
Chapitre 13

Santé mentale et sexualité

Dorothy M. Griffiths, Debbie Richards, Paul Fedoroff et Shelley L. Watson

Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Comparer le bien-être sexuel des personnes affectées d'une déficience de développement et la santé sexuelle des personnes ne présentant pas de déficience.
2. Définir la notion d'abus sexuel des personnes affectées d'une déficience de développement, et appliquer la définition bivalente aux antécédents et aux expériences des personnes considérées comme handicapées.
3. Identifier les principaux défis de santé mentale reliés à la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement, et décrire l'augmentation des risques suscitée par les déficiences.
4. Identifier les options de traitement appropriées pour les personnes affectées d'une déficience de développement qui manifestent des comportements sexuels déviants.

Introduction

La sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement soulève de sérieuses questions en ce qui concerne la santé mentale. En fait, ce qui suscite des défis pour leur santé mentale, ce n'est pas réellement la sexualité des personnes affectées d'une

déficience de développement, mais plutôt la compréhension et les réactions de la société à l'égard de leur sexualité. Les mythes concernant la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement ont contribué durant plus d'un siècle à des mesures abusives et répressives à l'égard des personnes ainsi étiquetées (Griffiths, 1999), et ceci a suscité une augmentation des risques de développement de problèmes sexuels chez ces personnes. Nous examinerons dans ce chapitre les sujets suivants concernant les personnes identifiées comme souffrant d'une déficience développementale :

1. La sexualité comme composante normale du bien-être mental
2. La sexualité comme risque pour la santé mentale
3. L'abus sexuel : contact sexuel non désiré ou forcé
4. L'abus sexuel : répression de la sexualité
5. Les facteurs de risque pour la santé mentale associés aux comportements sexuels inappropriés

1. La sexualité comme composante normale du bien-être mental

Une saine sexualité est un facteur essentiel de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization) (1975) a identifié les facteurs nécessaires pour le développement d'une saine sexualité; il s'agit des suivants : (i) établissement de la capacité à pratiquer et contrôler les comportements sexuels et de reproduction conformément aux critères sociaux et d'éthique personnelle; (ii) absence de crainte, honte, sentiment de culpabilité, croyance erronée et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et l'établissement de relations sexuelles; et (iii) absence de troubles organiques, maladies et déficiences qui peuvent interférer avec les fonctions sexuelles et de reproduction.

En réalité les critères de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la santé sexuelle ne sont pas satisfaits pour la plupart des personnes affectées d'une déficience de développement. Les faits sont les suivants :

1. Les personnes affectées d'une déficience de développement ont généralement moins de contrôle sur leur sexualité et leurs fonctions de reproduction.
2. Ces personnes font souvent l'objet de restrictions, punitions et récriminations à l'égard de leur sexualité, et l'expression de leur sexualité est également limitée par manque d'intimité, d'opportunités, de connaissances et de choix. Ces personnes sont plus fréquemment victimes d'assauts sexuels et de traitements abusifs.
3. Ces personnes sont plus exposées à un risque de difficultés physiques et médicales entravant leurs expériences sexuelles et fonctions de reproduction. Comme on le voit à la table 1 : Syndromes et leurs effets sur la sexualité, beaucoup de situations qu'on observe communément chez les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent avoir des implications sexuelles.

Ainsi, le bien-être sexuel des personnes affectées d'une déficience de développement est entravé aux trois niveaux.

2. La sexualité comme risque pour la santé mentale

Les pratiques d'abus sexuel dont font l'objet les personnes affectées d'une déficience de développement constituent l'un des défis cachés de la santé mentale. Aux fins de ce chapitre, nous avons adopté la définition suivante :

Abus sexuel : tout contact sexuel non désiré ou forcé, attouchement non désiré ou exhibition des organes sexuels, menaces de brutalité ou coercition en rapport avec une activité sexuelle; répression de l'activité sexuelle, refus de communication d'information et d'éducation sur la sexualité, intervention forcée d'avortement ou stérilisation (The Roeher Institute, 1994, p. vi).

Table 1: Syndromes* et leurs effets sur la sexualité

Syndrôme*	Sexe affecté	Effet(s) sur la sexualité
Syndrôme d'Asperger	Ratio hommes/femmes = 7/1	Comportement sexuel inapproprié imputable à un déficit des aptitudes sociales
Syndrôme de Down	Hommes et femmes	Hommes généralement stériles; taux de fertilité réduit chez les femmes
Syndrôme de l'alcoolisme fœtal	Hommes et femmes	Comportement sexuel inapproprié, relié à l'impulsivité
Syndrôme de Klinefelter	Spécifique aux hommes	Hypogonadisme Gynécomastie Développement retardé des caractéristiques sexuelles secondaires Oligospermie; sujet généralement stérile Taux élevé des hormones gonadotropes Libido réduite
Syndrôme de Noonan	Hommes et femmes	Cryptorchidie Défauts des gonades, variables, de déficience sévère à développement apparemment normal
Syndrôme de Prader-Willi	Hommes et femmes	Hypogonadisme; petit pénis Sous-développement des organes génitaux et des seins
Syndrôme de Rubinstein-Taybi	Hommes et femmes	Cryptorchidie Cryptorchidie
Syndrôme de Smith-Magenis	Hommes et femmes	Insertion d'objets étrangers dans les orifices corporels
Syndrôme de Gilles de La Tourette	Fréquence 3-4 fois plus élevée chez les hommes	Activité sexuelle inappropriée imputable à l'impulsivité associée au trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité comorbide
Syndrôme de Turner	Spécifique aux femmes	Atouchement inapproprié imputable à des tics moteurs complexes Infertilité; dysgénésie ovarienne
Syndrôme de Williams	Hommes et femmes	Possibilité d'absence de caractéristiques sexuelles secondaires Problèmes de menstruation Comportement sexuel inapproprié imputable à l'excès de sociabilité

*Les auteurs ont sélectionné les syndromes de cette table à titre d'exemples seulement. D'autres syndromes peuvent également soulever des questions sexuelles.

3. L'abus sexuel : contact sexuel non désiré ou forcé

Sous différents aspects, à savoir l'incidence, les causes, les effets sur la santé mentale et leurs conséquences, nous examinons ici, les abus sexuels que subissent les personnes affectées d'une déficience de développement. Nous identifierons la relation entre les pratiques abusives et les risques pour la santé mentale.

Incidence :

Au début des années 1990, les chercheurs ont décidé de sensibiliser les personnes intervenant dans le domaine des déficiences développementales à l'égard de pratiques d'exploitation et d'abus sexuel très répandues à l'encontre des personnes affectées d'une déficience de développement. Selon les résultats d'une étude, 75 à 85 % des femmes affectées d'une déficience de développement, vivant dans la communauté dans le cadre d'un programme résidentiel, avaient fait l'objet d'assauts sexuels (Davis, 1989). En majorité, ces infractions surviennent dans des résidences privées (57,3 %) ou en des lieux où des services sont dispensés, comme foyers de groupe (8,5 %), institutions (7,7 %), hôpitaux (1,7 %), services de réadaptation (4,3 %) (Mansell, Sobsey & Calder, 1992).

