

partager
inclusion

vivre
ensemble

RAPPORT DE RECHERCHE



2013-08-23

RAPPORT DE RECHERCHE

LES AGRESSIONS SEXUELLES SUBIES PAR LES PERSONNES ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la
Mauricie et du Centre-du-Québec

Les Collections de l'Institut Universitaire en DI et en TED

AUTEURS

Germain Couture, PhD
Carole Boucher, B. SP. Ens.
Sexologie

Catherine Mathieu, B. Sc.
Centre de réadaptation en déficience
intellectuelle et en troubles envahissants
du développement de la Mauricie et du
Centre-du-Québec – Institut
universitaire

Geneviève Paquette, PhD
Université de Sherbrooke

Jacinthe Dion, PhD
Karine N. Tremblay, PhD
Université du Québec à Chicoutimi





CRDITED

DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE



© CRDITED MCQ – Institut universitaire 2013

Dépôt à la bibliothèque nationale du Canada

Dépôt à la bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-922227-33-8 (version papier)

ISBN 978-2-922227-34-5 (version électronique)

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source.

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

Couture, G., Boucher, C., Mathieu, C., Paquette, G., Dion, J., & Tremblay, K.N. (2013). *Les agressions sexuelles subies par les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle*. Rapport de recherche présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Québec : CRDITED MCQ – Institut universitaire.

RAPPORT DE RECHERCHE

LES AGRESSIONS SEXUELLES SUBIES PAR LES PERSONNES ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

AUTEURS

Germain Couture, PhD
Carole Boucher, B. SP. Ens.
Sexologie

Catherine Mathieu, B. Sc.
Centre de réadaptation en déficience
intellectuelle et en troubles
envahissants du développement de la
Mauricie et du Centre-du-Québec –
Institut universitaire

Geneviève Paquette, PhD
Université de Sherbrooke

Jacinthe Dion, PhD
Karine N. Tremblay, PhD
Université du Québec à Chicoutimi

Recherche réalisée avec le soutien financier de **l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.**

2013- 08-23

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont collaboré à la réalisation de cette recherche. Nous tenons en tout premier lieu remercier les éducateurs et éducatrices du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, qui ont accepté d’être rencontrés en entrevue afin de valider et de compléter les données que nous avons compilées puis analysées.

Nous remercions également madame Josée Tousignant qui a agit à titre d’assistante de recherche au sein de notre équipe au cours de la première année du projet de recherche. Son travail a, par la suite, été poursuivi et complété par madame Catherine Mathieu.

L’équipe de recherche a bénéficié de la collaboration des professionnels de la « Table des professionnels - protocole abus/violence » du CRDITED MCQ – Institut universitaire à différentes étapes de la réalisation du projet. Nous remercions plus particulièrement madame Mylène Alarie, conseillère en gestion de programme, monsieur Gilles Guay et mesdames Véronique Lévesque, Suzie Matteau, Vicky Poisson, Julie Thériault, Marie-Christine Vachon et Julie Valois.

Enfin, nous désirons remercier madame Céline LeBlond, de l’Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, pour le rôle qu’elle a assumé dans le suivi de cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES TABLEAUX	III
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
VOLET 1 RECENSION DE LA DOCUMENTATION	3
Introduction	3
Méthode	4
Résultats	6
Résumé des recensions des écrits	6
Analyse de la documentation par thème	11
L'incidence des agressions sexuelles rapportées chez les personnes présentant une DI	12
Les caractéristiques des victimes et des agressions sexuelles	14
Le dévoilement de l'agression sexuelle et ses suites	19
Les conséquences et les effets de l'agression sexuelle sur les personnes	22
Les interventions et les approches liées au traitement des conséquences des agressions sexuelles	25
Synthèse et discussion des résultats de la recension des écrits	27
VOLET 2 ANALYSE DES CARACTÉRISTIQUES ET DES BESOINS DE PERSONNES ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE, EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC	30
Introduction	30

Contexte de l'étude	30
La prévalence et l'incidence des cas d'agression sexuelle auprès de personnes présentant une DI	31
La vulnérabilité aux agressions sexuelles chez les personnes présentant une DI	32
Les circonstances de l'agression sexuelle	33
Le dévoilement de l'agression sexuelle	34
Les conséquences associées aux agressions sexuelles	34
Le manque d'interventions curatives adaptées pour les personnes présentant une DI agressées sexuellement	35
Les objectifs de l'étude	35
Les questions de recherche	36
Méthode	37
Le recrutement	37
Les participants	38
Les instruments de mesure	39
La collecte et le traitement des données	40
Analyse des résultats	41
Les caractéristiques des victimes	42
Les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées	44
Les circonstances du dévoilement	46
Les conséquences de l'agression sexuelle	47
Les interventions mises en œuvre après le dévoilement	50
La gestion des situations d'agression sexuelle par les éducateurs	52
Discussion des résultats	54
Les besoins identifiés chez les victimes	57
Les limites de l'étude	60
CONCLUSION, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	61
Constats et recommandations	62
BIBLIOGRAPHIE	66
Annexe 1 Certificat éthique	70
Annexe 2 Grille de collecte de données	73
Annexe 3 Protocole de l'entrevue avec l'éducateur de référence - Guide de l'interviewer	86
Annexe 4 Protocole de l'entrevue avec l'éducateur de référence	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Pays de provenance des articles recensés	5
Tableau 2 : Données relatives au taux d'incidence d'agressions sexuelles rapportées	13
Tableau 3 : Caractéristiques des victimes et liens avec l'agresseur	15
Tableau 4 : Nature et lieux des agressions sexuelles	18
Tableau 5 : Le dévoilement et les conséquences du dévoilement	20
Tableau 6 : Les conséquences de l'agression sexuelle	23
Tableau 7 : Le traitement des conséquences des agressions sexuelles	26
Tableau 8 : Caractéristiques des participants	39
Tableau 9 : Caractéristiques des victimes	42
Tableau 10 : Caractéristiques des agressions sexuelles	45
Tableau 11 : Circonstances du dévoilement	46
Tableau 12 : Conséquences de l'agression sexuelle pour la victime	48
Tableau 13 : Interventions du personnel du CRDITED après le dévoilement	50
Tableau 14 : Les besoins des personnes présentant une DI, victimes d'une agression sexuelle	58

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En 2001, le gouvernement du Québec publiait ses « Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle ». Reconnaisant l'agression sexuelle comme étant un problème social grave, ces orientations visaient notamment à réduire l'incidence de ces agressions, à augmenter le taux de dévoilement de ces situations et à améliorer l'aide et la protection offertes aux victimes. La mise en œuvre de ces orientations a, entre autres, permis l'implantation, dans toutes les régions du Québec, de centres désignés pour offrir aux victimes d'agressions sexuelles un large éventail d'interventions médicosociales. Au plan de la recherche, un des éléments souhaités à travers ces orientations était l'intensification des travaux portant sur les populations les plus vulnérables, incluant les personnes présentant une déficience intellectuelle (Gouvernement du Québec, 2001, p. 77).

Les agressions sexuelles commises envers des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle demeurent un thème peu exploré au Québec. Cette recherche a été commandée et financée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans le but de documenter les situations d'agression sexuelle vécues par des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle.

Une meilleure connaissance des circonstances et de la nature de ces agressions permettra premièrement de développer des stratégies visant à les prévenir et à les contrer. Cette action concorde avec l'objectif 2 (action 17) du volet prévention du Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013 (Gouvernement du Québec, 2008). Une connaissance accrue des caractéristiques de ces agressions, de leur dévoilement et des effets chez les victimes permettra également de sensibiliser et d'outiller le personnel des établissements et organismes œuvrant auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle dans le dépistage de ces situations (action 31, objectif 2 du volet dépistage) de même que dans les interventions suivant le dévoilement d'une agression sexuelle.

Afin de préciser l'objet d'étude de cette recherche, rappelons la définition en cours dans les politiques et orientations gouvernementales québécoises en matière d'agression sexuelle. L'agression sexuelle est:

« ... un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une

autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne » (Gouvernement du Québec, 2001, p. 22).

Nous ajoutons également la définition de la déficience intellectuelle énoncée par l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010), selon laquelle la déficience intellectuelle est caractérisée par la présence de limitations significatives sur le plan du fonctionnement intellectuel (quotient intellectuel égal ou inférieur à 70) ainsi que dans au moins un des trois domaines du comportement adaptatif (habiletés conceptuelles, sociales et pratiques). Cette déficience doit apparaître avant l'âge de 18 ans.

Cette recherche est divisée en deux volets. Le premier consiste en une recension de la documentation scientifique portant sur les caractéristiques, le dévoilement, les conséquences et le traitement des agressions sexuelles commises auprès de personnes adultes présentant une déficience intellectuelle. Cette recension a servi de base à la préparation et à la réalisation d'un deuxième volet visant à documenter les circonstances d'agressions sexuelles, de leur dévoilement et de leurs effets pour des victimes présentant une déficience intellectuelle desservies par le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU).

VOLET 1

RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Introduction

Depuis les 30 dernières années, un nombre relativement élevé d'études a été conduit dans la population générale sur les caractéristiques des agressions sexuelles et les conséquences pour les victimes. Toutefois, on retrouve peu d'études touchant certaines populations plus vulnérables au plan de l'agression sexuelle, notamment les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI). Pourtant, un consensus se dégage de différents résultats de travaux de recherche : le risque d'être victime d'une agression sexuelle est passablement plus élevé chez la population composée des personnes présentant une DI, et ce, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes (Andrews & Veronen, 1993; Dion, Bouchard, Gaudreault, & Mercier, 2012; Sobsey, 1994; Petersilia, 2001).

L'objectif général de cette recension des écrits est d'analyser de façon plus approfondie la documentation scientifique la plus récente concernant les agressions sexuelles commises envers des personnes adultes présentant une DI. De façon plus spécifique, cette recension des écrits vise à documenter les différentes facettes de la problématique à l'étude : prévalence et incidence, caractéristiques des victimes, caractéristiques des agressions sexuelles subies et de leur dévoilement, conséquences associées pour les victimes, interventions et approches de traitement pour contrer les conséquences de l'agression sexuelle.

Méthode

Le repérage documentaire, effectué au cours de l'été 2011, a été réalisé dans un premier temps à partir des publications recensées depuis janvier 2000 dans les banques de données PsychInfo, Medline et Web of sciences. Les mots clés et opérateurs logiques suivants ont été utilisés : ((mental* retard* [All Field] or intellect* disab* [All Field] or development* disab* [All Field]) and (sex* abuse* [All Field] or sex* assault [All Field]) not offender*). Ces requêtes ont mené à l'identification de 355 documents.

Les titres et les résumés (*abstracts*) de ces documents ont été lus afin de poursuivre la sélection d'articles. Trois membres de l'équipe de recherche ont effectué cette tâche, chaque résumé étant lu par au moins deux personnes. Afin de sélectionner les articles les plus pertinents, l'équipe a appliqué les critères d'inclusion ou d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- la population étudiée est composée en tout ou en partie de personnes adultes (18 ans et plus) présentant une DI, victimes d'une agression sexuelle;
- l'étude aborde, en tout ou en partie, un des aspects suivants de l'agression sexuelle : prévalence, incidence, facteurs de risque, caractéristiques des agressions et des dévoilements, conséquences associées, interventions ou traitements;
- la langue de rédaction du document est le français ou l'anglais.

Critères d'exclusion, articles traitant :

- exclusivement de personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme;
- des agresseurs présentant une DI;
- exclusivement de la prévention des agressions sexuelles;
- exclusivement des enfants ou des adolescents;
- d'enjeux relatifs à des contextes socio-politiques ou religieux spécifiques.

Après avoir retiré les doublons (y compris les publications effectuées par un même auteur à partir d'un seul échantillon) puis appliqué les critères précédents, une recherche manuelle à partir des références des études sélectionnées a permis d'identifier d'autres documents pertinents. Finalement, 25 articles, publiés de 1993 à 2011, ont été sélectionnés pour étayer cette recension des écrits.

Parmi les articles sélectionnés on retrouve six recensions d'écrits, un article théorique sur le modèle écologique appliqué aux situations d'agression sexuelle et un article ayant utilisé un focus group comme mode de collecte de données. Les 17 documents restant, sont des recherches de nature descriptive (12), comparative (4) ou des études de cas (1). Enfin, ces études réfèrent à des personnes présentant une DI vivant en institution (1), dans la communauté (5), dans la communauté ou en institution (4). Pour sept des recherches, le milieu de vie (institution et en communauté) n'est pas précisé.

Les pays de provenance des études recensées sont rapportés au Tableau 1. On note la prédominance d'articles produits au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Tableau 1 : Pays de provenance des articles recensés

Pays de provenance	Nombre d'articles
Royaume-Uni	8
États-Unis	4
Canada	1
Taiwan	2
Australie	1
Irlande	1

Chacun des articles sélectionnés a été résumé à partir d'un canevas prédéterminé spécifiant, entre autres, les buts et objectifs, les hypothèses et questions de recherche, les caractéristiques des participants, les caractéristiques du plan de recherche, les résultats, les limites de l'étude et les recommandations des auteurs.

Les contenus recueillis ont été classés par thèmes et sous-thèmes, chacun des thèmes faisant l'objet d'un tableau synthèse :

- de la prévalence/incidence des agressions sexuelles;
- des caractéristiques des agressions sexuelles;
 - victimes
 - agresseurs
 - nature et lieux des agressions
- du dévoilement de l'agression sexuelle et de ses circonstances;
- des conséquences/effets de l'agression sexuelle sur les personnes;
- des interventions/approches liées au traitement des conséquences des agressions sexuelles.

Résultats

Nous amorçons la présentation des résultats en produisant les résumés des six recensions des écrits publiées depuis 2000. Pour la rédaction de ces résumés nous avons retenu principalement les éléments qui correspondent ou s'apparentent aux thèmes ciblés dans notre propre recension des écrits. Nous rapporterons, dans la section suivante les résultats relatifs à l'analyse des contenus des autres articles recensés.

Résumé des recensions des écrits

Les recensions des écrits sont présentées chronologiquement de la plus ancienne à la plus récente :

1. Newman, E., Christopher, S. R., & Berry, J.O. (2000)
2. Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., & Johnston-Silverberg A. (2001)
3. Sequeira, H. & Hollins, S. (2003)
4. White, C., Holland, E., Marsland, D., & Oakes, P. (2003)
5. Horner-Johnson, W. & Drum, C. E. (2006)
6. Peckham, N. G. (2007)

Précisons que seulement deux de ces six articles, ceux de Sequeira & Hollins (2003) et de Peckham (2007), traitent spécifiquement de l'agression sexuelle envers des personnes présentant une DI. Les autres traitent de manière plus générale de l'abus ou des mauvais traitements (incluant les agressions sexuelles) envers les personnes présentant une DI ou envers les personnes qui présentent des incapacités (incluant la DI).

Newman, E., Christopher, S. R., & Berry, J.O. (2000)

Un des buts de la recension de Newman et al. (2000) était d'examiner les relations possibles entre une situation traumatisante (mauvais traitements, abus physique, agression sexuelle) et la manifestation du syndrome de stress post-traumatique chez les personnes présentant une DI. Les auteurs ont d'abord examiné la prévalence de telles situations à partir de la documentation recensée. Ils ont observé un taux de prévalence variant de 25 % à 59 % pour l'ensemble de ces situations traumatisantes. Aucune donnée spécifique à l'agression sexuelle n'est rapportée. Les études recensées présentent plusieurs limites : méthodes d'échantillonnage biaisées, définition imprécise de l'abus et de la déficience intellectuelle, utilisation d'instruments de mesures non validés et absence de groupe de comparaison. Newman et ses collaborateurs soulignent que la documentation qui traite des agressions sexuelles et physiques chez les personnes présentant une DI, concerne presque exclusivement les personnes hospitalisées ou vivant en institution. Le manque de pouvoir sur leur vie et l'éducation sexuelle limitée pourraient rendre ces personnes plus vulnérables à l'exploitation des aidants. Cependant, les auteurs considèrent qu'il est impossible de conclure qu'elles soient plus à risque d'abus ou de négligence que d'autres groupes, car aucune étude n'a

évalué la vulnérabilité relative des adultes ayant une DI par rapport à d'autres groupes résidant dans des milieux institutionnels.

Parmi les 15 études recensées, les auteurs n'en relèvent que trois qui décrivent des symptômes du syndrome de stress post-traumatique, dont deux études de cas. L'autre étude rapporte un taux 16,5 % des personnes présentant une DI qui manifestent ces symptômes, selon les critères du DSM-III-R. Aucune spécification n'est cependant mentionnée sur la nature des situations traumatisantes auxquelles ces personnes ont été exposées. Les conclusions des auteurs sont à l'effet que les personnes présentant une DI peuvent manifester un syndrome de stress post-traumatique. Cependant, ces personnes ne développent pas systématiquement le syndrome bien qu'elles aient été exposées à un événement traumatique. Les auteurs concluent également qu'il n'y a pas de démonstration scientifique que les personnes présentant une DI soient plus à risque que les autres de présenter un syndrome de stress post-traumatique. Cependant, la présence de ce syndrome peut grandement être sous-estimée étant donné les limites actuelles de l'évaluation de ces symptômes chez les personnes présentant une DI.

Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., & Johnston-Silverberg A. (2001)

La revue de documentation de Curry, Hassouneh-Phillips, & Johnston-Silverberg (2001) met l'accent sur l'abus et la violence vécus par des femmes présentant des incapacités. Les auteurs ont dressé un portrait général des abus chez des personnes présentant des incapacités. Ils soulignent que la majorité des victimes sont des femmes et que la majorité des agresseurs sont des hommes. Tout comme dans la population générale, les agresseurs de femmes présentant des incapacités avaient établi un contact avec leur victime avant la situation d'abus. Toutefois, les femmes présentant des incapacités sont vulnérables aux abus de la part de personnes censées les soutenir et du personnel leur offrant de l'assistance, des soins ou des services sociaux. L'agression sexuelle est plus susceptible d'être commise à la résidence de la victime que dans les locaux d'une institution ou d'un établissement dispensant des services. Pour ce qui est des conséquences, elles seraient d'ordre physique, mental et émotionnel telles que la mauvaise estime de soi, le sentiment de culpabilité, l'aggravation de problèmes de santé, la dépression, l'anxiété et la consommation abusive de drogues et d'alcool. Les personnes peuvent être réticentes à dévoiler la situation d'abus à cause de leur dépendance à autrui, d'un sentiment d'impuissance influencé par l'isolement social et du comportement d'intimidation de l'agresseur. En effet, les victimes sont souvent confrontées au dilemme de devoir choisir entre recevoir les soins visant à répondre à leurs besoins personnels et essentiels ou ne pas les recevoir du tout. De plus, même si les victimes sont capables de demander de l'aide, elles peuvent ne pas avoir accès à l'information concernant les services existants pour les victimes de violence, ou elles peuvent ne pas être en mesure de contacter ces services sans soutien. Curry et al. (2001) ont utilisé le modèle écologique proposé par Sobsey (1994) pour comprendre la nature complexe de l'abus chez des personnes présentant des incapacités. Le modèle fournit un cadre pour reconnaître la façon dont les facteurs environnementaux et culturels interagissent avec les caractéristiques des femmes présentant des déficiences

et celles des agresseurs potentiels pour créer une situation de plus grande vulnérabilité à la violence. Le modèle fournit également un contexte pour comprendre les obstacles que peuvent rencontrer les victimes dans leur tentative de mettre fin ou de quitter une relation abusive.

Sequeira, H. & Hollins, S. (2003)

Dans leur recension des écrits, Sequeira & Hollins (2003) ont analysé 25 articles, publiés entre 1974 et 2001, en lien avec les effets psychologiques d'une agression sexuelle chez des personnes présentant une DI. Les auteurs soulignent que les personnes présentant une DI, victimes d'agressions sexuelles passent par une variété de symptômes, de troubles psychopathologiques et comportementaux semblables à ceux vécus par les adultes et les enfants de la population générale. Ils rapportent, plus spécifiquement, les effets suivants : syndrome de stress post-traumatique, dépression, diminution de l'estime de soi, comportements autodestructeurs et colère, psychose schizophréniforme, problèmes de personnalité, automutilation et abus d'alcool. Toutefois, les auteurs notent le manque de preuves empiriques pour établir une association entre les diagnostics posés et le fait d'avoir été abusé sexuellement. Ils proposent donc que les recherches futures documentent les symptômes en utilisant une méthode systématique et fiable, préférablement en utilisant des outils validés. À cause de difficultés de communication, certaines personnes présentant une DI moyenne à sévère peuvent ne pas être en mesure de rapporter les effets négatifs directement en lien avec l'agression sexuelle. Plusieurs recherches ont donc utilisé des parents ou des intervenants pour compléter leur collecte de données, rendant leurs rapports inévitablement incomplets puisque ces informateurs ne peuvent pas être totalement conscients de l'expérience intérieure subjective de la victime et des symptômes peu apparents pouvant être cruciaux dans l'établissement d'un bon diagnostic. Enfin, ils constatent que la définition même de l'agression sexuelle n'est pas uniforme d'une recherche à l'autre, ce qui rend difficile la généralisation des résultats.

White, C., Holland, E., Marsland, D., & Oakes, P. (2003)

White et al. (2003) se sont intéressés aux caractéristiques des milieux prestataires de services (institutions et services résidentiels en milieu communautaire) pouvant être mis en relation avec le risque d'abus pour les personnes présentant une DI. Dans leur recension des écrits, l'abus est défini dans un sens large et concerne aussi bien l'agression sexuelle, l'abus physique, la négligence ainsi que l'abus psychologique. Leur analyse a conduit à identifier sept facteurs en lien avec l'environnement et la culture organisationnelle susceptibles d'influencer le niveau de vulnérabilité des personnes présentant une DI et le risque d'abus :

- la gestion des milieux de vie (hôpitaux et résidences en communauté) : Un style de gestion ouvert qui favorise à la fois la supervision et la responsabilisation des employés est associé à un risque d'abus plus faible. Au contraire, plus le style de gestion est autoritaire, plus les employés se sentent opprimés et risquent d'abuser la clientèle;
- le roulement de personnel et le soutien moral des employés par les gestionnaires;

- les attitudes (importance des perceptions du personnel face à la DI), comportements (importance des comportements respectueux de la personne; le sexisme, l'homophobie, l'infantilisation et les blagues/taquineries peuvent être associés à un risque d'abus élevé) et l'établissement de limites claires dans les relations entre le personnel et la clientèle (instaurer des limites claires diminue le risque d'abus);
- la formation et la compétence du personnel (connaissance des pratiques acceptables et capacité de reconnaître les pratiques abusives);
- le climat amené par les gestionnaires concernant le pouvoir d'agir et de faire des choix chez le personnel (moins l'employé a le sentiment de pouvoir agir dans l'organisation, plus il risque d'abuser de son pouvoir sur la clientèle);
- l'isolement des clients (augmente le risque d'abus et de non dévoilement);
- le caractère adéquat du milieu de vie en fonction des besoins de la clientèle (un environnement physique peu entretenu ou le rationnement de biens et de services essentiels sont associés à un risque plus élevé d'abus de toutes sortes).

