychologiques qu'entendent mesurer les divers éléments liés aux sous-facteur 15, ici l'élément B en litige portant sur les situations difficiles génératrices d'interactions conflictuelles, hostiles ou violentes. L'Intersyndicale en établit la présence à un niveau 2 de l'échelle de proportion de temps (30 % à 60 %).

[343] Selon elle, il convient d'aller au-delà des seuls questionnaires parce que le répondant, exposé fréquemment à cet environnement, développe une « habitude » qui tend à en minimiser l'impact. Il en va différemment de l'évaluateur s'il veut apprécier pleinement les conditions et les réelles circonstances en cause. Elle rappelle que le niveau 2 est la cote de maintien 2015 pour cet élément du sous-facteur, soit une proportion de 30 à 60% du temps (plus ou moins 10,5 heures/semaine), alors que l'employeur l'établit à moins de 30% du temps (niveau 1).

[344] Passant aux trois titres comparables pour le sous-facteur 2, elle répond, toujours en contre-interrogatoire, qu'il y a une différence de cote pour le sous-facteur 13 (F-13 – Habilités en relations interpersonnelles) entre le sexologue (cote 5) et le sexologue clinicien (cote 6) qui tient essentiellement à la relation psychothérapeutique propre à ce dernier. La différence dans les actes réservés entre le psychologue (10) et le sexologue clinicien (3) que lui suggère la procureure patronale ne paraît pas avoir joué dans son analyse. Elle reconnaît que le psychologue traite des problématiques non traitées par le sexologue clinicien (exemple : trouble de la personnalité limite ou TPL) qui traite la composante sexologique de l'aspect psychologique.

[345] Pour le sous-facteur 15, la conseillère rappelle que les parties s'entendent sur sa présence dans le travail du sexologue clinicien mais réitère que le salarié, par une exposition fréquente à son contact, tend à en minimiser la portée. En réponse à une question de la procureure patronale, elle confirme qu'une proportion de moins de 30% pourrait correspondre à 9,5 heures/semaine. La conseillère confirme que la question sur les conditions psychologiques dans le questionnaire est spécifique mais qu'il lui revient de faire le lien avec les tâches et les responsabilités. À une question, elle répond ne pas se souvenir que 9 (neuf) questionnaires sur onze (11) font état d'une proportion de moins de 30% du temps.

[346] Elle reconnaît que son organisation syndicale ne compte pas de sexologue clinicien et qu'elle ne siégeait pas au CNE lors de l'évaluation du titre de sexologue clinicien. Elle a plutôt travaillé à l'interne à la CSQ et eu des échanges avec deux (2) de ses collègues représentantes au CNE sur des dossiers d'évaluation, la seconde ayant remplacé la première.

[347] Son vis-à-vis patronal M. Alexandre Lacasse indique pour sa part que l'évaluation du présent titre d'emploi s'est amorcée à l'été 2022 avec des échanges au sein du CNE à son sujet. En novembre 2022, il y a présenté l'évaluation du sexologue clinicien ainsi que l'argumentaire patronal. Il souligne que le programme d'équité salariale de l'Intersyndicale sert de référence, lequel est constitué de 350 catégories d'emploi des trois secteurs confondus (santé et services sociaux, commissions scolaires et collèges), elles-mêmes réparties en prédominance féminine, masculine ou sans prédominance.

[348] Le système d'évaluation des emplois pour l'ensemble des salariés de ces secteurs est celui intitulé *Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs et*

Élément d'interprétation dont le texte intégral et final est reproduit à la pièce ES-4. Le conseiller explique avoir reçu aux fins de son utilisation une semaine intensive de formation encadrée par le coordonnateur de l'équité salariale. Cette formation signifiait s'attarder à chacune des pages pour apprendre, entre autres, à consulter et évaluer des questionnaires (de vrais postes), à établir les liens appropriés, à dégager les informations pertinentes et à échanger avant de justifier les cotes retenues.

[349] Un élément central à toujours garder en tête selon M. Lacasse est qu'une telle évaluation ne s'entend en rien de la personne titulaire de l'emploi, mais du poste lui-même; en d'autres mots, on n'évalue pas les personnes mais les fonctions. Autre élément important : le titre d'emploi est celui qui doit prévaloir dans l'ensemble du secteur parapublic au Québec, une représentativité qui doit s'accorder à la cueillette prioritaire d'information avec le même questionnaire que ceux utilisés pour les 350 catégories d'emploi précitées qui sont la source d'information principale. Il importe donc aux fins de l'évaluation d'un titre d'emploi de maintenir la cohérence et l'équité, des aspects fondamentaux de l'exercice.

[350] Il renvoie sur la collecte de renseignements au point 6.3 du Guide pour réaliser l'équité salariale et en évaluer le maintien, 6^e édition CNESSST (pièce P-27, p. 62). On y note : « *Que la collecte d'information sur les catégories d'emplois soit faite par questionnaire, par entrevue, par observation ou par une combinaison de ces techniques, elle doit être uniforme pour toutes les catégories d'emplois et permettre de recueillir le même degré d'information propre à chacune* ».

[351] C'est précisément cette logique qui a présidé à l'élaboration du questionnaire utilisé pour la cueillette d'information sur les tâches de la

sexologue clinicienne. Convenu et contrôlé par les parties, ce questionnaire est celui auquel ont répondu les sexologues cliniciennes, réponses reproduites dans la pièce ES-6. Le traitement de cette information, souligne M. Lacasse, exige d'abord de se concentrer sur les tâches caractéristiques de l'emploi, puis de tenter de se prémunir contre la base inhérente de subjectivité liée à une telle opération en gardant en tête le danger de biais possibles, l'effet « halo » le premier d'entre eux, ou le phénomène de saillance soit la tendance à exagérer l'importance relative d'un élément ou d'une tâche au détriment des autres.

[352] Une formation rigoureuse de l'évaluateur est un autre rempart à la subjectivité, notamment à l'égard des éléments d'interprétation du système d'évaluation. M. Lacasse a été appelé lui-même à donner cette formation dans les années 2018-19, en plus d'être consulté comme référence lors des négociations, ou dans le cadre de programmes d'équité salariale pour les organismes hors fonction publique ou pour le programme général de l'Éducation (méthode Hay).

[353] Le CNE dispose de divers outils dans sa tâche d'évaluation d'une fonction à partir du présent système d'évaluation. Ce sont d'abord le questionnaire d'enquête; ensuite, les prescriptions du système d'évaluation, incluant les éléments d'interprétation qui lui sont associés; enfin, les catégories d'emplois utilisés comme comparateurs pour chacun des facteurs en vue d'assurer la cohérence de l'ensemble du système. Tirés des mêmes groupes (par ex. technique et professionnel) et d'une même famille (par ex. relation d'aide ou administration), ils sont utilisés pour chacun des sous-facteurs par une analyse verticale avec d'autres catégories.

[354] Les questionnaires sont complétés par les salariés, en l'occurrence les titulaires du titre d'emploi, déterminés en vertu des règles d'échantillonnage conjointes. Les questionnaires sont administrés par la partie syndicale. Ils l'ont fait durant la période juin-juillet 2018. Une fois complétés, leurs réponses ont fait l'objet d'analyse et de présentation au sein du CNE à partir du système d'évaluation à dix-sept (17) sous-facteurs développé aux fins de l'équité salariale et de ses éléments d'interprétation.

[355] Sans vouloir reprendre tous les éléments introductifs du système d'évaluation (page ii, pièce ES-4), le conseiller attire l'attention sur le sens de la division de celui-ci en quatre (4) facteurs prévus à la Loi sur l'équité salariale et les 17 sous-facteurs « *couvrant les principaux aspects d'un emploi. Les sous-facteurs permettent d'évaluer des aspects différents mais complémentaires et touchent les dimensions significatives de l'emploi* ». Sur le processus d'évaluation, et toujours dans la page de présentation, il dégage parmi les instructions le concernant les suivantes : « *Il est important de prendre en compte l'ensemble des informations relatives à l'emploi contenues aux questionnaires. L'évaluatrice ou l'évaluateur ne doit pas se limiter aux seules informations qu'on retrouve dans la description de tâches ou fonctions ou encore à celles qui se retrouvent dans les questions complémentaires* » et « *Toute manifestation qui n'est pas inhérente aux tâches ou fonctions de l'emploi (organisation du travail, organisation physique des lieux) n'est pas considérée aux fins de l'évaluation* ».

[356] Les éléments d'interprétation touchant chacun des quatre (4) facteurs offrent de plus à l'évaluateur des balises importantes dans son travail d'analyse et de jugement sur l'information disponible. M. Lacasse résumé qu'une bonne évaluation repose sur un échantillon représentatif, les catégories d'emplois

utilisées comme comparables ainsi que sur les tâches significatives et caractéristiques de la catégorie d'emplois évaluée.

[357] M. Lacasse indique avoir lui-même évalué quelques centaines de questionnaires dans son travail d'évaluateur. Il a de plus été appelé à valider le travail de collègues. Selon lui, la rigueur exigée dans ce travail importe au plus haut point car l'impact d'une évaluation erronée a pour effet de briser la cohérence de l'ensemble, en plus de s'avérer inéquitable pour les autres catégories d'emplois.

[358] Impliqué dans l'évaluation de l'emploi sexologue clinicien, le conseiller a évalué les questionnaires et l'emploi, suivi l'évolution des enquêtes avec l'équipe de collègues, veillé à la coordination avec l'équité salariale, échangé avec les partenaires (CPNSSS, MSSS) et développé l'argumentaire patronal. L'objectif à l'égard de l'ensemble de l'information recueillie sur l'emploi était de tracer un portrait représentatif des tâches caractéristiques et représentatives de l'emploi telles qu'on les retrouve dans l'ensemble du Québec.

[359] C'est ce portrait qu'il dépose sous la forme d'une liste de tâches caractéristiques et représentatives de l'emploi de sexologue clinicien qu'il a lui-même extrait des réponses aux questionnaires mentionnés (P-28) soumis aux sexologues cliniciens lors de l'enquête. Il confirme avoir présenté verbalement ce portrait à l'Intersyndicale dans le cadre des travaux du CNE sans que l'Intersyndicale s'y objecte, mais reconnaît en contre-interrogatoire qu'il n'a pas été convenu avec la partie syndicale.

[360] Il ajoute que les questions reliées aux sous-facteurs ici en litige présentent un intérêt particulier. Il s'agit pour le sous-facteur 2, de la question 10; pour le sous-facteur 5 de la question 15 et, pour le sous-facteur 15, de la question 20.

[361] Passant ensuite aux sous-facteurs en litige, il souligne d'abord que les éléments d'interprétation du sous-facteur 2 Raisonnement (p. 2a) de ES-4) reflètent une information tirée des 350 catégories d'emploi évaluées précédemment aux fins de l'équité salariale (mon souligné).

[362] Pour l'Employeur, dit-il, ce sous-facteur doit recevoir la cote 5 et non la cote 6 proposée par l'Intersyndicale, s'appuyant notamment sur un *Relevé des réponses à la question #10 des questionnaires de 2018 du sexologue clinicien* (pièce P-29). Ce qui se dégage de l'analyse de l'ensemble des réponses aux questionnaires, c'est que les sexologues cliniciens traitent de situations complexes, plus ou moins définies qui exigent de la recherche élaborée et l'analyse et synthèse de plusieurs variables. En résumé, les sexologues cliniciens traitent de situations complexes dont les spécificités se situent à l'intérieur de la sexologie.

[363] M. Lacasse réitère que la question 10 du questionnaire est celle portant expressément sur le raisonnement. Il dépose un tableau touchant ce sous-facteur comprenant les cotes de tous les sous-facteurs des catégories d'emploi comparables (pièce P-30a) et deux (2) autres de même nature sur les sous-facteurs Efforts physiques 5 et 15 Conditions psychologiques (pièces P-30 b) et P-30 c). Les comparables retenus aux fins de l'évaluation du sous-facteur raisonnement SF-2 sont dans l'ordre : Infirmier praticien spécialisé, Psychologue, Psychoéducateur, Travailleur social et Conseiller en orientation. Les catégories d'emplois sont celles basées sur l'équité salariale.

[364] À part les deux premières à qui la cote 6 est octroyée, les autres, incluant le sexologue clinicien reçoivent la cote 5. La relation d'aide propre à ces trois (3) catégories d'emplois est leur principal champ d'exercice ou de spécialité de leur fonction, selon le conseiller, ce qui en fait de réels comparables pour le sexologue clinicien. À partir de ce champ, chaque professionnel y imprimera sa spécialité, soit les stratégies adaptives pour le psychoéducateur pour le dépistage, l'évaluation, l'accompagnement pour élèves avec des difficultés d'adaptation, adaptation sociale pour le travailleur sociale et le développement personnel pour le conseiller en orientation Qui comporte des fonctions d'aide, d'évaluation, d'accompagnement et de développement de carrière.

[365] Dans le cas des deux autres emplois comparables, la cote 6 supérieure reçue provient à son avis d'un champ d'exercice plus large impliquant des situations à traiter plus vastes et des variables plus nombreuses, incluant par exemple pour le psychologue la totalité de la santé mentale. De l'avis du conseiller, le Code des professions (extraits pièce P-32) témoigne déjà de cette plus grande complexité lorsqu'il reconnaît (dix) 10 activités réservées pour le psychologue (page 25 sur 124) contre trois (3) pour le sexologue clinicien (page 30 sur 124). La durée de la formation du psychologue est également plus longue.

[366] Quant à l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), son champ d'intervention réunit la santé physique, mentale et psychosociale et les dix (10) systèmes du corps humain (respiratoire, cardiaque, nerveux, endocrinien, etc.). Sa formation est davantage d'ordre médical et les situations à traiter (maladies chroniques, diabétiques, etc.) sont complexes et exigent des examens cliniques. Bref, il y a dans son cas une masse d'informations à traiter et pour lesquelles elle doit

recourir à nombre d'outils distincts. La grande variété des cas ajoute ainsi à la variété des facteurs à considérer.

[367] Passant aux Efforts physiques de la fonction (SF-5), le conseiller réfère à la pièce P-30b) sur les catégories d'emplois comparables (les mêmes que précédemment à part l'ajout de l'ergothérapeute) et les cotes correspondantes. Il y joint un *Relevé des réponses à la question #15 des questionnaires de 2018 du sexologue clinicien* pour les activités physiques G, H, I, J. (pièce P-33). L'activité physique G (*travailler debout incluant la marche*) est la seule ici en cause, dit-il, et demeure soumise à la règle selon laquelle une période continue n'est pas en l'occurrence un cumul de temps aux fins de l'application de cet élément. C'est pourquoi l'activité H n'est pas reconnue par l'employeur.

[368] Le conseiller convient en contre-interrogatoire que les réponses sur l'activité G (travailler debout) figurant au relevé (P-33) sont les suivantes : 4 = oui; 4 = non et 4 sans indication précise. Pour les quatre (4) questionnaires sans indication, il confirme n'avoir pas effectué de vérifications additionnelles (entrevues, rencontres), mais précise avoir privilégié les informations apparaissant dans les questionnaires en considérant l'ensemble des informations. Afin d'assurer une cohérence et une équité des évaluations, la collecte doit être uniforme pour toutes les catégories. Pour appuyer le propos, si un titulaire a l'opportunité de venir préciser par entrevue et l'autre titulaire n'a pas cette même opportunité, c'est inéquitable. Cela rejoint l'information formulée au point 6.3.1 du Guide de l'équité salariale précitée (P-27, p. 62).

[369] L'historique de l'évaluation de cet emploi explique selon lui le changement dans la valeur reconnue à ce sous-facteur 5. Créé en 2013, ce titre d'emploi a été évalué en 2015 en vertu d'une échelle temporaire résultant en un rangement

23. L'emploi présentait alors peu de vécu au moment où le SCT a déterminé les cotes d'évaluation de l'emploi. L'enquête par voie de questionnaires en 2018 rempli par des personnes titulaires a permis par la suite de combler cette lacune. L'évaluation de 2015 et l'échelle salariale étaient, dit-il, provisoires dans une certaine mesure, soit avant les travaux du CNE.

[370] À son avis, ce qui ressort de l'ensemble des tâches du questionnaire sur ce point (question 15), c'est que le sexologue clinicien accomplit ses tâches caractéristiques en position assise. Ainsi, quatre (4) sexologues cliniciens ne répondent strictement rien en ce sens et écartent l'activité H, alors que les quatre (4) autres notent se déplacer pour aller à des rencontres ou à l'hôpital, des situations nullement pertinentes aux fins de l'application de cet élément du sous-facteur. Travailler debout n'est donc nullement partie ici des tâches caractéristiques de cet emploi.

[371] À l'instar du psychologue, du travailleur social et du conseiller en orientation, le sexologue clinicien accomplit la grande majorité de ses tâches caractéristiques en position assise; d'où la cote 1 octroyé pour ce sous-facteur. À l'inverse, l'infirmière praticienne spécialisée, l'ergothérapeute et le psychoéducateur sont appelé typiquement à se déplacer chez les usagers pour les observer ou agir sur eux. Ils le font à des degrés divers comme l'indiquent les cotes 3, 4 et 2 qu'on leur attribue pour ce sous-facteur.

[372] L'activité B du sous-facteur 15 est celle ici en litige. Ce sous-facteur mesure les conditions psychologiques contraignantes dont l'évaluation nécessite de se baser sur des périodes normales de travail. Elle renvoie à des « *situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes* » et est associée à une échelle de proportion de temps sur une base annuelle comportant

trois 93) niveaux, soit moins de 30%, entre 30 et 60%, et plus de 60%. Les éléments d'interprétation du sous-facteur viennent préciser la portée de chaque condition, notamment pour B qui note : « *Les interactions nécessaires à l'exécutions des tâches ou fonctions de l'emploi sont fondamentalement difficiles et négatives* ». Or, cette condition est reconnue par les deux (2) parties souligne le conseiller mais le différend porte sur l'échelle de proportion de temps reconnue (niveau 1 vs niveau 2).