Les résultats des recherches de Mansell et de ses associés indiquent que les personnes affectées d'une déficience de développement faisaient l'objet de pratiques abusives de la part de membres de leur famille, de voisins ou de personnels de garde des enfants, tout comme les personnes ne présentant pas de déficience. Cependant, ces personnes étaient également exposées à un risque plus élevé de pratiques abusives de la part d'autres personnes présentant une déficience, particulièrement lorsqu'elles étaient regroupées avec des délinquants potentiels dans le cadre d'un programme résidentiel, ou de la part de personnes qui avaient un rôle de prestataires de soins ou qui avaient accès à elles dans le cadre de services dispensés aux personnes affectées de déficiences. Les délinquants étaient typiquement des hommes et étaient connus de la victime (Sobsey, 1994; Mansell & al., 1992).

Dans une étude portant sur 119 victimes de pratiques sexuelles abusives, Mansell & al. (1992) ont indiqué que les incidents étaient généralement répétitifs (10,3 %) ou étaient survenus à de nombreuses occasions (53,8 %). Seulement 19,2 % des victimes faisaient rapport d'incidents survenus une seule fois, et 16,7 % des victimes signalaient de 2 à 10 incidents.

Causes :

La déficience de la personne n'est pas la cause directe de l'augmentation de la vulnérabilité. L'augmentation du risque est suscitée par le système et l'environnement social dans lequel les personnes affectées d'une déficience de développement doivent interagir du fait de leur déficience (Griffiths & al., 1996, The Roeher Institute, 1988, Sobsey, 1994). Plusieurs facteurs de risque ont été associés aux conditions sociales dans lesquelles la plupart des personnes affectées d'une déficience de développement se trouvent; il s'agit des suivants :

- isolation sociale et désavantages économiques;
- recours aux services de prestataires, qui peuvent manquer de formation et de soutien;
- manque de possibilité d'accès aux connaissances socio-sexuelles, ou d'accès à des interactions sociales;
- manque de pouvoir et contexte de vie qui favorise la conformité, l'acceptation de directives, etc.;
- limitation de la capacité de communication et de la crédibilité;
- tolérance socialisée pour le dépassement des limites socio-sexuelles; et
- faible crédibilité accordée aux rapports de pratiques abusives.

Les recherches et théories récentes suggèrent que l'environnement socialement limité au sein duquel les personnes affectées d'une déficience de développement vivent généralement, et la nature des rôles et relations qu'elles établissent dans ces environnements peuvent susciter une confusion ou distorsion des interactions qui abaisse les barrières naturelles qui empêcheraient la manifestation de pratiques abusives. Lorsque le flou s'installe au niveau des barrières devant normalement exister entre les prestataires de

services et les bénéficiaires des services de soutien, il existe un potentiel de tolérance de pratiques sexuelles abusives ou, pire encore, un risque d'interprétation erronée d'un comportement comme comportement approprié d'approche sociale (Owen, Griffiths, Sales, Feldman & Richards, 2000). Dans certains cas, les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent ne pas avoir conscience des limites que doivent s'imposer les prestataires de services en ce qui concerne leur comportement au-delà des prestations de soins, et peuvent ne pas savoir ou sentir qu'elles ont le droit de se défendre. En l'absence de procédures et règles claires à l'égard des limites appropriées à respecter, les prestataires de soins peuvent rationaliser des comportements inappropriés, et les bénéficiaires des services n'auront qu'une vague idée de ce qu'est un comportement approprié ou inapproprié de la part des prestataires de services (Owen & al., 2000).

Effets des pratiques abusives sur la santé mentale :

Il existe certains mythes selon lesquels les personnes affectées d'une déficience de développement, particulièrement dans les cas de déficience profonde, sont asexuelles et insensibles à la douleur (Sobsey & Mansell, 1990), et ne souffriront pas d'une pratique d'abus sexuel. Cependant Mansell & al., (1992) ont signalé que la plupart des personnes affectées d'une déficience de développement manifestent des effets négatifs après un incident d'abus. L'expérience des effets négatifs consécutifs à une pratique abusive est idiosyncratique, et souvent reliée aux circonstances antérieures à l'incident, à la compréhension de l'incident abusif, à la nature de l'incident abusif, à la relation avec le délinquant et à l'expérience consécutive à la pratique abusive. Certaines personnes peuvent vivre l'incident comme un incident d'abus et même traumatique; d'autres personnes peuvent vivre un incident avec des connotations moins négatives ou l'interpréter erronément comme acte d'amour, du fait d'une tolérance acquise au cours des années à l'égard des abus institutionnalisés ou d'intentions mal comprises (Owen & al., 2000). Dans les deux cas, la personne présentant une déficience manifesterait probablement des symptômes comportementaux. Ces symptômes sont souvent mal compris et ne sont pas traités efficacement comme des réactions à un incident d'abus.

Ces symptômes sont plutôt mal gérés, par sédation ou intervention de contrôle de comportement, et la cause de l'apparition des symptômes peut ne jamais être révélée, évaluée ou traitée.

Conséquences :

Les crimes, comme les atteintes sexuelles, contre les personnes affectées d'une déficience de développement sont rarement signalés (Wilson & Brewer, 1992). Après un incident d'abus, la personne concernée est souvent retirée de son foyer ou programme (Mansell & al., 1992).

En résumé, la prévalence généralisée des abus sexuels, la nature des relations abusives, le manque d'intervention après un incident d'abus et le manque de conséquences naturelles pour les délinquants qui abusent les personnes affectées d'une déficience de développement, et le potentiel de graves perturbations de la vie des victimes suscitent un risque élevé pour la santé mentale des personnes affectées d'une déficience de développement.

4. L'abus sexuel : répression de la sexualité

Comme on l'a déjà mentionné, les pratiques de répression de la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement par l'intermédiaire de règles appliquées, de médications et de refus de communication des connaissances, constituent un abus de la sexualité de ces personnes.

Antécédents :

À diverses périodes de l'histoire, les personnes affectées d'une déficience de développement ont été traitées comme des personnes «sexuellement innocentes», qui avaient besoin d'une protection sociale. En d'autres époques de l'histoire, comme au début du vingtième siècle, l'eugénisme identifiait les personnes affectées d'une déficience de développement comme des personnes « sexuellement dangereuses ou s'adonnant à la promiscuité », qu'il fallait sanctionner. Les personnes affectées d'une déficience de développement étaient regroupées avec d'autres populations caractérisées

par leurs activités criminelles, promiscuité sexuelle, maladie mentale et pauvreté. Armée de données scientifiques provenant d'études sur l'hérédité, la communauté professionnelle promouvait agressivement des mesures de restriction comme contrôle des mariages, stérilisation et ségrégation par institutionnalisation (Scheerenberger, 1983). Durant la seconde moitié du XXe siècle, la stérilisation forcée a finalement cédé le pas à la stérilisation volontaire, et l'éducation sexuelle a été introduite. Cependant, les faits sur la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement ne se sont que très lentement dégagés des mythes (Griffiths, 1992, 1999).

Malgré une désinstitutionnalisation massive et l'expansion de l'établissement dans la communauté des personnes affectées d'une déficience de développement, la plupart des agences qui prennent en charge des personnes affectées d'une déficience de développement ne leur dispensent aucun enseignement de nature sexuelle et répriment toute activité sexuelle – qu'elle soit appropriée ou inappropriée. De nos jours, beaucoup d'agences ont encore des règles formelles ou non écrites qui nient l'existence de la sexualité des personnes desservies. L'activité sexuelle en privé et entre des personnes consentantes d'âge approprié est souvent réprimée ou pénalisée.