Différents types d'abus peuvent être associés à différents facteurs causals. Par exemple, le comportement des délinquants sexuels est habituellement non-accidentel. L'agression sexuelle est souvent planifiée et commise délibérément, ce qui souligne la nécessité d'une reconnaissance de l'importance de la responsabilité individuelle. Cependant, d'autres formes de mauvais traitements, comme la violence physique, peuvent être non-planifiés et résulter de facteurs tels que le stress personnel, la surcharge de travail ou le manque de connaissances d'interventions alternatives. Les auteurs concluent que l'utilisation de «bonnes pratiques» de soins joue un rôle significatif dans la protection des personnes présentant une DI.

Horner-Johnson, W., & Drum, C. E. (2006)

Horner-Johnson & Drum (2006) ont examiné la documentation publiée entre 1995 et 2005 pour évaluer la prévalence de la maltraitance chez les personnes présentant une DI. La maltraitance peut prendre de multiples formes, incluant les abus physique, sexuel, verbal, psychologique, la négligence et l'exploitation financière. Bien que les personnes présentant une DI peuvent vivre les mêmes types de maltraitance que les gens sans incapacité, le simple fait d'avoir une incapacité peut également mettre l'individu à risque d'une autre forme de maltraitance, en lien avec ses besoins particuliers. Parmi les articles recensés, ceux qui traitent de l'agression sexuelle rapportent des taux de prévalence variant de 25 % à 53 % chez les adultes. La variation de ces taux peut s'expliquer en fonction de la composition des échantillons (âge, genre, niveau de DI des participants). Malgré les limites des études recensées, les auteurs considèrent que les situations de mauvais traitements sont nettement plus fréquentes chez les personnes présentant une DI que dans la population générale. Cependant, les données actuelles permettent difficilement de comparer avec assurance la situation des personnes présentant une DI à celle de personnes présentant d'autres types d'incapacités. Horner-Johnson & Drum (2006) concluent que les données de recherche fiables et généralisables, concernant la prévalence de la maltraitance chez les personnes présentant une DI, demeurent relativement rares et que la recherche devrait être

orientée vers l'analyse de données populationnelles afin de mieux établir la prévalence réelle de ces situations.

Peckham, N. G. (2007)

Peckham (2007) a comparé, à partir de la documentation, les situations d'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI à celles de la population générale. Dépendamment de la définition de l'agression sexuelle utilisée par les auteurs, la prévalence varie de 8 % à 83 %, atteignant 95 % dans une étude. Concernant les agresseurs, ceux-ci seraient majoritairement des hommes qui connaissaient la victime avant l'agression sexuelle. Ceci correspond à ce qui est observé dans la population générale. Cependant, dans le cas de la DI, lorsque l'agression est commise par les principales personnes qui prennent soin de la victime, l'acte en soi peut être plus traumatisant pour cette dernière. De plus, lorsqu'un lien de confiance est préétabli entre la victime et l'agresseur, le jeu de séduction et de manipulation amène souvent la personne présentant une DI à accepter ces comportements sexuels et à les garder secrets. Bien que plusieurs situations d'agression sexuelle surviennent, peu sont judiciairisées. Les personnes présentant une DI seraient plus vulnérables que la population générale dû à : des problèmes de communication, leur niveau de dépendance, une faible compréhension des relations interpersonnelles intimes (par ex., distinguer les marques d'affection versus les attouchements sexuels); la tendance à se conformer aux désirs des personnes de leur entourage; la perte fréquente de contact avec des figures d'attachement ou des personnes significatives de leur entourage.

Les agresseurs, quant à eux, se déresponsabilisent en se persuadant que d'agresser une personne présentant une DI est moins sérieux que d'agresser une personne sans déficience. Suite à une agression sexuelle, les mêmes conséquences peuvent survenir chez les personnes présentant une DI que dans la population générale, soit : un syndrome de stress post-traumatique; une faible estime de soi; de la colère; une dépression; un sentiment de culpabilité; de la honte; et des problèmes d'ordre relationnel. L'automutilation et des comportements sexualisés inappropriés peuvent être des symptômes d'une agression sexuelle chez les personnes présentant une DI. L'auteur conclut en formulant une série de recommandations concernant la prévention et le traitement de l'agression sexuelle au sein de cette population.

Synthèse des recensions

En termes de prévalence ou d'incidence des agressions sexuelles au sein de la population des personnes présentant une DI, la documentation explorée à travers ces différentes recensions n'apporte pas d'information précise ou concluante. Horner-Johnson & Drum (2006) indiquaient d'ailleurs que les données fiables à cet égard demeuraient rares. L'étendue des taux de prévalence relevés par Peckham (2007) témoigne de ce niveau d'incertitude. Les données les plus fiables convergent vers le constat que les personnes présentant des incapacités, en général, sont plus à risque d'abus de toutes sortes que la population générale. Cependant, Newman et al. (2000) soulignaient l'absence d'études comparatives permettant d'affirmer que les personnes

présentant une DI sont encore plus à risque que les autres personnes présentant des incapacités. Des lacunes de la documentation scientifique en ce qui a trait au niveau de preuve des résultats sont rapportées dans toutes ces recensions. Sequeira & Hollins (2003) soulignent notamment les limites dues à l'absence de précision dans la définition même du phénomène étudié, qu'il s'agisse d'abus en général ou d'agressions sexuelles.

Quoiqu'il en soit, la présence d'incapacités vient manifestement augmenter la vulnérabilité à l'agression sexuelle. Cette vulnérabilité est habituellement expliquée à partir des déficits présents chez la personne : faibles habiletés de communication, dépendance à l'égard des soins, difficultés de compréhension des interactions sociales, etc. Une seule étude, celle de White et al. (2003), aborde cette question sous l'angle de facteurs environnementaux qui peuvent contribuer à accroître la vulnérabilité des personnes qui présentent une DI : taux élevé de roulement du personnel impliqué dans les soins et les services, climat organisationnel défavorable à la responsabilisation des intervenants, faible niveau de formation et de compétence du personnel à l'égard des situations potentielles d'abus ou d'agression.

Malgré les limites concernant l'évaluation précise de la prévalence, les résultats de ces travaux convergent en ce qui a trait aux caractéristiques des agressions vécues par les personnes présentant une DI et aux conséquences de ces agressions pour les victimes : Le portrait est sensiblement le même que celui qui est observé dans la population générale. Le thème des conséquences des agressions sexuelles pour les victimes semble avoir été abordé dans un contexte où la question était de savoir si la personne présentant une DI pouvait subir un traumatisme lorsqu'elle était victime d'une agression sexuelle. La réponse est manifestement claire. Même si Sequeira & Hollins (2003) soulignent la difficulté d'attribuer spécifiquement à l'agression sexuelle les symptômes psychopathologiques observés, leurs résultats de même que ceux de Newman et al. (2000) mettent en évidence une conséquence qui peut souvent être sous-évaluée chez les personnes présentant une DI, soit la manifestation d'un syndrome de stress post-traumatique. Notons enfin qu'aucune des recensions répertoriées n'abordait le traitement des conséquences de l'agression sexuelle chez les victimes présentant une DI.

Analyse de la documentation par thème

Dans cette deuxième partie de l'analyse des résultats, nous présentons la synthèse des informations recueillies à partir de 17 articles publiés de 1993 à 2011. Ces informations sont présentées sous forme de tableaux pour chacun des thèmes identifiés dans la documentation. À chacun des tableaux, nous rapportons le nom des auteurs, l'année de publication, la source des données utilisées ou la composition de l'échantillon étudié et les principaux résultats rapportés en lien avec le thème. Certains articles abordant plus d'un thème, les travaux de quelques auteurs sont cités dans plus d'un tableau. La présentation des résultats relatifs à chacun des thèmes est accompagnée d'une brève discussion de ces résultats.

L'INCIDENCE DES AGRESSIONS SEXUELLES RAPPORTÉES CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI

Trois articles incluent des données relatives à l'incidence d'agressions sexuelles rapportées chez des personnes présentant une DI. Une seule de ces études est de type populationnelle, comparant les taux d'agressions sexuelles chez les personnes présentant une DI à ceux de la population générale (Lin, Yen, Kuo, Wu, & Lin, 2009). Une étude traite d'agressions sexuelles rapportées parmi un ensemble d'autres types d'abus (Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton, 2010). Une dernière traite du nombre d'agressions sexuelles rapportées dans un centre de services dédiés à des personnes qui présentent une DI (McCormack, Kavanagh, Caffrey, & Power, 2005). Dans ces trois études, toutes les tranches d'âge sont confondues; aucune ne fournit de données spécifiques aux adultes. Les résultats rapportés de ces études sont présentés au tableau 3.

L'étude de Lin et al. (2009) concerne la population Taïwanaise. La définition de l'agression sexuelle adoptée par les auteurs correspond sensiblement à celle qui est utilisée au Québec, ou à tout le moins, correspond au même éventail de comportements et de situations. Le taux rapporté pour la population générale, soit 2,42 par 10 000 habitants est cependant nettement plus faible que celui observé au Québec. Pour la même année, le ministère de la Sécurité publique du Québec (2011) rapporte un taux deux fois plus élevé (5,32 par 10 000 habitants).

L'augmentation constante des taux rapportée entre 2002 (0,9) et 2007 (2,4) est aussi beaucoup plus importante et régulière que les variations annuelles rapportées pour le Québec, soit 5,4 et 5,3 respectivement pour ces mêmes années. Dans l'ensemble, les données de Lin et al. (2009) convergent cependant avec celles de Beadle-Brown et al. (2010) : 1) le nombre de cas rapportés annuellement tend à augmenter plus rapidement chez les personnes présentant une DI; 2) le taux d'agressions sexuelles rapporté est nettement plus élevé chez ces personnes comparativement aux autres groupes de personnes vulnérables ou présentant des incapacités. Les données de ces deux études indiquent respectivement des taux 5,6 et 5,8 fois plus élevés chez les personnes présentant une DI.

McCormack et al. (2005) tirent leurs données exclusivement d'une clientèle de personnes présentant une DI, inscrites à une agence de services. Ces informations ne peuvent donc être transposées sur une base populationnelle. Cependant, ces données peuvent fournir une indication du taux d'incidence d'agressions sexuelles rapportées dans un échantillon composé majoritairement de personnes présentant une DI moyenne ou sévère/profonde, vivant dans la communauté. De telles données, touchant

Tableau 2 : Données relatives au taux d'incidence d'agressions sexuelles rapportées

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton	2010	Cas référés à des agences de protection de 1998 à 2005. N total : 6 148 (PPDI : 1928). Sud-est de l'Angleterre.	<p>Pour tous les types d'abus confondus, les références concernant des personnes sans DI ont connu une constante augmentation de 1998 à 2002, suivie d'une légère baisse jusqu'en 2005. Pour les personnes avec DI, on rapporte une augmentation constante de références de 1998 jusqu'à 2005.</p> <p>Pourcentages de références concernant une agression sexuelle au cours de la période :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,1 % chez personnes sans DI • 17,3 % chez personnes avec DI.
Lin, Yen, Kuo, Wu, & Lin	2009	Registre national des agressions sexuelles rapportées de 2002 à 2007. Taïwan.	<p>De 2002 à 2007, on observe une augmentation de 173 % des cas rapportés pour la population générale. Cette augmentation est de 469 % chez les personnes présentant des incapacités.</p> <p>Parmi ces dernières, les personnes présentant une DI sont les plus susceptibles d'avoir vécu une agression sexuelle.</p> <p>Pour l'année 2007, le taux d'incidence des cas rapportés d'agression sexuelle s'établit comme suit (par 10 000 habitants) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population générale : 2,42 • Personnes avec incapacités : 5,76 • Personnes présentant une DI : 33,4.
McCormack, Kavanagh, Caffrey, & Power	2005	Agence de services en DI - 1 450 personnes (enfants et adultes) présentant une DI. Région de Dublin, Irlande.	<p>Clientèle enfants et adultes suivie sur une période de 15 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DI légère = 24 % • DI moyenne = 44 % • DI sévère à profonde = 22 % • non établi = 10 % <p>On rapporte une moyenne annuelle de 17 dévoilements d'agressions sexuelles, variant de 10 à 36 selon les années.</p>

une période de 15 ans, demeurent très rares. Rapporté au nombre de personnes desservies par l'agence en question, on constate que le taux moyen d'incidence annuel serait environ de 1,2 %. Ces résultats ne sont cependant pas appuyés, ni contredits, par d'autres résultats de recherche.

La plupart des études antérieures rapportaient surtout des taux de prévalence, référant aux nombres de personnes ayant vécu au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Ces taux s'avèrent extrêmement variables d'une étude à l'autre. Il existe encore très peu de données populationnelles qui permettraient de cerner avec plus de certitude l'ampleur exacte du problème des agressions sexuelles envers les personnes présentant une DI. Bien qu'elles demeurent relativement rares, les recherches plus récentes, qui s'intéressent au taux d'incidence (le nombre de cas au cours d'une période donnée) convergent : Les personnes présentant une DI sont plus à risque de subir une agression sexuelle que les autres personnes présentant des incapacités, qui elles-mêmes sont plus à risque que la population générale.

LES CARACTÉRISTIQUES DES VICTIMES ET DES AGRESSIONS SEXUELLES

Six des articles recensés rapportent des données d'enquêtes concernant les caractéristiques des agressions sexuelles commises envers les personnes présentant une DI. Quatre de ces articles abordent de manière spécifique cette thématique. Les deux autres incluent dans leur échantillon des personnes présentant d'autres types d'incapacités. Quatre études concernent aussi exclusivement des personnes adultes. Nous présentons ces résultats de recherche en deux tableaux. Le tableau 3 concerne les caractéristiques des victimes et les liens avec l'agresseur et, le tableau 4, la nature et le lieu des agressions.

Dans trois études concernant spécifiquement des adultes (Brown, Stein, & Turk, 1995; Brown & Turk, 1994; Furey, 1994) la proportion des victimes de genre féminin varie de 52 % à 74 %. L'étude la plus récente (Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton, 2010), ne fournit pas de données spécifiques concernant le genre des victimes. L'étude de Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine (2003) rapporte quant à elle un taux de 65 % de victimes de genre masculin. Soulignons que cette dernière recherche concerne exclusivement des personnes vivant en institution. Les données fournies par les auteurs ne permettent pas d'établir si ce taux élevé de victimes masculines peut être dû à un biais d'échantillonnage relatif au nombre d'hommes comparativement au nombre de femmes vivant en institution. Quoiqu'il en soit, la proportion de victimes de genre masculin rapportée ici est nettement plus élevée que ce qui est habituellement observé pour la population générale. À titre indicatif, les statistiques de 2011 concernant les infractions sexuelles au Québec (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2012) indiquaient que 92 % des victimes adultes étaient des femmes.

Tableau 3 : Caractéristiques des victimes et liens avec l'agresseur

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton	2010	Cas référés à des agences de protection de 1998 à 2005 N total : 6148 (PPDI : 1928). Sud-est de l'Angleterre.	Concernant les agressions sexuelles envers une personne présentant une DI, l'agresseur était dans 48 % des cas une autre personne présentant une DI (PPDI) ou un membre de la famille dans 31 % des cas. La nature du lien avec l'agresseur n'est pas rapportée dans les autres cas.
Brown, Stein, & Turk	1995	109 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-60 ans. Milieux de vie : famille (25 %), ressource résidentielle (28 %), hôpital/institution (39 %), autre logement (6 %), inconnu (2 %). Royaume-Uni.	Les victimes sont des femmes dans 52 % des cas. Les auteurs notent une forte augmentation de la déclaration d'agressions sexuelles envers les hommes (48 %) par rapport aux études antérieures, y compris leurs propres recherches. 61 % des victimes présentent une DI moyenne à sévère/profonde. L'agresseur est un homme dans 96 % des cas. Dans 92 % des cas, l'agresseur est déjà connu de la victime. L'agresseur est : une autre personne présentant une DI (53 %); un employé/bénévole (20 %); un membre de la famille (8 %); un autre adulte connu (8 %); un étranger inconnu (8 %).
Brown & Turk	1994	119 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-61 ans. Royaume-Uni.	74 % des victimes sont des femmes. 59 % des victimes présentent une DI moyenne à sévère/profonde. Dans tous les cas sauf un le ou les agresseurs étaient de sexe masculin. L'agresseur est : une autre personne présentant une DI (42 %); un membre de la famille (18 %); un employé/bénévole (14 %); un autre adulte connu (17 %) [<i>Note : donnée non rapportée pour 9 % des cas</i>] Les agresseurs membres de la famille sont surreprésentés dans un sous-groupe de cas d'agressions dévoilées mais pour lesquelles l'investigation a été jugée non concluante, ce qui reflète un réel problème pour agir au nom de ces victimes.

Tableau 3 (suite) : Caractéristiques des victimes et liens avec l'agresseur

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Furey	1994	171 cas recensés par « Abuse Investigation Division » - Adultes de 18 à 59 ans. Personnes vivant en institution ou en milieu communautaire [Note : proportions non spécifiées]. Connecticut, USA.	72 % des victimes sont des femmes. DI légère : 48 % ; DI moyenne : 28 % ; DI sévère/profonde : 24 % La majorité de victimes ne présentaient pas d'autres incapacités. Les agressions ont été commises par : Un homme (88 %) ; une femme (6 %) ; plus d'une personne simultanément (1 %) ; genre non spécifié (5 %). L'agresseur est : une autre personne présentant une DI (42 %) ; un employé/bénévole (21 %) ; un membre de la famille (12 %) ; un autre adulte connu (13 %) ; un étranger inconnu (8 %). [Note : les catégories originales présentées ont été regroupées et les pourcentages arrondis]
Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine	2003	Enquête auprès de 115 administrateurs d'institutions. USA.	Dans 65 % des cas la victime est un homme. L'âge moyen des victimes est de 33 ans (de 14 à 90 ans). DI légère : 21 % ; DI moyenne : 39 % ; DI sévère/profonde : 40 % Dans 90 % des cas l'agresseur est un homme. L'agresseur est : un autre client présentant une DI (63 %) ; un employé ou un bénévole (28 %) ; un membre de la famille (1 %) ; la réponse « autre » a été utilisée dans 7 % des cas.
Sobsey & Mansell	1994	208 personnes présentant des incapacités victimes d'agressions sexuelles dont 152 (73 %) présentant une DI. Personnes âgées de 1 à 57 ans - Milieux de vie non spécifiés - Canada, USA, Nouvelle-Zélande.	Relation avec l'agresseur: Personnes offrant des services relatifs au handicap (26,3 %) ; transporteurs (5,1 %) ; famille d'accueil (6 %) ; membre de la famille (16,1 %) ; voisins, amis de la famille (17 %) ; un pair présentant une incapacité (9,3 %) ; services payant (par ex., gardienne) (7,6 %) ; étrangers (6,8 %) ; un ami (3,4 %) ; belle-famille (2,5 %). On retrouve significativement plus de cas d'agression sexuelle commise par les familles d'accueil en Nouvelle-Zélande (15,8 %). Aux États-Unis, on rapporte significativement plus d'agresseurs qui sont des employés qui offrent des services aux personnes ayant des incapacités (69,4 %).

En ce qui a trait au niveau de DI des victimes, la proportion des personnes présentant une DI moyenne ou sévère/profonde varie de 52 % à 61 % dans les trois études qui incluent des personnes vivant dans la communauté et atteint 79 % dans la recherche de Gust et al. (2003) menée en milieu institutionnel. Encore une fois, il est difficile d'établir si ces proportions élevées sont le résultat d'un biais relatif à la composition de l'échantillon. Ces résultats suggèrent néanmoins que le taux de victimisation puisse être beaucoup plus élevé pour cette partie de la population des personnes présentant une DI.

Dans la majorité des cas, l'agresseur est une figure connue de la victime. En fonction des données rapportées, c'est le cas dans plus de 90 % des situations. Ce constat correspond en gros à ce qui est généralement observé pour la population générale. La proportion des situations où l'agresseur est un pair, soit une autre personne présentant une DI, varie de 17 % à 63 % selon les études. Dans celles qui incluent des personnes vivant dans la communauté et qui concernent exclusivement des personnes présentant une DI, ce taux varie de 42 % à 53 %. Le taux le plus élevé d'agression par un pair (63 %) est observé dans l'étude de Gust et al. (2003) chez des personnes vivant en institution. Le taux le moins élevé est rapporté par Sobsey et al. (1994) pour un échantillon intégrant des personnes qui présentent des incapacités autres qu'une DI.

L'autre catégorie d'agresseurs la plus fréquente est celle des employés ou bénévoles reliés aux services dispensés aux personnes présentant une DI. Ces services peuvent concerner aussi bien les soins directs à la personne que des services d'accompagnement ou de transport, par exemple. La proportion de ces agressions varie de 14 % à 28 % selon les études. La proportion la plus élevée concerne des personnes vivant en institution (Gust et al., 2003). Dans ce type de milieu de vie, la probabilité d'une agression commise par quelqu'un d'autre qu'un pair ou un employé est évidemment plus faible que dans un milieu de vie communautaire.

Excluant l'étude de Gust et al. (2003) les agressions sexuelles commises par un membre de la famille représenteraient, selon les études, de 8 % à 31 % des cas. Le taux le plus élevé est rapporté par Beadle-Brown et al. (2010). Le fait de ne pas connaître de façon plus précise la proportion de personnes vivant en milieu institutionnel dans les différents échantillons rend difficile l'interprétation de ces variations. Les travaux de Brown et de ses collaborateurs illustrent cependant les variations qui peuvent être observées d'une période de temps à une autre au sein d'une même population. Dans leur étude publiée en 1994, Brown & Turk rapportent que 18 % des agressions sexuelles sont commises par un membre de la famille. Dans celle publiée un an plus tard, qui s'est tenue dans la même région et utilisant, à peu de choses près, le même protocole, Brown et al. (1995) rapportent cette fois un taux de 8 %.