[373] Les interactions avec la clientèle, l'élément ici visé, fait assurément partie des tâches caractéristiques du sexologue clinicien. Cela dit, plusieurs autres de ces tâches ne sont pas exécutées en présence de la clientèle : cueillette d'informations, élaboration du plan d'intervention, analyse de la problématique, rédaction de notes évolutives, etc. Au surplus, les usagers représentent une clientèle largement volontaire et qui, à priori, n'est pas violente. L'hostilité ne se pointe pas non plus à chaque rencontre et le professionnel peut mettre fin au suivi si la dynamique est franchement hostile.

[374] Le *Relevé des réponses à la question #20 des questionnaires de 2018 du sexologue clinicien pour la condition B* (pièce P-34) s'inscrit aussi dans la ligne de moins de 30%. Onze (11) des douze (12) questionnaires rapportent une condition B dont neuf (9) reconnaissent cette condition dans cette proportion de temps. Pour les comparables, à part l'éducateur, le socio thérapeute, l'infirmier (Institut Pinel) et le garde (Institut Pinel) qui se sont vu reconnaître un niveau 2, le psychologue, l'éducateur et le criminologue reçoivent tous, comme le sexologue clinicien, un niveau 1 pour la condition B, c'est-à-dire la reconnaissance d'une survenance de moins de 30% du temps.

III
DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES
ET TEXTES CONNEXES

Convention collective nationale – CPNSSS et APTS

30 janvier 2022 – 31 mars 2023

ARTICLE 36
MÉCANISME DE MODIFICATION À LA NOMENCLATURE DES TITRES
D'EMPLOI, DES LIBELLÉS, DES TAUX ET DES ÉCHELLES DE
SALAIRE

Dispositions générales

36.01 *Toute modification à la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire est soumise à la procédure prévue ci-après.*

36.02 *Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est le seul autorisé à abolir ou à modifier un titre d'emploi prévu à la nomenclature ou à en créer un nouveau.*

36.03 *Un Syndicat ou un regroupement syndical ou un Employeur peut aussi demander une modification à la nomenclature. Pour ce faire, il doit acheminer au MSSS une demande écrite, motivée, à l'aide du formulaire prévu à cet effet. À moins que la demande soit conjointe, une copie est acheminée à l'autre partie.*

Le MSSS informe les regroupements syndicaux de toute demande de modification qu'il reçoit.

36.04 *Un titre d'emploi peut être créé dans les seuls cas où le MSSS détermine:*

- *que les attributions principales d'un emploi ne se retrouvent dans aucun libellé des titres d'emploi prévus à la nomenclature;*
- *que des modifications significatives sont apportées aux attributions principales d'un titre d'emploi déjà prévu à la nomenclature.*

Dans tous les cas, les attributions principales d'un titre d'emploi doivent avoir un caractère permanent.

36.05 *Le MSSS informe le requérant et les regroupements syndicaux de sa décision de donner suite ou non à toute demande de modification de la nomenclature.*

Aux fins du présent mécanisme, les regroupements syndicaux sont les neuf (9) entités syndicales suivantes : l'APTS, la FP-CSN, la FSSS-CSN, la FSQ-CSQ, F4S-CSQ, la FIQ, la CSD, le SCFP-FTQ et le SQEES-FTQ.

Chaque regroupement syndical est responsable d'informer le MSSS des coordonnées de la personne désignée pour recevoir les informations en provenance du MSSS.

Consultation sur le projet de modification

36.06 *Si, au cours de la durée de la présente convention collective, le MSSS désire modifier la nomenclature, il en informe par écrit chacun des regroupements syndicaux. L'avis transmis par le MSSS doit inclure la description détaillée du projet de modification.*

Dans le cas où le MSSS décide de ne pas donner suite à un projet de modification de la nomenclature suite à une demande faite en vertu des dispositions de la clause 36.03, il en informe les regroupements syndicaux et les parties locales visées.

36.07 *Les regroupements syndicaux disposent d'un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de la réception du projet de modification à la nomenclature pour soumettre leur avis par écrit au MSSS.*

36.08 *Sur demande écrite d'un regroupement syndical, le MSSS convoque une rencontre des regroupements syndicaux et des représentants du MSSS, dans le but d'échanger des informations sur le projet de modification. La rencontre doit avoir lieu dans un délai de trente (30) jours de la réception de l'avis. Le MSSS peut aussi convoquer une telle rencontre à son initiative.*

36.09 *Au terme du délai prévu à la clause 36.07, le MSSS informe les regroupements syndicaux de sa décision.*

Comité national des emplois

36.10 *Un comité national des emplois est créé dans les quatre-vingt-dix (90) jours de l'entrée en vigueur de la convention collective.*

36.11 *Le comité est composé de six (6) représentants de la partie patronale et, pour la partie syndicale, de deux (2) représentants pour les syndicats*

CSN et FIQ et d'un maximum de deux (2) représentants pour chacun des syndicats suivants : CSQ, APTS et FTQ.

Chaque partie se nomme une personne secrétaire; toute communication d'une partie à l'autre se fait par l'intermédiaire de la personne secrétaire.

36.12 *Le comité se réunit à la demande de l'une ou l'autre des parties par un avis écrit de la personne secrétaire. La rencontre doit avoir lieu dans un délai de dix (10) jours de la réception de l'avis.*

36.13 *Le comité a pour mandat de déterminer le rangement applicable à tout nouveau titre d'emploi qui lui est référé par le MSSS ou à tout titre d'emploi existant pour lequel le MSSS modifie les exigences académiques.*

Pour ce faire, il doit utiliser le système d'évaluation des emplois en vigueur et déterminer les cotes d'évaluation à attribuer à chacun des sous-facteurs d'évaluation.

36.14 *Le comité doit constater que l'ensemble des informations pertinentes est disponible avant que ne soient entamées les discussions sur le nouveau titre d'emploi et la valeur des fonctions s'y rattachant.*

Le cas échéant, le comité peut, aux fins de l'évaluation des fonctions, utiliser des emplois repères significatifs ou des manifestations repères convenues entre les parties et le guide d'interprétation du système d'évaluation. Il doit tenir compte de l'application qui en a été faite pour d'autres catégories d'emplois au sens de la Loi sur l'équité salariale.

36.15 *Si les parties s'entendent sur l'évaluation de tous les sous-facteurs, le taux ou échelle de salaire rattaché au nouveau titre d'emploi est le taux ou l'échelle de référence du rangement correspondant, déterminé par le Conseil du trésor ou, s'il est complété, par le programme d'équité salariale comprenant le titre d'emploi évalué.*

36.16 *Toute entente au niveau du comité national des emplois est sans appel et exécutoire.*

36.17 *Si aucune entente n'est intervenue sur les cotes à attribuer aux sous-facteurs du système d'évaluation dans les quatre-vingt-dix (90) jours du constat prévu à la clause 36.14, les cotes des sous-facteurs en litige sont soumises à l'arbitrage avec un sommaire des prétentions respectives des parties.*

Procédure d'arbitrage

36.18 *Les parties tentent de s'entendre sur la nomination d'un arbitre spécialisé dans le domaine de l'évaluation des emplois. À défaut d'entente dans les trente (30) jours, une des parties demande au ministre du Travail de désigner cet arbitre spécialisé.*

36.19 *Chaque partie désigne son assesseur et assume les honoraires et les frais de celui-ci.*

36.20 *La juridiction de l'arbitre se limite à l'application du système d'évaluation quant aux sous-facteurs en litige qui lui sont soumis et à la preuve présentée. Il n'a aucune juridiction pour altérer le système d'évaluation des emplois, son guide d'interprétation, les taux et échelles de référence ou d'autres outils permettant de fixer l'évaluation des fonctions.*

L'arbitre doit prendre en compte, aux fins de la comparaison des cotes d'évaluation, l'application qui a été faite pour d'autres catégories d'emplois.

36.21 *Le rangement de l'emploi évalué correspond aux cotes des sous-facteurs faisant l'objet de consensus au comité national des emplois et celles déterminées par l'arbitre.*

36.22 *Le taux ou l'échelle de salaire rattaché au nouveau titre d'emploi est le taux ou l'échelle de référence du rangement correspondant, déterminé par le Conseil du trésor ou, s'il est complété, par le programme d'équité salariale comprenant le titre d'emploi évalué.*

36.23 *S'il est établi lors de l'arbitrage qu'une ou plusieurs fonctions n'apparaissent pas à la description, bien que les personnes salariées soient et demeurent tenues de les accomplir, l'arbitre peut décider de les inclure dans la description aux fins d'exercer la juridiction que lui attribuent les dispositions de la clause 36.20.*

36.24 *La décision de l'arbitre est finale et lie les parties. Ses honoraires et frais sont assumés à parts égales entre les parties.*

Changement de salaire à la suite d'une reclassification

36.25 *Le cas échéant, le réajustement des gains de la personne salariée reclassifiée en vertu des présentes est déterminé selon les dispositions de la convention collective et est rétroactif à la date à laquelle la personne*

salariée a commencé à exercer les fonctions du nouveau titre d'emploi mais au plus tôt à la date de mise en vigueur prévue en application de la clause 36.06.

36.26 *Le versement est effectué dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entente entre les parties ou la décision arbitrale.*

Modifications à la nomenclature

36.27 *Lorsque des modifications sont apportées à la nomenclature en vertu des dispositions du présent article, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en avise les parties nationales. Ces modifications entrent en vigueur à la date de cet avis.*

Nomenclature – titre d'emploi

1546 PSYCHOLOGUE

Heures par semaine : 35

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne qui, selon les règles particulières de la profession, conçoit et exerce des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins individuels et collectifs du ou des usagers.

*Doit détenir un diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie. **

**Pour utiliser ce titre réservé, la personne doit être membre de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec. À la demande de l'employeur, la personne concernée fournit la preuve de son appartenance audit Ordre.*

Échelle salariale : Groupe 768

**1573 SEXOLOGUE CLINICIEN OU SEXOLOGUE CLINICIENNE
(ÉCHELLE NON DÉFINITIVE)**

Heures par semaine : 35

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne qui exerce des activités de conception, d'actualisation, de consultation, d'analyse et d'évaluation en sexualité humaine, notamment, elle détermine et

met en application des plans d'intervention sexologique à des fins éducationnelle et préventive ou de relation d'aide. Elle effectue également des évaluations spécialisées et des traitements de psychothérapie auprès de personnes présentant des troubles sexuels et de l'identité sexuelle.

Doit détenir une maîtrise en sexologie concentration clinique ou l'équivalent.

Doit détenir un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.

Doit être membre de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec.

**Jusqu'au 1^{er} avril 2019, groupe salarial 760
À compter du 2 avril 2019, rangement 23**

1572 Sexologie

Heures par semaine : 35 - 37,50

Catégorie de personnel : 4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Sous-catégorie de personnel : 42 - Professionnel de la santé

Libellé

Personne qui exerce des activités de conception, d'actualisation, de consultation, d'analyse et d'évaluation en sexualité humaine, notamment, elle détermine et met en application des plans d'intervention sexologique à des fins éducationnelle et préventive ou de relation d'aide.

Doit détenir un baccalauréat en sexologie.

Doit être membre de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec

Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs
et
Éléments d'interprétation

Présentation

Le système d'évaluation des emplois ainsi que le Guide d'interprétation qui le complète sont des instruments servant à mesurer différents aspects susceptibles d'être présents, à des degrés différents, dans les emplois que l'on retrouve dans le secteur parapublic et ce, dans le cadre de la réalisation de l'équité salariale.

Ces instruments sont présentés dans ce document de manière à ce que soient regroupés les sous-facteurs du système d'évaluation des emplois et les éléments s'y rattachant. En effet, chaque sous-facteur d'évaluation se situe sur la page de gauche, tandis que les éléments d'interprétation afférents sont présentés sur la page de droite.

1. Éléments généraux

- *Le système d'évaluation des emplois comporte quatre (4) facteurs d'évaluation soit : les qualifications, les efforts, les responsabilités et les conditions de travail.*
- *Ces quatre (4) facteurs sont subdivisés en dix-sept (17) sous-facteurs couvrant les principaux aspects d'un emploi. Les sous-facteurs permettent d'évaluer des aspects différents mais complémentaires et touchent les dimensions significatives de l'emploi. Pour chaque sous-facteur, on retrouve :*
 - *une définition précisant les aspects évalués par le sous-facteur;*
 - *les niveaux du sous-facteur dont le nombre peut varier de l'un à l'autre.*

2. Processus d'évaluation

L'évaluatrice ou l'évaluateur met en parallèle les informations du questionnaire d'analyse d'emploi avec les manifestations décrites dans l'énoncé de chacun des niveaux de chacun des sous-facteurs. Pour déterminer le niveau approprié, il faut considérer l'ensemble des tâches ou fonctions de l'emploi et non pas quelques tâches ou fonctions

particulières. Il est recommandé de prendre en compte le contexte global dans lequel s'exercent les tâches ou fonctions.

- Il est important de prendre en compte l'ensemble des informations relatives à l'emploi contenues aux questionnaires. L'évaluatrice ou l'évaluateur ne doit pas se limiter aux seules informations qu'on retrouve dans la description de tâches ou fonctions ou encore à celles qui se retrouvent dans les questions complémentaires.*
- Aux fins de l'évaluation, on retient habituellement la dernière année (12 mois précédant la collecte d'informations et l'évaluation) comme période ou base de référence. Pour les emplois saisonniers cette base doit être interprétée comme la période normale prévue de l'emploi.*
- Pour les postes occupés à temps partiel (en fonction du nombre d'heures et de jours travaillés dans une semaine) il faut parfois interpréter la base de référence comme la période normale prévue de l'emploi, particulièrement pour les échelles de fréquence de certains sous-facteurs.*
- Toute manifestation qui n'est pas inhérente aux tâches ou fonctions de l'emploi (organisation du travail, organisation physique des lieux, etc.) n'est pas considérée aux fins de l'évaluation.*
- Les sous-facteurs d'évaluation 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16 et 17 comportent plus d'une dimension pour couvrir la réalité évaluée pour chacun des sous-facteurs. Pour simplifier le processus d'évaluation, notamment pour les sous-facteurs 5, 15 et 16, un mécanisme permettant une synthèse des éléments de mesure de chaque sous-facteur a été retenu. Ce mécanisme, appelé « formule d'agrégation », permet d'obtenir une seule cote (agrégée) tout comme pour les autres sous-facteurs d'évaluation.*
- Il importe de mentionner qu'il n'est pas possible pour aucun des sous-facteurs d'attribuer une cote agrégée « 0 ». La cote « 1 » est la plus basse pouvant être accordée, ou la cote attribuée par défaut.*
- Pour les sous-facteurs qui comportent plus d'une dimension, il n'est pas toujours possible d'attribuer certaines cotes d'évaluation. Une mention N/A pour « non applicable » apparaît alors dans le tableau d'agrégation.*

3. Particularités d'application

Au moment de l'évaluation de certains postes, il est possible qu'on ne retrouve pas, dans la description des niveaux des sous-facteurs, des manifestations qui illustrent explicitement des aspects concrets de l'emploi (particulièrement pour les sous-facteurs 8 et 13). Dans ce cas, il faut effectuer un raisonnement par analogie : le niveau du sous-facteur est choisi, sans référer explicitement aux caractéristiques de l'emploi. Le niveau déterminé n'en comprend pas moins des manifestations dont le contexte, le sens général et l'intensité relative sont analogues et équivalents aux manifestations particulières de l'emploi.

Facteur 1 – Efforts

(...)

Sous-facteur 2 – Raisonnement

<i>Ce sous-facteur sert à évaluer le raisonnement habituellement exigé pour accomplir les tâches de l'emploi et traiter les situations.</i>

Les énoncés suivants servent à déterminer le niveau qui reflète le plus adéquatement le raisonnement exigé pour accomplir les tâches de l'emploi.

Niveaux

- 1. Les situations à traiter sont semblables ou coutumières. Il est nécessaire de considérer un nombre minime d'informations connues pour agir.*
- 2. Les situations à traiter sont variées et comportent quelques éléments nouveaux. Il est nécessaire de considérer un certain nombre d'informations pratiques pour agir.*
- 3. Les situations à traiter comportent des éléments nouveaux. Elles nécessitent une certaine recherche et de la réflexion pour évaluer et organiser une quantité modérée d'informations.*
- 4. Les situations à traiter sont nouvelles et leur nature n'est pas bien définie. Elles nécessitent le traitement d'informations*

incomplètes, l'analyse et la synthèse de variables ou d'éléments techniques pour les préciser.

5. Les situations à traiter sont complexes et leur véritable nature n'est pas définie. Elles nécessitent une recherche élaborée et de la réflexion, l'analyse et la synthèse de plusieurs variables.

6. Les situations à traiter sont complexes. Elles nécessitent une recherche très élaborée et de la réflexion, l'analyse approfondie et la synthèse d'une grande quantité d'informations et de variables.

7. Les situations à traiter sont très complexes. Elles nécessitent une recherche exhaustive et de la réflexion, l'analyse critique et la synthèse de toutes les informations et variables.