Hingsburger (1992) note que les expériences sexuelles des personnes affectées d'une déficience de développement peuvent avoir été tellement réprimées, contrôlées ou sanctionnées que certaines personnes concernées manifestent des tendances de réaction négative à l'égard de tout ce qui est sexuel. C'est ce qu'on appelle l'érotophobie, qui se manifeste sous forme de symptômes comme craintes du sujet à l'égard de ses propres organes sexuels, réaction négative à l'égard de tout acte, discussion ou illustration concernant la sexualité, négation et colère à l'égard du propre développement sexuel du sujet, autopunition après un comportement sexuel, et conspiration de négation (Hingsburger, 1992).

Utilisation et utilisation impropre des médicaments :

Diverses médicaments sont administrées aux personnes affectées

d'une déficience de développement pour le traitement de symptômes associés à leur déficience, pour un traitement psychiatrique ou contrôle comportemental, et pour le contrôle du comportement sexuel.

Beaucoup des médications prescrites aux personnes affectées d'une déficience de développement manifestent des effets secondaires sur la sexualité. De plus, les effets secondaires sur la sexualité sont plus fréquents lorsqu'on augmente la dose ou le nombre de médicaments, comme c'est souvent le cas pour les personnes affectées d'une déficience de développement. Cependant, trop souvent les personnes affectées d'une déficience de développement ne sont pas informées des effets secondaires potentiels qu'une médication peut avoir sur leurs organes sexuels, ou sur leurs désirs et fantaisies sexuels ou leur expression. Les anticonvulsivants, neuroleptiques et antihypertenseurs sont tous associés à des dysfonctionnements sexuels (Crenshaw & Goldberg, 1996). « L'activité sexuelle indésirable » telle qu'elle est définie par les prestataires de services de santé donne souvent lieu à un « traitement » à l'aide de sédatifs/neuroleptiques (Mason & Granacher, 1980). En plus d'effets de fatigue et d'altération du désir sexuel, les neuroleptiques suscitent souvent des dysfonctionnements de l'érection, une inhibition de l'orgasme et la rétro-éjaculation chez les hommes (Lingjaerde, Ahlfors, Bech, Dencker & Elgen, 1987). Chez les femmes, les neuroleptiques ont été associés à une diminution de la lubrification vaginale, à l'inhibition de l'orgasme et à la dysménorrhée (l'altération des menstruations). Des cas de galactorrhée (écoulement laiteux de la poitrine) ont été signalés chez les hommes et chez les femmes (Lingjaerde & al., 1987). {Voir à la table 2 une liste partielle des médicaments qui ont une influence sur les fonctions sexuelles. Les médicaments mentionnés à la table 2 ont été sélectionnés sur la base de la fréquence de leur prescription aux personnes affectées d'une déficience de développement.}

Pour la plupart, les experts s'accordent maintenant à dire qu'on ne devrait jamais prescrire des neuroleptiques pour le contrôle des comportements sexuels (Fedoroff, 1995), parce que de meilleurs modes d'intervention pharmacologique sont maintenant disponibles, et du fait des effets secondaires potentiellement mortels du

syndrome malin des neuroleptiques (Levenson, 1985) et du syndrome incurable et défigurant de dyskinésie tardive induit par les neuroleptiques (American Psychiatric Association, 1992).

Table 2 : Effets secondaires des médicaments communément prescrites

Appellation	Indication(s) primaire(s)	Effet(s) secondaire(s)
<i>Appareil cardiovasculaire</i>		
Chlorothiazide	Contrôle de la pression sanguine	Difficultés sexuelles
Digoxine	Maladie cardiaque	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection
Énalapril	Contrôle de la pression sanguine	Dysfonctionnement de l'érection (rare)
Nadolol	Maladie cardiaque; contrôle de la pression sanguine	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection
Propranolol	Maladie cardiaque; contrôle de la pression sanguine	Perte du désir sexuel (hommes et femmes); dysfonctionnement de l'érection
Vérapamil	Maladie cardiaque	Dysfonctionnement de l'érection (rare)
<i>Système nerveux central</i>		
Alprazolam	Anxiété	Diminution du désir sexuel; troubles de l'éjaculation (hommes) et de l'orgasme (femmes)
Amitriptyline	Dépression	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; absence d'éjaculation
Bupropion	Dépression	Dysfonctionnement de l'érection
Carbamazépine	Épilepsie, stabilisation de l'humeur	Dysfonctionnement de l'érection
Chlorpromazine	Psychose	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; priapisme; absence d'éjaculation
Citalopram	Dépression	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée (hommes); perturbations de l'orgasme (femmes)
Diazépam	Perturbations du sommeil, troubles anxieux	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée; absence ou retard de l'orgasme (femmes)
Doxépine	Dépression	Réduction du désir sexuel; perturbations de l'orgasme (femmes) ou de l'éjaculation (hommes); dysfonctionnement de l'érection (rare)

(suite page suivante)

Appellation	Indication(s) primaire(s)	Effet(s) secondaire(s)
Fluoxétine	Dépression	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée
Fluvoxamine	Dépression	Diminution du désir sexuel; perturbations de l'orgasme (femmes); éjaculation retardée (hommes)
Halopéridol	Trouble psychotique	Dysfonctionnement de l'érection; changement dans la libido; éjaculation douloureuse; priapisme
Imipramine	Dépression	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; éjaculation retardée et douloureuse; retard de l'orgasme (femmes)
Lévodopa	Maladie de Parkinson	Augmentation du désir sexuel
Lorazépam	Perturbations du sommeil/ troubles anxieux	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée; absence ou retard de l'orgasme (femmes)
Lithium	Trouble bipolaire/ stabilisation de l'humeur	Dysfonctionnement de l'érection
Mésoridazine	Troubles psychotiques	Dysfonctionnement de l'érection; troubles de l'éjaculation; priapisme
Méthadone	Contrôle de la douleur	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; absence d'orgasme; éjaculation retardée
Néfazadone	Dépression	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; éjaculation retardée; trouble de l'orgasme (femmes)
Nortripyline	Dépression	Dysfonctionnement de l'érection; diminution du désir sexuel
Oxazépam	Troubles du sommeil/ anxieux	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée; absence ou retard de l'orgasme (femmes)
Paroxétine	Dépression	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; éjaculation retardée; trouble de l'orgasme (femmes)
Phénobarbital	Épilepsie	Dysfonctionnement de l'érection
Phénytoïne	Épilepsie	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; priapisme
Primidone	Épilepsie	Modification du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection (peu fréquent)

(suite page suivante)

Appellation	Indication(s) primaire(s)	Effet(s) secondaire(s)
Sertraline	Dépression/anxiété	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; éjaculation retardée; perturbations de l'orgasme (femmes)
Temazepam	Perturbations du sommeil/troubles anxieux	Diminution du désir sexuel; éjaculation retardée; absence ou retard de l'orgasme (femmes)
Thioridazine	Trouble psychotique	Modification du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection; troubles de l'éjaculation (retard, douleur, rétro-éjaculation, absence d'éjaculation)
Trazodone	Dépression	Priapisme; modification du désir sexuel; rétro-éjaculation
Trifluopérazine	Trouble psychotique	Dysfonctionnement de l'érection; troubles de l'éjaculation (douleur, absence d'éjaculation, éjaculation spontanée); augmentation du désir sexuel chez les femmes
Chimiothérapie		
Méthotrexate	Traitement du cancer	Perte du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection
Système gastro-intestinal		
Cimétidine	Thérapie des ulcères	Diminution du désir sexuel (homme et femme); dysfonctionnement de l'érection
Misoprostol	Thérapie des ulcères	Dysfonctionnement de l'érection; diminution du désir sexuel (peu fréquent pour les 2 cas)
Ranitidine	Thérapie des ulcères	Diminution du désir sexuel; dysfonctionnement de l'érection
Système génito-urinaire		
Médroxyprogestérone	Contraception	Modification du désir sexuel; perturbations de l'orgasme
Oxybutyrine	Incontinence urinaire	Dysfonctionnement de l'érection
Système musculo-squelettique		
Naproxen	Arthrite	Dysfonctionnement de l'érection; absence d'éjaculation