Tableau 4 : Nature et lieux des agressions sexuelles

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Brown, Stein, & Turk	1995	109 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-60 ans. Milieux de vie : famille (25 %), ressource résidentielle (28 %), hôpital/institution (39 %), autre logement (6 %), inconnu (2 %). Royaume-Uni.	47 % des victimes ont subi plus d'une agression sexuelle. Nature de l'agression : sans contact physique (18 %); touchers sexuels (82 %); masturbation (28 %); pénétration ou tentative de pénétration (57 %). Plus d'une action de l'agresseur ont pu être rapportées pour une même situation d'agression. Endroit où s'est déroulée l'agression : résidence de la victime (57 %); endroits publics (21 %); centres d'activités de jour (14 %); domicile de l'agresseur (8 %).
Brown & Turk	1994	119 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-61 ans. Royaume-Uni.	Nature de l'agression : sans contact physique (23 %), attouchements sexuels (82 %), masturbation (31 %), pénétration ou tentative (67 %). Plus d'une action de l'agresseur a pu être rapportée pour une même situation d'agression.
Furey	1994	171 cas recensés par « Abuse Investigation Division – Adultes de 18 à 59 ans. Personnes vivant en institution ou en milieu communautaire. Connecticut, USA.	Lieux des agressions : en institution (25 %); dans un foyer de groupe (27 %); au domicile familial/appartement (24 %); au travail/centre d'activités (9 %); dans un lieu public (7 %); dans un véhicule (3 %); autre endroit/non spécifié (4 %) [Note : les catégories originales présentées ont été regroupées et les pourcentages arrondis]
Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine	2003	Enquête auprès de 115 administrateurs d'institutions. USA.	Les types d'agressions rapportées : attouchements (36 %); pénétration (21 %); agression sans contact physique (11 %); tentative de pénétration (6 %); masturbation (3 %); combinaison de plusieurs types (17 %). L'agression est survenue : chez la victime (42 %); chez l'agresseur (6 %); tant chez la victime que chez l'agresseur (23 %), dans un lieu public (29 %).

Quatre études rapportent des données relatives à la nature des agressions sexuelles et aux lieux où elles sont survenues. Les attouchements sexuels constituent le type d'agression le plus fréquemment rapporté. Il est à noter que les recherches de Brown et ses collaborateurs (Brown & Turk, 1994; Brown et al. 1995) rapportent le taux le plus élevé pour ce type d'agression avec 82 % des agressions sexuelles commises. Dans leur cas, les types d'agression peuvent être cumulatifs, les touchers sexuels pouvant être comptabilisés pour une même situation où il y a pénétration ou tentative de pénétration. Ce dernier type d'agression est d'ailleurs le deuxième type le plus fréquent rapporté par ces auteurs.

La plus grande partie des agressions sexuelles surviennent dans le lieu de résidence de la victime. Ce constat est effectué dans toutes les études, que la victime réside en institution ou en milieu communautaire. Dans le cas des milieux institutionnels, il peut cependant être difficile d'établir si le « lieu de résidence » correspond à toute l'institution ou seulement aux appartements de la victime. Quoiqu'il en soit, les proportions rapportées correspondent en gros à ce qui est rapporté pour la population générale. En 2011, au Québec, chez les adultes de 18 à 24 ans, un peu plus de la moitié des infractions sexuelles rapportées ont eu lieu à la résidence de la victime (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2012). Chez les adultes, cette proportion avait tendance à augmenter avec l'âge.

LE DÉVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE ET SES SUITES

On retrouve au tableau 5 les données de quatre études recensées qui apportent des précisions à l'égard du dévoilement d'agressions sexuelles. Une cinquième étude s'intéresse aux facteurs qui peuvent faire obstacle à l'accueil et au traitement du dévoilement effectué par des femmes présentant une DI.

Dans la majorité des cas le dévoilement a été effectué par la victime elle-même, à des taux variant de 45 % à 66 %. Le taux le plus faible est rapporté pour un milieu institutionnel (Gust et al., 2003). Seule l'étude de Joyce (2003) amène des précisions concernant la personne à qui le dévoilement est fait, soit généralement une personne ayant un lien de proximité avec la victime.

Le taux de référence à des services spécialisés de soutien aux victimes d'agressions sexuelles est rarement rapporté dans les études. Brown et al. (1995) font état de l'utilisation de tels services dans 63 % des cas. Nannini (2006) rapporte que seulement le tiers des femmes victimes présentant une DI établissent par elles-mêmes le contact avec ces services. C'est donc, le plus souvent, une tierce personne qui entreprend ces démarches pour la victime.

Tableau 5 : Le dévoilement et les conséquences du dévoilement

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Brown, Stein, & Turk	1995	109 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-60 ans. Royaume-Uni.	Le dévoilement a été fait par: la personne elle-même (53 %), un membre du personnel/intervenant (38 %), un membre de la famille (5 %). Dans 53 % des cas aucune action n'a été entreprise envers l'agresseur. Dans 63 % des cas, une agence extérieure dédiée au traitement d'agressions sexuelles a été interpellée. La police fut appelée dans 42 % des cas. La plainte à la police est moins fréquente lorsque l'agresseur est une autre personne présentant une DI. Aucun changement dans les contacts avec l'agresseur (25 %), accès réduit (31 %), n'ont plus de contact (34 %).
Brown & Turk	1994	119 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-61 ans. Royaume-Uni.	Dans 66 % des cas c'est la victime elle-même qui a fait le dévoilement; les professionnels ou soignants dans moins de 25 % des cas; 9 % par des membres de la famille. Dans 50 % des cas, aucune action n'a été entreprise envers l'agresseur.
Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine	2003	Enquête auprès de 115 administrateurs d'institutions. USA.	Le dévoilement a été fait par la victime (45 %), par un témoin (37 %), suite à un examen médical (2 %). La réponse « autre » a été utilisée dans 17 % des cas. Les actions entreprises suite au dévoilement: enquête interne (73 %); signalement à la police (54 %), soins médicaux physiques ou mentaux (60 %); test d'ITSS (23 %). Plusieurs actions ont pu être entreprises pour un même cas.
Joyce	2003	26 personnes référées suite à un dévoilement d'abus (agression sexuelle dans 77 % des cas) – Milieu communautaire – Adultes, 19 à 85 ans. Royaume Uni.	Pour tous les types d'abus, lorsque la personne habitait un service résidentiel le dévoilement était principalement fait à un employé (37 %) ou à partir d'observations des employés (37 %). Lorsque la personne habitait dans sa famille, le dévoilement était fait principalement à un membre de la famille (57 %) Les situations d'agression ont été rapportées à la police dans 69 % des cas.

Tableau 5 (suite) : Le dévoilement et les conséquences du dévoilement

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Nannini	2006	Dossiers de centres de traitement d'agressions sexuelles – Période de 1987-1995 – 14 961 femmes non-handicapées – 1771 femmes présentant une incapacité – 134 femmes présentant une DI. Massachusetts, USA.	<p>Seulement 33,6 % des femmes présentant une DI ont contacté le centre de crises par elles-mêmes. La majorité (77 %) a cependant été en contact avec le centre moins d'un an après l'agression sexuelle (77 %). Les délais moyens rapportés pour les autres femmes présentant une incapacité variaient de 5,2 à 8,6 ans.</p> <p>Chez plus de la moitié des femmes présentant une DI l'agression a été rapportée à la police, ce qui est plus élevé que chez les autres femmes.</p>
Keilty & Connelly	2001	40 personnes intervenant en situation d'agression sexuelle (travailleurs d'organismes spécialisés et policiers). Entrevues semi-dirigées. Australie.	<p>La recherche concerne exclusivement le dévoilement d'agressions sexuelles auprès de femmes présentant une DI. Elle cherche à identifier les facteurs faisant obstacle au traitement des cas d'agression sexuelle.</p> <p>Les policiers ne savent pas comment interagir avec ces personnes et les interroger, croyant souvent que leur histoire n'est pas crédible ou que le processus judiciaire conduirait à un traumatisme excessif pour la personne.</p> <p>Le processus judiciaire est plus complexe dans ces cas : évaluation de la capacité à témoigner; contamination de la preuve; exigences de la loi relativement au consentement éclairé; rôle des aidants qui soutiennent la plaignante.</p> <p>Si l'agresseur est une autre personne présentant une DI, les policiers ont tendance à ne pas retenir la plainte ou ne croient pas que la cause puisse être amenée en justice.</p>

Les données rapportées par Brown & Turk (1994) et Brown et al. (1995) indiquent qu'aucune action, suite au dévoilement, n'a été prise envers l'agresseur dans la moitié des cas. Des plaintes à la police ont été portées dans des proportions variant de 42 % à 69 % des cas selon les études. Celles qui portent sur les plus grands nombres de participants rapportent en moyenne des taux variant autour de 50 %. Nannini (2006) souligne que le taux de plainte à la police est plus élevé chez les femmes présentant une DI que chez les autres femmes présentant des incapacités ou même issues de la population générale. Keilty & Connely (2001) observent cependant que lorsque l'agresseur est un pair, les policiers ont tendance à ne pas retenir la plainte et à ne pas amener la cause en justice. D'ailleurs Brown et al. (1995) rapportent que les plaintes à la police sont moins fréquentes lorsque l'agresseur est une autre personne présentant une DI.

LES CONSÉQUENCES ET LES EFFETS DE L'AGRESSION SEXUELLE SUR LES PERSONNES

Les effets de l'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI sont abordés dans six études. La question fondamentale semble être de savoir si les victimes qui présentent une DI vivent les mêmes conséquences de l'agression que les personnes de la population générale. La première étude recensée qui aborde ce thème (Brown et al., 1995) rapporte que dans 25 % des cas, les victimes ne semblent pas souffrir de séquelles et que dans 36 % des cas, le personnel ne peut se prononcer à savoir s'il y a eu ou non des effets pour la victime. Dans 38 % des cas, un traumatisme émotionnel est détecté.

Bien que leurs résultats ne puissent être généralisés, les études de cas décrites par O'Callaghan, Murphy, & Clare (2003) illustrent des conséquences importantes de l'agression sexuelle, comparables aux séquelles pouvant être rapportées pour plusieurs victimes issues de la population générale. Dans leur étude comparative subséquente (Murphy, O'Callaghan, & Clare, 2007), les mêmes auteurs rapportent également des effets négatifs au niveau de l'autonomie fonctionnelle et des comportements adaptatifs. La méthode utilisée présente cependant des limites importantes, les informations sur les comportements antérieurs à l'agression étant recueillies de façon rétrospective. Deux autres études comparant des personnes présentant une DI victimes et non-victimes d'agressions sexuelles ont été recensées. Matich-Maroney (2003) rapporte que les victimes présentent significativement plus de problèmes émotionnels, tels la dépression et l'anxiété, ainsi que davantage de comportements sexuels inadaptés. Ces personnes reçoivent également plus de médication pour traiter un problème psychiatrique. Il demeure cependant difficile d'établir si ces problèmes étaient ou non présents avant l'agression. Utilisant une méthodologie un peu plus robuste, à l'aide d'un

Tableau 6 : Les conséquences de l'agression sexuelle

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Brown, Stein, & Turk	1995	109 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-60 ans. Royaume-Uni.	Selon les informations fournies par les agences : 25 % des victimes ne semblent pas souffrir de traumatisme émotionnel ou de détresse. Pour 36 % des victimes le personnel ne sait pas s'il y a eu des conséquences. Dans 38 % des cas, on note les manifestations d'un traumatisme émotionnel.
Matich-Maroney	2003	18 adultes avec DI, victimes, agressés à l'adolescence ou à l'âge adulte – comparés à 25 non-victimes avec DI. Milieu communautaire. New-York, USA.	Les victimes obtiennent des résultats significativement plus élevés que le groupe de comparaison aux mesures de problèmes émotionnels. Plus particulièrement en ce qui concerne les comportements sexuels inadaptés, la dépression et l'anxiété. On ne rapporte pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne le niveau d'agressivité, l'estime de soi, la somatisation ou les symptômes de dissociation. Les victimes ont significativement plus de prescriptions de médicaments pour traiter un trouble psychiatrique que les participants du groupe de comparaison.
O'Callaghan, Murphy, & Clare	2003	3 adultes (2 femmes, 1 homme) victimes d'agressions sexuelles – Études de cas. Royaume-Uni.	Étude de cas 1 (jeune femme) - A cessé toute forme de communication, paraissait dépressive, avait des troubles de comportement, tels des incontinenances et des comportements agressifs. Étude de cas 2 (jeune homme) - Devient terrifié en entendant certains bruits, pendant certains évènements qui ne le troublaient pas auparavant. Ne sort plus du tout de la maison, a perdu beaucoup de poids. Étude de cas 3 (femme) - Suite aux investigations policières, elle était incapable de parler des abus. Elle est devenue dépressive, vivait des <i>flashbacks</i> , des cauchemars, de l'anxiété et de la frayeur en présence des hommes, et s'automutilait. Elle ne s'intéressait plus à aucune activité. Les auteurs considèrent que ces symptômes pourraient conduire à établir un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.

Tableau 6 (suite) : Les conséquences de l'agression sexuelle

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Pan	2007	18 personnes présentant une DI, victimes d'agressions sexuelles sur un échantillon de 336 participants à une enquête. Taiwan.	Étude portant sur 10 femmes, 8 hommes. Âge non spécifié pour les victimes – l'enquête générale portait sur des participants de tout âge. Suite à une entrevue avec les proches, enquêtant, entre autres, sur les symptômes de stress post-traumatique, l'auteur rapporte qu'environ, 50 % des victimes présentent de tels symptômes. 44 % présentent des symptômes physiques, 44 % des symptômes comportementaux et 56 % des symptômes psychologiques.
Murphy, O'Callaghan, & Clare	2007	18 personnes présentant une DI sévère à profonde, victimes d'abus multiples, dont 15 ont subi une agression sexuelle. Royaume-Uni.	Résultats obtenus par enquête rétrospective : Diminution statistiquement significative de l'autonomie fonctionnelle. Augmentation statistiquement significative de toutes les échelles mesurant des problèmes de comportement de l'Adaptive Behavior Scale.
Sequeira, Howlin, & Hollins	2003	54 personnes présentant une DI, victimes d'agressions sexuelles - 54 non victimes appariées. 16 à 44 ans - 67 % de femmes - Milieux communautaires et institutions. Royaume-Uni.	Les problèmes de comportement sont significativement plus prononcés chez les victimes d'agression (irritabilité, agitation, retrait social, comportements stéréotypés, hyperactivité, soumission). On observe une plus grande fréquence de cas d'automutilation chez les victimes. Le groupe de victimes présente aussi un score significativement plus élevé pour les comportements sexuels problématiques. Enfin, les problèmes de santé mentale sont plus fréquents dans le groupe de victimes. 35 % des personnes ayant vécu une agression sexuelle présentent des symptômes correspondant aux critères du syndrome de stress post-traumatique comparativement à 4 % des personnes du groupe de comparaison.

groupe témoin apparié, Sequeira, Howlin, & Hollins (2003) rapportent des résultats similaires : problèmes de comportement plus prononcés chez les victimes, comportements sexuels problématiques et problèmes de santé mentale plus fréquents. Ces auteurs rapportent que 35 % des victimes présentent les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, près de neuf fois plus que le nombre observé au sein du groupe de comparaison. Pour sa part, Pan (2007) dans une étude menée à Taïwan, rapporte que près de la moitié des victimes présentent les symptômes du syndrome de stress post-traumatique.

LES INTERVENTIONS ET LES APPROCHES LIÉES AU TRAITEMENT DES CONSÉQUENCES DES AGRESSIONS SEXUELLES

Trois articles ont été recensés concernant le thème de l'intervention et du traitement s'adressant aux personnes présentant une DI victimes d'agressions sexuelles. Aucun article récent, publié après 2000, n'a été recensé. Les résultats de ces études sont présentés au tableau 7.

L'étude de Brown et al. (1995) concerne spécifiquement des personnes présentant une DI alors que celle de Sobsey & Mansell (1994) implique également des personnes présentant d'autres types d'incapacités. Les résultats des deux études convergent cependant : un pourcentage relativement restreint de victimes fait l'objet d'interventions spécifiquement liées au traitement des conséquences de l'agression sexuelle. Brown et al. (1995) rapportent qu'environ le quart des victimes qui ont assurément ou possiblement affiché des signes de traumatisme ont reçu des interventions spécifiques. Un autre quart a reçu des services non spécifiques à la situation d'agression ou n'a reçu aucun service particulier. La moitié a reçu du soutien d'intervenants non spécialisés pour le traitement de traumatismes liés à l'agression. Sobsey & Mansell (1994) rapportent, pour leur part, qu'environ 45 % des victimes ont reçu des services de type « relation d'aide » alors que 11,5 % n'ont reçu aucun service relié à la situation d'agression. Pour la moitié de l'échantillon, les services ne correspondaient pas aux besoins des victimes selon leur point de vue ou celui de leurs proches.

Un seul article présentant l'évaluation des effets d'un programme spécifique d'intervention a été recensé (Barber, Jenkins, & Jones, 2000). Ce programme a été appliqué auprès de six femmes présentant une DI moyenne à sévère. Malgré des résultats positifs à court terme, soit après 10 semaines d'intervention hebdomadaire, les auteurs ont constaté que ces effets ne se maintenaient pas dans le temps. Les recommandations des auteurs sont à l'effet de maintenir les activités du programme sur une plus longue période de temps et d'y impliquer davantage les proches des victimes et leurs intervenants.

Tableau 7 : Le traitement des conséquences des agressions sexuelles

Auteurs	Année	Source de données / échantillon	Résultats rapportés
Brown, Stein, & Turk	1995	109 cas recensés par des agences locales de services en DI - Adultes 18-60 ans – Royaume-Uni.	Les informations sur les interventions sont rapportées pour un nombre de personnes qui, selon les auteurs, ont assurément ou possiblement affiché des signes de traumatismes. Dans 4 % (3/78) des cas, on ne retrace aucune intervention; 21 % ont été l'objet de soutien ou de thérapie qui n'était pas spécifique à la situation d'agression; 51 % ont reçu un soutien et des interventions effectuées par du personnel non-spécialisé; 24 % ont reçu un service spécifique à la situation d'agression (thérapie ou suivi).
Barber, Jenkins, & Jones	2000	6 femmes présentant une DI, victimes d'agressions sexuelles. DI moyenne à sévère. Royaume-Uni.	Séances de groupe, 2 h/semaine pendant 10 semaines. Thèmes : sexualité, santé, confiance en soi, auto-protection, relaxation. Jeux de rôles pour pratiquer les différentes compétences. L'estime de soi, le niveau d'anxiété et l'état dépressif se sont améliorés après le programme. Cependant, après 12 semaines, les femmes n'ont pas maintenu leurs nouveaux acquis.
Sobsey & Mansell	1994	208 personnes présentant des incapacités victimes d'agressions sexuelles dont 152 (73 %) présentant une DI. Personnes âgées de 1 à 57 ans – 80 % de femmes. Milieux de vie non spécifiés - Canada, USA, Nouvelle-Zélande.	Les données concernent tous les types d'incapacités confondus. Le service le plus fréquent reçu par les victimes est de type relation d'aide (<i>counseling</i>) (44,6 %). Des services médicaux étaient requis ou dispensés dans 16,3 % des cas. Ce type de service a été moins souvent dispensé aux personnes présentant une DI qu'aux personnes présentant d'autres incapacités. Mais les interventions légales et celles des services de protection ont été plus souvent demandées pour les personnes présentant une DI. Dans l'ensemble, 11,5 % des personnes n'ont reçu aucun service en lien avec l'agression. Pour ceux qui en recevaient, les répondants (proches ou victimes elles-mêmes) considéraient que ces services ne répondaient pas aux besoins spécifiques des personnes présentant des incapacités (51,5 %), ou que les services étaient inadéquats (22,8 %).

Synthèse et discussion des résultats de la recension des écrits

Les premières recensions des écrits que nous avons répertoriées concernaient rarement des publications abordant de façon spécifique les personnes adultes présentant une DI victimes d'agressions sexuelles. Notre propre recension nous mène à constater que ces études demeurent toujours relativement rares. La plupart des travaux que nous avons recensés présentent cependant des données spécifiques à la population des personnes adultes présentant une DI. Ces données permettent, dans une certaine mesure, de préciser l'ampleur, la nature et les conséquences du phénomène.

Les recensions des écrits précédentes, notamment celles de Peckham (2007), Horner-Johnson & Drum (2006) et Newman et al. (2000), soulignaient l'absence de certitude quant au taux de prévalence d'agressions sexuelles chez les personnes présentant une DI. Les données les plus récentes, basées sur des études de type populationnel (Beadle-Brown et al., 2010; Lin et al., 2009), démontrent nettement que les adultes présentant une DI sont beaucoup plus fréquemment victimes d'agressions sexuelles que les adultes de la population générale et même davantage que les autres personnes présentant des incapacités. Un autre trait particulier de cette population est que les hommes sont eux aussi souvent victimes de telles agressions comparativement au reste de la population. Il demeure toutefois difficile de déterminer si le phénomène observé est dû à un taux plus élevé d'agressions ou bien à un taux plus élevé de dévoilement d'agressions sexuelles commises envers les hommes. Quoiqu'il en soit, hommes et femmes présentant une DI sont nettement plus vulnérables à l'agression sexuelle. Cette vulnérabilité tendrait à augmenter avec le niveau d'incapacité de la personne. Les études portant sur les facteurs environnementaux susceptibles d'atténuer ou, au contraire, d'exacerber cette vulnérabilité demeurent malheureusement extrêmement rares. Dans un contexte où l'on considère l'agression sexuelle comme étant aussi un phénomène social pouvant être abordé selon une perspective écologique (Sobsey, 1994), il est surprenant de constater la rareté des recherches considérant le rôle des facteurs environnementaux en lien avec la vulnérabilité individuelle à l'agression sexuelle.