Sous-facteur 2 – Raisonnement

ÉLÉMENTS D'INTERPRÉTATION

- A. Ce sous-facteur sert à évaluer le niveau de raisonnement habituel requis par les tâches ou fonctions de l'emploi, dans le traitement d'informations et de variables, dans l'analyse et la synthèse de situations. Il s'agit d'identifier la nature des situations à traiter (semblables, habituelles, diverses, nouvelles, inconnues, complexes, ...) ainsi que la démarche mentale (recherche, réflexion, analyse, synthèse) qui est requise pour traiter ces situations.*
- B. Pour apprécier le niveau de raisonnement, on prend en compte différents éléments tels que la nouveauté, la diversité et la complexité des situations rencontrées, l'ampleur de la recherche, la quantité et la qualité des informations à traiter, le degré d'analyse nécessaire et la synthèse à effectuer.*
- C. Pour déterminer le niveau approprié, il faut considérer l'ensemble des tâches ou fonctions de l'emploi et non pas quelques tâches ou fonctions particulières. Il ne s'agit pas d'évaluer le raisonnement dont une personne est capable mais plutôt le raisonnement dont elle doit faire preuve dans l'exercice des tâches ou fonctions de l'emploi.*
- D. Le niveau de raisonnement varie selon que la personne titulaire doit analyser et évaluer un nombre plus ou moins grand de variables, plus ou moins complexes, et leurs relations. Par exemple, recevoir et répondre aux plaintes ou aux demandes (orales ou écrites) peut*

impliquer le traitement de beaucoup de cas en apparence différents : ils peuvent ne pas porter sur les mêmes sujets, reposer sur des argumentations distinctes et requérir parfois une solution particulière. Cependant, chaque cas n'est pas nécessairement « inhabituel » ou ne s'écarte pas pour autant des cadres de référence couramment utilisés.

E. Au niveau 7, par « recherche exhaustive », on considère qu'à peu près rien ne peut être négligé; aussi, on doit interpréter « toutes » comme « très grandes ».

Facteur 1 – Efforts

(...)

Sous-facteur 5 – Efforts physiques

Ce sous-facteur sert à évaluer les efforts physiques inhérents à l'exécution des tâches de l'emploi lors d'une journée normale de travail.

Les énoncés suivants servent à déterminer la ou les activités physiques que l'employée ou l'employé est requis d'effectuer dans l'exercice des tâches de l'emploi.

À noter qu'il ne faut pas évaluer les activités physiques qui ne sont pas inhérentes aux tâches de l'emploi.

Pour les activités A, B et C, le poids signifie un objet, une personne, un animal ou autres.

Activités physiques

- A. *Lever, pousser, tirer, tenir ou déplacer des poids légers (moins de 10 kg) exigeant peu d'effort physique ou déployer un effort équivalent.*
- B. *Lever, pousser, tirer, tenir ou déplacer des poids moyens (de 10 kg à 20 kg) exigeant un effort physique moyen ou déployer un effort équivalent.*
- C. *Lever, pousser, tirer, tenir ou déplacer des poids importants (plus de 20 kg) exigeant un effort physique important ou déployer un effort équivalent.*

- D. Monter ou travailler dans des échelles, dans des échafaudages, grimper.
- E. Se pencher, se courber, s'accroupir, s'agenouiller, enjamber, ramper, ou adopter d'autres postures du même genre.
- F. Travailler assis (sans maintenir une position statique).
- G. Travailler debout (incluant la marche).
- H. Maintenir une position statique ou effectuer des mouvements répétitifs.
- I. Maîtriser une personne agitée ou en crise.

L'échelle suivante sert à déterminer la fréquence appropriée à chaque activité physique.

Échelle de fréquence

1. Occasionnellement: une fois de temps à autre, la plupart des semaines;
2. Fréquemment : plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines;
3. Continuellement: à tous les jours, au moins quatre jours par semaine, la plupart des semaines

L'échelle suivante sert à déterminer la durée appropriée à chaque activité physique.

Échelle de durée

1. Périodes de courte durée : habituellement moins de 30 minutes
2. Périodes de moyenne durée: habituellement de 30 à 90 minutes
3. Périodes de longue durée: habituellement plus de 90 minutes

Agrégation :

Chacune des activités physiques a une valeur relative qui lui est attribuée

<u>Activités physiques</u>	<u>Valeur attribuée</u>
F	1
A et G et H	2
B et D	3
C et E et I	4

Pour obtenir un pointage :

- identifier la valeur attribuée à chaque activité physique;
- y additionner les valeurs de la fréquence et de la durée;
- soustraire le nombre 2 de ce résultat.

Lorsque la valeur de l'activité est <1> on ne tient pas compte de la fréquence et de la durée. Le pointage résultant est <1>.

Formule d'agrégation :

$$(Valeur\ attribuée + fréquence + durée) - 2$$

Tableau d'agrégation

(...)

La cote agrégée retenue est celle résultant de la procédure suivante :

1. Retenir les trois activités ayant obtenu dans le tableau de pointage les résultats les plus élevés;
2. Additionner les points;
3. Transposer le résultat total de points dans l'échelle suivante :

Échelle de transposition

Pointage	Cote agrégée
1	
1 à 3 points	1
4 à 6 points	2
7 à 9 points	3
10 à 12 points	4
13 à 15 points	5
16 à 18 points	6
19 points et plus	7

(...)

Facteur IV Conditions de travail

Sous-facteur 15 – Conditions psychologiques

Ce sous-facteur sert à évaluer les conditions psychologiques

contraignantes dans lesquelles les tâches de l'emploi sont accomplies.

Les énoncés suivants servent à déterminer la ou les conditions psychologiques présentes lors de l'exécution des tâches de l'emploi.

Pour évaluer ce sous-facteur, il est nécessaire de se baser sur des périodes normales de travail et non sur celles qui parfois, impliquent une exposition exceptionnelle.

Conditions psychologiques

A. Situations troublantes chargées en émotions qui nécessitent écoute, aide ou soutien.

B. Situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes.

C. Impossibilité d'agir sur les situations lorsque les probabilités de succès sont réduites ou absentes, telles que la mort, la maladie, les problèmes socio-économiques.

D. Bruit ou manque d'intimité occasionnant un stress dans l'exécution du travail.

E. Fatigue mentale causée par un travail uniforme et répétitif.

F. Impact sur le mode de vie associé aux déplacements obligatoires et fréquents nécessitant des séjours à l'extérieur du domicile pour l'exécution des fonctions.

G. Échéances simultanées ou serrées, travail imprévisible ou urgences.

H. Présence d'une menace possible contre la sécurité de sa personne ou de sa famille.

L'échelle suivante sert à déterminer la proportion de temps accordée ou appropriée aux conditions psychologiques.

Échelle de proportion de temps

- 1. Moins de 30% du temps sur une base annuelle*
- 2. De 30% à 60% du temps sur une base annuelle*
- 3. Plus de 60% du temps sur une base annuelle*

Agrégation :

La cote agrégée retenue est celle résultant de la procédure suivante :

- 1. Identifier chacune des conditions psychologiques qui s'appliquent aux tâches de l'emploi;*
- 2. Additionner chacune des valeurs de l'échelle de proportion de temps correspondante;*
- 3. Transposer le résultat total de points dans l'échelle de transposition suivante.*

Échelle de transposition

Pointage	Cote agrégée
<i>2 points et moins</i>	<i>1</i>
<i>3 à 4 points</i>	<i>2</i>
<i>5 à 6 points</i>	<i>3</i>
<i>7 à 8 points</i>	<i>4</i>
<i>9 à 10 points</i>	<i>5</i>
<i>11 points et plus</i>	<i>6</i>

IV

ARGUMENTATION

[375] À noter que le résumé qui suit reflète à la fois les arguments formulés en cours de plaidoirie et les notes écrites, accompagnées des autorités correspondantes (voir Annexe B de la présente), que les procureures ont eu la bienveillance de me soumettre à cette occasion.

Le Syndicat

[376] L'argumentaire syndical s'articule autour des deux principes généraux suivants. Le premier, soumet M^e Bureau, énonce qu'afin d'exercer une juridiction complète « *l'arbitre doit tenir compte de la preuve présentée devant lui dans le cadre de l'arbitrage* », nullement limité « *à ce qui a été considéré dans le cadre des travaux du Comité national des emplois* ».

[377] Elle cite à cet effet les articles 36.20 à 36.23 des dispositions nationales, ainsi que les paragraphes 150-151 de la sentence arbitrale interlocutoire de M^e Francine Beaulieu dans *Alliance du personnel professionnel et technique et al. et Ministère de la Santé et des Services sociaux* (le 17 septembre 2015) dont elle en détaille la portée, de même que le paragr. 151 de la décision *Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) et al. et Ministère de la Santé et des Services sociaux*, M^e Lyse Tousignant (29 avril 2014).

[378] Le second principe général invoqué par la procureure syndicale pose pour sa part que : « *Dans le cadre du processus d'arbitrage, la preuve admissible est celle antérieure à la date à laquelle le CNE a constaté avoir l'ensemble des informations pertinentes, sous réserve d'une preuve postérieure qui serait jugée*

pertinente ». Il renvoie selon elle à l'article 36.14 des dispositions nationales dont l'application en est reprise dans la sentence arbitrale de M^e Beaulieu précitée, paragraphes 158 à 164.

[379] En l'espèce les témoignages des représentants des parties aux fins de l'évaluation du titre d'emploi permettent d'établir que le 4 juillet 2022 des textes ont été échangés entre les parties, cette date devenant donc celle à laquelle le CNE disposait de l'ensemble des informations pertinentes ou, selon le texte de l'article 36.14 « *avant que ne soient entamées les discussions sur le nouveau titre d'emploi et la valeur des fonctions s'y rattachant* ».

[380] Après avoir rappelé brièvement la création du titre d'emploi Sexologue clinicien par le Ministère de la Santé et des services sociaux et l'annonce transmise aux abonnés à cet effet le 7 mai 2013 (ES-1), la procureure souligne que si ce titre peut être utilisé dans l'ensemble des établissements de santé du Québec, il présente une variabilité très grande dans les tâches telles qu'elles sont exercées dans ces établissements. Pour cette raison, son évaluation, pour être la plus représentative possible, doit être réalisée en fonction de « *tout ce que le sexologue clinicien peut être appelé à faire dans le cadre de son emploi* ».

[381] Passant ensuite à l'examen des sous-facteurs ici en litige, Me Bureau reproduit, tirées du *Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs et éléments d'interprétation* (« le Système d'évaluation des emplois ») (ES-4) les définitions et les éléments d'interprétation les concernant.

[382] Partie du facteur 1 – Efforts, le raisonnement (SF-2) est selon le système celui qui « *sert à évaluer le raisonnement habituellement exigé pour accomplir les tâches de l'emploi et traiter les situations* ». Cette définition s'accompagne de sept

(7) énoncés servant « à déterminer le niveau qui reflète le plus adéquatement le raisonnement exigé pour accomplir les tâches de l'emploi ».

[383] Citant les énoncés 5 et 6 rattachés au niveau correspondant attribué présentement par l'Employeur et l'Intersyndicale à ce sous-facteur respectivement, la procureure syndicale soumet que l'énoncé 6 est celui qui reflète le plus adéquatement les tâches de raisonnement qu'on exige de la sexologue clinicienne, c'est-à-dire « *Les situations à traiter sont complexes. Elles nécessitent une recherche très élaborée et de la réflexion, l'analyse approfondie et la synthèse d'une grande quantité d'informations et de variables* ».

[384] Selon la procureure, les témoignages des sexologues cliniciens sur leurs tâches rejoignent tous les éléments de cette définition. C'est d'abord le cas à la Clinique des troubles sexuels du CIUSS de la Capitale-nationale où travaillent le plus grand nombre d'entre eux selon le tableau des effectifs (pièce ES-7), et dont grande majorité de la clientèle sont des individus qui ont fait l'objet d'accusations criminelles et référés à ce titre par la sécurité publique. Le mandat de la Clinique est d'évaluer et de traiter les troubles sexuels, qui avec les dysfonctions sexuelles, sont des diagnostics visés

[385] Contrairement à leurs collègues bacheliers qui évaluent le développement et le comportement sexuel, pour éventuellement offrir une relation d'aide, les sexologues cliniciens sont ceux qui, à la Clinique, sont habilités à évaluer la présence d'un trouble sexuel ou d'une dysfonction sexuelle, c'est-à-dire des diagnostics prévus au DSM-5, le manuel de diagnostic des troubles mentaux, pour éventuellement produire un plan d'intervention avec des objectifs liés à des traitements de psychothérapie.

[386] Toute cette évaluation, qu'elle mène à un rapport pré- ou post-sentenciel, implique la cueillette d'une masse d'informations, allant des rapports policiers, aux multiples antécédents (psychiatriques, juridiques, juvéniles, familiaux incluant l'histoire psycho affective et sexuelle du client et sa capacité d'introspection. D'une quinzaine de pages dans le cas du premier, et plus limité dans le cas du second en raison d'une compréhension clinique de même nature.

[387] S'ajoutent à ces évaluations celles effectuées pour le compte de la DPJ pour lesquelles le sexologue clinicien doit prendre la mesure du risque d'abus sur un enfant, le risque de récurrence d'un parent ou le risque d'abus sur les autres enfants de la famille. La cueillette d'informations dans ces dossiers s'avère encore plus importante, et mènent à des rencontres d'évaluation plus longues et à la rédaction d'un rapport très élaboré.

[388] Toutes les évaluations tout juste mentionnées, qu'elles soient réalisées par les sexologues cliniciens ou par les psychologues, doivent de plus être soumises à un comité clinique pour discussions entre collègues. Les évaluations résultant d'auto-références, effectuées aussi par les sexologues cliniciens ou par les psychologues, exigent à leur tour la collecte d'informations très variées, ce dont témoignent les rapports de huit (8) à douze (12) pages qui en résultent.

[389] Au terme de ces diverses évaluations, un plan d'intervention interdisciplinaire est effectué comprenant, le cas échéant, recommandations pour des thérapies individuelles ou des thérapies de groupes qu'on confie aux sexologues cliniciens et aux psychologues et qui doivent après chaque séance produire des notes évolutives. Les thérapies de groupes sont d'ailleurs prises en

charge par un sexologue clinicien et un psychologue. Ils doivent produire des notes d'évolution après chaque séance.

[390] Selon la procureure, la gestionnaire de la Clinique des troubles sexuels Marie-Claude Savard entendue dans le cadre de la preuve patronale n'a pas contredit le témoignage de M. Laroche sur les éléments précédents des tâches du sexologue clinicien. La gestionnaire a mentionné d'ailleurs que la sexologue bachelière était responsable des ateliers psychoéducatifs avec la travailleuse sociale.

[391] Bien qu'exercées à l'égard d'une clientèle devant répondre à des critères stricts de traitement (diagnostic de cancer, en traitement au CHU de Québec et problématiques de sexualité liées au cancer), les fonctions de la sexologue clinicienne Sharon Dugré répondent aux mêmes exigences d'intervention que les précédentes évaluations : rencontres avec le client pour évaluer la présence d'une trouble sexuel lié au cancer et ses traitements ou la détérioration de l'image de soi en résultant; collecte d'un ensemble de renseignements (type de cancer, nature des traitements, antécédents médicaux et de santé mentale, histoire de la condition oncologique, historique relationnel, familial et social et habitudes de vie); analyse et formulation d'une compréhension clinique de la situation et, enfin, des traitements de psychothérapie. Nul gestionnaire du CHU n'est venu témoigner de sorte, dit-elle, que le témoignage de M^{me} Dugré n'est pas contredit.

[392] Seule sexologue clinicienne et psychothérapeute au sein de son équipe, M^{me} Candy Carrier exerce son rôle à l'égard d'une clientèle souffrant de déficience intellectuelle ou présentant un trouble du spectre de l'autisme (ci-après « clientèle DI-TSA »). Cette clientèle réside dans des milieux de vie substituts, tels

résidence de type familial (RTF), ressources intermédiaires (RI) ou dans des ressources à assistance continue (RAC) et, selon la gestionnaire de Mme Carrier près de la moitié de la clientèle de cette dernière présente en sus d'une DI ou d'un TSA, un trouble grave du comportement (TGC). Présent au sein de l'équipe, un sexologue bachelier s'occupe du volet éducatif lié à la sexualité, les dossiers complexes étant référés à la sexologue clinicienne.

[393] En charge d'un nouveau dossier, la sexologue clinicienne débute son travail en consultant, et le dossier central (rapports médicaux, psychiatriques et psychologiques), et celui informatisé du client, volumineux pour ce type de clientèle, puis amorce les premières rencontres avec le client pour obtenir son consentement et travailler à créer une alliance thérapeutique. Une telle évaluation se fait au long cours. Conscient des diagnostics notés au dossier, la sexologue clinicienne peut au cours de ces rencontres constater autre chose, telle en l'occurrence une dysphorie de genre telle que la définit l'extrait du DSM-5 déposé à son sujet (pièce S-22).

[394] Au terme de chaque rencontre, la sexologue clinicienne doit compléter des notes d'évolution, lesquelles doivent être rédigées de façon concise, claire et donner suffisamment d'informations pour faciliter le travail de l'éducateur ou de l'éducatrice en charge du dossier. Les suivis avec la clientèle s'étendent sur plusieurs années et débouchent à la fin sur un bilan, soit un rapport d'une dizaine de pages qui nécessite de trois (3) à cinq (5) jours de travail et couvre plusieurs années (pièce P-23). La sexologue clinicienne utilise les approches reconnues en psychothérapie, comme la sexo-analyse, la thérapie cognitivo-comportementale ou l'approche écosystémique.

[395] La gestionnaire de M^{me} Carrier n'a pas contredit son témoignage. Elle a en fait souligné qu'on lui réservait les cas complexes et que sa charge était différente de celle du sexologue bachelier. La sexologue clinicienne agit également comme personne ressource auprès de ce dernier et offre des consultations sexologiques aux éducateurs et éducatrices.

[396] La procureure syndicale soumet de plus que « *Certaines pièces déposées lors du témoignage de la gestionnaire (pièces P-26A et P-26B) ne devraient pas être considérées, puisque les informations que l'on y retrouve concernent une période postérieure à la date à laquelle le CNE a constaté avoir l'ensemble des informations nécessaires pour procéder à l'évaluation du titre d'emploi, soit la période qui précède juillet 2022* ».