Refus de communication de connaissances :

Vers la fin des années 1970, la plupart des établissements dispensaient une certaine éducation sexuelle, mais continuaient à sanctionner les comportements sexuels autres que la masturbation (Coleman & Murphy, 1980). Des pionniers de l'éducation sexuelle, comme Kempton (1975) et Gordon (1971), ont commencé à se distancer de l'approche moraliste de l'éducation sexuelle pour dispenser une réelle information, pas seulement sur la biologie sexuelle mais également sur des relations interpersonnelles, le mariage, les rencontres et l'éducation des enfants. Même si de nos jours les intervenants reconnaissent en général l'importance d'une éducation socio-sexuelle pour les personnes affectées d'une déficience de développement, les agences pour la plupart ne fournissent pas un accès constant à une formation socio-sexuelle pour les personnes dont elles ont la charge. En général, les personnes concernées reçoivent une formation socio-sexuelle seulement après avoir manifesté des comportements sexuellement inappropriés ou après avoir ouvertement eu des pratiques ou contacts sexuels (Griffiths, 1999).

Le traitement restreint de la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement dans le passé, l'utilisation souvent inappropriée des médicaments, et le refus de communication d'information sexuelle suscitent des risques pour la santé mentale des personnes affectées d'une déficience de développement. Ceci, en plus des taux élevés de pratiques d'abus sexuel direct par contact sexuel non désiré ou forcé, fait des pratiques d'abus sexuel l'un des plus grands risques pour la santé mentale des personnes identifiées comme souffrant d'une déficience développementale.

5. Les facteurs de risque pour la santé mentale associés aux comportements sexuels inappropriés

Dans les deux sections précédentes, nous avons décrit comme suit la situation des personnes affectées d'une déficience de développement : (i) probabilité réduite d'acquisition d'expériences sexuelles susceptibles de rehausser leur santé mentale, et (ii) probabilité plus élevée d'être victimes d'un incident d'abus sexuel pouvant susciter

des risques pour la santé mentale. Ces facteurs de risque et d'autres contribuent à une plus grande vulnérabilité des personnes affectées d'une déficience de développement en ce qui concerne le potentiel de développement de comportements sexuellement inappropriés.

Statistiques des comportements sexuellement inappropriés :

Gilby, Wolf et Goldberg (1989) ont indiqué que les personnes affectées d'une déficience de développement adoptent souvent des comportements inappropriés, comme la masturbation publique, le voyeurisme et l'exhibitionnisme, qui sont des infractions sexuelles moins sérieuses que celles que peuvent commettre les personnes sans déficience. Edgerton (1973) a suggéré que les personnes affectées d'une déficience de développement n'ont pas plus tendance que les personnes sans déficience à manifester des comportements sexuellement inappropriés si on leur procure une expérience d'apprentissage normative. Cependant, l'expérience d'apprentissage sexuel de beaucoup des personnes affectées d'une déficience de développement est souvent toute autre chose que normative.

Statistiques des infractions :

Les études sur les statistiques démographiques indiquent que les personnes affectées d'une déficience de développement sont sur-représentées dans la population des délinquants sexuels qui sont condamnés (Shapiro, 1986; Steiner, 1984, Langevin, 1992). Cependant, ces statistiques donnent lieu à débat. Certains prétendent que les chiffres sont surestimés parce qu'ils sont basés sur le nombre de personnes condamnées, tandis que pour les personnes affectées d'une déficience de développement, la probabilité est plus élevée d'être prises, de faire des aveux et de ne pouvoir articuler une défense appropriée (Santamour & West, 1978; Murphy & al., 1983).

Même si on peut surestimer le taux de délits sexuels sérieux dans cette population, il est probable que le taux de « comportements sexuellement inappropriés » n'est pas surestimé. Il est probable

que les personnes qui commettent ces infractions sont souvent orientées vers des programmes de traitement en résidence plutôt que vers des établissements pénitentiaires, ou que les accusations sont retirées à un certain point (Day, 1994).

Nature des comportements sexuellement inappropriés et offensants :

Le comportement sexuel considéré comme offensant ou inapproprié peut prendre diverses formes. Dans la classification du manuel DSM-IV (APA, 1994), on trouve plusieurs codes de diagnostic à la rubrique *paraphilie* (ce qui signifie amour de l'inhabituel). La *paraphilie* est définie comme une « répétition de fantasmes sexuellement excitantes, de désirs sexuels ou de comportements impliquant généralement (1) des objets non humains, (2) la souffrance ou l'humiliation pour le sujet lui-même ou son partenaire, ou (3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes – survenant au cours d'une période d'au moins six mois » (p. 522).

Day (1994) suggère que la *paraphilie* peut se manifester, mais rarement, chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Elle est cependant souvent diagnostiquée de façon erronée. Il y a dans cette population une plus grande prévalence de pratiques abusives (Griffiths, Quinsey & Hingsburger, 1989; Gilby & al., 1989), de faible estime de soi (Lackey & Knopp, 1989), un manque d'expérience et de connaissances socio-sexuelles (Hingsburger, 1987), et de pauvres aptitudes sociales ou de résolution de problèmes (Hingsburger, 1987). Le manuel DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (4e édition) indique que chez les personnes affectées d'une déficience de développement il peut y avoir une « réduction des facultés de jugement, des aptitudes sociales ou du contrôle des impulsions, qui dans de rares cas, conduit à des comportements sexuels inhabituels » qu'on peut distinguer de la *paraphilie* (APA, 1994, p. 525).

Il est possible de différencier ces derniers comportements de la *paraphilie* parce que ces actes ne correspondent pas au comportement sexuel préféré et répétitif de la personne (APA,

1994). Ce comportement sexuel non paraphiliaque survient habituellement durant une phase ultérieure du développement, et est souvent sporadique. La description du manuel DSM-IV, bien qu'elle soit précise dans certains cas, n'apporte aucun critère de diagnostic pour la différenciation entre la *paraphilie* et ce que certains auteurs ont appelé « déviance contrefaite ».

Le terme de « déviance contrefaite » a été utilisé dans un article de Hingsburger, Griffiths & Quinsey en 1991. Les auteurs citaient des cas spécifiques pour démontrer que souvent le comportement sexuel déviant des personnes affectées d'une déficience de développement est le produit d'expériences et de facteurs médicaux et environnementaux plutôt que d'une *paraphilie*. Ces comportements déviants peuvent résulter d'un manque d'intimité (structurelle), de la prise de modèles, du choix d'un partenaire inapproprié, du manque de connaissances sexuelles ou de formation morale, d'antécédents d'apprentissage mal adaptés, ou des effets d'une affection médicale ou d'une médication (Hingsburger & al., 1991).