Quant aux caractéristiques des agressions sexuelles dont sont victimes les personnes présentant une DI, les résultats des études recensées convergent : la nature et les circonstances de ces agressions correspondent à peu de choses près, à ce qui est observé dans la population générale. L'agresseur est, le plus souvent, une figure connue de la victime; les agressions surviennent, le plus souvent, au lieu de résidence de la victime; les attouchements sexuels constituent la forme d'agression la plus fréquente. Les caractéristiques de l'agression peuvent cependant varier en fonction de l'organisation des services destinés aux personnes qui présentent une DI. Selon que la personne vive en institution ou en milieu communautaire, dans sa famille naturelle ou

dans une ressource résidentielle, les circonstances de l'agression, le lien avec l'agresseur, le dévoilement de l'agression peuvent présenter certaines particularités liées à l'environnement physique et humain. Afin de mieux décrire le phénomène, la collecte de données fidèles et complètes doit donc tenir compte du milieu de vie et de l'organisation des services offerts à cette clientèle. Par exemple, les agressions sexuelles commises par des pairs sont évidemment susceptibles de se produire davantage lorsque cohabitent quelques personnes présentant une DI, que ce soit en institution ou en milieu résidentiel. Conjuguant cette situation avec le fait que les intervenants aient moins tendance à rapporter une agression sexuelle à la police lorsqu'elle est commise par un pair, il devient possible qu'une bonne partie des agressions subies par une personne présentant une DI ne soit pas traitée de la même façon en fonction du milieu de vie de cette personne.

La plupart des recherches abordant les conséquences de l'agression sexuelle se butent à plusieurs obstacles méthodologiques importants. La qualité des instruments de mesure utilisés en rapport avec la nature des conséquences recherchées, la possibilité d'attribuer spécifiquement les symptômes observés à l'agression, le recours à des informations fournies par des tiers constituent quelques exemples de ces obstacles. Même dans le cas des études comparatives victimes - non victimes, il peut être difficile d'établir que tous les participants d'un groupe de comparaison n'aient jamais été victimes d'une agression sexuelle auparavant. Néanmoins, les données les plus récentes tirées de la documentation scientifique viennent renforcer les constats effectués au cours de la décennie précédente : les personnes ayant une DI vivent, elles aussi, des séquelles importantes suite à une agression sexuelle. Manifestement, la notion de traumatismes possibles chez les personnes présentant une DI était mise en doute, il y a quelques années à peine, en raison même de leurs limites cognitives. La croyance populaire selon laquelle ces personnes peuvent être moins affectées que d'autres suite à un traumatisme persiste peut-être encore, même dans les milieux d'intervention.

Plusieurs études démontrent donc, d'une part que des séquelles psychologiques d'une agression sexuelle peuvent être présentes chez une personne présentant une DI et que, d'autre part, ces séquelles peuvent être intenses. Les travaux de quelques chercheurs ont mis en évidence que la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique est présente dans une proportion variant de 35 % à 50 % des victimes.

Avec seulement trois articles recensés au cours de la période couverte, le thème du traitement des conséquences de l'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI a manifestement été peu exploré dans la documentation scientifique. Peut-être est-ce en lien avec le fait que l'on considérait les conséquences de l'agression comme peu importantes pour ces personnes ou encore parce qu'elles sont plus difficiles à établir à cause de caractéristiques propres à cette clientèle. Deux des études recensées révèlent que plus de la moitié des victimes ne reçoivent aucune intervention ou ne reçoivent que des interventions non spécialisées ou non spécifiques à la situation d'agression sexuelle et à ses conséquences. Il est vrai que ces deux publications datent de près de 20 ans au

moment de la production de notre recension des écrits, mais nous n'avons retracé aucune publication plus récente abordant ce sujet. Le fait qu'il n'y ait que si peu de publications scientifiques sur ce thème nous porte à croire que l'intervention spécifiquement destinée aux personnes adultes ayant une DI victimes d'une agression sexuelle demeure, encore aujourd'hui, un domaine à explorer et à développer.

VOLET 2

ANALYSE DES CARACTÉRISTIQUES ET DES BESOINS DE PERSONNES ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE, EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

Introduction

Ce deuxième volet présente les résultats d'une recherche descriptive visant à documenter les situations d'agression sexuelle dévoilées, concernant des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle (DI) desservies par le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU). La description de ces situations sera effectuée en fonction des différents thèmes identifiés à partir de notre recension de la documentation.

Le contexte théorique présenté ici reprend les grandes lignes des résultats de la recension de la documentation faisant l'objet du premier volet du rapport. La méthodologie utilisée, les résultats obtenus, la discussion de ces résultats et les recommandations formulées par les auteurs seront ensuite présentés successivement.

Contexte de l'étude

Suite à une recension des écrits, couvrant la période de 1995 à 2005 et portant sur toutes formes d'abus dont peuvent être victimes les personnes présentant une DI, Horner-Johnson & Drum (2006) indiquaient que les données de recherche fiables et généralisables demeurent relativement rares comparativement à celles concernant d'autres populations dites vulnérables. Malgré tout, ils concluaient également que les données disponibles tendent à démontrer que les personnes présentant une DI étaient encore plus susceptibles de subir de l'abus que les personnes présentant d'autres types d'incapacité. Plus spécifiquement à l'égard de l'agression sexuelle, un consensus se dégage des résultats de recherches effectuées au cours des 20 dernières années : le risque d'être victime d'une agression sexuelle est passablement plus élevé chez les

personnes présentant une DI, et ce, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes (Andrews & Veronen, 1993; Sobsey, 1994; Brown, Stein, & Turk, 1995; Petersilia, 2001; McCormack, Kavanagh, Caffrey, & Power, 2005; Dion, Bouchard, Gaudreault, & Mercier, 2012).

La prévalence et l'incidence des cas d'agression sexuelle auprès de personnes présentant une DI

Les données sur la prévalence des cas d'agression sexuelle commises envers des personnes présentant une DI font état de taux très variables selon les études. Par exemple, Peckham (2007) indique avoir recensé des taux variant de 8 % à 83 %. Selon la recension des écrits réalisée par Mercier (2005) sur la victimisation des adultes présentant une DI, de 70 à 90 % des femmes et de 32 à 54 % des hommes, aux États-Unis, ont été agressés ou abusés sexuellement au cours de leur vie. Une telle variation dans les taux rapportés et une telle ampleur de cas d'agression sexuelle peuvent laisser perplexe. En fait, la définition même de l'agression sexuelle est rarement précisée dans les recherches qui portent sur différents types d'abus. De plus, certaines recherches ne considèrent que les cas avérés d'agression sexuelle alors que d'autres intègrent toutes les situations déclarées, dévoilées ou divulguées.

Horner-Johnson & Drum (2006), appliquant des critères de sélection visant à ne retenir que les données les plus probantes dans leur recension, rapportent, pour leur part, des taux de prévalence variant de 25 à 53 % chez les personnes présentant une DI. Dans la population générale, environ 10 % des hommes et 20 % des femmes adultes rapportent des antécédents d'agression sexuelle (Finkelhor, 1994; Putnam, 2003).

Des publications plus récentes, utilisant des données populationnelles, viennent préciser davantage l'ampleur du phénomène, cette fois sous l'angle du taux d'incidence des agressions sexuelles, soit le nombre de cas signalés au cours d'une période de temps donnée. Ainsi, dans une étude menée dans le sud du Royaume-Uni, Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton (2010) rapportent que, chez les adultes présentant des incapacités victimes d'abus, la proportion de cas d'agression sexuelle rapportée est près de six fois plus élevée chez les personnes présentant une DI. De même, Lin, Yen, Kuo, Wu, & Lin (2009), à partir d'une base de données nationale, observent qu'en 2007, à Taïwan, deux fois plus de situations d'agression sexuelle ont été rapportées pour des personnes présentant des incapacités que dans la population générale. Chez les personnes adultes présentant une DI, ce taux était six fois plus élevé que chez celles présentant d'autres types d'incapacités. En outre, les deux études indiquent également que les cas d'agression sexuelle rapportés pour cette population sont en hausse continue sur des périodes de sept ans et de cinq ans respectivement. Dans le cas de Lin et al. (2009), l'augmentation de cas déclarés sur une période de cinq ans atteint 453 % comparativement à un taux de 173 % pour la même période dans la population générale taïwanaise. Des données aussi précises ne sont pas disponibles

actuellement pour la plupart des pays occidentaux, mais les résultats de ces deux études convergent nettement et viennent renforcer les résultats de recherche antérieurs.

La vulnérabilité aux agressions sexuelles chez les personnes présentant une DI

De façon générale, les adultes présentant une DI sont plus à risque d'être victimes d'agression ou d'abus, quelle que soit leur forme. Mercier (2005) identifie notamment, comme facteurs de vulnérabilité, leur manque de connaissances sur leurs droits, leur fragilité à la manipulation et leur naïveté, leur besoin d'être acceptés, leur dépendance, leurs faibles habiletés de communication, la stigmatisation sociale dont ils sont l'objet, leur isolement social et les conditions environnementales adverses dans lesquelles ils vivent souvent. Plus spécifiquement à l'égard de l'agression sexuelle, Peckham (2007) relève les éléments suivants à partir d'une recension de la documentation : la dépendance de certaines personnes présentant une DI à l'égard des soins et de l'hygiène personnelle; une faible compréhension des relations interpersonnelles intimes (par ex., : distinguer les marques d'affection versus les attouchements sexuels); la tendance à se conformer aux désirs des personnes de leur entourage; la perte fréquente de contact avec des figures d'attachement ou des personnes significatives de leur entourage. La sensibilité à l'intimidation (Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001), le faible niveau de connaissances sur la sexualité (Fairbain, Rowley, & Bowen, 1995 in Hollomotz, 2009) et la présence de limites floues, entre ce qui est acceptable ou inacceptable en terme de comportement de proximité avec les gens de leur entourage et les inconnus (Owen, Griffiths, Feldman, Sales, & Richards, 2000) sont d'autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité à l'agression sexuelle et peuvent faire de ces personnes des proies attrayantes pour les agresseurs sexuels potentiels (Mercier, 2005).

Dans une perspective écologique, Hollomotz (2009) souligne que ce ne sont pas uniquement les caractéristiques individuelles des personnes qui présentent une DI qui entraînent une plus grande vulnérabilité à l'agression sexuelle. L'organisation des établissements, des institutions ou des services qui leur sont destinés peut, dans certains cas, contribuer elle-même à augmenter les risques d'abus envers ces personnes. Les milieux ségrégués et isolés du reste de la communauté peuvent limiter les possibilités de dévoilement de situations abusives, qu'il s'agisse d'agressions sexuelles ou d'autres formes d'abus (Beadle-Brown et al., 2010). Les mêmes auteurs ont également constaté que le fait de vivre hors de sa région d'origine augmente les risques de vivre des situations abusives diverses.

C'est donc dire que la nature même de leurs incapacités, certaines des conditions y étant associées (par ex., dépendance, isolement social, faibles habiletés verbales et habiletés de résolution de problèmes lacunaires), de même que certaines conditions

environnementales placent les personnes présentant une DI, à risque élevé de victimisation sexuelle.

Les circonstances de l'agression sexuelle

À l'instar des situations d'agression sexuelle survenant dans la population générale, celles dont sont victimes des personnes présentant une DI sont souvent commises par des membres de l'entourage (Matich-Maroney, 2003; Furey, 1994; Baladerian, 1994). Dans l'étude de Hershkowitz, Horowitz, & Lamb (2007), concernant les enfants et adolescents présentant des incapacités, l'agresseur était le plus souvent un parent ou une figure parentale. Pour une population d'adultes présentant une DI, Beadle-Brown et al. (2010) rapportent pour leur part que 48 % des agressions sexuelles sont commises par des pairs présentant une DI et 31 % par des membres de la famille. L'agression peut aussi être commise par des aides-soignants, tels les intervenants des ressources d'hébergement, des membres de la famille d'accueil, des intervenants d'autres services comme le transport adapté. Mansell, Sobsey, & Calder (1992) dans leur étude, rapportent qu'un peu plus de la moitié des agressions sexuelles sont commises par des personnes en lien avec les services dispensés aux personnes présentant une DI. Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine (2003) rapportent, pour leur part, que dans leur étude concernant 110 cas d'agression sexuelle, 63 % étaient commises par un pair présentant une DI et 28 % par un employé ou un bénévole rattaché à la prestation de services.

Encore une fois ici, les chiffres rapportés peuvent varier grandement en ce qui a trait à la relation entre l'agresseur et la victime. Tout comme dans le cas de la prévalence, ces variations peuvent être reliées au mode d'organisation de services mis en place pour ces personnes : les études rapportant un plus fort taux d'agression par des pairs ont été effectuées dans des milieux où les personnes présentant une DI vivent principalement en institution ou en milieu fortement ségrégué (Gust et al., 2003; Beadle-Brown et al., 2010; McCormack et al., 2005). Dans ces milieux de vie, l'agresseur est aussi plus souvent un membre du personnel plutôt qu'un membre de la famille ou du voisinage. Par exemple, selon les données rapportées par Sobsey & Mansell (1994) pour les États-Unis, 69,4 % des agressions sexuelles commises auprès de personnes handicapées le sont par des membres du personnel d'institutions. En Nouvelle-Zélande, où ces personnes vivent davantage en famille d'accueil qu'en institution, 15,8 % des cas d'agression sexuelle sont commis par un membre de la famille d'accueil. En fait, les circonstances de l'agression sexuelle (la nature des gestes posés, le lien avec l'agresseur, le lieu de l'agression, la durée et la fréquence des agressions) dont sont victimes les personnes présentant une DI demeurent peu documentées lorsque celles-ci vivent en milieu communautaire.

Le dévoilement de l'agression sexuelle

En ce qui concerne le dévoilement de la situation d'agression sexuelle, les données portant spécifiquement sur des personnes présentant une DI sont relativement rares. On a pu observer que le dévoilement de l'agression sexuelle se fait, le plus souvent, soit par la victime elle-même (McCormack et al., 2005; Gust et al., 2003; Joyce, 2003), soit par un témoin (Gust et al., 2003) et plus rarement par un membre de la famille (Beadle-Brown et al., 2010; McCormack et al. 2005). Le plus souvent, le dévoilement survient au cours d'une période de moins d'un an après l'agression (McCormack et al., 2005). Cependant, la personne vit parfois des agressions sexuelles depuis des mois et même des années (Murphy, O'Callaghan, & Clare, 2007; McCormack et al., 2005; Matich-Maroney, 2003; Sequeira & Hollins, 2003; Sobsey & Mansell, 1994) et a vécu plusieurs types d'agressions (Beadle-Brown et al., 2010; Murphy et al., 2007). Les principales actions entreprises après le dévoilement sont, premièrement, celles mises en place par les établissements, suivis de plaintes à la police puis des soins médicaux et psychologiques (Gust et al., 2003).

L'ampleur de l'augmentation des cas rapportés au cours des dernières années pourrait être attribuable davantage à un accroissement du dévoilement ou de la divulgation plutôt qu'à une augmentation marquée du nombre de cas d'agression sexuelle (McCormack et al., 2005; Beadle-Brown et al., 2010). Comme c'est le cas dans la population générale, les situations d'agression sexuelle auprès de personnes présentant une DI sont habituellement sous-déclarées. De plus la crédibilité des dévoilements d'agressions sexuelles, effectués par les personnes présentant une DI elles-mêmes, a longtemps été mise en doute. Une plus grande sensibilité de l'entourage aux situations potentielles d'agression sexuelle, la mise en place de politiques et de procédures formelles en cas de dévoilement d'agressions sexuelles dans les établissements offrant des services à ces personnes, sont des facteurs susceptibles d'augmenter la fréquence de dévoilement.

Les conséquences associées aux agressions sexuelles

Généralement, les conséquences associées aux agressions sexuelles subies par les personnes présentant une DI sont les mêmes que celles observées dans la population générale, dont la perte d'estime de soi, les problèmes de comportement de tout ordre et le syndrome de stress post-traumatique, (Dion et al. 2012; Doyle & Mitchell, 2003; Mansell & Sobsey, 2001). Les conséquences possibles de l'agression sexuelle chez les adultes présentant une DI incluent diverses manifestations problématiques (perte d'appétit, la peur ou le refus d'être touché, l'automutilation), l'isolement social, la revictimisation, la diminution de l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, le pessimisme, l'abus d'alcool et les dysfonctions psychosexuelles (Sequeira & Hollins, 2003; Mercier, 2005). Sequeira & Hollins (2003) considèrent cependant que les résultats de plusieurs études concernant les effets de l'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI peuvent être biaisés. Ces études portent principalement sur des personnes référées

pour un traitement suite à l'agression sexuelle. Dion et al. (2012) soulignent également de sérieuses limites méthodologiques (absence de mesures standardisées des symptômes et de groupe contrôle) qui affectent négativement la validité des études en ce domaine, en limitant passablement les connaissances disponibles nécessaires à l'ajustement des services et des interventions destinés aux personnes présentant une DI agressées sexuellement.

Notre propre recension de la documentation nous a permis de constater que la recherche portant sur les effets de l'agression sexuelle chez les personnes présentant une DI s'intéresse presque essentiellement aux séquelles psychologiques possibles de l'agression sexuelle elle-même. Nous n'avons retracé qu'une seule étude (Murphy, O'Callaghan, & Clare, 2007) qui ait abordé également les impacts des événements de vie survenant après le dévoilement de la situation d'agression sexuelle sur les comportements adaptatifs des victimes. À partir d'un échantillon de 18 participants, leurs résultats indiquent que ces événements de vie ne paraissent pas être en cause dans la diminution des scores des comportements adaptatifs observée après le dévoilement. De tels liens peuvent cependant être difficiles à établir avec une approche quantitative appliquée auprès d'un nombre relativement restreint de participants.

Le manque d'interventions curatives adaptées pour les personnes présentant une DI agressées sexuellement

Selon les résultats obtenus par Dion et al. (2012) dans le cadre de leur recension des écrits, les interventions visant à traiter les conséquences de l'agression sexuelle chez les enfants présentant une DI sont peu accessibles, non adaptées, voire carrément non disponibles. Un examen de la documentation publiée au cours des dix dernières années indique que la situation est la même pour les adultes présentant une DI. La plupart des interventions rapportées visent principalement l'arrêt de la situation d'agression par la surveillance de résidence et la relocalisation de la victime (Beadle-Brown et al., 2010) ou le soutien lors des procédures judiciaires (Joyce, 2003). Gust et al. (2003) rapportent que quelques participants à leur étude ont reçu une aide psychologique après le dévoilement de l'agression sexuelle, mais la nature et les effets de ces interventions ne sont pas documentés. Pourtant, les besoins d'une intervention adaptée et de formation des intervenants concernant le traitement des personnes vulnérables suite à une agression sexuelle, sont régulièrement soulignés dans la documentation (Sobsey & Mansell, 1994; Monahan & Lurie, 2003; Dion et al., 2012; Gouvernement du Québec, 2001).

Les objectifs de l'étude

Les travaux de Sobsey & Mansell (1994) mettaient déjà en évidence certaines différences dans les caractéristiques des agressions sexuelles vécues par les personnes présentant une DI en fonction du pays d'où provenaient les données, même si elles

étaient obtenues à partir d'une même méthodologie. Les liens entre la victime et l'agresseur, la fréquence des agressions subies par une même victime de même que l'accès à un traitement pour cette dernière, peuvent varier grandement en fonction du mode d'organisation des services mis en place pour les personnes présentant une DI.

Une meilleure connaissance de ces situations, de leurs conséquences pour les victimes et des interventions menées auprès de celles-ci, doit donc reposer sur des informations recueillies dans un contexte donné d'organisation de services. De telles informations ne sont pas encore disponibles au Québec pour les personnes adultes présentant une DI recevant ce que nous désignons, dans notre organisation de services de santé et de services sociaux, comme étant des services de deuxième ligne, dispensés par les CRDITED.

Cette étude vise donc à documenter les circonstances d'agressions sexuelles, du dévoilement, des effets et des interventions effectuées suite au dévoilement d'agressions sexuelles subies par des personnes adultes présentant une DI, desservies par le CRDITED MCQ – Institut universitaire. Les informations obtenues permettront éventuellement d'améliorer la prévention des agressions sexuelles pour cette clientèle, de mieux circonscrire les besoins des victimes et d'améliorer les interventions visant à répondre à ces besoins après l'agression sexuelle.

Les questions de recherche

Cette étude descriptive abordera les questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques (ex. : âge, niveau de DI, problématiques associées, milieu de vie) des personnes adultes présentant une DI pour lesquelles un dévoilement d'agression sexuelle a été effectué?
2. Quelles sont les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées (lien avec l'agresseur, nature de l'agression sexuelle, lieu de l'agression sexuelle)?
3. Dans quelles circonstances les agressions sexuelles sont-elles dévoilées (par qui, à qui, de quelle manière)?
4. Quelles sont les conséquences d'un dévoilement pour la personne présentant une DI (changement de milieu de vie, de travail ou d'occupation, etc.)?
5. Quelles sont les conséquences de l'agression sexuelle pour la victime (physiques, médicales, psychologiques, sociales)?
6. Quelles sont les interventions mises en œuvre suite au dévoilement d'une agression sexuelle?
7. Quelles sont les difficultés rencontrées par les intervenants dans la gestion des cas d'agression sexuelle?

Méthode

Le CRDITED MCQ – IU est un établissement à vocation régionale offrant des services de 2^e ligne à la clientèle des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et à leurs proches. En date du 31 mars 2013, l'établissement desservait 2 204 usagers dont 1 567 adultes. Au CRDITED MCQ – IU, le dévoilement d'une situation d'agression sexuelle exige l'ouverture d'un « Protocole d'intervention en cas de violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services du CRDITED MCQ – IU » (ci-après désigné par les termes « protocole abus/violence »). Ce protocole précise les actions à entreprendre, les rôles des intervenants de même que la nature des informations à recueillir et les interventions prescrites lors du dévoilement d'une situation d'abus ou de violence envers les usagers de l'établissement.

Le recrutement

Les participants ont été recrutés parmi les usagers du CRDITED MCQ – IU, âgés de 18 ans et plus, pour qui un protocole abus/violence concernant une agression sexuelle a été ouvert entre le 1^{er} janvier 2010 et le 30 octobre 2012. Le dévoilement devait être relativement récent en raison de la nature des informations recherchées et de l'accessibilité de ces informations.

L'identification des cas d'agression sexuelle a été réalisée à partir de références fournies à l'équipe de recherche par des professionnels impliqués dans l'intervention en situation d'agression. Ces références ont ensuite été confirmées par les coordonnateurs de services du CRDITED MCQ – IU. Ces derniers sont les responsables du suivi des protocoles abus/violence au sein de l'établissement.