[397] Dernière sexologue clinicienne à témoigner, M^{me} Mélissa Denis exerce ses fonctions au Centre désigné pour les victimes d'agressions sexuelles du CISSS de Laval, en plus d'assurer des suivis de clients dont le nom figure à la liste d'attente en sexologie clinique des services sociaux généraux. Le Centre a pour mission de répondre aux besoins médicolégaux, médicaux, psychothérapeutiques et psychosociaux des victimes d'agressions sexuelles âgées de 12 ans et plus; il assure également le suivi des victimes d'exploitation sexuelle hébergées au Centre jeunesse de Laval.

[398] L'équipe du Centre désigné est composée de sexologues cliniciennes, de stagiaires, d'une dizaine d'intervenants rattachés à l'équipe médicolégale et d'une sexologue bachelière. La gestionnaire de M^{me} Denis a témoigné que, si la sexologue bachelière pouvait prendre en charge des dossiers lorsque la victime a des besoins d'ordre psychosocial, une victime présentant des symptômes post-

traumatiques, complexes ou chroniques, elle était dirigée plutôt vers une sexologue clinicienne.

[399] Le questionnaire qu'utilise cette dernière lors de son intervention (S-24) entend réunir l'ensemble des informations pertinentes, telles l'histoire familiale et relationnelle et sexuelle, les événements traumatiques passés, la structure de la personnalité et les schémas précoces inadaptés. Ainsi, à partir de cette information, la sexologue clinicienne sera en mesure d'évaluer les facteurs prédisposants, soit les facteurs de vulnérabilité présents antérieurement à l'agression, les facteurs précipitants (à l'origine de l'agression) et les facteurs de maintien qui tendent à conserver les symptômes de la victime.

[400] C'est au regard de toute cette information qu'à l'instar de ses collègues, M^{me} Denis se livre à un travail d'analyse et de liens à établir entre tous ses éléments en vue d'émettre des hypothèses cliniques et des recommandations, lequel culminera avec un suivi psychothérapeutique avec la clientèle victime d'exploitation sexuelle qui pourra durer un an et demi (1.5), ou même deux (2) ans.

[401] Enfin, c'est un travail de même nature auquel se livre la sexologue clinicienne dans ses responsabilités à l'endroit de la liste d'attente des services sociaux généraux dont les inscrits peuvent présenter des dysfonctions ou troubles sexuels, ou encore référés par le Centre intégré en cancérologie de la Cité en raison d'un partenariat. Tout ce témoignage de M^{me} Denis n'a pas été contredit par sa gestionnaire en preuve patronale.

[402] Par-delà les éléments spécifiques de recherche liés à la clientèle traitée, telles les victimes de cancer (M^{me} Dugré) ou les jeunes atteints de troubles de

santé mentale (M^{me} Carrier) que la procureure syndicale évoque dans ses conclusions propres à chacun des sexologues cliniciens entendu sur le sous-facteur du raisonnement, sa conclusion générale peut être résumées comme suit : les situations dont ont à traiter les sexologues cliniciens sont complexes; leur analyse exige très grande quantité d'informations provenant de rencontres ou de tests; l'ensemble de ces informations doivent être mises en relation pour permettre le développement d'une impression clinique et diagnostique menant à l'élaboration d'un plan de traitement et, souvent, d'une psychothérapie et d'un suivi.

[403] M^e Bureau soumet par ailleurs que le témoignage de la gestionnaire au CISSS de la Montérégie-Centre Chantale Leclerc sur le rôle de la sexologue clinicienne au sein du programme Aire doit être écarté au motif que ce programme, en fonction que depuis un (1) an seulement, porte sur une période postérieure à juillet 2022, la date à laquelle le CNE a constaté avoir l'ensemble des informations nécessaires pour procéder à l'évaluation du titre. Aucune sexologue clinicienne ne travaillait donc dans le programme aire ouverte à l'époque pertinente. Au surplus, la seule sexologue clinicienne ayant complété un questionnaire pour le CISSS de la Montérégie-Centre travaillait en oncologie (pièce ES-6, 7e questionnaire).

[404] Si cette preuve devait cependant être jugée pertinente, la procureure est d'avis que le tribunal doit garder en tête que, contrairement aux autres personnes salariées du programme, la sexologue clinicienne ne va pas à la rencontre des jeunes à l'extérieur et ne fait pas de sans rendez-vous. Les dossiers qu'on lui confie sont ceux dans lesquels il y a présence de troubles sexuels ou relationnels. Elle doit adapter ses interventions à une clientèle marginalisée telle que M^{me} Leclerc l'a décrite comme. Ce qui implique de recueillir les informations

utiles et débiter rapidement la psychothérapie, et ce, dès le premier entretien. Seule psychothérapeute au sein de l'équipe, elle peut utiliser toutes les approches reconnues en la matière.

[405] Concernant la preuve présentée sur l'application du système d'évaluation du titre d'emploi en litige, la procureure syndicale rappelle d'abord les explications fournies par la conseillère syndicale Karen Harnois sur le questionnaire d'enquête, elle dont l'expérience en équité salariale et en évaluation remonte à l'an 2000 et son implication au CNE dès sa mise en place en 2011. À son avis, questionnaires complétés par les personnes salariées dans le cadre du processus d'évaluation d'un emploi sont un point de départ et qu'il est loisible à l'évaluateur de compléter les informations, notamment par le biais d'entrevues.

[406] C'est d'ailleurs, souligne la procureure ce que prévoit l'article 36.14 des dispositions nationales qui stipule que le CNE doit s'assurer d'avoir toutes les informations pertinentes avant de débiter les travaux. Source importante d'informations, les questionnaires ne sont pas cependant la seule. Si les questions du questionnaire visent pour la plupart des sous-facteurs précis, l'évaluateur doit prendre connaissance toutefois de l'ensemble des informations figurant au questionnaire, puisque les informations pertinentes relatives à un sous-facteur ne se retrouvent pas nécessairement à la question spécifique portant sur lui.

[407] Selon la procureure syndicale, ce n'est pas ce qu'a fait M. Lacasse qui n'a utilisé que les questionnaires comme source d'informations dans son travail d'évaluation. Par exemple, si une personne salariée n'a pas précisé dans sa réponse à une situation de travail un pourcentage ou un nombre d'heures, il a

exclu la réponse de son évaluation. Elle estime en conséquence qu'une telle façon de faire ne lui permet pas de bien comprendre la réalité du travail des sexologues cliniciens.

[408] Quoiqu'il en soit, au stade de l'arbitrage, soumet la procureure, le tribunal doit considérer l'ensemble de la preuve présentée devant lui, n'étant d'aucune façon liée au seul contenu des questionnaires.

[409] Pour ce qui est du niveau de raisonnement (SF-2) ici applicable, les considérations évoquées par la conseillère syndicale sur les tâches des sexologues cliniciens, telle la multitude de variables, la recherche des informations pertinentes sur l'historique familial, relationnel, délictuel et juridique de l'individu, l'analyse permettant de les mettre en lien et d'en dégager une impression clinique et un diagnostic menant à une psychothérapie, doivent être prises en compte dans l'examen des comparables.

[410] Il s'ensuit selon la procureure qu'on ne peut attribuer le même niveau 5 de raisonnement aux sexologues bacheliers qu'aux sexologues cliniciens, comme le fait ici le Ministère. Les premiers sont détenteurs d'un baccalauréat, non d'une maîtrise; agissant en prévention et en relation d'aide, leurs tâches comportent un volet lié à l'éducation sexuelle et impliquent des dossiers simples. À l'inverse, les seconds se livrent à des évaluations spécialisées pour déterminer la présence de trouble sexuel et de l'identité sexuelle, et déterminent un traitement visant à rétablir la santé mentale, à partir d'agissements sur la pensée, le comportement, l'individu.

[411] Le niveau de raisonnement propre à ces derniers n'est nullement comparable à leurs collègues bacheliers. Pour l'intersyndical, le niveau de

raisonnement exigé d'eux est davantage comparable au niveau 6 reconnu au titre d'emploi psychologue. Les deux effectuent des tâches similaires, telles les évaluations conjointes effectuées avec les mêmes outils à la Clinique des troubles sexuels en vue de déterminer un traitement. Le sexologue clinicien, comme son collègue psychologue traite de problèmes de santé mentale, ce que sont les troubles sexuels, les dysfonctions sexuelles et les troubles liés à l'identité sexuelle, c'est-à-dire des pathologies de santé mentale au sens du DSM 5

[412] L'argument patronal selon lequel le champ d'exercice du sexologue clinicien est moindre se butte à l'affirmation de M. Lacasse pour l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) intervenait autant en santé physique, en santé mentale, au niveau psychosocial et, potentiellement, dans les dix (10) systèmes du corps humain. Un tel champ d'exercice, en vertu de la logique invoquée, devrait mériter en conséquence à ce titre d'emploi un niveau supérieur de raisonnement à celui du psychologue, ce qui n'est pas le cas.

[413] La procureure ajoute que le titre Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR), aussi de niveau de raisonnement 6, exerce une fonction de nature différente du sexologue clinicien mais le rejoint dans ses tâches d'évaluation, de recherche et de mise en lien de variables dans le but d'améliorer les programmes et les services. Elle conclut que le niveau 6 devrait être celui accordé au sexologue clinicien.

[414] Élément du facteur 1 – Efforts, le sous-facteur 5 Efforts physiques (SF-5) selon la définition du Système de classification « *sert à évaluer les efforts physiques inhérents à l'exécution des tâches de l'emploi lors d'une journée normale de travail* ». Il porte sur l'évaluation de neuf (9) activités physiques (A à I), la cote de chacune étant le résultat d'une agrégation des trois aspects

suivants : la nature de l'activité physique, sa fréquence et sa durée. L'activité physique ici en litige est l'activité G *travaillé debout (incluant la marche)*.

[415] Pour l'Intersyndicale, la valeur attribuée à cette activité en vertu de l'agrégation devrait être 3, soit de fréquence 1 (Occasionnellement : une fois de temps à autre, la plupart des semaines) et de durée 2 (Périodes de moyenne durée : habituellement de 30 à 90 minutes). La cote de cette activité physique a une incidence sur la cote finale de SF-5 que l'Intersyndicale estime être 2 contre 1 pour la partie patronale.

[416] Son argumentaire se présente sous deux modes : le premier, une objection au changement apporté par l'Employeur à la cote retenu relativement à celle retenue aux fins de l'exercice de maintien 2015 de l'équité salariale; le second, la preuve syndicale sur cette activité.

[417] Conformément aux exigences de la Loi sur l'Équité salariale, notamment les articles 76.1 et 76.2, le Conseil du trésor a choisi d'évaluer seul à cette occasion le titre d'emploi sexologue clinicien créé en 2015 et ce, en vertu du même système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs (pièce ES-4) utilisé par le CNE et que le tribunal doit appliquer.

[418] Selon la procureure, il en résulte que « *Le Conseil du trésor doit être présumé avoir dûment évalué l'élément G du sous-facteur 5, de même que l'élément B du sous-facteur 15 dans le cadre de l'évaluation du maintien 2015. Le Conseil du trésor ne peut revenir sur ces cotes de sa propre initiative à moins que cela soit exigé par la CNESST* ». La Commission rappelle d'ailleurs elle-même dans l'affaire *Syndicat des techniciens(nes) de laboratoire d'Héma Québec (STLHQCSN) et Héma Québec*, 2022 QCCNEST 239 (Onglet 4).

[419] Pour ce qui est du 2^e point de l'argumentaire, en l'occurrence la preuve touchant cette activité, elle démontre que les sexologues cliniciens doivent occasionnellement dans le cadre de leurs fonctions, travailler debout pour des périodes de 30 à 90 minutes. Elle donne l'exemple du besoin de la sexologue Candy Carrier d'observer les interactions de sa clientèle aux prises avec une déficience intellectuelle ou le spectre de l'autisme; de se promener avec elle pour l'apaiser et la rendre plus attentive, ou encore veiller à son déplacement en transport adapté

[420] M^{me} Mélissa Denis a indiqué pour sa part travailler debout au tableau pour une période d'environ 40 minutes lors des deux premières rencontres de psychothérapie aux fins d'expliquer des concepts et démystifier les réactions post-traumatiques; ou encore, marcher avec les victimes d'agression sexuelle en Centre Jeunesse pour forger une alliance thérapeutique. Elle explique que qu'une telle activité du corps, d'une durée d'une (1) heure de séance, aide à la régulation émotionnelle des victimes qu'elle traite.

[421] Être debout n'est pas un choix personnel mais une exigence de l'emploi dictée par des contextes différents d'intervention, une distinction importante soulignée par la conseillère Harnois. Quant à la preuve de l'Employeur sur ce point, elle s'est limitée au contenu des questionnaires; de surplus, M. Lacasse a témoigné avoir écarté quatre (4) questionnaires confirmant l'activité mais sans préciser les situations en cause. M^e Bureau conclut sur cette activité en réitérant que l'Employeur ne pouvait modifier la cote octroyée lors de l'exercice de maintien de 2015 et la force de la preuve syndicale sur cette activité.

[422] Selon la définition du Système de classification, le sous-facteur 15 Conditions psychologiques (SF-15), le dernier ici en litige, « sert à évaluer les conditions psychologiques contraignantes dans lesquelles les tâches de l'emploi sont accomplies ». Il comprend huit (8) de ces conditions pour lesquelles la cote correspondante est octroyée à partir d'une agrégation de deux éléments : les conditions psychologiques présentes lors de l'exécution des tâches de l'emploi et l'échelle de proportion de temps.

[423] La cote finale de ce sous-facteur est ici convenue, le seul différend portant sur la cote à octroyer à la condition psychologique B - situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes. Cette condition est reconnue mais le désaccord émane sur la proportion de temps qu'elle occupe, soit de 30 % à 60 % du temps sur une base annuelle ou niveau 2 pour le syndicat contre moins de 30 % ou niveau 1 pour l'Employeur.

[424] La procureure syndicale invoque ici le même argumentaire que dans le cas du sous-facteur précédent. Ainsi, pour la condition B du sous-facteur 15, le Conseil du trésor avait reconnu lors du maintien 2015 (pièce S-2) l'échelle de proportion du temps 2 (de 30 % à 60 % du temps sur une base annuelle). Pour ce qui est de la preuve sur cette condition, elle démontre que les sexologues cliniciens font face à des situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes dans cette même proportion de 30 % à 60 % sur une base annuelle.

[425] À cet égard, il faut tenir compte, soumet la procureure, de la remarque de la conseillère Harnois selon laquelle, lorsqu'elles remplissent le questionnaire, la compréhension des personnes salariées de ce qui constitue des interactions conflictuelles ou hostiles diffère de celle d'un évaluateur en raison d'un

contextuel davantage habituel dans leur cas. Or, il demeure qu'aborder le thème de la sexualité avec leurs patients peut provoquer des comportements hostiles et non désirés, tel par exemple un client qui se masturbe en rencontre ou émet des commentaires sexuels inappropriés.

[426] À son avis, les témoignages des quatre sexologues cliniciens entendus sont à cet effet. Soulignant que la majorité des patients de la Clinique des troubles sexuels ne sont pas volontaires, M. Laroche a mentionné des rencontres marquées en moyenne chaque semaine par de l'hostilité, de la colère de la frustration et des sacres. Selon sa collègue Sharon Dugré active auprès d'une clientèle vivant une grande détresse, il arrive à des patients à toutes les semaines de mettre le poing sur la table, sacrer, parler fort, exprimer de la frustration envers leurs partenaires, en plus de tenir des propos sexuels choquants.

[427] Face à une clientèle impulsive et imprévisible, la sexologue clinicienne Candy Carrier a indiqué que 40% de celle-ci pouvait avoir des comportements inappropriés, tels que des commentaires sur son corps, des propos sexualisés sur sa famille, une attitude hostile, ou encore des patients qui parlent fort, crient, l'insultent. Référant à un mélange explosif, sa collègue M^{me} Denis a fait écho pour sa part aux comportements d'irritabilité et de colère de jeunes victimes d'exploitation sexuelle, certaines d'entre elles au profil criminel, Souffrantes et tristes, elles y vont souvent de cris, de claquages de portes, ou de lancement lançages d'objets. Quant à la clientèle plus âgée qu'elle reçoit pour évaluation et suivi, surtout des hommes, ceux-ci peuvent être irritables, crier et sacrer.

[428] Selon la procureure, ne pas faire rapport au gestionnaire à leur sujet ou les dénoncer ne signifie pas pour autant que ces comportements ne surviennent pas. De même, si les sexologues cliniciens arrivent généralement à dénouer la

situation ne signifie pas qu'ils ne sont pas exposés de façon régulière à des interactions violentes, conflictuelles ou hostiles.

[429] À nouveau, ajoute-t-elle, la preuve patronale s'est limitée aux réponses à la question 20 inscrites aux questionnaires. C'est sur cette seule base, que le niveau 1 a été accordé à cette condition psychologique. Or, comme l'a rappelé la conseillère Harnois, il faut considérer l'ensemble du questionnaire et pas seulement la réponse à la question précise. L'analyse du questionnaire 1 (ES-6-1) – pages 23, 31 et 38 en fournit un exemple, car elle démontre que les références à des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes ne se retrouvent pas uniquement dans la réponse donnée par les personnes salariées à la question 20 du questionnaire.

[430] Elle réitère en conclusion sur ce sous-facteur, d'abord que le Conseil du trésor ne pouvait modifier le niveau accordé lors du maintien 2015; puis que la preuve démontre que les sexologues cliniciens font face à des situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes dans une proportion de temps de 30 % à 60 % sur une base annuelle.

L'Employeur

[431] La procureure patronale détaille d'abord le contexte dans lequel survient le présent litige en s'attardant aux rôles et responsabilités des parties impliquées et les contraintes législatives et conventionnelles qui les encadrent. Dans la mesure où un bon nombre de ces éléments ont été abordés dans ma sentence sur le moyen préliminaire invoqué par l'Employeur dans le présent dossier, ils sont repris ici en version abrégée.