Day (1994) a identifié deux types de délinquants sexuels parmi les personnes affectées d'une déficience de développement. Il s'agit des personnes : (a) qui commettent seulement des infractions sexuelles, ou (b) qui commettent diverses infractions, dont des infractions de nature sexuelle. Il a constaté dans ce dernier groupe un taux plus élevé de troubles de personnalité sociopathe, de lésions cérébrales, de dysfonctionnements familiaux, et autres comportements inappropriés. Les membres de ce groupe étaient moins naïfs sexuellement, plus spécifiques et persistants dans leurs infractions sexuelles. Par comparaison, ceux qui ne commettaient que des infractions sexuelles étaient généralement peu déficients, et n'étaient pas affectés par la psychopathologie, des lésions cérébrales ou des comportements problématiques généralisés. Les membres de ce groupe commettaient des infractions moins sérieuses et ils étaient moins spécifiques en ce qui concerne le choix de leur comportement de délinquance ou de leur victime. Les délinquants de ce groupe étaient typiquement timides, sans expérience ou connaissance sexuelle, et provenaient souvent d'un environnement sexuellement répressif (Day, 1997). Par comparaison aux délinquants ne présentant pas de déficience – qui

s'attaquent essentiellement aux femmes, les délinquants affectés d'une déficience de développement s'attaquent dans les mêmes proportions aux hommes et aux femmes (Gilby & al., 1989; Griffiths, & al., 1989). De plus, le nombre de victimes était beaucoup moins élevé pour les délinquants affectés d'une déficience de développement.

La présence de diverses variables biomédicales, psychologiques et socio-environnementales (plus probable dans la vie des personnes affectées d'une déficience de développement) peut susciter une augmentation du risque d'apparition de comportements sexuellement inappropriés ou offensants (Griffiths, 2002). On trouve une discussion approfondie de ces variables dans les études de Griffiths (2002); on en présente un résumé ci-dessous :

Facteurs biomédicaux :

On constate plus fréquemment des problèmes neurologiques et des maladies mentales au sein de la population de personnes qui ont des comportements sexuellement offensants ou inappropriés; la probabilité de coexistence de ceux-ci est plus élevée chez les personnes affectées d'une déficience de développement (Nezu, Nezu & Gill-Weiss, 1992). Les personnes affectées d'une déficience de développement affrontent les mêmes problèmes de santé mentale que les personnes sans déficience; de ce fait, elles sont plus vulnérables à la même gamme de problèmes mentaux auxquels peuvent être associés des symptômes sexuels non spécifiques (p. ex. manie ou trouble obsessionnel-compulsif).

Facteurs psychologiques :

Les facteurs psychologiques, comme manque de liens d'attachement, manque d'inhibition pro-sociale, traumatisme sexuel durant l'enfance et déficits d'aptitudes et d'empathie sont des facteurs de risque en ce qui concerne le développement et la manifestation d'anomalies sexuelles au sein de la population ne présentant pas de déficience. Il a été établi que la probabilité d'existence de ces vulnérabilités psychologiques est aussi forte ou plus forte chez les personnes affectées d'une déficience de développement (Griffiths, 2002).

Même si le fait d'avoir été la victime de pratiques abusives ne permet pas de conclure que la personne commettra des infractions sexuelles similaires, on constate un pourcentage élevé de personnes ayant fait l'objet de pratiques abusives durant leur enfance parmi les personnes affectées d'une déficience de développement qui ont des comportements sexuellement offensants (Griffiths, cité dans The Roeher Institute, 1988; Hingsburger, 1987). Si le fait d'avoir subi des abus sexuels durant l'enfance peut conditionner certaines personnes à réagir sexuellement à la présence de certaines personnes ou en présence de situations spécifiques qui rappellent des incidents d'abus subis antérieurement, le taux plus élevé de cas d'abus sexuel peut représenter un risque de problèmes sexuels ultérieurs. De plus, comme les personnes affectées d'une déficience de développement ne bénéficient pas de l'éducation, des services de conseil ou des opportunités qui leur permettraient de connaître de saines expériences sexuelles qui les aideraient à se déconditionner à l'égard des abus qu'elles ont subis dans le passé, il est plus probable que ces personnes puissent être influencées par ces expériences impliquant des pratiques abusives. Par exemple, un homme qui avait été la victime de pratiques abusives répétitives durant son enfance dans sa famille, avait recours à des pratiques d'abus sur de jeunes garçons après être devenu adulte parce qu'il n'avait aucune perception de l'inacceptabilité de ce comportement. Pour le jeune homme, le contact sexuel inapproprié (en fonction de l'âge) était la seule norme de conduite qu'il avait connue. Ce jeune homme n'avait jamais été exposé cognitivement ou par expérience à un enseignement ou à une vision morale contraire à sa propre expérience.

Facteurs socio-environnementaux :

Day (1997) suggère que le taux élevé de comportements sexuels inappropriés attribués aux personnes affectées d'une déficience de développement, reflète les attitudes généralement répressives et restrictives manifestées à l'égard de la sexualité de ces personnes. Les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent faire l'objet d'un conditionnement différentiel à l'égard de

la sexualité. Des personnes affectées d'une déficience de développement ont fréquemment été punies pour des comportements sexuels normaux. L'environnement de vie de beaucoup de ces personnes peut inverser les contingences naturelles de renforcement et de punition des comportements sexuels. Les comportements appropriés et entre personnes consentantes font souvent l'objet de sanctions avec la même fréquence ou une fréquence plus élevée que les expériences sexuelles inappropriées ou avec un partenaire non consentant.

De plus, pour beaucoup de personnes affectées d'une déficience de développement, le comportement sexuel inapproprié ne suscite aucune conséquence naturelle dissuasive. Ces personnes peuvent ne pas avoir connaissance de la loi ou de l'applicabilité de la loi à leur comportement sexuel déviant. Lorsqu'une personne affectée d'une déficience de développement est accusée de comportements sexuellement inappropriés, les accusations sont souvent retirées plus tard et la personne est placée dans un environnement autre qu'un établissement pénitentiaire. Ces personnes n'acquièrent ainsi aucune connaissance des conséquences naturelles par enseignement ou par expérience.

Évaluation des risques :

L'évaluation précise des risques de délinquance sexuelle ou de violence est un important défi pour les professionnels de la santé mentale chargés de l'évaluation et du traitement des personnes affectées d'un retard de développement. Le processus d'entrevue et de test nécessite typiquement de l'adaptation et de la prudence lorsqu'on l'emploie avec cette population (p. ex. test phallogométrique) (Murphy, Coleman & Haynes, 1983).

Le guide SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide) (Guide d'évaluation des risques de délinquance sexuelle) (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998) est l'un des instruments d'évaluation actuarielle les mieux établis pour la prédiction de délits sexuels. Dans une recherche récente, Fedoroff, Smolewska, Selhi, Ng & Bradford (2001) ont démontré que pour les personnes affectées d'une déficience de développement, la probabilité d'obtention

d'une note globale sensiblement plus élevée est supérieure, par comparaison aux autres délinquants qui ont eu le même nombre de victimes. Selon deux sous-échelles, ces personnes obtiennent des notes sensiblement plus élevées pour deux paramètres, par comparaison à un échantillon apparié de délinquants ne présentant pas de déficience. Ces sous-échelles étaient reliées au mariage et à la vie avec les parents naturels jusqu'à l'âge de 16 ans. Fedoroff & al. (2001) suggèrent que les facteurs qui peuvent contribuer au fait qu'un homme ne peut établir une relation romantique, ou conserver un emploi, ne se développent pas selon les mêmes modes chez une personne affectée d'un retard de développement et chez une personne sans handicap cognitif. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la population des personnes affectées d'une déficience n'a pas été exposée à des opportunités d'interaction socio-sexuelle appropriées. Ainsi, l'augmentation du risque peut être le résultat de l'expérience de vie imposée aux personnes présentant une déficience dans notre société, comme la limitation des options de travail intéressant, le manque d'opportunités de développement de relations sentimentales conduisant au mariage, l'isolation des personnes de leur famille et de la communauté.