Les éducateurs responsables du dossier des usagers identifiés ont été sollicités pour une première prise de contact avec l'utilisateur visant à obtenir son consentement à participer à la recherche. Aucun contact direct n'a eu lieu entre l'équipe de recherche et les participants. Les personnes recrutées devaient accorder leur consentement à ce qu'un représentant de l'équipe de recherche accède aux dossiers physique (papier) et électronique (Système d'information pour personnes ayant une déficience (SIPAD)) tenus par l'établissement. Ils devaient également donner leur consentement à ce qu'un membre de l'équipe de recherche rencontre, en entrevue, leur éducateur de référence afin de valider et de compléter les informations recueillies aux dossiers. Dès les premières demandes de consentement, l'avis a été émis par des éducateurs que, pour certains des participants potentiels, le simple fait d'évoquer la situation d'agression sexuelle dont ils ont été victimes posait un risque pour leur équilibre émotif et psychologique. Afin d'éviter un déséquilibre chez les participants, une modification a été apportée au protocole de recherche : plutôt que de demander le consentement directement aux participants, l'autorisation de consulter les dossiers de ces personnes

au CRDITED MCQ – IU a été demandée à la direction du développement de la pratique et du soutien professionnel (DDPSP) de l'établissement.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CÉRC/CRDITED) et un certificat éthique portant le numéro CÉRC-0110 a été émis le 18 novembre 2011. Une copie du certificat émis est produite à l'Annexe 1.

Les participants

Au total, 28 références ont été transmises à l'équipe de recherche. Après vérification auprès des coordonnateurs de services, il s'est avéré que trois de ces références ne concernaient pas une situation d'agression sexuelle. Un des usagers référés a été transféré dans un autre CRDITED avant que ne débute la collecte de données. Un autre cas référé concernait une personne âgée de moins de 18 ans. Enfin deux personnes qui avaient été sollicitées directement par leurs éducateurs ont refusé toute participation à la recherche. Le nombre de participants est donc de 21. Pour une de ces personnes, incapable de communication verbale ou assistée, les données concernant la situation d'agression sont manquantes.

Les caractéristiques des participants sont rapportées au tableau 8. L'échantillon est composé de 14 femmes et de 7 hommes présentant une DI, âgés de 18 à 59 ans, avec un âge moyen de 31,6 ans. D'autres caractéristiques de l'échantillon sont rapportés plus loin, dans la section « Analyse et discussion des résultats ».

Les éducateurs responsables du dossier des usagers ont été sollicités pour participer à une entrevue en lien avec la situation vécue par l'utilisateur. Pour certains participants, l'éducateur n'était pas le même lors de la collecte de données que lors du dévoilement de la situation d'agression sexuelle; lorsque possible l'éducateur qui était alors présent a aussi été rencontré. Enfin, un même éducateur pouvait être responsable du dossier de plus d'un participant. Au total, 22 éducateurs, majoritairement des femmes (95,5 %), ont participé à l'entrevue. Près du trois quart de ces intervenants (72,7 %) cumulent plus de 10 années d'expérience de travail auprès de personnes présentant une DI.

Tableau 8 : Caractéristiques des participants

Personnes présentant une déficience intellectuelle	N = 21	Nombre (%)
Age moyen (ans)		31,6 (0 = 11,9)
Genre	Féminin	14 (66,7 %)
	Masculin	7 (33,3 %)
Éducateurs	N=22	Nombre (%)
Genre	Féminin	21 (95,5 %)
	Masculin	1 (4,5 %)
Années d'expérience	De 1 à 9 ans	6 (27,3 %)
	De 10 à 19 ans	5 (22,7 %)
	De 20 à 29 ans	9 (40,9 %)
	30 ans et plus	2 (9,1 %)

Les instruments de mesure

Fiche d'informations sociodémographiques

Élaborée par l'équipe de recherche, la fiche d'informations sociodémographiques permet de recueillir les informations permettant de décrire les principales caractéristiques de l'échantillon à l'égard de variables habituellement considérées en recherche : âge, genre, niveau de déficience intellectuelle, autres incapacités ou diagnostics, etc. Elle a également servi à recueillir les informations minimales concernant l'intervenant rencontré : genre, âge, titre professionnel, années d'expérience, etc.

Grille de compilation des informations au dossier

La grille de compilation a été développée par l'équipe de recherche en s'inspirant de la « Grille d'évaluation interdisciplinaire de l'enfant agressé sexuellement : soins infirmiers, travail social, psychologie » du CHU Ste-Justine (Lever, Saint-Pierre, Viau et Villeneuve, 2008). Elle a été adaptée et modifiée par l'ajout d'éléments développés à partir de la recension des écrits effectuée par l'équipe. Elle a été pré-expérimentée afin de valider la nature des informations disponibles aux dossiers de l'utilisateur.

La grille contient sept sections :

1. Informations sur les caractéristiques du participant au moment du dévoilement
2. Informations sur la nature de l'agression sexuelle
3. Informations sur le lien avec l'agresseur
4. Informations sur le dévoilement
5. Changements survenus dans la vie de la victime suite au dévoilement
6. Traitements et services reçus par la victime
7. Autres événements de vie survenus après le dévoilement

Cette grille a été appliquée aux contenus des dossiers « papier » et électronique (SIPAD) des participants. Un exemplaire de l'outil est reproduit à l'Annexe 2.

Entrevue semi-dirigée auprès de l'éducateur de référence

Une entrevue semi-dirigée a été développée dans le but de valider et de compléter les informations recueillies à l'aide de la grille de compilation et d'explorer les réactions de la victime en lien avec la situation d'agression sexuelle. Les grands thèmes abordés concernent le dévoilement de la situation d'agression et ses conséquences, puis les actions entreprises et le suivi suite au dévoilement. Une dernière section porte sur le rôle de l'éducateur dans la situation de dévoilement et dans le suivi effectué auprès de la victime. Cette section vise à identifier et possiblement documenter d'éventuelles difficultés qui pourraient être considérées dans l'aménagement d'interventions auprès de personnes effectuant un dévoilement d'agression sexuelle.

La forme finale de l'entrevue et son contenu ont fait l'objet d'une validation de contenu auprès d'un panel d'experts composés de sexologues œuvrant auprès de la clientèle présentant une DI et d'intervenants spécialisés dans l'évaluation et l'intervention dans les situations d'agressions sexuelles. Un exemplaire du guide de l'interviewer est présenté à l'Annexe 3 et le protocole d'entrevue figure à l'Annexe 4.

La collecte et le traitement des données

Suite à l'identification des participants, l'accès aux dossiers de l'usager a été demandé aux autorités compétentes de l'établissement. Les dossiers ont été consultés en respect des normes en vigueur au CRDITED MCQ – IU.

Les différentes sections de la grille d'analyse ont d'abord été complétées à partir de la lecture des informations contenues dans le SIPAD. Cette lecture s'est d'abord faite à rebours à partir de la date d'ouverture du « Protocole d'intervention en cas de violence » jusqu'au moment du dévoilement. Par la suite, la lecture s'est étendue du moment du dévoilement de la situation d'agression sexuelle jusqu'à la date de la collecte de données.

La grille a par la suite été appliquée au contenu des « dossiers papier » des usagers. Il y a eu repérage et lecture des documents pertinents dans le cadre de la recherche (histoire sociale, plans d'intervention, évaluations, correspondances en lien avec les services

concernés par la situation d'agression sexuelle, ainsi que celles en lien avec le processus judiciaire, le cas échéant). Dans les cas où des conséquences psychologiques possibles de l'agression sexuelle pouvaient être identifiées, une lecture à rebours des dossiers, sur des périodes variant de six mois à un an avant le dévoilement, a été effectuée afin de déterminer si les symptômes identifiés avaient ou non été observés auparavant.

La collecte de données a été effectuée entre janvier 2012 et décembre 2012 par des assistantes de recherche entraînées à cette fin et par une des auteurs du rapport (C. Boucher). Afin de respecter l'anonymat des participants, aucune information permettant l'identification de la victime ou de l'agresseur, d'un membre de l'entourage, d'un lieu, d'un commerce ou d'un organisme n'a été inscrite à la grille. Le temps requis pour le dépouillement des données d'un dossier a été, en moyenne, de sept heures.

Suite à la compilation de la grille, l'entrevue semi-dirigée avec l'éducateur de référence a été préparée. Il s'agissait essentiellement d'identifier les informations incomplètes ou imprécises permettant de compléter la grille. Dans les situations où il y a eu changement d'éducateur de référence entre l'ouverture du protocole abus/violence et la date de l'entrevue, cette dernière a été conduite, lorsque possible, auprès de l'éducateur en place au moment de l'ouverture du protocole et auprès de l'éducateur actuel. Avec le consentement de l'éducateur, l'entrevue a été enregistrée sur un support audionumérique pour ensuite être retranscrite. Les entrevues, d'une durée de 30 à 90 minutes, ont été effectuées par les mêmes assistantes de recherche qui ont procédé à l'extraction des données des dossiers. Étant donné la nature du contenu abordé en entrevue et les impacts émotifs possibles vécu par les intervenants, un dépliant du service d'aide aux employés a été remis à chacun des éducateurs rencontrés, à la fin de la rencontre. Les éducateurs ont été encouragés à faire appel à ces services s'ils en ressentaient le besoin.

Le contenu émergent de la Grille de compilation des informations au dossier et de l'entrevue semi-structurée a fait l'objet d'une analyse descriptive. Une première lecture de ces contenus a été effectuée de façon à organiser les données en fonction des différentes questions de recherche. Les données quantitatives ont été saisies et compilées l'aide du chiffrier Microsoft Excel™.

Analyse des résultats

Les résultats sont présentés en fonction de chacune des questions de recherche formulées plus haut. Dans cette section, les participants présentant une DI pour lesquels un protocole abus/violence concernant une agression sexuelle, seront désignés par le terme « victimes ». Tous les cas retenus comme participants à l'étude suite à l'ouverture du protocole ont été impliqués dans des situations d'agression sexuelle avérée ou fortement suspectée.

Les caractéristiques des victimes

Les caractéristiques rapportées ici concernent le niveau de déficience intellectuelle, les déficits ou problèmes associés, le milieu de vie des victimes et leur activité principale de jour. Ces données, rapportées au tableau 9, concernent la situation des victimes au moment du dévoilement.

Parmi les 21 victimes, huit présentent une déficience légère et 12 une déficience moyenne. Dans un cas, l'information n'a pu être retracée dans les dossiers de l'utilisateur. Pour 10 de ces personnes (47,6 %), le niveau de DI a été confirmé à partir des résultats d'une évaluation psychologique consignés au dossier.

En plus du diagnostic de DI, 18 (85,7 %) des victimes présentent d'autres diagnostics, déficiences ou troubles associés, dont huit présentent deux autres déficits ou plus. Ces caractéristiques particulières ou déficits correspondent à des syndromes (ex : Noonan, Gilles de la Tourette), de problèmes de santé mentale, de comportement ou de la communication, un déficit d'attention, un trouble envahissant du développement ou encore à un problème de santé physique chronique.

En ce qui concerne leur milieu de vie, huit des victimes vivaient en ressource résidentielle non institutionnelles (RNI), sept dans leur milieu familial et six habitaient de manière autonome un logement, un appartement supervisé ou chambre avec pension. Notons que dans notre échantillon ce dernier sous-groupe pourrait être sur représenté comparativement à la clientèle des adultes inscrits aux services du CRDITED MCQ – IU. Des données de mars 2013 indiquent que sur les 1 567 usagers adultes de l'établissement, 191 (12 %) habitent un milieu autonome (appartement, chambre et pension). Au sein de notre échantillon, ce pourcentage atteint 28,5 %.

Tableau 9 : Caractéristiques des victimes

Caractéristiques	Catégories	Nombre (%)
Niveau de déficience intellectuelle	Moyenne	12 (60,0 %)
	Légère	8 (38,0 %)
	Information manquante	1 (4,7 %)

Tableau 9 (suite) : Caractéristiques des victimes

Caractéristiques	Catégories	Nombre (%)
Déficits ou problèmes associés ¹	Déficiences physique/sensorielle	5 (23,8 %)
	Syndromes diagnostiqués	5 (23,8 %)
	Troubles de comportement	4 (19 %)
	Problèmes de santé mentale	4 (19 %)
	Problèmes de santé physique chroniques	2 (9,5 %)
	Déficit attention /hyperactivité	3 (14,2 %)
	Troubles de la communication	2 (9,5 %)
	Trouble du spectre de l'autisme	2 (9,5 %)
	Aucun déficit associé	3 (14,2 %)
Milieu de vie des participants	RNI	8 (38,0 %)
	Famille naturelle	7 (33,3 %)
	Appartement	4 (19,0 %)
	Chambre et pension	2 (9,5 %)
Activité principale de jour des participants	Plateau de travail	6 (28,5 %)
	Centre d'animation	4 (19,0 %)
	Milieu scolaire	5 (23,8 %)
	Emploi salarié	3 (14,2 %)
	Femme à la maison	2 (9,5 %)
	Bénévolat	1 (4,7 %)

¹ – Une même personne peut présenter plusieurs problèmes différents

Enfin, concernant l'activité principale de jour, 10 personnes fréquentaient un plateau de travail ou un centre d'animation du CRDITED MCQ – IU, cinq étaient inscrites dans un établissement scolaire, quatre occupaient un emploi salarié ou un travail bénévole. La majorité des victimes donc, avaient des occupations extérieures à leur milieu résidentiel.

Les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées

Les résultats relatifs aux caractéristiques des agressions sexuelles concernent le lien entre la victime et l'agresseur, la nature et le lieu de l'agression. Les données sont manquantes pour une des victimes. Dans 19 (95 %) des situations, l'agresseur était un homme adulte. Dans tous les cas, il s'agissait aussi d'une figure connue de la victime. Six (30 %) des agressions ont été commises par une connaissance de la famille ou de la victime. Par « connaissance » nous entendons ici une personne qui est connue, mais qui ne possède pas de lien spécifique avec la victime tel qu'on en retrouve dans les autres catégories de lien.

Dans huit des situations (40 %) l'agression a été commise par une personne qui devrait normalement soutenir la personne présentant une DI : responsable de RNI (15 %), travailleur employé ou bénévole (20 %), membre de la famille (5 %). Précisons ici que les termes « travailleur employé ou bénévole » désignent une personne qui travaille ou intervient auprès de personnes présentant une DI. Les agressions commises par un pair (une autre personne présentant une DI, inscrite aux services du CRDITED MCQ – IU) représentent 20 % des situations signalées. Dans le cas des agressions commises par un amoureux ou ex-amoureux (10 %), il n'a pas été possible d'établir si cette personne présentait ou non, elle aussi, une DI.

On retrouve au tableau 10, les informations relatives à la nature et au lieu de l'agression sexuelle. La moitié des agressions dévoilées concernait des attouchements sexuels. La fellation ou le cunnilingus ont constitué 30 % des agressions et la pénétration vaginale ou anale 20 %. Dans les cas de fellation, les victimes étaient contraintes à l'exercer sur l'agresseur. Cette compilation ne tient pas compte des agressions multiples ayant pu être commises par un même agresseur sur une victime donnée. Une agression par pénétration vaginale ou anale n'exclue pas qu'il y ait eu d'autres agressions par attouchements, par exemple.

Enfin, on observe que 45 % des agressions sont survenues au domicile de la victime. Il est à noter que dans le cas des personnes vivant en ressource résidentielle, le domicile de la victime est aussi, habituellement, le domicile de l'agresseur, que l'agression ait été commise par un pair ou par un responsable de RNI.

Tableau 10 : Caractéristiques des agressions sexuelles

Lien entre l'agresseur et la victime	Nombre (%)
Connaissance de la famille/ de la victime	6 (30 %)
Pair	4 (20 %)
Travailleur, employé ou bénévole	4 (20 %)
Responsable de RNI	3 (15 %)
Amoureux/ ex-amoureux	2 (10 %)
Membre de la famille	1 (5 %)
Nature de l'agression	Nombre (%)
Attouchements	10 (50 %)
Fellation/cunnilingus	6 (30 %)
Pénétration vaginale/anale	4 (20 %)
Lieu de l'agression	Nombre (%)
Domicile de la victime	9 (45 %)
Activité de jour	4 (20 %)
Lieu public	3 (15 %)
Véhicule	2 (10 %)
Domicile de l'agresseur	1 (5 %)
Non spécifié	1 (5 %)

Ces données concernent spécifiquement la situation d'agression sexuelle qui a conduit à l'ouverture d'un protocole abus/violence pendant la période de collecte de données. L'examen des dossiers a cependant permis de constater que pour neuf des victimes (45 %) il y avait déjà eu d'autres agressions sexuelles signalées antérieurement.

Le mode de soumission exercé par les agresseurs était noté au dossier pour 11 des cas (55 %). Il pouvait aussi bien s'agir d'intimidation et de menaces que de petits cadeaux pour inciter la victime à garder le silence.

Les circonstances du dévoilement

Les résultats relatifs aux circonstances du dévoilement sont présentés au tableau 11. Le dévoilement des agressions sexuelles a été fait, le plus souvent, par la victime elle-même soit dans 85 % des cas. Dans les autres situations, le dévoilement a été fait par un membre de la famille (10 %) ou par un témoin direct de l'agression (5 %).

Tableau 11 : Circonstances du dévoilement

Par qui le dévoilement a été fait	Nombre (%)
Personne elle-même	17 (85,0 %)
Membre de la famille	2 (10,0 %)
Témoin visuel	1 (5,0 %)
À qui le dévoilement a été fait	Nombre (%)
Intervenant CRDITED/ École	7 (35,0 %)
Membre de la famille	5 (25,0 %)
Responsable RNI	4 (20,0 %)
Ami	1 (5,0 %)
Propriétaire de logement	1 (5,0 %)
Centre désigné - agression sexuelle	1 (5,0 %)
Police	1 (5,0 %)

Dans les situations où le dévoilement est fait par la victime elle-même, il n'est pas toujours possible d'établir s'il s'agit de la première fois qu'elle signale l'agression à quelqu'un d'autre. Les informations présentées ici, concernant la personne à qui le dévoilement a été fait, correspondent à celles qui figurent au dossier de l'usager. Nous avons constaté qu'au moins trois personnes avaient fait plusieurs dévoilements à différentes personnes avant qu'une action soit entreprise. Nos données concernent

donc le premier dévoilement connu des intervenants du centre de réadaptation. Dans sept (35 %) cas le dévoilement d'agression sexuelle a été fait directement à un intervenant du milieu de la réadaptation ou du milieu scolaire et dans quatre autres (20 %) à un responsable de ressource résidentielle. Dans un peu plus de la moitié des cas, c'est donc un membre du personnel du CRDITED ou une personne ayant un lien contractuel avec l'établissement (RNI) qui a reçu le dévoilement fait par la victime. Cinq (25 %) des victimes ont d'abord parlé de l'agression sexuelle à un membre de leur famille. Dans quatre de ces situations, ce dernier a rapidement informé l'intervenant et a demandé son soutien.

Deux victimes se sont rendues par elles-mêmes directement à des services dédiés, une à un centre désigné, en milieu hospitalier, l'autre à la police. Sur l'ensemble des 20 situations, 10 (50 %) victimes ont, par ailleurs, porté plainte à la police.

Les conséquences de l'agression sexuelle

Nous distinguerons ici trois types de conséquences de l'agression sexuelle à partir des données recueillies. Ces conséquences sont présentées au tableau 12. Les premières concernent des actions entreprises après le dévoilement. Quatre personnes ont dû vivre un déménagement, trois de manière urgente, c'est-à-dire le jour même du dévoilement, et une autre dans les semaines qui ont suivi l'agression sexuelle. Dans tous les cas, ces déménagements, nécessaires afin d'assurer la protection des victimes, ont également entraîné des pertes de contact avec des amis, des changements dans les lieux d'activités de jour ou de loisirs, des changements d'intervenants de référence. Aussi, pour une victime vivant en milieu autonome, le déménagement a occasionné un déséquilibre de son budget qui a été compensé par un soutien financier de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC).

Pour trois autres victimes, il y a eu modification de transport (changement du trajet à pied ou de transport en commun) ou encore interdiction de fréquenter un endroit public pour un certain temps. Enfin deux victimes ont vécu un arrêt temporaire du travail, où elles étaient en contact avec l'agresseur, mais toutes les deux ont demandé de retourner à leur travail après quelques semaines.

Chez six (30 %) victimes, on rapporte des conséquences physiques ou physiologiques à l'agression sexuelle vécue. Deux (10 %) ont reçu des traitements pour des douleurs anales alors que quatre (20 %) autres ont présenté des troubles physiologiques multiples pouvant être associés à un stress important (perte de cheveux, troubles digestifs, maux de tête, étourdissements, transpiration abondante). À partir des informations recueillies, nous n'avons aucune certitude que ces problèmes sont directement reliés à l'agression sexuelle ou à son dévoilement. Cependant, ces informations ont été notées aux dossiers dans les jours suivant le dernier moment connu d'une agression sexuelle et de tels problèmes n'avaient pas été signalés auparavant. Les mêmes considérations s'appliquent à l'égard des conséquences

psychologiques et comportementales qui ont pu être observées et consignées aux dossiers des usagers.

Tableau 12 : Conséquences de l'agression sexuelle pour la victime

Conséquences du dévoilement	Nombre (%)
Déménagement	4 (20,0 %)
Modifications du transport et des déplacements	3 (15,0 %)
Arrêt de travail temporaire	1 (5,0 %)
Aucune conséquence rapportée	12 (60,0 %)
Conséquences physiques de l'agression sexuelle	Nombre (%)
Douleurs anales	2 (10,0 %)
Troubles physiques multiples	4 (20,0 %)
Aucune conséquence physique rapportée	14 (70,0 %)
Conséquences psychologiques de l'agression sexuelle	Nombre (%)
Anxiété, inquiétude, irritabilité et augmentation du stress	18 (90,0 %)
Aucune conséquence psychologique rapportée	2 (10,0 %)
Description des manifestations d'anxiété et d'augmentation du stress ¹	
• Peurs (de l'agresseur, de sortir, des hommes)	12 (60,0 %)
• Tristesse	6 (30,0 %)
• Perturbation du sommeil	5 (25,0 %)
• Colère	4 (20,0 %)
• Culpabilité	3 (15,0 %)

Tableau 12 (suite) : Conséquences de l'agression sexuelle pour la victime

Conséquences psychologiques de l'agression sexuelle	Nombre (%)
• Augmentation de l'agressivité	3 (15,0 %)
• Baisse de motivation dans les activités quotidiennes	2 (10,0 %)
• Verbalisations suicidaires	1 (5,0 %)
• Réminiscence de traumatismes antérieurs	1 (5,0 %)
• Hospitalisation en psychiatrie	1 (5,0 %)

¹ – Une même personne peut présenter plusieurs manifestations différentes

Chez une très grande majorité de victimes (90 %) des conséquences psychologiques et comportementales ont été notées aux dossiers de l'usager ou encore rapportées par l'éducateur de référence lors de l'entrevue semi-structurée. Les peurs, rapportées dans 60 % des cas, constituent les manifestations les plus fréquentes de stress et d'anxiété chez les victimes. La peur de l'agresseur ou la peur des hommes en général sont les éléments qui sont les plus souvent rapportés. La tristesse (30 %), les perturbations du sommeil (25 %), la colère (20 %) et l'augmentation de l'agressivité (15 %), la culpabilité (15 %) et la baisse de motivation dans les activités quotidiennes (10 %), sont des éléments rapportés dans plus d'une situation. Dans un des cas, il y a eu hospitalisation en psychiatrie de la victime dans les quelques jours suivant l'agression sexuelle. Cette personne avait déjà des antécédents psychiatriques et ses proches ont réagi très fortement au dévoilement de l'agression (ramener de force la victime à la maison familiale, interdire les sorties et les contacts avec ses amis).