[432] Chargé de l'administration du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi du même nom (RLRQ, c. M-19.2), le ministre à sa tête est signataire des conventions collectives applicables au personnel syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux (ci-après, le « RSSS »), lequel est représenté par plusieurs syndicats accrédités dans différents établissements de santé et de services sociaux.

[433] En vertu de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (RLRQ, c. R-8.2), il revient au Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (ci-après, le « CPNSSS) de négocier et d'agréer les conventions collectives négociées à l'échelle nationale dans le RSSS.

[434] Celles-ci incluent, à titre de partie intégrante, la *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire*, ainsi qu'un mécanisme de modifications la visant. Aux fins de ce mécanisme, la Partie patronale est représentée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après, le « MSSS ») et le Secrétariat du Conseil du trésor (« SCT »), alors que la Partie syndicale est constituée de sept (7) entités syndicales, à savoir : l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), la Fédération des professionnelles (FP-CSN), la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ), le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-FTQ) et le Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (SQEES-298-FTQ) (ci-après, l'« Intersyndical »).

[435] L'APTS est ici l'organisation chargée par l'Intersyndicale de la représenter, toutes les conventions collectives négociées à l'échelle nationale dans le RSSS comprenant les mêmes stipulations relativement au mécanisme de modifications à la Nomenclature (pièce ES-5). Les dispositions conventionnelles ici citées, en l'occurrence les articles 36.01 à 36.27, sont en conséquence celles tirées de la convention collective intervenue entre le CPNSSS et l'APTS (la « Convention collective APTS »).

[436] Lors de la création par le MSSS du titre d'emploi Sexologue clinicien et de son libellé (pièce ES-2) le 7 mai 2013, une échelle salariale de rangement non définitive lui a été attribué à la même occasion jusqu'à ce que le processus de mécanisme de modifications à la Nomenclature soit complété. C'est le Comité national des emplois (« CNE »), composé de représentants des Parties qui, en vertu de l'article 36.13 de la convention collective, a pour mandat de déterminer le rangement applicable à tout nouveau titre d'emploi que lui réfère le MSSS.

[437] Le Comité doit à cette fin déterminer les cotes d'évaluation à attribuer à l'ensemble des sous-facteurs d'évaluation à partir du Système d'évaluation des emplois à dix-sept (17) sous-facteurs et éléments d'interprétation en vigueur. Il s'agit d'un système élaboré conjointement par les Parties dans le cadre de l'évaluation des catégories d'emplois du Programme d'équité salariale du secteur parapublic établi en vertu de la Loi sur l'équité salariale (RLRQ, c. E-12.0001) et appliqué à maintes reprises.

[438] Les parties n'ayant pu s'entendre au sein du Comité sur les cotes à attribuer à tous ses sous-facteurs, l'arbitre soussigné a reçu des parties le 3 novembre 2023 le mandat de traiter d'un litige portant sur l'évaluation du titre d'emploi Sexologue clinicien relativement à trois de ses sous-facteurs.

[439] Clairement délimitée par les parties à l'article 36.20 de la Convention collective, la juridiction de l'arbitre se limite à l'application du Système d'évaluation quant aux sous-facteurs en litige qui lui sont soumis et à la preuve présentée; il est aussi tenu pour ce faire de prendre en compte, aux fins de la comparaison des cotes d'évaluation, l'application qui a été faite pour d'autres catégories d'emplois. Il ne dispose cependant d'aucun pouvoir pour altérer le Système d'évaluation, les taux et échelles de référence ou d'autres outils permettant de fixer l'évaluation des fonctions.

[440] Tels que mentionnés en introduction, les trois (3) sous-facteurs en litige soumis à l'arbitre sont les suivants : Raisonnement (SF-2); Efforts physiques (SF-5 – activité G (travailler debout (incluant la marche)); marcher et se tenir debout); Conditions psychologiques (SF-15 (condition B – situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes)).

[441] M^e Jolicoeur rappelle, en citant chaque fois les énoncés afférents du Système d'évaluation, que la partie patronale estime le SF-2 de niveau 5 contre 6 pour l'Intersyndicale; le SF-5 – activité G, de cote agrégée 1 car elle ne retient pas cette activité ni son échelle de fréquence et de durée, contrairement à l'Intersyndicale qui estime cette cote à 2 pour la raison contraire en lui rattachant une fréquence de 1 (occasionnellement – une fois de temps à autre à toutes les semaines) et une durée de 2 (périodes de moyenne durée : habituellement de 30 à 90 minutes).

[442] L'évaluation d'un titre d'emploi de la Nomenclature s'effectue à partir des outils spécifiques que les parties se sont données en la matière et au moyen desquels elles veillent à s'assurer de son évaluation la plus juste au sein d'une

structure salariale cohérente et uniforme. Les Questionnaires d'enquête, complétés par des personnes salariées occupant le TE – Sexologue clinicien et sans connaissance préalable du système d'évaluation, sont le premier de ces outils.

[443] Il ressort des témoignages de M. Alexandre Lacasse et M^{me} Karen Harnois que la méthode d'échantillonnage conforme aux Modalités pour les enquêtes, (pièce S-27) les questionnaires d'enquête utilisés ont été convenus entre les parties. De plus, ce sont des représentants des organisations syndicales concernées qui ont administré ces questionnaires en fonction de la répartition des effectifs au sein des établissements du RSSS, la conseillère Harnois ajoutant que des représentants syndicaux étaient disponibles pour accompagner les personnes salariées et pour leur fournir toute l'information pertinente en lien avec l'outil au moment de compléter les questionnaires.

[444] Selon la procureure, douze (12) personnes salariées œuvrant au sein des établissements de santé et de services sociaux du Réseau suivants ont complété ces questionnaires d'enquête (pièce E-6) :

1. CISSS de Laval - CLSC du Marigot;
2. CIUSSS de l'Estrie-CHUS - Hôpital Fleurimont;
3. CISSS Laurentides - Galeries des Laurentides;
4. Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM);
5. CIUSSS-du-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - CRDITED de Montréal;
6. CHU de Québec - Hôtel-Dieu de Québec;
7. CISSS de la Montérégie-Centre - Hôpital Charles-Lemoyne;
8. CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - CLSC Dorval-Lachine;
9. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Institut universitaire en santé mentale du Québec;
10. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Institut universitaire en santé mentale du Québec;
11. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Clinique des troubles sexuels;

12. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Clinique des troubles sexuels;

[445] Après l'analyse des réponses, les parties se sont rencontrées et se sont entendu sur quatorze des sous-facteurs du titre d'emploi à partir de ces questionnaires. M^e Jolicoeur rappelle à cet égard les principes invoqués par M. Lacasse dans cette analyse : le titre, non le titulaire, ainsi que les tâches significatives, caractéristiques et représentatives de l'emploi dans l'ensemble du réseau parapublic; les questionnaires d'enquête demeurent la source d'informations prioritaire ayant servi majoritairement à évaluer les catégories et titres d'emploi dans l'ensemble du secteur parapublic et assurant de la sorte l'équité et la cohérence du Programme. Enfin, c'est l'ensemble de l'information recueillie qui permet de contrer la part de subjectivité d'une évaluation.

[446] Elle ajoute qu'une telle évaluation doit s'inspirer des bonnes pratiques, notamment du besoin d'uniformité entre les catégories d'emploi, comme le souligne à la page 62 le *Guide pour réaliser l'équité salariale et en évaluer le maintien* de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (pièce P-27).

[447] À ces considérations sur la démarche d'évaluation, la procureure reprend ensuite les exigences du système d'évaluation relativement à chacun des sous-facteurs ici en litige, tels ce que mesure chacun et les éléments d'interprétation s'y rattachant. Ceux-ci étant reproduits à la section précédente, il n'y a pas lieu de les reprendre ici, sauf peut-être pour son commentaire l'objet du sous-facteur 2, c'est-à-dire « *le raisonnement habituellement exigé pour accomplir les tâches de l'emploi et traiter les situations* ».

[448] Citant à ce sujet les auteurs Stéphane BEAULAC et Frédéric BÉRARD, *Précis d'interprétation législative*, 2^e éd., LexisNexis Canada inc., 2014, 566 p. **[Onglet 1]** sur le besoin de *favoriser le sens courant, le sens ordinaire des mots et expressions utilisés* selon la méthode littérale et grammaticale, et les dictionnaires en ligne Larousse et Robert sur le sens du mot *habituel*, soit « *Qui est constant, fréquent, ordinaire, courant* », la procureure soumet qu'il importe ainsi de ne retenir que les manifestations habituelles aux tâches et fonctions du Sexologue clinicien et d'éviter de retenir les tâches *particulières* effectuées par *certaines* personnes salariées du TE – Sexologue clinicien œuvrant au sein de *certain*s établissements du RSSS ou auprès de clientèles *particulières*, ou encore, effectuées de façon plutôt rare ou ponctuelle et ce, même si elles pourraient tendre vers un niveau de raisonnement plus élevé

[449] Les comparables, de même famille d'emplois ou de secteurs précis, sont un autre aspect de la démarche d'évaluation souligné par M. Lacasse qui permet d'assurer la cohérence du Programme. Reliés aux tâches et responsabilités significatives et représentatives de l'emploi tirées des questionnaires au regard de chacun des sous-facteurs, ils permettent de valider l'évaluation du titre d'emploi.

[450] La procureure réitère que la source principale d'informations à prendre en compte dans l'évaluation d'un titre d'emploi demeure les questionnaires, l'objectif de la preuve testimoniale ici présentée se limitant à éclairer, le cas échéant, des éléments de questionnaires demeurés ambigus, ou encore illustrer les tâches et fonctions effectuées. À cet égard, elle soumet que la partie patronale s'est acquittée de son fardeau de preuve de démontrer que son application du système d'évaluation est la plus appropriée, tant à l'égard des questionnaires que des comparables retenus.

[451] Selon la procureure, il importe dans l'analyse de la preuve de garder à l'esprit les exigences des articles bien connus 2803 et 2804 du Code civil du Québec, RLRQ c. CCQ-1991. Concernant la preuve testimoniale syndicale et patronale présentée en l'instance, les critères établis par les tribunaux pour évaluer la crédibilité et la force probante des différents témoignages s'appliquent.

[452] Ainsi, il n'y a pas lieu d'accorder de force probante à un témoignage teinté de contradictions ou de réticences, comme celui de M^{me} Dugré qui évoque une « clientèle qui vit beaucoup de détresse, patients qui arrivent fâchés avec un poing sur la table, s'exprime, parle fort, un sacre dans la bouche, etc. » alors qu'elle déclare dans son questionnaire à la question pertinente (pièce ES-6 (6), page 34) « *peu probable considérant le milieu, mais possible* ». : SO

[453] De même, le tribunal doit faire preuve de circonspection à l'égard du ouï-dire, comme lorsque M. Laroche évoque une situation vécue par une collègue relativement au sous-facteur 15 ou parle de situations qui pourraient indisposer ses collègues féminines. La procureure invite aussi à la prudence quant à inférer des situations réelles à partir d'un énoncé général par un témoin, tel que je travaille auprès d'une clientèle difficile.

[454] Selon elle, on doit de plus accorder plus de crédibilité au témoignage non contredit ou corroboré par plusieurs personnes témoignage qu'à son contraire. À cet égard elle soumet que les témoignages des gestionnaires, qui n'ont aucun intérêt dans le présent dossier, sont particulièrement utiles puisqu'ils viennent réfuter ou nuancer certains éléments rapportés par les témoins de l'Intersyndicale. Enfin, doté d'une grande expérience en la matière, M. Lacasse a témoigné de manière spontanée, honnête et précise et, son témoignage d'autant

plus fiable qu'il s'appuie sur les réponses données par les personnes salariées aux questionnaires, l'outil principal retenu par les parties aux fins de l'application du système d'évaluation.

[455] Avant de formuler ses arguments portant expressément sur les cotes retenues par la partie patronale pour chacun des sous-facteurs en litige, M^e Jolicoeur rappelle la méthode suivie par M. Lacasse, à commencer par la liste ou le portrait des tâches significatives, caractéristiques et représentatives de ce titre d'emploi pour l'ensemble du réseau, document déposé sous la pièce P-28 et présenté à l'Intersyndicale sans objection dans le cadre des travaux du CNE.

[456] De plus, certaines questions des questionnaires d'enquête portent spécifiquement sur les sous-facteurs en litige SF-2, SF-5 et SF-15, nommément les questions 10, 15 et 20 dont les libellés respectifs se lisent comme suit :

- *décrivez les situations de travail qui font appel ou qui demandent de la recherche, de la réflexion, de l'analyse ou de la synthèse d'information;*
- *identifiez les activités physiques inhérentes aux tâches ou aux fonctions de votre poste et précisez la fréquence et la durée correspondant à chaque activité choisie et illustrez par des situations de travail; et*
- *quelles sont les conditions psychologiques contraignantes présentes lors de l'exécution des tâches ou des fonctions de votre poste et précisez à quelles occasions elles sont présentes et indiquez la durée de l'exposition.*

[457] Selon la procureure, si en face d'une question claire un répondant n'a pas cru bon de spécifier ou de décrire une situation, la réponse alors fournie doit être tenue pour avérer, sous réserve de l'analyse ultérieure de la preuve testimoniale pertinente sur chacun de ces sous-facteurs.

[458] Pour son analyse de la preuve testimoniale touchant chacun des sous-facteurs en litige et son argumentaire les concernant, la procureure reproduit les énoncés correspondant à chaque niveau ou cote retenu par l'une et l'autre partie et les éléments d'interprétation afférents, ainsi que les comparables utilisés es fournies par les salariés doivent être tenues pour avérées.

[459] Ainsi, conformément aux éléments le définissant, l'examen du sous-facteur Raisonnement (SF2) exige de considérer la complexité des situations à traiter, l'ampleur de la recherche requise, la réflexion, le degré d'analyse et la quantité d'informations et de variables à synthétiser nécessaires pour accomplir ces tâches. Pour la partie patronale l'énoncé du niveau 5 définit mieux que ne le fait l'énoncé du niveau 6 proposé par l'Intersyndicale, la nature du raisonnement exigée de la sexologue clinicienne.

[460] Si, à son avis, les situations dont ont à traiter les sexologues cliniciens impliquent un certain nombre de variables, leur recherche d'information s'effectue à l'aide d'outils spécialisés (pièces S-3-A à S-26), de même qu'à partir de modèles ou procédures disponibles (pièces P-10, P-23) tel qu'il ressort des documents qu'ils ont déposés. Ces situations sont effectivement variées mais abordées à partir d'un champ d'expertise spécifique ce qui limite incidemment, le niveau de raisonnement exigé.

[461] Au stade de l'analyse et de la synthèse de l'information colligée, de l'élaboration du plan d'intervention ou de la préparation des rapports, nombre de facteurs de protection ou de risques peuvent s'apparenter pour la mise au point de stratégies axées sur l'apaisement ou l'auto-régulation émotionnelle. Dans plusieurs situations, leur travail de raisonnement s'effectue en outre en

collégialité avec une équipe multidisciplinaire composée d'autres collègues de travail.

[462] Notant la place occupée en preuve intersyndicale par la psychothérapie, sa complexité, les étapes du traitement, ou les différentes approches préconisées telles la méthode cognitivo-comportementale, la procureure soumet que le sous-facteur 13 « Habiletés en relations interpersonnelles » du Système d'évaluation, et plus précisément le niveau 6 de l'élément d'interprétation G s'y rapportant, tient précisément compte de cette tâche liée à la psychothérapie. Or, aucun désaccord entre les parties sur la valeur de ce sous-facteur, celle-ci étant convenue.

[463] Quant à la preuve testimoniale sur ce sous-facteur, la procureure relève que les interventions des sexologues cliniciens Laroche, Dugré, Carrier et Denis sont toujours commandées et liées à la sphère sexuelle par-delà les clientèles différentes qu'ils sont appelés à traiter. Elle ajoute que plusieurs gestionnaires (M^{mes} Leclerc, Savard et Miranda) ont confirmé le champ d'intervention limité du Sexologue clinicien, expliquant qu'en présence d'une question d'un trouble de santé mentale sans composante sexologique ou, d'une problématique de santé mentale non régularisée, la clientèle est référée à un autre professionnel comme le psychologue

[464] Le témoignage de M^{me} Leclerc est à noter, car il que le travail de la sexologue clinicienne à Aire ouverte démontre un niveau de raisonnement et de réflexion moindre et moins de recherche, son analyse portant sur moins de variables que ce qu'on retrouve dans celui de ses collègues au sein d'autres établissements du réseau. La gestionnaire a mentionné également que dans le cas d'un jeune qui rencontre sexologue clinicienne plus d'une fois, l'évaluation

sexologique qui en découle est sommaire et moins complexe (pièce P-21), ce qui la distingue d'autres rapports plus élaborés parfois complétés par le Sexologue clinicien ailleurs dans le réseau.

[465] Au vu de tous ces motifs, la procureure estime que le niveau 5 du sous facteur Raisonnement est justifié, lequel correspond à celui octroyé aux comparables Conseiller d'orientation, Travailleur social et Psychoéducateur, tous liés, comme le sexologue clinicien, à une relation d'aide mais relativement à un champ d'expertise donné. Selon M. Lacasse, ce champ était dans leur cas l'orientation professionnelle, le fonctionnement social et les difficultés d'adaptation et capacité adaptatives respectivement.

[466] Tout comme le sexologue clinicien, soumet la procureure, les titulaires de ces comparables se trouvent en relation d'aide avec un champ d'exercice plus spécifique et propre à leur domaine d'expertise et, par extension, des variables en nombre plus restreint, contrairement au psychologue qui, selon M. Lacasse, intervient sur le fonctionnement mental, psychologique de l'utilisateur et dont le champ d'exercice touche plus largement la santé mentale.