Programmes de traitement :

Au début du siècle, un comportement sexuel (approprié ou non approprié) conduisait à la castration ou à l'incarcération dans un établissement de ségrégation (Pringle, 1997). Durant les années 1970, les techniques de contrôle des comportements ont été utilisées pour mettre fin à des comportements sexuels comme la masturbation; on employait des techniques comme temps d'arrêt et entraînement à l'omission, ou des punitions comme amende, excès de correction ou projection de jus de citron dans la bouche après une manifestation du comportement (Griffiths, Quinsey & Hingsburger, 1989). D'une manière informelle, les personnes affectées d'une déficience de développement étaient ridiculisées ou sanctionnées, ou on leur refusait des privilèges.

Au début des années 1980, peu de programmes incluaient des traitements pour les personnes affectées d'une déficience de développement qui manifestaient un comportement sexuellement

offensant (Coleman & Murphy, 1980). Cependant, durant les deux dernières décennies, on a vu apparaître une quantité de plus en plus importante d'articles cliniques dans la littérature sur les programmes d'intervention destinés aux délinquants sexuels affectés d'une déficience de développement (Murphy & al., 1983; Griffiths, Hingsburger & Christian, 1985; Griffiths & al., 1989; Haaven, Little & Petre-Miller, 1990; Lund, 1992; Ward & al., 1992). Plus récemment, les efforts de traitement se sont orientés vers la promotion du développement de comportements sexuels adaptatifs (Griffiths & al., 1989; Haaven & al., 1990; Lindsay & al., 1998; Nezu, Nezu & Dudeck, 1998; Ward & al., 1992).

Sur la base d'une expérience clinique croissante, les prestataires de traitements spécialisés ont indiqué que les délinquants sexuels affectés d'une déficience de développement, particulièrement ceux dont le handicap était léger ou modéré, manifestaient de bonnes réactions au traitement (Lackey & Knopp, 1989). Cependant, on ne trouve encore dans la littérature que peu de démonstrations empiriques de l'efficacité du traitement auprès de cette population (Griffiths, Watson, Lewis & Stoner, sous presse).

Les taux de récidive des personnes affectées d'une déficience de développement qui commettent des infractions sexuelles ne sont pas identiques pour les personnes qui vivent dans la communauté et celles qui sont institutionnalisées. Demetral (1989, cité dans Nolley, Muccigrosso & Zigman, 1996) a fait rapport d'un taux de récidive de moins de 2 % dans le cadre d'un programme communautaire; Haaven & al. (1990) indiquent un taux de récidive de 23 % pour une population de délinquants institutionnalisés. Nolley & al. (1996) suggèrent que le résultat du traitement dans la communauté est amélioré par l'emploi de facilitateurs qualifiés et le plus grand nombre d'opportunités de relations sociales pour les personnes affectées d'une déficience de développement, par la contribution des systèmes de soutien naturels, et par l'enseignement de moyens culturellement acceptables d'expression de la sexualité.

Les stratégies du traitement devraient impliquer :

1. *Enseignement et renforcement de comportements substitutifs*

qui rempliront une fonction identique ou similaire à celle du comportement sexuellement agressif, par divers moyens :

- Fournir un moyen approprié permettant à la personne d'établir l'état d'interaction sensoriel désiré, que la personne recherche actuellement par l'intermédiaire de moyens inappropriés, au niveau de l'action et de la fantaisie;
- Éliminer les barrières qui entravent le développement d'opportunités socio-sexuelles appropriées qui ne sont pas actuellement disponibles du fait de certaines vulnérabilités, comme l'absence d'aptitudes sociales; et/ou
- Fournir des moyens substitutifs appropriés permettant à la personne de réduire, éliminer ou altérer l'état interne négatif dont la personne cherche actuellement à s'échapper par ses fantaisies ou ses comportements sexuellement agressifs.

2. *Modification des conséquences qui ont facilité le maintien du comportement :*

- Pour beaucoup de personnes affectées d'une déficience de développement, ceci implique souvent l'enseignement des conséquences légales de l'agression sexuelle et du fait qu'elles seront tenues responsables de leurs comportements indésirables.
- Enseignement aux personnes concernées de l'utilisation des conséquences punitives naturelles (légales, sociales et morales) du comportement, afin d'inhiber les fantaisies et/ou comportements sexuels agressifs à l'aide de méthodes d'autogestion cognitive comme sensibilisation discrète ou reconditionnement par la masturbation (Griffiths & al., 1989).

3. *Utilisation judicieuse de médicaments ou d'une thérapie hormonale :*

- L'administration d'une médication ou d'une thérapie hormonale peut être une addition importante pour des plans de traitement des personnes dont les intérêts sexuels suscitent un risque pour elles-mêmes ou pour d'autres personnes. La table 3 présente une liste des médicaments

communément utilisés pour le traitement des déviations sexuelles. Comme ce tableau l'indique, les effets secondaires potentiels des médicaments peuvent être importants.

Table 3 – Classes de médicaments utilisés pour le traitement des comportements sexuellement inappropriés

Classe de médicament	Mode d'action	Effets principaux et effets secondaires
Antiandrogènes	Diminution de la concentration de testostérone	Diminution du désir sexuel Diminution de la fertilité Intolérance au glucose Augmentation du risque de troubles thromboemboliques Altération des fonctions du foie
Analogues de l'hormone lutéinisante	Suppression de la production de gonadotrophine	Diminution du désir sexuel Diminution de la fertilité Ostéoporose Intolérance au glucose Augmentation du risque de troubles thromboemboliques Altération des fonctions du foie
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine	Augmentation de la disponibilité post-synaptique de la sérotonine	Antidépresseur Diminution de l'impulsivité Modification du désir sexuel Modification du sommeil et de l'appétit

- On doit respecter les directives de pratique lorsqu'on envisage une médication ou thérapie hormonale pour le traitement des problèmes sexuels chez les personnes affectées d'un retard de développement :

Case 1 : Directives de pratique pour le traitement des comportements sexuellement offensants par médication ou thérapie hormonale

(i) Prescrire une médication ou thérapie hormonale seulement à un patient qui comprend les risques et les avantages du traitement proposé, et qui est en mesure de formuler volontairement un consentement éclairé.

(ii) Le traitement par médication ou thérapie hormonale devrait être utilisé dans le cadre d'un plan de traitement global incluant une saine éducation sexuelle et la psychothérapie.

(iii) Le traitement par médication ou thérapie hormonale devrait être utilisé seulement dans les cas où il est possible d'assurer un suivi de l'efficacité du traitement (p. ex. il est inutile de prescrire un traitement par médication ou thérapie hormonale à une personne qui manifeste un intérêt sexuel pour les enfants si cette personne n'a aucun contact avec des enfants, ou si son intérêt pour les enfants ne cause pas de détresse (pédophilie)).

(iv) Le traitement par médication ou thérapie hormonale devrait être utilisé seulement par un médecin capable d'évaluer l'efficacité du traitement et de diagnostiquer les contre-indications médicales.

(v) D'autres options de traitement devraient toujours être envisagées.

Sommaire

Dans notre société, le fait d'être une personne sexuelle affectée d'une déficience de développement donne lieu à de complexes interactions de facteurs biomédicaux, sociaux et psychologiques.