Notons que plusieurs des manifestations qui ont été rapportées correspondent à des symptômes du syndrome de stress post-traumatique : sentiment de peur, perturbation du sommeil, verbalisation suicidaire, réminiscence de traumatismes antérieurs. Les données que nous avons recueillies ne permettent cependant pas d'évaluer l'intensité et la durée de ces symptômes.

Enfin, pour deux cas d'agression sexuelle, nous n'avons retracé aucune indication de conséquences, de quelque nature que ce soit, chez la victime que ce soit à travers le contenu des dossiers ou lors de l'entrevue effectuée auprès de l'intervenant de référence.

Les interventions mises en œuvre après le dévoilement

À l'ouverture d'un protocole d'intervention en cas de violence, une rencontre d'équipe d'intervenants est convoquée par un coordonnateur de services. Dans les cas de dévoilement d'une agression sexuelle, l'équipe est minimalement composée du coordonnateur, de l'éducateur de référence, du superviseur clinique de cet éducateur et d'un travailleur social auxquels peuvent se joindre, au besoin, des professionnels et des représentants de directions de services. Les données relatives aux interventions mises en œuvre suite au dévoilement qui sont présentées au tableau 13 excluent le travail de ce comité dans l'évaluation de la situation d'agression et dans l'orientation des interventions à mettre en œuvre.

Dans 10 situations (50 %) les éducateurs ont proposé à la victime des services en psychologie ou en sexologie offerts par l'établissement et/ou du centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC). Huit des victimes (40 %) et un proche ont eu recours aux services du CAVAC et deux d'entre elles ont reçu une indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC).

Tableau 13 : Interventions du personnel du CRDITED après le dévoilement

Types d'intervention ¹	Nombre (%)
Offre/référence à d'autres services	10 (50,0 %)
Accompagnement et soutien aux procédures légales	8 (40,0 %)
Accompagnement à d'autres services (CAVAC, IVAC)	4 (20 %)
Interventions de protection	8 (40 %)
Soutien matériel à la personne	3 (15,0 %)
Soutien à la famille	4 (20,0 %)

¹ – Une même personne peut avoir été l'objet de plusieurs types d'intervention.

Les données consignées aux dossiers des usagers indiquent que les éducateurs du CRDITED MCQ – IU ont effectué de l'accompagnement et du soutien aux victimes dans le cadre de procédures judiciaires. Ces personnes ont été accompagnées au poste de police lors du dépôt d'une plainte et certaines d'entre elles ont été accompagnées lors d'une ou de plusieurs présences en cour de justice. Les délais d'enquête font en sorte que nous ne pouvons pas préciser la proportion des plaintes retenues ni le nombre de situations portées en cour de justice. Aussi, quatre personnes ont été accompagnées par leur éducateur dans les démarches auprès du CAVAC ou de l'IVAC. Dans trois de ces situations, les éducateurs rapportent des échanges d'information avec les corps policiers et les intervenants du CAVAC.

Différentes interventions visant à renforcer la protection des victimes ont été effectuées pour huit (40 %) des cas. La mise en place d'une surveillance accrue dans l'environnement de la victime, l'accompagnement lors du transport en commun, la modification des tâches en milieu de travail, des visites plus fréquentes et impromptues lors des activités de jour, l'apprentissage de stratégies d'auto-défense, constituent les principaux exemples de ces interventions de protection.

Dans quatre (20 %) cas, les éducateurs ont apporté leur soutien au déménagement de la victime (préparation du déménagement, transport de matériel, avis de changement d'adresse aux services publics). Enfin, les parents de quatre (20 %) victimes ont été soutenus par l'intervenant de leur enfant adulte : ils ont été écoutés et informés des différentes actions pouvant être entreprises relativement à l'agression sexuelle. En outre, certains ont eu des rencontres périodiques avec l'équipe d'intervenants pour faire le point sur la situation.

Nous n'avons retrouvé aucune mention d'intervention en lien avec l'agression sexuelle dans deux (10 %) des dossiers. Cette situation a été confirmée par les éducateurs de référence lors de l'entrevue menée auprès d'eux. Selon leurs propos, aucune intervention particulière en ce sens n'était nécessaire puisque la victime n'avait pas reparlé de l'agression subie et qu'elle ne montrait aucun signe de conséquences néfastes pour elle. Signalons aussi que dans deux autres cas (10 %) c'est la victime elle-même qui a fait savoir à l'éducateur qu'elle ne désirait plus parler de cette situation. Pour une des victimes, l'agresseur était décédé depuis peu tandis que l'autre a fait savoir que tout allait bien pour elle depuis son déménagement qui avait mis un terme aux contacts avec l'auteur de l'agression. L'étude des dossiers nous a aussi permis de constater que dans quatre cas (20 %) ce sont les proches de la victime qui ont demandé à ce que l'on ne lui reparle plus de la situation d'agression et qu'aucune autre intervention ne soit menée concernant cette même situation.

La gestion des situations d'agression sexuelle par les éducateurs

La majorité des éducateurs rencontrés en entrevue possède plus de 10 ans d'expérience de travail dans le domaine de la DI. L'analyse qualitative de leurs réponses à la question visant à savoir comment ils avaient vécu la gestion de la situation d'agression sexuelle subie par un usager, a conduit à distinguer quatre catégories de contenus de réponses : les sentiments et émotions ressentis, les exigences de l'accompagnement de la victime, le manque d'outils d'intervention et les avantages du travail en équipe.

Lorsqu'interrogés sur la façon dont ils ont vécu la gestion d'un dévoilement d'agression sexuelle par une personne auprès de laquelle ils interviennent, certains éducateurs expriment en premier lieu leur regret de ne pas avoir su prévenir la situation. Un sentiment de culpabilité est facilement exprimé par quelques-uns alors que, pour d'autres, c'est de la colère envers l'agresseur. En ce qui a trait à la culpabilité, deux types de situations particulières sont rapportés. Une première où l'éducateur connaissait l'agresseur et s'en veut de ne pas avoir anticipé la possibilité d'agression.

« Le plus difficile pour moi, c'est de connaître l'agresseur et de ne pas avoir détecté la situation... »

« Je vais toujours me sentir coupable de lui avoir présenté l'agresseur, chez elle... »

« Pourquoi je n'ai pas vu venir la situation? »

Dans un deuxième type de situation, l'éducateur s'interroge à savoir si la victime ne lui a pas déjà parlé de la situation sans qu'il y porte une attention suffisante.

« Je me demande toujours si elle m'a donné des informations sur la situation?... est-ce que j'ai assez écouté?...Peut-être qu'on n'a pas été assez attentif aux informations qu'elle donnait. »

Ces sentiments et émotions ne sont pas systématiquement présents chez tous les éducateurs. Lorsque c'est le cas, ils risquent cependant d'interférer dans la gestion de la situation d'agression sexuelle :

« ...on est lié émotionnellement à la personne [la victime] puis, tu sais, il faut que tu restes quand même assez neutre et assez détaché de ça pour être objectif le plus possible dans le travail que tu fais. »

Pour plusieurs, l'accompagnement de la victime présente différents défis en comparaison de leurs tâches habituelles d'éducateurs. L'accompagnement au service de police pour la déposition d'une plainte ou la présence en cours de justice lors de procédures judiciaires figurent parmi les situations les plus exigeantes, tant par le stress ressenti dans ces situations que par le surcroît de travail qu'elles occasionnent.

« Une situation d'agression sexuelle, c'est extrêmement difficile à gérer pour l'intervenant. »

« Je suis vidée quand je sors de la cour. »

« J'avais peur qu'ils ne la croient pas... »

« Gérer une situation d'agression sexuelle demande beaucoup de temps et l'intensité du travail augmente, faire tous les rapports, tout écrire au dossier... »

Plusieurs éducateurs expriment aussi un sentiment d'incompétence ou d'insécurité face à la situation. Ainsi, quelques-uns ont rapporté se sentir démunis et peu outillés pour intervenir dans des cas d'agression sexuelle. On note, par exemple, la peur de commettre des « faux pas » au moment du dévoilement, plus particulièrement la crainte d'influencer le discours de la victime par des questions ou des remarques. Le manque de moyens ressenti par ces éducateurs concerne aussi bien les interventions visant la prévention que celles visant à soutenir la victime ou ses proches.

« Je me suis mis beaucoup de pression pour construire des mises en situations qui puissent l'aider pour que l'agression ne se reproduise pas. »

« Donc, on a fait lui puis moi, une espèce de petite entrevue, [la victime] et moi, mais moi j'ai pu induire des choses... »

« Bien ce n'est pas évident, moi quand je suis arrivée dans le dossier [...], donc comment on intervient? Quelque chose de concret. L'anxiété, j'ai eu beau fouiller puis regarder dans les ouvrages qui étaient fait puis je n'ai comme rien trouvé en lien avec la déficience intellectuelle. Non, je n'ai rien trouvé...»

« ... on a fait affaire avec le CAVAC, puis ça c'est quand même très bien passé. Mais je ne vois pas, moi, ce que l'on pourrait faire de plus...»

« Puis j'ai offert de l'écoute à la mère. C'est la seule chose que... c'est sûr que c'est pas quelque chose que je suis à l'aise là-dedans...pas vraiment non...»

Enfin, pour certains, l'élément le plus important dans la gestion de la situation d'agression sexuelle a été le fait de pouvoir travailler en équipe, à partir de l'ouverture du protocole abus/violence.

« Ce que j'ai trouvé correct c'est qu'on était très bien encadrés au niveau de l'équipe, je ne me sentais pas toute seule dans l'intervention... »

« L'équipe ça été une aide précieuse. Sinon, je n'ai aucune idée de comment je serais intervenue, suite à ça j'estime avoir été bien guidée. »

Ces différents éléments n'ont pas été rapportés de façon systématique par tous les intervenants interviewés. L'éventail de leurs réponses nous permet cependant de dresser une liste des besoins à l'égard d'une meilleure gestion des situations d'agression sexuelle :

- formation minimale sur les interventions pouvant aider les victimes;
- disponibilité d'un guide de référence décrivant les façons d'accueillir un dévoilement;
- meilleure connaissance des partenaires offrant des services en agression sexuelle : police, procureur, centre désigné, CAVAC, CALACS, IVAC etc.;

- formation et rappels concernant le protocole abus/violence en vigueur au sein de l'établissement;
- soutien de l'équipe de travail;
- soutien de l'établissement, plus particulièrement en ce qui concerne la reconnaissance de l'intensité du travail requis lors de la gestion d'une situation d'agression sexuelle.

Discussion des résultats

Notre première question de recherche portait sur les caractéristiques des personnes présentant une DI pour lesquelles un dévoilement d'agression sexuelle a été rapporté. Une forte proportion des personnes composant notre échantillon présente des déficits ou des problèmes supplémentaires en plus du diagnostic de DI (problèmes de santé physique chroniques ou de santé mentale, déficience physique ou sensorielle, troubles de la communication, etc.). Ces résultats convergent vers ceux rapportés, entre autres, par Sobsey & Mansell (1992) et Brown, Stein, & Turk (1995). Bien que nos données ne permettent pas d'affirmer que les personnes présentant une DI et d'autres incapacités multiples soient encore plus à risque d'être victimes d'une agression sexuelle, elles mettent en lumière le fait qu'une grande partie des victimes présente une vulnérabilité accrue par le cumul de déficits ou de problèmes de santé. Cette vulnérabilité accrue n'est pas spécifique à l'agression sexuelle. Elle concerne toutes les formes possibles d'abus ou de négligence dans les relations interpersonnelles, comme en témoignent les travaux de Beadle-Brown et al. (2010) et Nosek, Foley, Hughes, & Howland (2001).

Nous avons pu observer que la proportion de personnes vivant en milieu résidentiel autonome (appartement ou chambre et pension) est plus de deux fois plus élevée dans notre échantillon que celle qui est observée pour l'ensemble des adultes desservies par le CRDITED MCQ – IU. Encore une fois, nos données ne permettent pas d'évaluer si, pour une personne présentant une DI, le fait de vivre en milieu résidentiel autonome accroît le risque d'être victime d'une agression sexuelle. En outre, ces données se limitent à la clientèle d'un établissement offrant des services de deuxième ligne. La majorité des personnes présentant une DI légère n'est pas inscrite à de tels services.

Néanmoins, ces deux constats relatifs aux caractéristiques des victimes de notre échantillon, devraient amener, selon nous, l'adoption d'un principe de prudence. Les personnes qui présentent un cumul de déficits, d'incapacités et de problèmes de santé, de même que celles qui vivent en milieu résidentiel autonome pourraient être plus particulièrement ciblées par des actions de prévention de l'agression sexuelle.

Dans tous les cas recensés dans notre étude, l'auteur de l'agression sexuelle est une figure connue de la victime. Les agressions ont, pour la plupart, été commises au domicile de la victime ou encore dans un milieu de vie qu'elle fréquente régulièrement (école, travail, centre d'activités). Ces caractéristiques d'agressions sexuelles

correspondent globalement à celles qui sont rapportées dans la population générale (Ministère de la Sécurité publique, 2011; Statistiques Canada, 2008). Quant à la nature des agressions, nos données convergent vers les résultats rapportés par McCormack et al., 2005 et Matich-Maroney, 2003 : les attouchements sexuels constituent la forme d'agression la plus fréquente envers les personnes qui présentent une DI.

Nos données divergent cependant de celles que l'on retrouve dans la documentation scientifique à l'égard du pourcentage d'agressions sexuelles commises par des pairs, soit d'autres personnes présentant une DI (20 %), et celles commises par un membre de la famille (5 %). L'échantillon relativement restreint de notre étude doit inciter à la prudence dans l'interprétation de nos résultats. Les taux d'agressions sexuelles commises par des pairs peuvent grandement varier selon les études en fonction du mode d'organisation de services du pays ou de la région où elles sont menées. Ainsi, en milieu institutionnel, on peut s'attendre à ce que le taux d'agressions sexuelles commises par des pairs soit plus élevé. Dans ce type de milieu, Gust et al. (2003) ont observé que 63 % des agressions rapportées étaient commises par des pairs. Cependant, dans une autre étude portant cette fois sur des personnes vivant en milieu communautaire, avec une organisation de services similaire à celle du Québec, Beadle-Brown et al. (2010) observent que près de la moitié (48 %) des agressions rapportées ont été commises par des pairs et 31 % par des membres de la famille des victimes. Les taux plus faibles que nous avons observés dans notre échantillon suggèrent que les situations d'agressions sexuelles commises par des pairs et celles commises par un membre de la famille puissent être sous rapportées.

Dans la grande majorité des cas (85 %), le dévoilement de l'agression sexuelle a été effectué par la victime elle-même. Ce résultat vient à l'encontre d'idées reçues selon lesquelles les victimes présentant une DI pourraient avoir tendance à ne pas parler de l'agression, à se laisser intimider par les menaces ou les récompenses de l'agresseur. Le taux que nous avons observé de dévoilement effectué par la victime est même légèrement supérieur à ceux rapportés dans d'autres études (Brown & Turk, 1994; Brown, Stein, & Turk, 1995; Gust et al., 2003). Dans la moitié des cas, les victimes ont porté plainte à la police. Cette proportion correspond à celles rapportées par d'autres auteurs (Joyce, 2003; Nannini, 2006). Nannini (2006) constatait par ailleurs que les femmes présentant une DI victimes d'une agression sexuelle, dénoncent plus fréquemment la situation à la police que ne le font les autres femmes handicapées ou non. Dans la population générale, on considère qu'une agression sexuelle sur dix fait l'objet d'une plainte à la police (Statistiques Canada, 2008). Les personnes présentant une DI qui reçoivent déjà des services psychosociaux peuvent être davantage incitées à porter plainte et être soutenues dans cette démarche par des intervenants. Nos données ne permettent cependant pas d'établir dans quelle mesure ces plaintes sont retenues par les corps policiers.

Nous avons formulé des questions de recherche distinctes à l'égard des conséquences du dévoilement de l'agression sexuelle et de celles de l'agression elle-même. Dans les faits, ces conséquences peuvent difficilement être distinguées les unes des autres. Dans 40 % des cas, le dévoilement de l'agression sexuelle a entraîné des changements importants dans la vie des victimes (déménagement, modification des déplacements, changement de travail). Ces actions n'ont pas toujours été entreprises à la demande expresse de la victime et ont été mises en œuvre soit par sa famille, soit par les intervenants du CRDITED MCQ – IU pour assurer sa protection immédiate. Les effets de ces changements peuvent être de sécuriser la victime, mais ils peuvent aussi s'ajouter aux conséquences psychologiques de l'agression elle-même.

Nos analyses de dossiers et les entrevues effectuées auprès des éducateurs ont permis d'établir que 90 % des victimes avaient manifesté des signes importants d'anxiété, d'inquiétude et de stress en conséquence de l'agression sexuelle. Ce constat peut paraître évident en présence d'un événement traumatisant. Nous le formulons ici de manière à bien insister sur le fait que les personnes qui présentent une DI subissent les conséquences d'une agression sexuelle comme toute autre personne qui ne présente pas de limites cognitives. Or, ces conséquences psychologiques ne font pas l'objet d'une observation systématique de la part de l'entourage de ces personnes et ne sont pas, non plus, l'objet d'interventions formelles et spécifiques de la part des intervenants. À l'instar des travaux de O'Callaghan, Murphy, & Clare (2003), de Sequeira, Howlin, & Hollins (2003) et de Pan (2007), nos résultats permettent de relever la présence de symptômes correspondant à ceux du syndrome de stress post-traumatique (peurs, perturbation du sommeil, réminiscence de traumatismes antérieurs, etc.). En l'absence d'informations sur la durée et l'intensité de la manifestation de ces symptômes, il est impossible de conclure à un tel diagnostic. Nous soulignons cependant que ces symptômes sont parfois observés et qu'ils ne paraissent pas être évalués de façon systématique chez les victimes.

La majorité des interventions mises en œuvre par les éducateurs auprès des victimes suite au dévoilement d'une agression sexuelle relève du soutien et de l'accompagnement. La référence à d'autres services, notamment ceux du CAVAC, a été proposée dans la moitié des cas. Au total, 40 % des victimes de notre échantillon ont eu recours au CAVAC. L'accompagnement et le soutien aux procédures légales (plainte à la police, collaboration à l'enquête et présence au tribunal) et la mise en œuvre d'interventions visant la protection immédiate de la victime constituent les interventions les plus fréquemment rapportées.

Les informations recueillies auprès des éducateurs laissent voir que ces interventions sont souvent exigeantes. Au CRDITED MCQ – IU, la gestion d'une situation d'agression sexuelle est appuyée par un protocole d'intervention appliqué par une équipe composée de l'intervenant, son superviseur clinique, de professionnels du domaine psychosocial et d'un gestionnaire. Même si le soutien de cette équipe est habituellement reconnu et apprécié des éducateurs, plusieurs de ces derniers

ressentent un manque de connaissances et de compétences pour gérer efficacement ces situations. La collaboration avec des partenaires (CAVAC, corps policiers) est également appréciée lorsqu'elle est établie, mais certains éducateurs aimeraient avoir une meilleure connaissance des services disponibles pour les victimes. L'intervention auprès des proches des victimes, plus particulièrement leurs parents, pose également certains défis. Dans 20 % des cas, les parents demandent à ce que l'on ne reparle plus de la situation d'agression sexuelle avec la victime et qu'aucune intervention en ce sens ne soit menée par l'éducateur. Dans tous ces cas, on a voulu éviter à la victime d'avoir à évoquer une situation traumatisante pour elle. Il est possible que certains considèrent que la meilleure solution est de ne pas aborder la situation vécue. L'éducateur peut alors se retrouver en conflit entre le souhait des proches et le travail en adaptation et réadaptation qu'il doit effectuer auprès de la personne adulte qu'il dessert.

Nous avons donc pu observer que, dans 90 % des cas, différentes interventions d'accompagnement et de soutien ont été effectuées par les éducateurs suite au dévoilement d'une agression sexuelle. Nous n'avons cependant pas été en mesure de recenser des interventions visant à traiter spécifiquement les conséquences de l'agression sexuelle chez les victimes. Ce résultat converge également avec ceux des rares études rapportant des données sur les interventions effectuées auprès des victimes, tant enfants et adolescents (Dion et al., 2012) qu'adultes (Brown, Stein, & Turk, 1995). Manifestement, le développement et la mise en place de telles interventions demeurent des thèmes peu abordés à la fois au plan clinique et à celui de la recherche. Dans notre propre recension de la documentation scientifique concernant les personnes adultes présentant une DI, nous n'avons pu retracer aucun article consacré à ce sujet dans les publications effectuées au cours des dix dernières années.

Les besoins identifiés chez les victimes

L'ensemble des informations précédentes permet d'énoncer une série de besoins des personnes adultes présentant une DI victimes d'une agression sexuelle. Ces besoins se posent au-delà de l'écoute et du soutien habituel apportés par l'éducateur de référence. Ils concernent principalement la protection de la personne, l'éducation à la prévention et à la protection, l'information sur les démarches possibles, l'accompagnement dans ces démarches et, finalement, le traitement des effets psychologiques de l'agression. La liste des besoins identifiés est reproduite au tableau 14. Ces besoins ne sont pas nécessairement tous présents chez toutes les victimes et ne se manifestent pas tous avec la même intensité d'une victime à l'autre. Nous considérons cependant qu'ils constituent un ensemble dont chaque élément doit être évalué et considéré afin de mettre en place des interventions appropriées.