[467] Le Code des professions qui retient dix (10) actes réservés pour le psychologue contre les trois (3) au sexologue clinicien qui peuvent être partagés avec le premier, s'inscrit dans la même veine. S'y ajoutent pour l'évaluateur patronale l'étendue de la formation du psychologue, des informations plus complexes et plus nombreuses à traiter afin d'arriver à un plan d'intervention et à une évaluation d'un trouble mental avec ou sans composante sexologique.

[468] Pour ce qui est de l'Infirmier praticien spécialisé (IPS), le comparable retenu par l'Intersyndicale pour un niveau 6, il est appelé selon M. Lacasse à

intervenir autant en santé physique, mentale que psychosociale et son champ d'exercice s'étend aux dix (10) systèmes du corps humain. Ce sont des connaissances plus nombreuses et variées qui lui permettent de traiter l'ensemble des situations qui se présentent à lui, notamment puisqu'il traite des patients en phase aiguë ou chronique. La partie patronale estime en conséquence qu'au vu de ces deux derniers comparables qu'il ne serait ni cohérent, ni équitable dans le cadre du Programme d'accorder au Sexologue clinicien le même niveau de raisonnement qu'on leur reconnaît.

[469] Le désaccord entre les parties touchant le sous-facteur 5 Efforts physiques (SF-5) porte sur le niveau qui reflète le plus adéquatement les efforts physiques inhérents à l'exécution des tâches de l'emploi lors d'une journée normale de travail, plus précisément sur l'activité physique « G » (*travailler debout (incluant la marche)*). Tel qu'on l'a vu, la partie patronale attribue la cote agrégée 1, ne retenant pas l'activité physique « G » alors que l'Intersyndical attribue la cote agrégée 2, résultat d'une échelle de fréquence 1 et d'une échelle de durée à 2 à l'activité physique « G ».

[470] La partie patronale ne retient pas cette activité puisqu'elle n'est pas caractéristique de l'emploi du Sexologue clinicien dans l'ensemble du réseau et n'est pas inhérente à ses tâches et fonctions. D'abord, plusieurs tâches et fonctions caractéristiques de l'emploi (lire, rédiger analyser, participer à des rencontres, etc.) sont effectuées en position assise. Ensuite, l'analyse des douze (12) questionnaires menée au regard des éléments d'interprétation du Système d'évaluation, suggère que huit (8) d'entre eux ne peuvent être considérés, soit quatre (4) qui ne retiennent pas cette activité physique, soit quatre (4) autres qui décrivent des situations de travail ne correspondant pas aux exigences du système d'évaluation, telle l'activité physique « F » (*travailler assis*) qui « inclut

les déplacements usuels (ex. : marcher pour aller au photocopieur ou pour rencontrer un collègue de travail) ».

[471] Pour la procureure, la preuve testimoniale est au même effet. Nulle des gestionnaires qui ont témoigné n'a mentionné que les sexologues cliniciens ont à travailler debout. Si la sexologue clinicienne Candy Carrier a souligné être tenue d'attendre en position debout pour accueillir/escorter une clientèle en transport adapté, il s'agit d'une situation que n'a pas corroboré sa gestionnaire M^{me} Boisvert et qui, au surplus, renverrait à une question d'organisation du travail particulière au sein de son établissement qui ne peut être considérée aux fins de l'évaluation.

[472] Pour ce qui est du témoignage de M^{me} Denis sur travailler debout (utilisation du tableau et la marche avec sa clientèle en Centre jeunesse), la procureure retient son témoignage selon lequel un patient en Centre jeunesse peut être vu une (1) à deux (2) fois par semaine et que les séances sont d'une durée d'une heure. Il s'agit là de plus d'une clientèle qui, selon M^{me} Miranda, représente environ 10 à 20% de la clientèle desservie.

[473] Elle ajoute que ces situations sont peu communes, ne réfèrent pas à des tâches ou fonctions inhérentes à l'emploi, et relèvent de méthodes d'intervention ou pédagogiques propres à M^{me} Denis. D'autant plus que d'autres de ses collègues favorisent aussi l'approche cognitivo-comportementale dans le cadre de leurs interventions sans faire usage d'un tableau. La partie patronale est donc d'avis la cote agrégée 1 doit être attribuée au SF-5 puisqu'on ne peut retenir l'activité physique « G ».

[474] Cette conclusion s'avère d'ailleurs cohérente avec la cote attribuée aux comparables sélectionnés par la Partie patronale (pièce P-30B) au motif qu'il s'agit tous de titres d'emploi œuvrant en relation d'aide, à savoir les titres d'emploi de : Conseiller d'orientation, Travailleur social, Psychoéducateur, Ergothérapeute, Psychologue, et IPS dont les libellés ont été déposés (pièce P-31). Nombre de leurs tâches et fonctions, à l'instar de celles des sexologues cliniciens, sont réalisées en position assise notamment : prendre connaissance du dossier d'un usager, rencontrer un usager en rencontre individuelle, rédiger des rapports, effectuer des évaluations et rédiger des plans d'intervention ainsi que des notes évolutives.

[475] Selon la procureure, en vertu du Système d'évaluation, seules les activités, dont l'effort et la durée génèrent une fatigue significative (élément d'interprétation C) et seules les périodes continues où l'effort physique est maintenu (élément d'interprétation D) doivent être considérées. En l'absence de preuves à cet effet la partie patronale conclut, au vu des efforts inhérents à l'exécution des tâches de l'emploi lors d'une journée normale de travail, que la cote agrégée au SF-5 Efforts physiques est 1.

[476] Concernant le sous-facteur 15 Conditions psychologiques (SF-15), la cote agrégée 3 est convenue, le désaccord ne portant que sur l'échelle de proportion de temps de la condition psychologique « B » (*situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes*). La partie patronale retient une échelle de proportion de temps¹ (*moins de 30% du temps sur une base annuelle* contre 2 (*de 30% à 60% du temps sur une base annuelle*) pour l'Intersyndicale.

[477] Pour la partie patronale, il ressort du portrait des tâches et fonctions caractéristiques du sexologue clinicien (pièce P-28), ainsi que des relevés des

réponses à la question # 20 pour ce sous-facteur (pièce P-34), que la proportion de temps durant laquelle ceux-ci sont exposés à des situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes peut, pour la très grande majorité des répondants, se situer à 1.

[478] De nombreuses tâches et fonctions caractéristiques de l'emploi sont effectuées sans la présence des usagers, telles que la cueillette de renseignements auprès d'autres intervenants, l'élaboration d'un plan d'intervention incluant suivi et évaluation, la rédaction de notes évolutives, comptes rendus et rapports d'évaluation et la participation à des discussions et rencontres, la mise à jour de ses connaissances, etc.).

[479] La preuve ne démontre pas non plus que tous les usagers sont potentiellement conflictuels, hostiles ou violents, ou que chacune des interactions avec eux sont de cette nature, la majorité d'entre eux allant en consultation de façon volontaire et d'esprit positif quant à son effet dans leur vie et dans le rétablissement de leur santé sexuelle. L'absence de signalement ou de réclamation pour accident de travail notée par M^{mes} Savard, Miranda, Leclerc et Boisvert; s'inscrit également dans le même sens, même si elles reconnaissent la survenance de quelques situations plutôt exceptionnelles.

[480] L'analyse des réponses aux questionnaires d'enquête s'avère de portée similaire. Si onze (11) répondants (pièces ES-6 (1 à 5 et 7 à 12), confirment la présence de la condition psychologique « B » (situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes), neuf (9) d'entre eux établissent à moins de 30% du temps sur une base annuelle l'échelle de proportion de temps.

[481] Quant à la preuve testimoniale, elle demeure limitée sous cet aspect étant donné des temps de rencontres relativement limités avec les usagers d'une part, en raison des autres tâches caractéristiques de l'emploi et, de l'autre, des remarques des gestionnaires Savard et Boisvert à ce sujet. La première a noté que les horaires des trois (3) sexologues de la Clinique des troubles sexuels font voir des consultations individuelles et des rencontres de groupe d'une moyenne hebdomadaire d'environ six (6) heures par semaine (pièce P-14 en les regroupant les trois (3) intervenants (pièces P-11 à P-13 et P-14).

[482] M. Laroche, qui exerce auprès de délinquants sexuels, y est allé de remarques générales sur cet aspect du sous-facteur, incluant une situation rapportée par une collègue, mais sans mentionner d'incidents impliquant sa clientèle. M^{me} Dugré n'a référé qu'à une situation précise qui l'a indisposée survenue depuis qu'elle occupe son poste en 2016.

[483] Sa collègue Candy Carrier a souligné avoir été l'objet. de la part de « 40% de ma clientèle qui a la capacité d'adopter cette attitude », de commentaires désobligeants sur son corps, de propos sexualisés à l'égard de sa famille, et d'une attitude hostile définie comme « froncer sourcils, insulter, crier ». À défaut de rapporter d'éléments spécifiques en lien avec la proportion de temps de son exposition à de tels propos, son témoignage est peu utile eu égard au litige portant sur cet aspect. Pour la procureure, cette situation s'éclaire davantage à la lumière de la remarque de sa gestionnaire Boisvert qui souligne que la sexologue clinicienne a un rôle important de conseil auprès de ses pairs.

[484] À son avis, l'imprécision du témoignage de M^{me} Denis quant à la proportion de temps que représentent de telles survenances mène au même constat. Si elle reconnaît « certaines situations plus difficiles » où « on va permettre l'expression

de la colère, les cris, les sacres qui ne sont pas nécessairement dirigés vers moi, elle n'offre que peu de précisions sur la survenance ou la proportion de temps de telles situations. Même omission concernant son affirmation d'avoir été selon laquelle a déjà été témoin de certaines situations comme « lancer des objets » ou d'avoir entendu des cris ou des vulgarités lors de visites au centre jeunesse. M^{me} Miranda parle pour sa part d'environ 10 à 20% de la clientèle desservie qui provient du centre jeunesse.

[485] Pour la partie patronale, il se dégage de toutes ces considérations que l'échelle de proportion de temps de la condition psychologique « B » (situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes) du SF-15 est 1. Ce résultat s'accorde avec la même cote attribuée aux comparables retenus par elle (pièce P-30C), à savoir les titres d'emploi de Travailleur social, Psychoéducateur, Criminologue, et Psychologue, dont les libellés ont été déposés (pièce P-31).

[486] Tel que mentionné par M. Lacasse, Éducateur, Infirmier (Institut Pinel), Sociothérapeute (Institut Pinel) et Garde (Institut Pinel) sont les seuls titres d'emploi qui, parmi toutes les catégories d'emplois du Programme, se sont vu attribuer une échelle de proportion à 2 pour la condition psychologique « B » (situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes).

[487] À part le titre d'Éducateur, tous ces titres se retrouvent exclusivement à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel qui dessert une clientèle qui présente un niveau de dangerosité particulier. De surcroît, toujours selon lui, aucun titre d'emploi n'a reçu, parmi toutes les catégories d'emploi du Programme, une échelle de proportion 3 pour la condition psychologique « B ».

[488] La procureure patronale conclut son argumentaire principal en demandant au tribunal d'accueillir ses prétentions et de déclarer que :

- *La cote du sous-facteur 2 (raisonnement) est 5;*
- *La cote agrégée du sous-facteur 5 (efforts physiques) est 1, de sorte à ne pas retenir l'activité physique « G » (travailler debout (incluant la marche)) ni aucune échelle de fréquence ou de durée;*
- *La cote agrégée du sous-facteur 15 (conditions psychologiques) est 3, de sorte qu'une échelle de proportion 1 (moins de 30 % du temps sur une base annuelle) doit être attribuée à la condition psychologique « B » (situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes);*

[489] Commentant l'affaire Héma-Québec citée par sa collègue relativement à son argument de l'impossibilité pour le Conseil du trésor de modifier la cote accordée à l'élément G du sous-facteur 5 et à l'élément B du sous-facteur 15 respectivement dans le cadre de l'évaluation du maintien 2015, M^e Jolicoeur soumet qu'il s'agit là d'un contexte complètement différent. Elle renvoie sur ce point au caractère contraignant des travaux réalisés et des affichages dans un tel cadre auxquels réfèrent les paragr. 367 à 369 de cette décision, et à l'exigence d'un préavis qu'énoncent les articles 76 et 76.4 de la Loi sur l'équité salariale. Une condition ici totalement absente.

[490] L'exercice de maintien 2015 est présentement contesté ainsi que l'a indiqué la conseillère syndicale Harnois. Les questions qu'il soulève relèvent cependant d'un organisme spécifique, en l'occurrence la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). Le mécanisme d'examen et de plainte que la Loi prévoit est tout-à-fait distinct de celui ici en cause.

[491] C'est cette distinction qui ressort de l'analyse à laquelle se livre l'arbitre Lyse Tousignant dans la sentence arbitrale exécutoire rendue le 22 mai 2018 dans le dossier d'évaluation du titre d'emploi d'Adjoint à l'enseignement universitaire (AEU) et impliquant le MSSS et l'Intersyndicale. Elle y souligne en effet que la juridiction de la CNESST est beaucoup plus étendue que celle de l'arbitre, encadrée de façon précise par la convention collective, et que sa façon de procéder, contrairement à cette dernière, est en vertu de l'article 93,6 de la Loi non contradictoire (paragr. 88 et 89). L'article 100 de la Loi prévoit également une procédure de plainte.

[492] Selon la procureure, si le tribunal devait décider de modifier la cote accordée aux sous-facteurs visés lors du maintien 2015, il serait sans autorité pour traduire un tel changement dans un affichage. De toute façon, ajoute-elle, le rangement n'aurait pas changé. Elle conclut en réitérant qu'il ressort de toutes ces différences que la décision Héma-Québec ne saurait s'appliquer aux circonstances ici en cause.

Réplique syndicale

[493] La procureure syndicale note d'abord l'absence de toute décision citée par sa consœur à l'appui de son affirmation (paragr. 72 de ses notes) que l'objet de la preuve testimoniale est d'éclairer au besoin des éléments des questionnaires demeurés ambigus, ou encore d'illustrer les tâches et fonctions effectuées. Elle estime au contraire que, sur ce point, le tribunal doit exercer sa pleine compétence *de novo* au regard de la preuve présentée, ce que mettent en lumière les décisions *Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) et al.* et *Ministère de la Santé et des Services sociaux*,

sentence arbitrale interlocutoire de M^e Francine Beaulieu (17 septembre 2015), paragr. 150-151 et *Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) et al.* et Ministère de la Santé et des Services sociaux, sentence arbitrale de M^e Lyse Tousignant (29 avril 2014), paragr. 151.

[494] Concernant l'argument patronal de ne pas accorder de force probante à des témoignages marqués de contradictions ou de réticences, notamment à l'endroit de celui de M^{me} Dugré sur le climat hostile (paragr. 84), le tribunal doit considérer que ce témoin faisait état d'une situation qui avait changé depuis le moment où elle avait rempli le questionnaire.

[495] Pour leur part, les tâches du sexologue clinicien qu'on retrouve énumérées à la pièce P-28 ne sont, soumet-elle, que ce que M. Lacasse estime qu'elles sont. Ce sont des énoncés généraux non corroborés par l'autre partie et qui n'éclairent en rien les tâches réelles en cause. Il en va de même des remarques de sa consœur sur l'utilisation de nombreux outils (paragr. 112) qui d'eux-mêmes ne remplacent en rien l'exercice de jugement et de raisonnement.

[496] Quant au lien relevé entre l'approche cognitivo-comportementale en psychothérapie et l'évaluation du sous-facteur 13 Habilités en relations interpersonnelles (paragr. 116-117), M^e Bureau rappelle le témoignage de la conseillère Harnois pour qui le sexologue clinique doit, à ce stade, avoir formé un raisonnement complet sur une multitude de variables.

[497] Référant au degré de raisonnement moindre que doit exercer la sexologue clinicienne à Aire ouverte (paragr. 125 de notes de sa collègue patronale) et le traitement de cas de santé mentale plus sérieux référé ailleurs, M^e Bureau rappelle le témoignage de la gestionnaire Miranda soulignant qu'un patient en

psychose pour un premier épisode ne sera pas exclu si son état est suffisamment stable. En conclusion sur le sous-facteur 2 Raisonnement, elle souligne que mettre au même niveau le sexologue clinicien et le sexologue bachelier répond mal au critère de cohérence.

[498] À l'égard du sous-facteur 5 et des remarques du 2^e paragraphe de la page 29 des notes de sa collègue, la procureure est d'avis que M^{me} Boisvert la gestionnaire de M^{me} Carrier n'a jamais mentionné rien touchant le témoignage de sa salariée selon lequel elle pouvait circuler ou être tenue d'attendre en position debout pour accueillir/escorter une clientèle qui se présenterait en transport adapté.

[499] Quant à l'affirmation de M^{me} Miranda selon qui la clientèle des centres jeunesse desservie était de 10 à 20% du total (62 paragr., p. 29), cette dernière a aussi indiqué que cette proportion variait de mois en mois. M^e Bureau n'a pas non plus entendu cette gestionnaire dire que cette clientèle se déplaçait pour des rendez-vous au CLSC (au bas de la même page). Enfin, la remarque de sa collègue que les méthodes utilisées par M^{me} Denis lui appartiennent, semblent ne pas tenir compte de la preuve démontrant qu'il s'agit là du recours aux meilleures pratiques que tous ont intérêt à appliquer.

[500] Enfin, pour le sous-facteur 15, il est mis en preuve syndicale que des situations exceptionnelles de ce type surviennent toutes les semaines. Contrairement à l'affirmation de sa collègue à ce sujet (paragr. 188), M. Laroche n'a pas que formulé des remarques générales sur le sujet mais donné des exemples concrets survenant au moins à chaque semaine.

[501] Elle conclut sa réplique en réitérant la portée ici de la décision Héma-

Québec, soit le rappel de l'obligation pour le Conseil du Trésor d'assumer les choix faits en vertu d'une loi d'ordre public.