A) Même si la sexualité est considérée comme un facteur important du bien-être et de la santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 1975) les facteurs suivants affectent

souvent négativement la sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement :

- a) l'absence d'opportunité de pratique et du contrôle de la sexualité, des comportements de reproduction en conformité avec l'éthique sociale et personnelle;
 - b) l'environnement de crainte, honte, sentiment de culpabilité, croyance erronée et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et l'établissement de relations sexuelles; et
 - c) la coexistence de troubles organiques, maladies et déficiences qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et de reproduction.
- B) Il y a une probabilité plus élevée que les personnes affectées d'une déficience de développement aient été victimes de pratiques sexuellement abusives et que l'expression sexuelle de ces personnes soit réprimée et punie. Il est également moins probable que ces personnes reçoivent un traitement approprié à la suite de leurs expériences de pratiques sexuelles abusives. Ces expériences de pratiques abusives et de répression représentent des risques sérieux pour la santé mentale et le comportement chez les personnes affectées d'une déficience de développement.
- C) Les statistiques indiquent qu'il est plus probable que les personnes affectées d'une déficience de développement adoptent des comportements sexuellement inappropriés en conséquence d'un conditionnement et qu'il est plus probable que leurs éventuels délits sexuels soient les moins sérieux, car la probabilité est plus élevée qu'elles soient appréhendées, qu'elles formulent des aveux et qu'elles ne puissent soumettre une défense appropriée ou négocier un plaidoyer. De plus, la probabilité est moins élevée qu'elles reçoivent un traitement approprié pour leurs comportements sexuels indésirables.

La sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement suscite des risques significatifs pour leur santé mentale, non pas du fait de leur handicap, mais du fait des réactions de la société à l'égard de la sexualité des personnes étiquetées comme déficientes. L'Organisation mondiale de la Santé a proclamé que nous sommes tous des être sexuels, et que

ceci s'applique aux personnes affectées d'une déficience. La non-reconnaissance de cette réalité suscite de grandes menaces pour l'intégrité et la santé mentale des personnes affectées d'une défi-

Connaissez-vous / Savez-vous?

1. Quels sont les risques pour la santé mentale auxquels sont exposées les personnes affectées d'une déficience de développement, en rapport avec leur sexualité?
2. Pourquoi les personnes affectées d'une déficience de développement sont sur-représentées dans les établissements pénitentiaires parmi les délinquants sexuels?
3. Les facteurs qui pourraient contribuer au développement de problèmes sexuels chez les personnes affectées d'une déficience de développement?
4. Les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent-elles tirer avantage des programmes de traitement des délinquants sexuels? Quels devraient être les objectifs du traitement?

cience.

Ressources

Sexualité des personnes affectées d'une déficience de développement

- Fegan, L., Rauch, A., & McCarthy, W. (1993). *Sexuality and people with intellectual disability* (2nd ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Monet-Haller, R.K. (1992). *Understanding and expressing sexuality: Responsible choices for individuals with developmental disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Rowe, W., & Savage, S. (1987). *Sexuality and the developmentally handicapped*. Queenston, Ont.: Queenston,

Ontario. (épuisé)

Éducation socio-sexuelle

Cowardin, N. & Stanfield J. (1986). *Life facts I: Sexuality and life facts II: Sexual abuse*. Santa Monica, CA: Stanfield Publishing

Kempton, W. (1988). *Life Horizons I and II*. Santa Barbara, CA.: Stanfield Publishing.

Kempton, W. (1993). *Sexuality and persons with disabilities that hinder learning: A comprehensive guide for teachers and professionals*. Santa Barbara, CA.: James Stanfield Publishing.

Watson, S., Griffiths, D., Richards, D., & Dykstra, L. (2002). Sex education for persons with developmental disabilities. In D. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff, & S. Watson (Eds). *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (pp. 175-225). Kingston, NY: NADD

Évaluation socio-sexuelle

Wish, J.R., McCombs, K.F., & Edmonson, B. (1979). *The socio-sexual knowledge and attitude test*. Wooddale, IL: Stoelting.

Formation à l'égard des relations sentimentales

Champagne, M.P. & Walker-Hirsch, L. (1993). *Circles: Intimacy and relationships*. Santa Barbara, CA: James Stanfield Publishing.

Abus sexuel

G. Allan Roehrer Institute (1988). *Vulnerable*. Toronto, Ont.: Author.

Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Politiques sexuelles

Griffiths, D., Owen, F., Lindenbaum, L. & Arbus, K. (2002). Sexual policies in agencies supporting persons who have developmental disabilities, Part II: Practical Issues and

- Procedures. In D.Griffiths, P. Fedoroff, D., Richards, & S. Watson (Eds.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (pp. 77-132). Kingston, NY: NADD.
- Owen, F., Griffiths, D. & Arbus, K. (2002). Sexual policies in agencies supporting persons who have developmental disabilities, Part I: Ethical and Organizational Issues. In D. Griffiths, P. Fedoroff, D. Richards, & S. Watson (Eds.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability* (pp. 53-76). Kingston, NY: NADD.

Comportements sexuellement inappropriés

- Griffiths, D. (2002). Sexual aggression and persons with developmental disabilities. In W.I. Gardner (Ed.), *Aggression in persons with developmental disabilities: Biomedical and psychosocial considerations in diagnosis and treatment* (pp. 326-397). New York: National Association for Dual Diagnosis.
- Griffiths, D., Quinsey, V.L., & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behavior*. Baltimore, MD.: Paul H. Brookes. (épuisé)
- Haaven, J., Little, R., Petre-Miller, D. (1990). *Treating intellectually disabled sex offenders*. Orwell, VT: Safer Society.
- Hingsburger, D., Griffiths, D., & Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 10*, 51-54.
- Ward, K.M., Heffern, S.J., Wilcox, D., McElwee, D., Dowrick, P., Brown. T.D., Jones, M.J., & Johnson, C.L., (1992). *Managing inappropriate sexual behavior: Supporting individuals with developmental disabilities in the community*. Anchorage, Alaska: Alaska Specialized Education and

Training Services.

Lecture pour les parents

Schwier, K. M. & Hingsburger, D. (2000). *Sexuality: Your sons and daughters with intellectual disabilities*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Hingsburger, D. (1993). *I opensers. Parents ask questions about sexuality and children with developmental disabilities*. Vancouver, BC: Family Supports Institute Press.

Aptitudes sociales

Griffiths, D. (1990). Teaching social competency: Part 1 Practical guidelines. *Habilitative Mental Health Care Newsletter*, 9(1), 1-5.

Griffiths, D. (1990). Teaching social competency: Part 2 The Social Life Game. *Habilitative Mental Health Care Newsletter*, 9(2), 9-13.

Valenti- Hein, D. (1990) The dating skills program for adults with mental retardation. *The Habilitative Mental HealthCare Newsletter*, 9(6), 47-50.

York Behaviour Management Services (1979). *Social Life Game*. Richmond Hill, ON: author.

Ressources socio-sexuelles

Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/publicat/sheguide

Réseau d'action des femmes handicapées du Canada
www.indie.ca/dawn/index1.htm

Centre national d'information sur la violence dans la famille
www.hc-sc.gc.ca/nccn

SIECCAN (Sex Information and Education Council of Canada)
www.sieccan.org

SIECUS (Sex Information and Education Council of the US)
www.siecus.org

Safer Society www.saferociety.org

Sexual Health Network: Sexuality and Disability or Illness

Information Help Therapy www.sexualhealth.com

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1992). *Tardive dyskinesia: A task force report*. Washington, DC: author.
- Coleman, E.M., & Murphy, W.D. (1980). A survey of sexual attitudes and sex education programs among facilities for the mentally retarded. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 269-276.
- Crenshaw, T. L., & Goldberg, J. P. (1996). *Sexual pharmacology*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Davis, M. (1989). Gender and sexual development of women with mental retardation. *The Disabilities Studies Quarterly*, 9, 19-20.
- Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 630-639.
- Day, K. (1997). Clinical features and offence behaviour of mentally retarded sex offenders: A review of research. In R.J. Fletcher & D. Griffiths (Eds.), *Congress proceedings-International congress II on the dually diagnosed* (pp. 95-99). New York: NADD.
- Edgerton, R. (1973). Socio-cultural research considerations. In F.F. de la Cruz & G.G. La Veck (Eds.), *Human sexuality and the mentally retarded* (pp. 240-249). New York: Brunner/Maze.
- Fedoroff, J. P. (1995). Antiandrogens vs. serotonergic medications in the treatment of sex offenders: A preliminary compliance study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 4(2), 111-122.