Tableau 14 : Les besoins des personnes présentant une DI, victimes d'une agression sexuelle

Besoins identifiés
Protection immédiate
Éducation à la prévention / protection
Informations sur leurs droits et leurs recours possibles, les services offerts et le processus judiciaire
Accompagnement dans les démarches judiciaires
Accompagnement auprès des organismes de soutien (CAVAC, IVAC, Centres désignés pour les victimes d'agressions sexuelles, etc.)
Accompagnement dans la réintégration à un nouveau milieu de vie
Traitement de l'anxiété, du stress et du sentiment de culpabilité
Suivi par un professionnel qualifié
Actions auprès des proches afin de permettre les interventions lorsqu'elles sont requises

Le besoin de protection immédiate fait principalement référence à l'arrêt des contacts ou des opportunités de contacts avec l'auteur de l'agression. Lorsqu'elles sont en situation de dépendance vis-à-vis l'agresseur, la plupart des personnes présentant une DI peuvent difficilement se mettre, par elles-mêmes, à l'abri de l'influence de l'agresseur et, éventuellement, d'autres agressions. Souvent, une tierce personne doit donc agir pour mettre fin à ces situations. Le déménagement d'urgence d'une ressource résidentielle à une autre constitue un des exemples d'actions visant à assurer la protection immédiate de la victime. Nous avons vu que la protection immédiate peut aussi revêtir la forme d'une surveillance accrue, exercée de façon temporaire, visant elle aussi à ce qu'il n'y ait pas de contacts entre l'agresseur et sa victime ou, du moins, à ce que les occasions de commettre une agression ne se présentent pas en attendant une solution à plus long terme. Les cas d'agressions sexuelles commises par un pair dans une ressource résidentielle ou dans un centre d'activités de jour nous ont fourni des exemples de ce type de protection.

Le besoin d'éducation à la prévention et à la protection envers l'agression sexuelle pourrait être généralisé à l'ensemble des personnes présentant une DI étant donné la probabilité plus élevée pour elles d'en être victime. Mais nous avons pu constater que, pour 45 % des personnes de notre échantillon, il y avait déjà eu au moins une agression sexuelle rapportée auparavant. Ce besoin d'éducation demeure donc présent et encore plus prégnant pour les victimes.

Les personnes présentant une DI victimes d'une agression sexuelle ont également besoin d'informations accessibles pour elles et pour leur entourage concernant leurs droits, les recours possibles et les services disponibles. Ces informations peuvent être transmises par l'éducateur de référence tel que prévu dans le cadre du protocole abus/violence utilisé au CRDITED MCQ – IU. Les commentaires recueillis auprès des éducateurs laissent cependant voir que certains d'entre eux ne disposent pas de toutes ces informations, plus particulièrement à l'égard des services offerts par les partenaires (CAVAC, IVAC, CALACS, Centres désignés pour les victimes d'agressions sexuelles).

Nous avons pu voir que l'accompagnement des victimes, suite au dévoilement, constitue un des rôles assumés par les éducateurs. Cet accompagnement peut concerner les démarches judiciaires, l'obtention de services de la part des organismes de soutien en place dans la communauté (ex. : CAVAC, IVAC, CALACS) ou encore la relocalisation de domicile ou de lieu de travail de la victime en vue d'assurer sa protection.

On a pu noter, chez une majorité de victimes, plusieurs conséquences psychologiques de l'agression sexuelle. Les peurs, l'anxiété, les manifestations de stress, la tristesse, la colère et le sentiment de culpabilité sont les exemples les plus fréquents de ces conséquences. En fonction de leur ampleur et dans la mesure où ils risquent d'affecter l'équilibre et le bien-être de la victime, les problèmes apparaissant suite à l'agression sexuelle devraient faire l'objet d'un suivi et d'un traitement approprié. L'intensité de ces problèmes pourrait faire en sorte que le traitement doive être effectué par un professionnel qualifié dans les cas où l'adaptation et la santé mentale de la victime pourraient être menacées.

Enfin, dans certains cas, les proches de la victime peuvent s'opposer à ce que le sujet de l'agression sexuelle soit abordé avec cette dernière. Même si, dans la majorité de ces situations, c'est par souci de ne pas perturber davantage la victime, cette prise de position des proches risque d'entraver les interventions qui pourraient être requises pour assurer un retour à une vie normale pour la victime. Dans certains cas, donc, les victimes peuvent avoir besoin que des actions soient entreprises auprès des proches, afin de susciter leur adhésion aux interventions requises pour atténuer ou contrer les conséquences de l'agression sexuelle.

Les limites de l'étude

Les principales limites de cette recherche résident dans le fait qu'elle ait été conduite exclusivement auprès d'un segment de la population des personnes présentant une DI, celles recevant des services de deuxième ligne et, qui plus est, localisé dans une seule région administrative du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette situation a d'abord entraîné le fait que l'échantillon soit constitué d'un nombre restreint de participants. Nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes adultes présentant une DI. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la grande majorité des personnes présentant une DI légère ne nécessite pas de services de deuxième ligne. Par contre, la DI légère constitue la plus forte proportion de la population des personnes présentant une DI.

Nous considérons cependant que cette étude descriptive fournit un portrait fiable de la situation pour la clientèle qui a été rejointe à travers notre collecte de données. Notre stratégie de recueil et d'analyse des informations consignées aux dossiers des usagers, combinée à une entrevue effectuée auprès de l'éducateur de référence pour valider et compléter au besoin ces informations, a été relativement exigeante. Elle confère cependant l'assurance que les résultats obtenus reposent sur des données reflétant de manière fidèle et valide le phénomène étudié.

CONCLUSION, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Le premier volet de cette recherche a permis d'effectuer une mise à jour de l'état des connaissances actuelles concernant les agressions sexuelles commises envers les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle. En raison de leurs caractéristiques, elles figurent parmi les personnes les plus vulnérables à ces agressions. Souvent ignorées, les conséquences d'une agression sexuelle pour ces personnes n'en demeurent pas moins importantes, comme pour toute autre personne.

Les données tirées des recherches précédentes et de celle que nous avons effectuée, nous ont permis d'identifier différents besoins présents chez les personnes présentant une DI victimes d'agressions sexuelles. Il s'agit, selon nous, d'une première étape. Comme l'indiquait le Plan d'action gouvernemental du Québec en matière d'agression sexuelle 2008-2013, ces connaissances devraient maintenant permettre le développement de stratégies visant à contrer et à prévenir ces agressions, mais aussi à améliorer l'aide et la protection offertes aux victimes. Malgré les limites de notre propre recherche, ses résultats convergent avec ceux qui sont rapportés dans la documentation scientifique. L'aide aux victimes présentant une DI, notamment par le traitement des séquelles de l'agression sexuelle, demeure peu développée et peu étudiée. Ce constat trace la voie des prochaines étapes à franchir pour actualiser les orientations ministérielles, plus particulièrement en ce qui concerne les populations les plus vulnérables.

En vue de contribuer à cette démarche, nous reprenons ici les principaux constats tirés de la recherche et nous formulons les recommandations qui en découlent. Certaines de nos recommandations sont formulées spécifiquement à l'intention du CRDITED MCQ – Institut universitaire, établissement où s'est déroulée notre recherche. Elles peuvent cependant aussi bien s'appliquer à tout autre établissement offrant des services aux personnes présentant une DI. D'autres recommandations rejoignent les champs d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux et de ses Agences. Nous invitons le lecteur à s'attribuer les recommandations auxquelles il peut contribuer à la mise en œuvre.

Constats et recommandations

Constat 1

L'analyse de la documentation scientifique permet de conclure que les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle sont nettement plus à risque de subir une agression sexuelle que les personnes de la population générale et même que les personnes présentant d'autres types d'incapacité.

Recommandation 1

Accentuer les activités de prévention des agressions sexuelles auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle. D'une manière générale, ces activités devraient :

- a) viser à diminuer les vulnérabilités, connues chez ces personnes, associées au risque d'agression sexuelle (tendance à la soumission, dépendance affective, méconnaissance des moyens de défense contre l'agression, etc.);
- b) identifier et tenir compte des caractéristiques de l'environnement qui augmentent ou exacerbent la situation de vulnérabilité des personnes présentant une déficience intellectuelle;
- c) impliquer les intervenants dans l'évaluation des vulnérabilités à l'agression sexuelle et dans les moyens à mettre en œuvre afin de diminuer ces vulnérabilités et d'augmenter les capacités d'auto prévention et d'auto protection des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Constat 2

Bien que certains de nos résultats devraient être validés à partir d'une étude de plus grande envergure, ils laissent voir que certains segments de la clientèle des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle desservies par des établissements de deuxième ligne pourraient présenter un risque plus élevé de victimisation. Les personnes qui, en plus d'une déficience intellectuelle, présentent d'autres caractéristiques associées, des incapacités physiques ou sensorielles ou encore des problèmes de santé physique chroniques ou de santé mentale, présentent un cumul de vulnérabilités. D'autre part, celles qui vivent seules ou habitent un milieu résidentiel autonome (ex. : appartement, chambre et pension) sont surreprésentées dans notre échantillon de personnes victimes d'agressions sexuelles.

Recommandation 2

En complément à la recommandation 1, cibler de façon plus intense et spécifique les activités de prévention d'agressions sexuelles s'adressant : 1) aux personnes présentant des incapacités multiples et à leur entourage; et 2) parmi la clientèle des CRDITED, les personnes qui habitent un milieu résidentiel autonome dans leurs communautés.

Constat 3

La proportion des situations où une personne présentant une déficience intellectuelle est agressée par un pair (une autre personne présentant une déficience intellectuelle) est deux fois moins élevée dans notre échantillon que ce qui est habituellement rapporté dans la documentation scientifique à propos de personnes vivant dans la communauté. Sans que l'on puisse en faire la preuve, ce résultat suggère que les cas d'agression sexuelle par un pair pourraient être sous rapportés.

Recommandation 3

Mettre en place des actions visant à amener les différents intervenants (éducateurs, superviseurs, professionnels et personnel d'encadrement) et les responsables de ressources résidentielles à considérer les agressions sexuelles impliquant une victime et un agresseur présentant une déficience intellectuelle, au même titre que toute autre situation d'agression sexuelle. Cette recommandation s'applique autant au dévoilement de l'agression, qu'à l'évaluation et au traitement des conséquences pour la victime.

Constat 4

Lors de la collecte de données effectuée à partir des dossiers des participants, il s'est avéré ardu d'identifier clairement et d'inventorier les conséquences de l'agression sexuelle pour la victime. Or, une intervention adaptée et spécifique à la situation d'agression devrait tenir compte des conséquences observées chez la victime.

Recommandation 4

À partir du dévoilement d'une agression sexuelle, systématiser la collecte d'information à l'égard des conséquences pour la victime. Il peut s'agir de conséquences physiques, psychologiques, sociales ou matérielles. Un aide-mémoire ou une liste d'indices validés pourraient être utilisés à cette fin.

Constat 5

Les interventions effectuées suite à l'agression sexuelle sont principalement constituées d'accompagnement et de soutien à la personne. Les résultats des rares études publiées à ce sujet convergent vers nos observations : il n'y a que peu, ou pas, d'interventions rapportées spécifiquement en lien avec l'agression sexuelle et ses conséquences pour la victime. Rappelons que ces conséquences sont nombreuses, de nature variée selon les individus et les contextes, et que des symptômes sévères sont parfois rapportés, correspondant dans certains cas, à ceux du syndrome de stress post-traumatique.

Recommandation 5

Développer, expérimenter et implanter un programme de soutien et d'interventions pour les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle victimes d'agressions sexuelles. Ce programme pourrait éventuellement être une adaptation de traitements existant pour d'autres clientèles victimes d'agressions sexuelles.

Constat 6

Dans 20 % des cas de notre échantillon, les proches ont signifié leur refus de toute intervention directement liée à l'agression sexuelle subie par leur enfant adulte présentant une déficience intellectuelle.

Recommandation 6

Développer et appliquer des stratégies d'intervention favorisant l'adhésion des proches à la prestation de soins et de services requis par une personne présentant une déficience intellectuelle victime d'une agression sexuelle.

Constat 7

En majorité, les éducateurs rencontrés énoncent que la gestion d'une situation d'agression sexuelle demeure exigeante et parfois difficile sur les plans personnel et professionnel. Des sentiments d'insécurité, voire d'incompétence face à la situation, et la surcharge de travail occasionnée par les événements ont notamment été rapportés. Plusieurs manifestent le besoin d'un guide de référence, de procédures à suivre par étape.

Recommandation 7

Que l'établissement s'assure que l'ensemble des intervenants disposent :

- a) d'outils permettant de faciliter l'accueil et le traitement d'un dévoilement d'agression sexuelle;
- b) d'une formation sur le protocole à suivre après un dévoilement;
- c) d'une formation minimale sur les conséquences possibles pour la victime et sur les interventions possibles pour contrer ou atténuer ces conséquences.

Constat 8

Les éducateurs, responsables du dossier des usagers concernés, ont généralement apprécié que la situation d'agression sexuelle ait été traitée en équipe, à partir d'un protocole prescrivant les différentes actions à entreprendre. Certains d'entre eux, cependant, manifestent le besoin d'obtenir davantage de soutien de l'équipe et de l'établissement dans la gestion de ces situations.

Recommandation 8

Que le CRDITED MCQ – Institut universitaire s'assure d'une application complète et uniforme sur tout le territoire desservi, de l'ensemble des éléments du protocole abus/violence mis en place lors d'une situation d'agression sexuelle, du début à la fin des procédures prévues à l'intérieur dudit protocole.

Constat 9

Les principales limites de notre étude résident dans le faible nombre de participants et, aussi, dans le fait que l'échantillon est uniquement composé de personnes inscrites à des services de 2^e ligne et desservies par un seul établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Ces limites font que les résultats obtenus ne peuvent être généralisés ni à l'ensemble de la clientèle des CRDITED du Québec, ni à l'ensemble des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Recommandation 9

Étendre la recherche, en utilisant une méthodologie similaire, à un échantillon plus vaste de régions administratives et de clientèles afin d'y inclure également les personnes présentant une déficience intellectuelle desservies par les établissements de 1^e ligne ou par d'autres organismes œuvrant auprès de cette population.

BIBLIOGRAPHIE

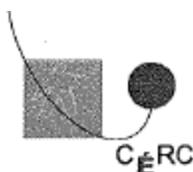
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual disability : definition, classification, and systems of supports*. Washington, D.C. : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Andrews, A. B., & Veronen, L. J. (1993). Sexual assault and people with disabilities. Special issue: Sexuality and disabilities: A guide for human service practitioners. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 8(2), 137-159.
- Baladerian, N. J. (1994). Intervention and treatment of children with severe disabilities who become victims of abuse. *Developmental Disabilities Bulletin*, 22, 93-100.
- Barber, M., Jenkins, R., & Jones, C. (2000). A survivor's group for women who have a learning disability. *British Journal of Developmental Disabilities*, 46(90, Pt 1), 31-41.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J., Cambridge, P., Milne, A., & Whelton, B. (2010). Adult protection of people with intellectual disabilities: Incidence, nature and responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(6), 573-584.
- Brown, H., & Turk, V. (1994). Sexual abuse in adulthood: Ongoing risks for people with learning disabilities. *Child Abuse Review*, 3(1), 26-35.
- Brown, H., Stein, J., & Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities : Report of a second two-year incidence survey. *Mental Handicap Research*, 8(1), 3-24.
- Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., & Johnston-Silverberg, A. (2001). Abuse of women with disabilities - An ecological model and review. *Violence against Women*, 7(1), 60-79.
- Dion, J., Bouchard, J., Gaudreault, L., & Mercier, C. (2012). L'agression sexuelle envers les enfants ayant une déficience intellectuelle: Enquête, traitement et prévention. In M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.). *L'agression sexuelle envers les enfants. Tome II*. Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Doyle, C., & Mitchell, D. (2003). Post-traumatic stress disorder and people with learning disabilities. A literature based discussion. *Journal of Learning Disabilities*, 7(1), 23-33.

- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417.
- Furey, E. M. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. *Mental Retardation, 32*(3), 173-180.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec.
- Gouvernement du Québec (2008). *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*. Québec.
- Gust, D. A., Wang, S. A., Grot, J., Ransom, R., & Levine, W. C. (2003). National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retardation, 41*(5), 365-373.
- Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Lamb E. M. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry, 4*, 629-635.
- Hollomotz, A. (2009). Beyond vulnerability: An ecological model approach to conceptualizing risk of sexual violence against people with learning difficulties. *British Journal of Social Work, 39*(1).
- Horner-Johnson, W., & Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*(1), 57-69.
- Joyce, T. A. (2003). An audit of investigations into allegations of abuse involving adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(8), 606-616.
- Keilty, J., & Connelly, G. (2001). Making a statement: An exploratory study of barriers facing women with an intellectual disability when making a statement about sexual assault to police. *Disability & Society, 16*(2), 273-291.
- Lever, S., Saint-Pierre, F., Viau, M.-F., & Villeneuve, P. (2008). Grille d'évaluation interdisciplinaire de l'enfant agresse sexuellement: Soins infirmiers, travail social, psychologie. Clinique Socio-juridique. Montréal, Québec: Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

- Lin, L. P., Yen, C. F., Kuo, F. Y., Wu, J. L., & Lin, J. D. (2009). Sexual assault of people with disabilities: Results of a 2002-2007 national report in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 30*(5), 969-975.
- Mansell, S., & Sobsey, D. (2001). *Counselling people with developmental disabilities who have been sexually abused*. Kingston, NY: NADD Press.
- Mansell, S., Sobsey, D., & Calder, P. (1992). Sexual abuse treatment for persons with developmental disabilities. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*(5), 404-409
- Matich-Maroney, J. (2003). Mental health implications for sexually abused adults with mental retardation: Some clinical research findings. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 6*(1), 11-20.
- McCormack, B., Kavanagh, D., Caffrey, S., & Power, A. (2005). Investigating Sexual Abuse: Findings of a 15-Year Longitudinal Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*(3), 217-227.
- Mercier, C. (2005). La victimisation chez les personnes avec une déficience intellectuelle. *Le Journal International de Victimologie, 3*, 1-15.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. *Infractions sexuelles au Québec -Faits saillants 2011, 2012* [En ligne]. <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques-police/statistique-agressions-sexuelles.html>. (Page consultée le 13 mars 2013).
- Monahan, K., & Lurie, A. (2003). Disabled women sexually abused in childhood: Treatment considerations. *Clinical Social Work Journal, 31*(4), 407-418.
- Murphy, G. H., O'Callaghan, A. C., & Clare, I. C. H. (2007). The impact of alleged abuse on behaviour in adults with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(10), 741-749.
- Nannini, A. (2006). Sexual Assault Patterns Among Women with and Without Disabilities Seeking Survivor Services. *Women's Health Issues, 16*(6), 372-379.
- Newman, E., Christopher, S. R., & Berry, J. O. (2000). Developmental disabilities, trauma exposure, and post-traumatic stress disorder. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*(2), 154-170.
- Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability, 19*(3), 177-189.

- O'Callaghan, A. C., Murphy, G., & Clare, I. C. H. (2003). The impact of abuse on men and women with severe learning disabilities and their families. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(4), 175-180.
- Owen, F. A., Griffiths, D. M., Feldman, M. A., Sales, C. A., & Richards, D. A. (2000). Perceptions of acceptable boundaries by persons with developmental disabilities and their careproviders. *Journal on Developmental Disabilities*, 7(1), 34-49
- Pan, S.-M. (2007). Prevalence of sexual abuse of people with intellectual disabilities in Taiwan. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(6), 373-379.
- Peckham, N. G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 131-137.
- Petersilia, J. R. (2001). Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 655-694.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Sequeira, H., & Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 182, 13-19.
- Sequeira, H., Howlin, P., & Hollins, S. (2003). Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 183(5), 451-456.
- Sobsey, D. (Éd.). (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore: Paul H. Brookes.
- Sobsey, D., & Mansell, S. (1994). An international perspective on patterns of sexual assault and abuse of people with disabilities. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 7(2), 153-178.
- Statistique Canada. *Les agressions sexuelles au Canada, 2004 et 2007* [en ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008019-fra.pdf>. (Page consultée le 18 mars 2013).
- White, C., Holland, E., Marsland, D., & Oakes, P. (2003). The identification of environments and cultures that promote the abuse of people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(1), 1-9.

Annexe 1
Certificat éthique



Trois-Rivières, 18 novembre 2011

Monsieur Germain Couture Ph.D.
CRDITED MCQ Institut universitaire
3090, rue Foucher
Trois-Rivières (Québec) G8Z 1M3

Objet : Certificat de conformité aux normes éthiques du projet de CÉRC-0110 : « Analyse des caractéristiques et des besoins de personnes adultes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'agression sexuelle dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ».

Sites de recherche affiliés au CÉRC/CRDITED : CRDITED de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire

Monsieur,

Les informations supplémentaires et les modifications apportées aux formulaires d'information et de consentement, tel que demandées dans notre lettre datée du 26 septembre dernier, répondent à nos attentes. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDI (CÉRC/CRDITED) vous délivre ce certificat de conformité aux règles éthiques pour le projet précité.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à respecter les conditions et les modalités de recherche telles que présentées au CÉRC-CRDITED.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à :

- respecter la décision du CÉRC/CRDITED;
- respecter les moyens relatifs au suivi continu figurant au point 6 de la seconde section *du Guide de rédaction d'une demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche et modalités d'évaluation à l'intention des chercheurs (CÉRC/CRDITED)* et à utiliser les formulaires préparés à cette fin;
- conserver les dossiers de recherche pour une période couvrant minimalement la période de publication qui découlera de la recherche (voir le *Guide*, section II, point 5);
- respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche des établissements concernés par le projet, à savoir, la tenue à jour et la

Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CÉRC/CRDITED)
Site Web : www.cerc-crdited.org

3090, rue Foucher
Trois-Rivières (Québec) G8Z 1M3
Téléphone : 819 376-3984, poste 235
Télécopie : 819 376-6957
karoline_girard_csd@sss.gouv.qc.ca

conservation de la liste à jour des participants recrutés pour les CRDI qui pourront l'obtenir sur demande.

Les modifications que vous avez apportées aux différents documents doivent être acheminées au CRDITED MCQ IU, si ce n'est pas déjà fait (tel que mentionné dans la précédente lettre du CÉRC/CRDITED).