Supplique patronale

[502] Touchant le sous-facteur 15, si la situation invoquée par l'Intersyndicale survient chaque semaine pour une durée de 3 heures, elle ne justifie par une cote plus élevée.

[503] Sur l'incohérence du comparable sexologue bachelier, la procureure rétorque qu'il ne l'est pas davantage que d'une comparaison avec le psychologue doctorant (pièce P-31).

V

ANALYSE ET DÉCISION

[504] Les deux (2) questions principales que soulève, à la lumière de la preuve et des arguments entendus, l'évaluation des facteurs toujours en litige sur le titre d'emploi Sexologue clinicien(ne) sont les suivantes :

- a) *Lors d'un renvoi en arbitrage d'un désaccord entre les parties au sein du Comité national des emplois en vertu de l'article 36.17 de la convention collective, la juridiction de l'arbitre définie à l'article 36.21 est-elle assujettie à quelque contrainte ou impératif que ce soit, outre sa pertinence, relativement à la preuve qui peut être soumise et appréciée, qu'il s'agisse de la Loi sur l'Équité ou du Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs (« le système d'évaluation »).*
- b) *Dans la négative, quelles sont les cotes que la preuve pertinente les concernant autorise à accorder au sous-facteur 2 Raisonnement; au sous-facteur 5 Efforts physiques, activité G et au sous-facteur 15 Conditions psychologiques condition B?*

[505] *Première question.* Si l'article 36.20 est fort explicite sur les limites de la juridiction de l'arbitre excluant de go de celle-ci toute altération du « *système d'évaluation des emplois, son guide d'interprétation, les taux et échelles de référence ou d'autres outils permettant de fixer l'évaluation des fonctions* », il ne l'est pas moins relativement à ce qu'il est tenu de prendre en compte *aux fins de la comparaison des cotes d'évaluation, soit l'application qui a été faite pour d'autres catégories d'emplois.*

[506] Ce cadre juridictionnel se présente donc ici sous des dehors des plus conventionnels pour ce qui est du processus d'évaluation d'un titre d'emplois et des cotes à octroyer à ses facteurs et sous-facteurs une fois qu'un désaccord à leur sujet est référé à un arbitre. Ici, comme dans d'autres situations impliquant de tels litiges, l'arbitre se retrouve en face d'un système de classification qu'il ne peut modifier, la seule tâche qui lui incombe étant de l'appliquer et de s'assurer, ce faisant, d'une référence aux comparables ou encore, selon la terminologie d'autres systèmes, d'emplois-repères appropriés.

[507] Selon l'un des arguments de la partie patronale tiré des explication de l'évaluateur du Conseil du Trésor, la genèse du processus d'évaluation, notamment l'exercice d'équité touchant de multiples catégories d'emploi et, davantage encore, la méthode d'enquête convenu entre les parties pour dénombrer les tâches caractéristiques d'un titre d'emploi, aurait pour effet en l'instance de privilégier en quelque sorte, aux fins d'appréciation de la preuve, les renseignements tirés de cette méthode relativement à ceux tirés de la preuve présentée en arbitrage.

[508] Si le tribunal apprécie pleinement les impératifs de cohérence invoqués à l'appui d'une telle thèse, particulièrement à l'origine du processus d'évaluation

devant servir à la fois les objectifs d'équité et d'évaluation des emplois, il n'estime nullement qu'une preuve présentée au stade de l'arbitrage risque de leur faire échec, une fois remise et revue comme il se doit dans le cadre du système de classification applicable. Rien dans les règles conventionnelles ou, plus généralement, dans les règles de preuve n'exige en effet d'accorder une attention spéciale à un quelconque élément tiré du processus d'examen de la question antérieur à son renvoi en arbitrage, si l'on entend par là accorder à cet élément un poids relatif plus important au regard de l'ensemble de la preuve le concernant.

[509] Dans la mesure de leur pertinence, tous les éléments mis en preuve doivent être appréciés en fonction de l'éclairage qu'ils apportent, d'une part à la pleine compréhension des tâches caractéristiques d'un titre d'emploi et, de l'autre, à la détermination du niveau qu'il convient d'accorder à chacun des sous-facteurs selon les énoncés les plus appropriés du système de classification les visant. C'est à ce constat que mène l'analyse de l'arbitre Francine Beaulieu dans la sentence précitée du 17 septembre 2015 lorsqu'elle conclut :

[151] Dans l'expression la preuve présentée à l'arbitre, dont il est fait mention à la clause 36.20, le Tribunal estime que celle-ci doit suivre les règles habituelles pour être recevable. Dans la mesure où la preuve est pertinente à l'étude des sous-facteurs pour que l'arbitre lui attribue une cote, elle sera, par conséquent, recevable en preuve.

[152] Nulle part, à la lecture des clauses 36.18 à 36.24 inclusivement, il est fait mention de preuve à exclure, il faut donc comprendre que ce sont les règles usuelles de l'administration de la preuve qui s'appliquent.

[510] Que l'on soit ici en présence d'un système « ouvert » , c'est-à-dire ne fermant à priori aucune porte aux éléments antérieurs pouvant être présentés en preuve si tant est qu'ils sont pertinents au regard de la question à décider ou,

à l'inverse, n'obligeant nullement à les considérer de façon différenciée, ressort à la fois de la portée de l'article 36.20 et davantage encore de l'article 36.23, lequel autorise le tribunal d'arbitrage d'ajouter à la description du titre d'emploi des fonctions omises mais révélées être accomplies en arbitrage par des personnes salariées.

[511] Une fois reconnue la nature du présent exercice, il importe de reconnaître que les questionnaires sont une source de renseignements dont la pertinence ne saurait être remise en cause, les réponses émanant des titulaires du titre d'emploi. Mais comme le soulignent les remarques de présentation du système de classification et reprises par M. Lacasse, « *l'évaluateur ne doit pas se limiter aux seules informations qu'on retrouve dans la description de tâches ou fonctions ou encore à celles qui se retrouvent dans les questions complémentaires* », mais « *prendre en compte l'ensemble des informations relatives à l'emploi contenues aux questionnaires* ».

[512] En même temps, leur pertinence relative s'avérera souvent tributaire du niveau de spécificité de chacune des questions. Il tombe sous le sens qu'en mode questionnaire des questions sur la nature des tâches risquent d'engendrer des réponses de forme plus générale que des questions précises sur la durée et la fréquence d'une activité par exemple. Ainsi, le témoignage d'un sexologue clinicien sur le processus menant à la formation d'une impression clinique de la condition d'un patient risque fort d'apporter plus de précisions importantes sur son travail que la ou les réponses qu'il pourra inscrire sur le formulaire d'enquête.

[513] Bref, c'est au regard de toute la preuve entendue que l'arbitre est tenu d'exercer sa pleine compétence sans égard particulier au chemin parcouru par

le titre d'emploi depuis sa création et son évaluation aux étapes antérieures au renvoi à l'arbitrage. Le texte suivant tiré de la sentence arbitrale précitée M^e Lyse Tousignant du 29 avril 2014 résume on ne peut mieux la portée de la compétence arbitrale en la matière :

[151] C'est donc dire que, dans le présent cas, même si les questionnaires de validation ou ceux demandant la création d'un titre d'emploi lesquels ont été utilisés par les hôpitaux visés, ne faisaient pas état de certaines conditions ou pourcentage relatifs à certaines conditions, il faut décider selon l'ensemble de la preuve soumise et ce, en respectant les balises posées au paragraphe 36.20 de la convention collective. C'est donc dire que l'arbitre n'est pas limité aux éléments, documents disponibles au CNE, il doit tenir compte de l'ensemble de la preuve soumise. Le rôle est assimilable à un procès de novo dans le respect de la convention collective.

[514] Ce constat permet également de disposer d'un premier argument syndical selon lequel la preuve admissible est celle antérieure au 13 janvier 2021, soit la date à laquelle le CNE a constaté avoir l'ensemble des informations, pertinentes, sous réserve d'une preuve postérieure qui serait jugée pertinente. Pour le tribunal, il importe de souligner que, si les éléments qui constituent le dossier de classification préalablement à son renvoi à l'arbitrage ne prédéterminent en rien leur portée éventuelle, ceux-ci ne peuvent non plus être écartés sommairement, subsumés qu'ils pourraient se retrouver ultimement, à hauteur de leur pertinence, dans l'ensemble de la preuve et appréciés dans cette même mesure.

[515] Les mêmes considérations valent à l'endroit du second argument syndical selon lequel l'Employeur devrait être tenu à la cotation du sous-facteur octroyée lors de l'exercice de maintien de l'équité de 2015 pour l'activité G du sous-facteur 5 conformément aux exigences de la Loi sur l'Équité salariale, notamment les articles 76.1 et 76.2.

[516] La difficulté de la thèse syndicale origine ici du caractère nettement distinct du processus lié à l'exercice du maintien de l'équité salariale. L'exercice de maintien 2015 est présentement contesté comme l'a indiqué la conseillère syndicale Harnois. Les questions qu'il soulève relève cependant d'un organisme spécifique, en l'occurrence la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), pour lequel la Loi a prévu un mécanisme d'examen et de plainte tout-à-fait distinct de celui ici en cause.

[517] Ainsi que le souligne l'arbitre Lyse Tousignant dans sa décision traitant du titre d'emploi *Adjointe à l'enseignement universitaire* (sentence du 22 mai 2018, paragr. 109 à 111), en contexte d'une demande de suspension d'instance, la question de la catégorie d'emploi appropriée pour ce titre d'emploi relève d'un processus non contradictoire défini par la Loi sur l'Équité salariale, alors que l'évaluation du titre d'emploi devant relève d'un processus dicté par la convention collective.

[518] Dans le sillage de cette même décision, la procureure patronale a rappelé, à l'encontre de l'argument syndical, le caractère contraignant des travaux réalisés et des affichages auxquels réfèrent les paragr. 367 à 369 de la décision *Héma Québec*, et à l'exigence d'un préavis qu'énoncent les articles 76 et 76.4 de la Loi sur l'Équité salariale. Dans un tel contexte, il n'y a pas lieu de retenir la prétention syndicale sur ce point.

[519] Une autre remarque de portée générale sur l'appréciation de la preuve a trait à la grande variété des situations dans lesquelles les tâches des sexologues cliniciens sont accomplies. Résultat de clientèles et de conditions différentes, une telle variété ne signifie nullement dans le présent contexte qu'on puisse

désagréger des tâches d'une complexité moindre pour abaisser le niveau de celles jugées de niveau supérieur par le concours de quelque moyenne d'exécution.

[520] Ce qu'il s'agit d'évaluer, ce n'est pas le travail accompli par une sexologue clinicienne, pris isolément ou un à la fois, mais plutôt les tâches caractéristiques du titre d'emploi que son détenteur pourrait être tenu d'accomplir et ce dans une grande variété de contextes ou d'organisation des services. En d'autres mots, évaluer correctement le présent titre d'emploi signifie évaluer à la fois et de façon concomitante les tâches exécutées par les sexologues Laroche et Carrier par exemple. Le premier a rappelé d'ailleurs, sans être contredit l'interchangeabilité des rôles des sexologues cliniciens au sein de la Clinique des troubles sexuels, précisant que les préférences personnelles en la matière sont loin d'être garanties.

[521] Tel est donc le cadre particulier dans lequel le tribunal est appelé à exercer sa juridiction eu égard aux sous-facteurs encore ici en litige.

[522] *Deuxième question.* Il importe de préciser au départ que, sans besoin de les reproduire à nouveau puisqu'elles figurent ailleurs dans la présente décision, le tribunal a gardé à l'esprit aux fins de son appréciation toutes les remarques du système d'évaluation portant sur la définition et l'application des éléments des sous-facteurs ici en cause. Toutes ces considérations sous-tendent en conséquence l'analyse qui suit de la preuve documentaire et testimoniale les concernant.

[523] *Sous-facteur 2 – Raisonner.* Les deux volets déterminants que visent l'évaluation de ce sous-facteur et les énoncés applicables concernent ici le niveau de raisonnement habituellement exigé pour accomplir le travail propre au

sexologue clinicien et la variété et complexité des situations qu'il doit traiter.

[524] On note à cet égard que les énoncés des niveaux 5 et 6 de ce sous-facteur, soit ceux proposés par la partie patronale et syndicale respectivement, sont semblables et démarqués essentiellement que par une différence de degrés : recherche très élaborée, analyse approfondie et grande quantité d'informations et de variables pour le niveau supérieur relativement au précédent.

[525] Comme on l'a vu, le champ d'exercice dans lequel sont exécutées les tâches caractéristiques du titre d'emploi s'est avéré pour l'évaluateur Lacasse une considération initiale critique pour ce sous-facteur, soit à ses yeux une relation d'aide. C'est ce même choix qui explique les comparables retenus dont le plus notoire est le sexologue bachelier.

[526] Cette caractérisation du champ d'exercice du sexologue clinicien paraît au tribunal quelque peu réducteur de la dimension clinique, et devrait-on dire critique du travail de celui-ci. L'évaluation d'un patient qu'on exige du sexologue clinicien, qu'il s'agisse de celui référé par la sécurité publique ou d'une jeune victime de violence sexuelle, ou encore du risque de récurrence d'un criminel sexuel, enclenche un processus complexe d'analyse de renseignements et de réflexion marqué à la fin par un diagnostic et souvent par une psychothérapie.

[527] Ce diagnostic porte sur des troubles sexuels, des dysfonctions sexuelles et d'autres troubles liés à l'identité sexuelle, c'est-à-dire des pathologies de santé mentale au sens du DSM 5. Ce constat nous situe déjà dans le domaine de la santé mentale et du comportement plutôt que dans celui de la relation d'aide qui, sans être exclue, viendra plus tard. C'est cette différence d'avec le sexologue bachelier qu'a fait ressortir au début de son témoignage le sexologue clinicien

Francis Laroche, expliquant que les troubles sexuels sont un élément constitutif du programme de maîtrise en sexologie clinique alors que le baccalauréat en sexologie porte sur le développement et le comportement sexuel dans une perspective de relation d'aide et de support conseil.

[528] Les explications livrées, notamment par ce dernier et la sexologue clinicienne Mélissa Denis, sur la genèse et la formation de l'impression clinique au terme de leur analyse et synthèse de l'histoire psycho affective et sexuelle du client et sa capacité d'introspection, ses antécédents familiaux, juvéniles, sociaux, de travail et, souvent de nombreux rapports sur ces éléments, de même que les outils utilisés à cette fin, renseignent abondamment sur la quantité et la grande variété des renseignements et des situations qu'ils sont tenus de traiter.

[529] Recueillir une foule de renseignements est une chose; mais, le défi demeure grand à ce stade d'établir les liens cliniques appropriés entre la profusion de ces variables et les situations multiples dont ils émergent. Ce que les sexologues cliniciens feront avec la rédaction de rapports souvent d'une quinzaine de pages. On comprend mieux l'importance pour eux dans un tel contexte de partager avec leurs collègues en comité clinique leurs impressions, tout comme les plans de traitement en découlant.

[530] L'utilisation des nombreux outils décrits par les titulaires du poste aide sans conteste à rassembler de multiples renseignements, mais ils n'atténuent en rien le besoin systématique d'interpréter ceux-ci pour les intégrer dans une grille explicative d'une condition ou d'un traitement. On sait par ailleurs que l'utilisation de ces outils n'a rien de mécanique, assujettis qu'ils demeurent comme l'a souligné M. Laroche, à des formations d'une durée de deux (2) à trois

(3) jours pour chaque outil que lui et ses collègues sont tenus de suivre et auxquelles s'ajoutent des mises à jour périodiques.

[531] La collaboration étroite entre sexologues cliniciens et psychologues, qu'il s'agisse de co-évaluations selon le témoignage non contredit de M. Laroche, ou du développement avec le psychologue d'un groupe de soutien en psychothérapie pour les opérés de la prostate évoqué par M^{me} Dugré, sont d'autres exemples qui dénotent des exigences de raisonnement fort apparentées entre elles quant à l'amplitude des sujets et des situations à l'égard desquels ce raisonnement s'exerce.

[532] À l'inverse, il n'existe aucune preuve que les tâches caractéristiques du sexologue bachelier s'étendent à des évaluations ou à des diagnostics de l'ordre de ceux qu'on vient d'évoquer. Cette preuve les montre plutôt jouant un rôle important dans des groupes ou ateliers de psychothérapie à l'étape du traitement recommandé par le sexologue clinicien.

[533] Bref, jaugé à l'aune de la preuve, l'exercice des comparables au regard du raisonnement, et de la complexité des sujets et des situations vis-à-vis desquels il s'exerce, signale un travail du sexologue clinicien beaucoup plus près de celui du psychologue que du sexologue bachelier. Ce que suggère également leur libellé respectif. Pour ces raisons, le tribunal conclut que le niveau de raisonnement que doit exercer un sexologue clinicien dans ses tâches caractéristiques correspond à l'énoncé 6 du sous-facteur, le niveau qui doit lui être octroyé.

[534] *Sous-facteur 5 – Efforts physiques – activité G (travailler debout, incluant la marche)*. Selon l'Intersyndicale, la valeur attribuée à cette activité en vertu de

l'agrégation devrait être 3, soit de fréquence 1 (*Occasionnellement : une fois de temps à autre, la plupart des semaines*) et de durée 2 (*Périodes de moyenne durée : habituellement de 30 à 90 minutes*). La cote de cette activité physique a une incidence sur la cote finale de SF-5 que l'Intersyndicale estime être 2 contre 1 pour la partie patronale qui ne reconnaît pas l'activité G (pièce ES-3).

[535] Le relevé des réponses à la question #15 des questionnaires de 2018 du sexologue clinicien pour cette activité physique (pièce P-33) présente le tableau suivant : quatre (4) des douze (12) répondants notent aucune fréquence ou durée (0/0); quatre (4) une notation correspondante 1/1; et les quatre (4) derniers, une notation 1/3, 1/2, 3/1 et 3/2 respectivement.