- Fedoroff, J.P., Smolewska, K., Selhi, Z., Ng., E., & Bradford, J. (2001). Assessment of violence and sexual offense risk using the 'VRAG' and 'SORAG' in a sample of men with developmental delay and paraphilic disorders: A case controlled study. *International Academy of Sex Research, 27th Annual Meeting Abstracts*, p. 17.
- Gilby, R., Wolf, L. & Golberg, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders: A survey and pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*, 542-548.
- Gordon, S. (1971). Missing in special education: Sex. *Journal of Special Education, 5*, pp. 351-354.
- Griffiths, D. (2002). Sexual aggression and persons with developmental disabilities. In W.I. Gardner (Ed.), *Aggression in persons with developmental disabilities: Biomedical and psychosocial considerations in diagnosis and treatment* (pp. 326-397). New York: National Association for Dual Diagnosis.
- Griffiths, D. (1999). Sexuality and people with developmental disabilities: Mythconceptions and facts. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *Developmental disabilities in Ontario*. (pp. 443-452). Toronto: Front Porch Publishers.
- Griffiths, D. (1992). *Mythconceptions about sexuality and persons with developmental disabilities*. {Video}. Kingston, New York: National Association for Dual Diagnosis.
- Griffiths, D., Baxter, J., Haslam, T., Richards, D., Stranges, S., Vyrostko, B (1996). Building healthy boundaries: Considerations for reducing sexual abuse. *National Association for Dual Diagnosis Annual Conference Proceedings* (pp. 114-118). Kingston, NY: NADD.
- Griffiths, D., Hingsburger, D., & Christian, R. (1985). Treating developmentally handicapped sexual offenders; The York Behaviour Management Treatment Program. *Psychiatric*

- Aspects of Mental Retardation Reviews*, 4, 45-52.
- Griffiths, D., Quinsey, V.L., & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behaviour*. Baltimore, MD: Paul H Brookes.
- Griffiths, D., Watson, S., Lewis, T., & Stoner, K. (in press). Sexuality research of persons with intellectual disabilities. In E. Emerson, C. Hatton, T. Parmenter, & T. Thompson (Eds.), *Handbook of research and evaluation in intellectual disabilities*. London: Wiley.
- Haaven, J. Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). *Treating intellectually disabled sex offenders: A model residential program*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Hare, R. D. (1991). *The revised psychopathy checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hingsburger, D. (1987). Sex counselling with the developmentally handicapped: The assessment and management of seven critical problems. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 6, 41-46.
- Hingsburger, D. (1992). Erotophobic behavior in people with developmental disabilities. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11, 31-34.
- Hingsburger, D., Griffiths, D., & Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 10, 51-54.
- Kempton, W. (1975). *Sex education for persons with disabilities that hinder learning*. Massachusetts: Duxbury Press.
- Lackey, L.B., & Knopp, F.H. (1989). A summary of selected notes from the working sessions of the First National Training Conference on Assessment and Treatment of Intellectually Disabled Juvenile and Adult Sexual Offenders. In F. Knopp (Ed.), *Selected readings: Sexual offenders identified as intellectually disabled*. Orwell, VT: Safer Society Press.

- Langevin, R. (1992). A comparison of neuroendocrine abnormalities and genetic factors in homosexuality and in pedophilia. *Annals of Sex Research, 6*, 67-76.
- Levenson, J. L. (1985). Neuroleptic malignant syndrome. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1137-1145.
- Lindsay, W.R., Olley, S., Jack, C., Morrison, F., & Smith, A.H.W. (1998). The treatment of two stalkers with intellectual disabilities using a cognitive approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 11*, 333-344.
- Lingjaerde, O., Ahlfors, U. G., Bech, P., Dencker, S. J., & Elgen, K. (1987). The UKU side-effect rating scale for psychotropic drugs and cross-sectional study of side-effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*((Suppl. 334)), 1-99.
- Lund, C.A. (1992). Long-term treatment of sexual behavior in adolescent and adult developmentally disabled persons. *Annals of Sex Research, 5*, 5-21.
- Mansell, S., Sobsey, D., & Calder, P. (1992). Sexual abuse treatment for persons with developmental disabilities. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*, 404-409.
- Mason, A. S., & Granacher, R. P. (1980). Further clinical applications of antipsychotic drug therapy, *Clinical handbook of antipsychotic drug therapy* (pp. 164-166). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Murphy, W.D., Coleman, E.M., & Haynes, M. (1983) Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In J. Greer & I. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment* (pp. 22-41). New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Nezu, C.M., Nezu, A.M., & Dudeck, J. (1998). A cognitive behavioural model of assessment and treatment for intellectually disabled sexual offenders. *Cognitive and*

- Behavioural Practice*, 5, 25-64.
- Nezu, C.M., Nezu, A.M. & Gill-Weiss, M. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, Ill: Research Press.
- Nolley, D., Muccigrosso, L., & Zigman, E. (1996). Treatment successes with mentally retarded sex offenders. *Sex Offenders Treatment*, 125-141.
- Owen, F., Griffiths, D., Feldman, M., Sales, C.A., & Richards, D. (2000). Perceptions of acceptable boundaries by persons with developmental disabilities and their care providers. *Journal on Developmental Disabilities*, 7(1), 34-49.
- Pringle, H. (1997). Alberta barren. *Saturday Night, June*, 30-74.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.
- Santamour, W., & West, B. (1978). *The mentally retarded offender and corrections*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Scheerenberger, R.C. (1983). *A history of mental retardation*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Shapiro, S. (1986). Delinquent and disturbed behavior within the field of mental deficiency. In A.V.S. deReuck & R. Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Sobsey, D. (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Sobsey, D. & Mansell, S (1990). The prevention of sexual abuse of persons with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin*, 18, 51-65.
- Steiner, J. (1984). Group counselling with retarded offenders.

Social Work, 29, 181-182.

The Roeher Institute. (1988). *Vulnerable: Sexual abuse and people with an intellectual handicap*. Toronto: G. Allan Roeher Institute.

The Roeher Institute (1994). *Violence and people with disabilities: A review of the literature*. Ottawa, ON: National Clearinghouse on Family Violence.

Ward, K.M., Heffern, S.J., Wilcox, D.A., McElwee, B.S., Dowrick, P., Brown, M.J., Jones, M.J. & Johnson, C.L. (1992). *Managing inappropriate sexual behaviour: Supporting individuals in the community*. Anchorage, Alaska: Alaska Specialized Training Services.

Wilson, C. & Brewer, N. (1992). The incidence of criminal victimization of individuals with an intellectual disability. *Australian Psychologist*, 2, 1114-117.

World Health Organization (1975). *Educational and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. Technical Report Series Nr. 572. Geneva Switzerland: Author.