[536] Cette répartition plutôt inégale de la place qu'occupe cette activité dans le cours normal de leur travail se reflète aussi dans les témoignages des sexologues cliniciens sur ce point. Ainsi, pour les sexologues Laroche et Dugré cette activité paraît relativement marginale, alors qu'elle s'avère notable pour leurs collègues Carrier et Denis, liée surtout pour la première aux exigences du transport adapté et, pour la seconde, à l'utilisation du tableau à des fins pédagogiques (approche cognitivo-comportementale) et à la marche « thérapeutique » si l'on veut.

[537] Évoquant cet aspect du besoin fréquent d'une clientèle difficile et imprévisible, en plus des promenades, des marches dans un parc, ou du besoin de bouger durant les séances, M^{me} Carrier a parlé d'une fréquence de deux (2) à deux fois et demie (2,5) par semaine depuis qu'elle travaille à temps complet pour des interactions d'une durée moyenne de 30 minutes. M^{me} Denis a souligné la survenance d'une telle activité lors d'une première rencontre, soit une quarantaine de minutes pendant laquelle elle demeure debout, puis lors de marches extérieures avec de jeunes victimes d'exploitation sexuelle qui

s'étendent le plus souvent sur l'heure.

[538] À défaut de précisions plus grandes sur la mesure de durée et de fréquence applicable à l'ensemble des titulaires de ce titre d'emploi, et tenant pour acquis que l'élément déterminant à retenir dans de tels cas est ce qui est caractéristique du titre d'emploi sous ce rapport, il convient alors de recourir à la méthode, reconnue en évaluation, de comparaison des énoncés du sous-facteur pour déterminer lequel de ceux-ci rend compte le mieux de la place de cette activité dans les tâches caractéristiques du titre d'emploi sous étude dans l'ensemble des milieux ici en cause.

[539] Ici, la preuve suggère effectivement la présence de l'activité G mais le tribunal estime qu'une telle activité de travail debout et de marche est *occasionnelle*, c'est-à-dire *une fois de temps à autre, la plupart des semaines*, plutôt que *fréquente* ou *plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines*; il en va de même de sa durée, laquelle sera de façon générale soit *courte* ou *habituellement moins de 30 minutes* plutôt que *moyenne* ou *habituellement de 30 à 90 minutes*.

[540] L'échelle applicable à l'une et l'autre variable selon l'énoncé retenu est donc 1 et 1, ce qui donne, selon le tableau d'agrégation et l'échelle de transposition du système, un pointage de 1 à 3 points, soit la cote agrégée 1 pour ce sous-facteur. Celle-ci correspond à celle accordée par la partie patronale, bien que cette dernière ne reconnaisse pas, tel qu'indiqué précédemment, la présence de cette activité dans l'ensemble du sous-facteur. Une telle cote agrégée de 1 rejoint, sans surprise, celle accordée aux comparables pour ce sous-facteur, en l'occurrence aux titres d'emploi psychologue, travailleur social et conseiller en orientation (pièce P-30 b).

[541] *Sous-facteur 15 – Conditions psychologiques B Situations difficiles comportant des interactions conflictuelles, hostiles ou violentes.* On sait de la décision préliminaire rendue dans le présent dossier qu'il n'existe ici aucun désaccord entre les parties sur la cote agrégée 3 à reconnaître au sous-facteur. Ce qui subsiste c'est la composition de la cote agrégée, ou spécifiquement l'échelle de proportion de temps. Les échelles de proportion définies dans le système de classification pour cette condition psychologique particulière sont de 1 et 2 respectivement, soit *Moins de 30% du temps sur une base annuelle* pour la première, et *De 30% à 60% du temps sur une base annuelle* pour la seconde.

[542] Le relevé des réponses à la question #20 des questionnaires de 2018 du sexologue clinicien pour cette condition (pièce P-34) présente des pourcentages annualisés allant de 0 à 5% pour huit (8) des douze (12) répondants. Pour trois (3) des (4) quatre restant, les pourcentages sont de 12, 16 et 30 respectivement, alors que le dernier inscrit 7 heures dans la colonne heures de la ligne jour. Ce dernier résultat me semble une anomalie dans la mesure où on conçoit mal qu'un salarié soumis à un tel montant d'interactions hostiles puisse tenir le coup pendant une période significative de temps. *Moins de 30% du temps sur une base annuelle* semble donc au départ une estimation représentative de la présence habituelle de cette condition pour le sexologue clinicien.

[543] L'ensemble des témoignages des sexologues cliniciens sur ce point me paraissent rejoindre les résultats mitigés tout juste notés pour la position syndicale. Des exemples ont certes été donnés du type des comportements visés par cet élément du sous-facteur, mais leur nombre plutôt restreint en font plutôt des figures d'exceptions relativement au comportement de l'ensemble de la clientèle qui, ne l'oublions pas, doit donner son consentement préalablement à une évaluation ou un traitement.

[544] Ce constat s'accorde fort bien de plus avec les comparables de niveau 1 soumis sur cette condition (pièce P-30), soit les titres d'emploi de psychologue, psychoéducateur, travailleur social et criminologue dont les titulaires sont appelés à exercer leur rôle auprès d'une clientèle partageant de nombreux traits avec celle du sexologue clinicien. L'échelle de proportion de temps pour la condition B du sous-facteur est donc de 1.

[545] Pour tous les motifs énoncés ci-dessus, le tribunal :

- *détermine* que sa juridiction en la matière est celle que lui accordent les dispositions de la convention collective, notamment les articles 36.20 et 36.23, l'autorisant à considérer toute la preuve pertinente sur l'évaluation des sous-facteurs encore en litige du titre d'emploi sexologue clinicien/ clinicienne;
- *détermine* comme suit les niveaux ou cotes à attribuer aux sous-facteurs et éléments ici en litige :
 - a) Le niveau 6 est, selon l'énoncé correspondant du système de classification applicable, le plus approprié pour le *sous-facteur 2 – raisonnement* du présent titre d'emploi;
 - b) La cote agrégée 1 est celle appropriée à l'activité *G du sous-facteur 5 efforts physiques*;
 - c) L'échelle de proportion de temps appropriée pour la *condition B du sous-facteur 15 conditions psychologiques* est de 1, ce qui confère un total de cinq (5) points et une cote agrégée 3 pour ce sous-facteur;

- *ordonne* à la partie patronale d'actualiser dans les délais habituels les changements ici notés dans l'évaluation du titre d'emploi sexologue clinicien et les effets, le cas échéant, qui en résultent.



François Bastien, arbitre

Signée à Gatineau, le 19 mai 2025

ANTEA INC.
2311-537A-QX
S/A-183-25(QX)

LISTE DE PIÈCES

MSSS et APTS
Évaluation du titre d'emploi Sexologue clinicien/clinicienne

PIECES COMMUNES

- ES-1** Message aux abonnés relativement à l'introduction du titre d'emploi de sexologue clinicien (1573) du 7 mai 2013
- ES-2** Libellé du titre d'emploi de sexologue clinicien ou sexologue clinicienne (1573)
- ES-3** Tableau des cotes en litige
- ES-4** Système d'évaluation des emplois à 17 sous-facteurs et éléments d'interprétation
- ES-5** Extraits de la convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux [versions 2011-2015, 2016-2020 et 2020-2023]
- ES-6** Questionnaires d'enquête
1. CISSS de Laval - CLSC du Marigot
 2. CIUSSS de l'Estrie-CHUS - Hôpital Fleurimont
 3. CISSS Laurentides - Galeries des Laurentides
 4. Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
 5. CIUSSS-du-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - CRDITED de Montréal
 6. CHU de Québec - Hôtel-Dieu de Québec
 7. CISSS de la Montérégie-Centre - Hôpital Charles-Lemoyne
 8. CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - CLSC Dorval-Lachine
 9. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Institut universitaire en santé mentale du Québec (*le titre d'emploi identifié est celui de sexologue, mais il s'agit du titre d'emploi de sexologue clinicien*)
 10. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Institut universitaire en santé mentale du Québec

11. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Clinique des troubles sexuels
12. CIUSSS de la Capitale-Nationale - Clinique des troubles sexuels

ES-7 Portrait des effectifs pour le titre d'emploi de sexologue clinicien(ne) pour la période de 2018-202

PIÈCES PATRONALES

P-1 Échange de courriels entre les parties siégeant au CNE entre le 14 juillet et le 1er novembre 2023

P-2 Historique des titres d'emploi discutés au Comité national des emplois (CNE)

P-3 Lettre du 29 juillet 2014 à M^e Lyse Tousignant relativement à la demande d'arbitrage pour les titres d'emploi d'agent d'intervention en milieu psychiatrique, d'adjointe à l'enseignement universitaire et de commis surveillant d'unité (Pinel)

P-4 Annexe à la lettre du 29 juillet 2014 à M^e Lyse Tousignant relativement aux cotes d'évaluation en désaccord pour les titres d'emploi d'agent d'intervention en milieu psychiatrique, d'adjointe à l'enseignement universitaire et de commis surveillant d'unité (Pinel)

P-5 Prétentions sommaires syndicales pour le titre d'emploi de commis surveillant d'unité (Pinel)

P-6 Prétentions sommaires patronales pour le titre d'emploi de commis surveillant d'unité (Pinel)

P-7 Décision du 20 novembre 2020 de M^e Lyse Tousignant pour le titre d'emploi d'adjointe à l'enseignement universitaire

P-8 Organigramme – Direction des programmes santé mentale, dépendances et itinérance

P-9 Continuums des services en santé mentale

P-10 Canevas proximité – rencontre individuelle de suivi

- P-11** Présentation des services d'évaluation et de traitement de la Clinique des troubles sexuels (CTS)
- P-12** Bilan de l'année 2023-2023 – Clinique des troubles sexuels
- P-13** Aide-mémoire – Calcul du temps alloué selon le type de services aux patients
- P-14** Horaires types 4-18 novembre (en liasse) – Intervenant 1, 2, 3
- P-15** Déclaration d'un évènement accidentel ou d'une maladie professionnelle - Formulaire
- P-16** Organigramme – Direction Programme Santé mentale et dépendance
- P-17** Organigramme – CISSS de Laval (sous Maxime Miranda – Services généraux et spécifiques
- P-18** Organigramme – Direction du Programme Jeunesse
- P-19** Aire Ouverte – Offre de Service CISSS de la Montérégie-Centre – services intégrés pour les jeunes 12 à 25 ans – Direction du Programme Jeunesse – 2021-03-15
- P-20** Cadre de référence Air Ouverte – Décembre 2021
- P-21** Rapport Évaluation sexologique sommaire initiale – Programme Aire Ouverte
- P-22** Organigramme – Direction adjointe du Continuum en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'Autisme – Réadaptation en milieu de vie substituts
- P-23** Procédure Tenue de dossier de l'utilisateur – Direction des services professionnels (DSP)
- P-24** Carte de référence HPS-HAP – Révisé 2022-08-09
- P-25** **a)** Aide-Mémoire HPS Directes – Interventions réalisées auprès de l'utilisateur, de sa famille ou encore de son représentant légal

- P-25 b)** Aide-Mémoire HPS indirectes – Temps consacré à la réalisation d’activités pour un usager identifiable mais qui est absent au moment de la réalisation de l’intervention
- P-25 c)** Aide-mémoire HAP (Les heures ne sont pas associées à un usager identifiable – Heures consacrées aux actes, actions et travaux réalisés lors d’activités professionnelles
- P-26 a)** Rapport HPS – Synthèse DI Critères de recherche
- P-26 b)** Rapport HPS Synthèse DP
- P-27** Guide pour réaliser l’équité salariale et en évaluer son maintien (CNESST) - 9e édition
- P-28** Portrait des tâches et fonctions caractéristiques -Sexologue clinicien
- P-29** Extraits des questionnaires (ES-6) - Relevé des réponses à la question # 10 des questionnaires 2018 du sexologue clinicien
- P-30 a)** Cote des comparables - SF2 Raisonnement
- P-30 b)** Cote des comparables - SF5 Efforts physiques
- P-30 c)** Cote des comparables - SF15 Conditions psychologiques
- P-31 (en liasse)** - Nomenclature des titres d’emploi – à partir du 1^{er} avril 2010
- P-32** Code des professions, articles 37 et 37.1
- P-33** Extrait des questionnaires (ES-6) - Relevé des réponses à la question #15
- P-34** Extrait des questionnaires (ES-6) - Relevé des réponses à la question # 20 pour le sous-facteur 15 (condition B)

PIÈCES SYNDICALES

- S-1** Tableau des cotes d'évaluation des titres d'emploi – Maintien (Équité) 2010.
- S-2** Tableau des cotes d'évaluation des titres d'emploi – Maintien (Équité) 2015.
- S-3** a) Troubles paraphiliques – Extrait du DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition.
- S-3** b) Dysfonctions sexuelles – Extrait du DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition.
- S-4** Sommaire d'évaluation (adapté par Normande Couture et Anne Dallaire, février 1997 / révisé en octobre 1999).
- S-5** (en liasse) Statique -99R – Règles de cotation révisées – 2016 – Rapport de recherche : 2017-R012, Sécurité publique Canada, inclut table des matières, commentaires et feuille de cotation.
- S-6** Échelle stable - 2007 – Manuel de cotation (version révisée 2012), inclut table des matières, introduction et feuille de cotation (en liasse).
- S-7** Feuille de cotation du SAPROF – Facteurs de protection liés au risque de violence – Mars 2011 - Forum éducatif, Vienne de Vogel, Corinne de Ruitter, Yvonne Bouman et Michel de Vries Robbé.
- S-8** Feuille de cotation ROSAC (en liasse) (Risk of Sexual Abuse of Children by Robert J. McGrath, Heather M. Allin, Georgia F. Cumming – traduction autorisée Isabelle Avril Pronovost, 2019), inclut table des matières.
- S-9** Feuille de travail RSVP (Risk for Sexual Violence Protocol, Mental Health' law & Policy Institute, Simon Fraser University, inclut cotation.
- S-10** Protocole d'entretien et de collecte d'informations – Institut universitaire en santé mentale de Québec (décembre 2013 et version finalisée en mai 2014).

- S-11** Guide -Statique -99R (version numérique complète)
- S-12** Guide - Stable2007 (version numérique complète)
- S-13** Guide – ROSAC (version numérique complète)
- S-14** Formation à l'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels (SORAG : Sex Offender Appraisal Guide; RSVP : Risk for Sexual Violence Protocol), Étapes de cotation de la RSVP, 81 pages.
- S-15** Demande de consultation en oncologie psychosociale et spirituelle (Formulaire).
- S-16** Questionnaire d'évaluation sexologique (créé par Sharon Dugré, sexologue clinicienne et psychothérapeute).
- S-17** Questionnaire sur la baisse de désir sexuel – Annexe A extraite de l'ouvrage de Gilles Trudel, La Baisse du désir sexuel, Psychologie, édition Masson, septembre 2023
- S-18** Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle, article de F. Giuliano, Progrès en urologie (2013) 23, 811-821.
- S-19** Évaluation sexologique – sexologie – CHU de Québec, Université Laval (en ébauche).
- S-20** Rapport de fermeture – sexologie - CHU de Québec, Université Laval (en ébauche).
- S-21** Demande de services professionnels – CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal (formulaire).
- S-22** Dysphorie de genre– Extrait du DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, pp.535-545.
- S-23** Bilan de fin de thérapie – CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal (formulaire).
- S-24** Notes évolution Service social – CISSS de Laval.

- S-25** Questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3) – Jeffrey Young & Gary Brown, Schema Therapy Institute, 2003.
- S-26** Questionnaire PCL-5 (Fr) – Évaluation des réactions post-traumatiques
- S-27** Modalités pour les enquêtes – Comité national des emplois – 4 novembre 2023
- S-28** En liasse – Échange de cotes simultanée Titres d'emploi vague 5
- S-29** Pondération
- S-30** Extrait de la Nomenclature

Dernière mise à jour le 12 février 2025

LISTE DES AUTORITÉS

MSSS

- 1 Stéphane BEAULAC et Frédéric BÉRARD, Précis d'interprétation législative, 2^e éd., LexisNexis Canada inc., 2014, 566 p.
- 2 *Ministère de la Santé et des Services sociaux et Alliance du personnel professionnel et technique, et als*, Sentence arbitrale, le 22 mai 2018 (Lyse Tousignant, arbitre)
- 3 Dictionnaire Larousse [en ligne] : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habituel/38786> (consulté le 11 mars 2025)].
- 4 Dictionnaire Le Robert [en ligne] : [habituel - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert](#) (consulté le 11 mars 2025)].

APTS

- 1 *Ministère de la Santé et des Services sociaux et Alliance du personnel professionnel et technique, et als*, Sentence arbitrale interlocutoire, le 17 septembre 2015 (Francine Beaulieu, arbitre)
- 2 *Ministère de la Santé et des Services sociaux et Alliance du personnel professionnel et technique, et als*, Sentence arbitrale, le 7 février 2022 (Francine Beaulieu, arbitre)
- 3 *Ministère de la Santé et des Services sociaux c. Beaulieu 2023*, QCCS 816, *Cour supérieure, l'hon. Marie-Paule Gagnon, J.C.S.*
- 4 *Syndicat des techniciens(nes) de laboratoire d'Héma-Québec (STLHQCSN) et Héma-Québec*, Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité au travail, 2022 QCCNESST 239 (CanLII), Anouk Gagné, vice-présidente et Judith Carroll, commissaire.
- 5 *Alliance du personnel professionnel et technique et als et Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Sentence arbitrale, le 29 avril 2014 (Lyse Tousignant, arbitre)

- 6 *Ministère de la Santé et des Services sociaux et Confédération des syndicats nationaux (CSN) et als, Beaulieu, Sentence arbitrale, le 20 novembre 2020 (Lyse Tousignant, arbitre)*