La présente décision vaut pour une année (date d'échéance : **18 novembre 2012**) et peut être suspendue ou révoquée en cas de non respect de ces conditions. Je profite de cette occasion pour vous rappeler que le *Formulaire de demande de renouvellement* doit être rempli et expédié au CÉRC/CRDITED, 30 jours avant la date d'échéance du présent certificat d'éthique.

Pour toute question relative à ce certificat, n'hésitez pas à contacter M^{me} Karoline Girard, au bureau de coordination du CÉRC/CRDITED, au numéro 819 376-3984, poste 235.

Veillez recevoir, monsieur, mes salutations distinguées.

Originale signée
Anne-Marie Hébert
Présidente du CÉRC/CRDITED

c. c. Mme Fabiola Gagnon, CRDITED MCQ IU

Annexe 2

Grille de collecte de données



Grille de compilation des informations au dossier

Projet

Analyse des caractéristiques et des besoins
des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle,
victimes d'une agression sexuelle dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Produit par

Carole Boucher, sexologue, CRDITED MCQ – IU
Josée Tousignant, assistante de recherche, CRDITED MCQ – IU
Germain Couture, PhD, CRDITED MCQ – IU

Numéro du participant : _____

Date d'ouverture du *protocole*
d'intervention en situation de violence : _____

Date de collectes de données
du SIPAD : _____
Complété par : _____

Date de collectes de données
du dossier central : _____
Complété par : _____

Dossier central et SIPAD :
Notes évolutives et évaluations du : _____ au _____

Information sur le participant au moment du dévoilement

1. Date de naissance : _____
Âge au moment du dévoilement : _____

2. Sexe : Féminin Masculin

3. Type de déficience intellectuelle : Légère Moyenne Sévère-profonde
Évaluation psychologique : Non Oui Date : _____

4. Fonctionnement adaptatif : Non Oui Date : _____
 Par (titre professionnel) : _____

Développement	Fonctionnel	Non fonctionnel
Autonomie		
Habilités domestiques		
Santé et sensori-moteur		
Communication		
Habilités préscolaires et scolaires		
Socialisation		
Habilités de travail		

Notes : _____

5. Autres diagnostics :

5.1. Handicap physique : Non Oui Date du diagnostic : _____
 Préciser : _____

5.2. Handicap sensoriel : Non Oui Date du diagnostic : _____
 Préciser : _____

5.3. Santé mentale : Non Oui Date du diagnostic : _____
 Préciser : _____

5.4. Maladie chronique : Non Oui Date du diagnostic : _____
 Préciser : _____

5.5. Syndrome : Non Oui Date du diagnostic : _____
 Préciser : _____

5.6. Troubles de comportement : Non Oui Préciser : _____
 Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

5.7. Troubles de la sexualité : Non Oui Préciser : _____
 Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

6. Communication :

Orale :

Écrite : _____

Utilisation de pictogrammes : _____

Appareil de communication : _____

LSQ : _____

7. Régime de protection :

Aucun

Privé, préciser : _____

Public, préciser : _____

8. Milieu résidentiel au moment du dévoilement :

Famille naturelle, RTF, RI, RAC appartement : _____

Cohabitation, préciser : _____

Depuis combien de temps vit-elle dans ce milieu, date : _____

Nombre de déménagements au cours des 5 années précédant le dévoilement : _____

Lien avec son réseau familial, préciser (fréquence de contact/lien de parenté) : _____

9. Activité de jour de la personne au moment du dévoilement :

Scolaire, plateau de travail, stage, emploi, etc. : _____

10. Quels services la personne reçoit-elle au moment du dévoilement?

CRDITED MCQ – IU, CSSS, Interval, loisirs, services communautaires, professionnels de la santé, etc.

Établissement, organisme	Services	Fréquence

Autres informations pertinentes sur la personne au moment du dévoilement :

Information sur la description de l'agression sexuelle

11. Description des gestes d'agression sexuelle :

12. L'agression sexuelle a eu lieu à quel endroit : résidence de la victime, résidence de l'agresseur, travail, loisirs, etc.

13. La fréquence des gestes d'agressions sexuelles : Le nombre de fois, sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou annuelle.

Durée de la situation d'agression sexuelle : Depuis quand la personne vit cette situation?

14. Y a-t-il d'autres victimes impliquées dans cette situation : Non Oui

Le lien entre la personne et les autres victimes : colocataires de la même RTF, membres de la famille, pairs, etc.

Autres informations pertinentes sur la description de l'agression sexuelle :

Information sur l'agresseur/présumé agresseur

15. Lien avec l'agresseur (père, frère, responsable RTF, ami, voisin, intervenant, pair, etc.), inscrire lien précis sans identifier la personne :

16. L'agresseur connaît la victime depuis combien de temps : _____

17. Le sexe de l'agresseur : Féminin Masculin

18. L'âge de l'agresseur : _____

19. Stratégies utilisées par l'agresseur : (menace, chantage, cadeau, force, etc.)

Autres informations pertinentes sur l'agresseur :

Information sur le dévoilement de la situation d'agression sexuelle

20. Qui a fait le dévoilement de la situation (victime elle-même, un membre de la famille, un intervenant, etc.), date : _____

21. À qui le dévoilement a été fait : (famille, intervenant, ami, etc.)

22. Comment le dévoilement s'est fait (moment, lieu) :

23. Délai entre la situation d'agression sexuelle et le dévoilement :

24. Y a-t-il eu plainte à la police :

Non Oui

Date : _____

25. Qui a porté plainte à la police : (victime elle-même, membre de la famille, intervenant, etc.) :

Lors de la déposition à la police, qui accompagnait la personne :

26. La situation est-elle judiciairisée :

Non Oui

Date : _____

En attente de la décision pour judiciairisation : _____

Nature de l'accusation : _____

27. S'il y a lieu, la personne a-t-elle bénéficiée d'accommodements à la cour, préciser lesquels :

28. Antécédents d'agression sexuelle connus, précisez :

Autres informations pertinentes sur le dévoilement :

29. Changements survenus après le dévoilement/conséquences possible de l'agression :

a) Domicile :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

b) Activité de jour de la personne (scolaire, plateau de travail, stage, emploi) :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

c) Loisirs :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

d) Déplacements :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

e) Relations amicales :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

f) Relations familiales :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

g) Intervenants sociaux :

Non Oui Préciser : _____

Changement planifié suite à l'agression : Non Oui

Conséquences pour la personne : _____

30. Santé physique après le dévoilement/conséquences possibles de l'agression :

a) Blessure :

Non Oui Préciser : _____

Évaluation faite par (titre professionnel) : _____

Conséquences pour la personne : _____

b) Grossesse :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____
Conséquences pour la personne : _____

c) ITSS :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____
Conséquences pour la personne : _____

31. Santé psychologique après le dévoilement/conséquences possibles de l'agression :

a) Anxiété :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

b) Peur :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

c) Tristesse :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

d) Troubles du sommeil :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

e) Troubles de comportement :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

f) Troubles de la sexualité :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

g) Troubles santé mentale :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

h) Troubles alimentaires :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

i) Automutilation :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

j) Troubles stress post-traumatiques :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

k) Autres :
 Non Oui Préciser : _____
Évaluation faite par (titre professionnel) : _____ Date : _____

Autres informations pertinentes sur les changements ou les conséquences après le dévoilement :

Information sur les traitements et services reçus par la victime suite au dévoilement

32. Liste des services reçus :

a) Services d'un centre désigné :
 Non Oui Date : _____

b) Services médicaux autres :
 Non Oui Date : _____

c) CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels) :
 Non Oui Date début : _____ Date fin : _____

d) IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) :
 Non Oui

- e) CALACS (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) :
 Non Oui Date début : _____ Date fin : _____
- f) Services psychologiques :
 Non Oui Date début : _____ Date fin : _____
Établissement/organisme : _____
- g) Services sexologiques :
 Non Oui Date début : _____ Date fin : _____
Établissement/organisme : _____
- h) Autres services psychosociaux:
 Non Oui Date début : _____ Date fin : _____
Établissement/organisme : _____

Autres informations pertinentes sur les traitements et les services reçus par la victime suite au dévoilement :

Information sur les autres évènements de la vie depuis le dévoilement

33. Liste des évènements de la vie pouvant s'être produit depuis le dévoilement :
- a) Déménagement de personnes significatives :
 Non Oui Date : _____
Préciser : _____

- b) Changement d'intervenant de référence du CRDITED MCQ – IU :
 Non Oui Date premier changement : _____
Nombre de changements : _____
Préciser : _____

c) Accidents :
 Non Oui Date : _____

Préciser : _____

d) Décès de personnes significatives :
 Non Oui Date : _____

Préciser : _____

e) Séparation / divorce des parents :
 Non Oui Date : _____

Préciser : _____

f) Séparation amoureuse ou amicale :
 Non Oui Date : _____

Préciser : _____

g) Autres :
 Non Oui Date : _____

Préciser : _____

Annexe 3

Protocole de l'entrevue avec l'éducateur de référence - Guide de l'interviewer

Guide de l'interviewer pour l'entrevue avec les éducateurs

Projet

Analyse des caractéristiques et des besoins des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'une agression sexuelle dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Recherche dirigée par Germain Couture, chercheur au CRDITED MCQ – Institut universitaire
- Entrevue semi-dirigée auprès des éducateurs dont un usager a été victime d'agression sexuelle entre septembre 2009 et septembre 2011

À l'intention de l'interviewer

NE PAS OUBLIER DE S'IDENTIFIER, DE NOMMER LE CODE DE LA PERSONNE QU'ON RENCONTRE ET DE PRÉCISER LA DATE AU DÉBUT DE L'ENTREVUE

L'entrevue est enregistrée sur magnétophone avec consentement écrit de l'éducateur.

L'entrevue semi-dirigée vise à recueillir, auprès des éducateurs, des informations de nature qualitative à propos d'un de leur usager qui a été victime d'agression sexuelle.

Il est important que l'interviewer soit bien préparé pour l'entrevue. Il devra prendre connaissance de la grille de compilation de données de l'usager dont il est question, y repérer les informations manquantes ou à compléter et s'appropriier son contenu pour pouvoir interagir au moment opportun.

Tout d'abord, la partie I de l'entrevue est directement liée à la grille puisqu'elle vise à compléter les informations qui n'ont pu être retracées au dossier. L'interviewer aura préalablement dressé une liste d'informations à compléter. Ces informations proviennent des sections *Information sur le participant au moment du dévoilement*, *Information sur la description de l'agression sexuelle*, *Information sur l'agresseur/présumé agresseur*, et *Information sur le dévoilement de la situation d'agression sexuelle*.

La partie II permet de qualifier les données recueillies dans la grille. L'intervenant rapportera ses observations et impressions liées aux réactions de l'usager suite au dévoilement. Il est important que l'éducateur se rappelle qu'il doit se référer à comment

se comportait l'usager au moment du dévoilement. L'interviewer aura préalablement dressé une liste d'informations recueillies concernant les changements survenus pour l'usager suite au dévoilement (ex.; déménagement, arrêt des loisirs) à valider par l'éducateur, soit toute la section *Information sur le participant après le dévoilement*.

Finalement, la partie III aborde les actions et les interventions entreprises suite au dévoilement, ainsi que le point de vue de l'éducateur sur différents aspects. Pour les premières questions de cette section, il est important de rappeler à l'éducateur de resituer les événements au moment du dévoilement et de valider les informations recueillies dans la section de la grille : *Information sur les traitements et services reçus par la victime suite au dévoilement*.

À chaque section de l'entrevue, l'interviewer devra être attentif :

- À explorer à fond les connaissances et la perception de l'éducateur, c'est-à-dire :
 - qu'il exprime en détail l'idée qu'il énonce
 - qu'il exprime ses émotions et ses sentiments sans pression de la part de l'interviewer
 - qu'il exprime, s'il y a lieu, à quoi il attribue l'impact énoncé
- À ne pas interférer de façon indue dans le discours de l'éducateur :
 - Ne jamais chercher à expliquer une situation ou à prendre position, et ce, même si l'éducateur le demande
 - Ne pas l'interrompre parce qu'il aborde un thème qui sera traité plus tard dans l'entrevue ou parce qu'il a déjà été abordé
 - À le respecter totalement s'il y a des sujets qu'il cherche manifestement à éviter

Dans l'entrevue, figurent des questions larges et ouvertes sur les réactions du participant en lien avec la situation d'agression sexuelle, sur le dévoilement de la situation d'agression et ses conséquences, puis sur les actions entreprises et le suivi suite au dévoilement. L'interviewer doit s'assurer que chacun des points a été abordé par l'éducateur. Il doit cependant prendre soin de ne pas poser de questions fermées. Il doit également voir, au fur et à mesure du discours de l'éducateur, à noter les thèmes qui ont déjà été abordés afin d'éviter les redondances.

- Laisser l'éducateur s'exprimer, même s'il aborde un thème plus rapidement que prévu dans l'entrevue;
- Porter attention à ne pas poser deux questions dans une même phrase ou amener deux thèmes apparentés mais qui pourraient confondre l'éducateur. Donc à éviter :
 - Pouvez-vous me parler des réactions émotives, sociales et affectives chez monsieur ou madame _____ suite au dévoilement de l'agression sexuelle
- Porter attention à ne pas poser deux fois la même question ou à poser une question à laquelle l'éducateur aurait déjà répondu;
- Dans la première partie, ne pas poser de questions sur l'échelle québécoise du comportement adaptatif, soit la quatrième question de la grille de collecte de données;
- À la question 8, si l'interviewer constate qu'il y a peu d'information sur les actions effectuées par le CRDITED, demander si d'autres personnes sont venues en aide à la victime.

Pour faciliter le déroulement de l'entrevue et aider l'éducateur à bien se centrer sur les éléments qui sont abordés, on verra à le tenir informé de ce déroulement autant au départ qu'en cours d'entrevue.

- S'assurer d'informer l'éducateur du thème abordé concernant l'agression sexuelle;
 - Vous venez de me parler des conséquences du dévoilement de l'agression sexuelle concernant monsieur ou madame _____, je vais maintenant vous demandez de me parler des actions entreprises
- Se référer à l'introduction de chaque section du questionnaire;
- Faire un résumé des informations contenues dans la grille à chaque partie de l'entrevue. Par exemple, pour la partie 3 résumer les informations sur les actions entreprises et le suivi.

Définition de l'agression sexuelle

« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne » (Gouvernement du Québec, 2001, p. 22).

Le dévoilement

Au CRDITED MCQ – Institut universitaire, le dévoilement est lié à l'ouverture du « *protocole d'intervention en cas de violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement inscrites et desservies par le CRDITED MCQ – Institut universitaire* ». Même si l'utilisateur avait déjà parlé de cette situation d'agression dans le passé, dans un souci de cohésion et de validation des données, lorsqu'il sera question du dévoilement, nous nous arrêterons sur la date de l'ouverture du protocole.

**** INFORMATION IMPORTANTE ****

L'agression sexuelle est un sujet extrêmement délicat et émotif. Certains éducateurs sont très touchés par les situations d'agression sexuelle que vivent les usagers. Il est aussi possible que certains éducateurs aient vécus eux-mêmes des situations d'agression sexuelle dans le passé et même dans le présent ou encore qu'un membre de leur famille ait vécu une telle situation. Pour toutes ces raisons, l'interviewer doit faire part d'une grande sensibilité à l'égard des émotions exprimées verbalement ou physiquement par les éducateurs. À cet égard, l'interviewer aura toujours avec lui un dépliant du service d'aide aux employés qu'il laissera à la disposition de l'éducateur.

Pour introduire l'entrevue

L'interviewer informe l'éducateur du projet de recherche et de ses objectifs, ainsi que du but de la rencontre (ce qui suit se trouve aussi dans l'introduction de l'entrevue) :

- *« Je vous rencontre dans le cadre du projet sur l'analyse des caractéristiques et des besoins des adultes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'agressions sexuelles.*
- *Le but de la recherche est d'avoir un portrait des victimes d'agressions sexuelles dont le dévoilement a été fait dans les deux dernières années. Plus précisément, les circonstances de l'agression, les conséquences et les besoins des victimes suite au dévoilement de cette agression.*
- *Pour monsieur ou madame _____ (nom de la personne) il y a eu ouverture d'un protocole d'intervention en cas de violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement inscrites et desservies par le CRDITED MCQ – Institut universitaire, suite à un dévoilement d'une situation d'agression sexuelle. Cette ouverture de protocole a été effectuée le _____.*
- *Nous avons déjà exploré les dossiers physique et électronique de monsieur ou madame _____ (nom de la personne), et consigné différentes données dans une grille prévue à cet effet.*
- *La rencontre d'aujourd'hui vise à compléter les informations que nous avons recueillies et d'explorer les réactions de monsieur ou madame _____ (nom de la personne) en lien avec la situation d'agression sexuelle. Les grands thèmes abordés concerneront le dévoilement de la situation d'agression et ses conséquences, puis les actions entreprises et le suivi suite au dévoilement.*
- *Avant de commencer, je dois vous demander la permission d'enregistrer l'entrevue en audio, acceptez-vous? [Faire signer l'autorisation d'enregistrement audio].*
- *Avez-vous des questions avant de débiter? »*

Rappel pour l'interviewer

- Tout ce que l'éducateur veut dire est important.
- Rappeler les règles éthiques à l'égard de la confidentialité et du traitement des informations recueillies.
- Rappeler à l'éducateur que l'entrevue durera approximativement une heure.

Annexe 4

Protocole de l'entrevue avec l'éducateur de référence

Entrevue avec l'éducateur de référence

Projet

Analyse des caractéristiques et des besoins des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'une agression sexuelle dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Recherche dirigée par Germain Couture, chercheur en établissement, CRDITED MCQ – IU

Introduction

Je vous rencontre dans le cadre du projet sur l'analyse des caractéristiques et des besoins des adultes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'agression sexuelle.

Le but de la recherche est d'établir un portrait des victimes d'agression sexuelle dont le dévoilement a été fait dans les deux dernières années. Plus précisément, les circonstances de l'agression, les conséquences et les besoins des victimes suite au dévoilement de cette agression.

Il y a eu ouverture d'un *protocole d'intervention en cas de violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement inscrites et desservies par le CRDITED MCQ – IU* pour monsieur ou madame _____ (nom de la personne) suite à un dévoilement d'une situation d'agression sexuelle. Cette ouverture de protocole a été effectuée le _____.

Nous avons déjà exploré les dossiers physique et électronique de monsieur ou madame _____ (nom de la personne), et consigné différentes données dans une grille prévue à cet effet.

La rencontre d'aujourd'hui vise à compléter les informations que nous avons recueillies et d'explorer les réactions de monsieur ou madame _____ (nom de la personne) en lien avec la situation d'agression sexuelle. Les grands thèmes abordés concerneront le dévoilement de la situation d'agression et ses conséquences, puis les actions entreprises et le suivi suite au dévoilement.

Avant de commencer, je dois vous demander la permission d'enregistrer l'entrevue en audio, acceptez-vous? [*Faire signer l'autorisation d'enregistrement audio*].
Avez-vous des questions avant de débiter?

Partie I : Compléments d'informations requises

L'objectif de cette section est de compléter les informations recueillies à partir du dossier physique et électronique pour les éléments qui n'ont pu être retracés aux dossiers.

[Cette section est préparée spécifiquement pour chaque entrevue en fonction des informations manquantes ou incomplètes qui seront explorées avec l'éducateur].

1. Nous n'avons pu retracer les informations suivantes :

Êtes-vous en mesure de compléter ces informations? Rappelons-nous que ces informations concernent la période relative à l'ouverture du protocole en _____ [nommer le mois et l'année].

Partie II : le dévoilement et les conséquences

Les informations de cette section permettront de mieux connaître le vécu des personnes présentant une déficience intellectuelle, victimes d'agressions sexuelles.

L'objectif sera donc d'explorer les réactions de monsieur ou madame _____ (nom de la personne) suite au dévoilement de la situation d'agression sexuelle, dévoilement survenu en _____ [nommer le mois et l'année]. Aussi, nous voulons discuter des conséquences de cette situation telles que vous avez pu les observer.

2. Comment monsieur ou madame _____ (nom de la personne) a vécu la période du dévoilement au niveau émotif?
3. Maintenant, d'après-vous, cette situation a-t-elle eu des impacts sur sa vie sociale? Comment monsieur ou madame _____ (nom de la personne) a-t-elle vécu ces impacts?
4. Pouvez-vous identifier d'autres effets sur sa vie affective?
5. Des informations ont été recueillies concernant les changements survenus pour la personne suite au dévoilement (ex.; déménagement, arrêt des loisirs) :
[L'interviewer fait part des informations recueillies au dossier et demande à l'éducateur de valider]
_____, c'est bien cela?
6. Comment monsieur ou madame _____ (nom de la personne) a vécu ces situations?
[NOTE : Pour cette question, ne pas revenir sur des éléments qui auraient été abordés aux questions précédentes].

7. Y aurait-il d'autres éléments importants à rapporter comme conséquence pour monsieur ou madame _____ (nom de la personne)?

Partie III : Les actions entreprises et suivi

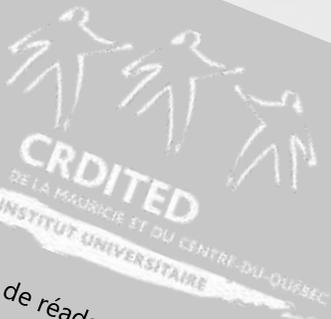
Dans le but de mieux connaître les besoins en intervention des personnes présentant une déficience intellectuelle victimes d'agressions, nous allons maintenant aborder les interventions qui ont été effectuées suite au dévoilement de l'agression vécue par monsieur ou madame _____ (nom de la personne), soit depuis le _____ [donner la date du dévoilement].

8. Quels types d'intervention ont été effectués suite au dévoilement?
9. Après le dévoilement de la situation d'agression sexuelle, y a-t-il eu des objectifs inscrits au plan d'intervention de monsieur ou madame _____ (nom de la personne) concernant ce qu'elle a vécu?
10. Dans le même sens, y a-t-il des interventions qui ont été effectuées mais qui n'ont pas été formulées comme objectif au PI?
11. Avez-vous l'impression que vous avez pu faire tout ce que vous vouliez faire pour aider monsieur, madame _____?
12. Aujourd'hui, comment va monsieur ou madame _____ (nom de la personne)?
13. On a vu les conséquences de cette situation pour monsieur ou madame _____ (nom de la personne). Maintenant, pourriez-vous nous parler de comment ça s'est passé pour vous d'intervenir dans cette situation?
14. Auriez-vous des conseils à donner à un éducateur qui s'apprête à intervenir auprès d'une personne présentant une déficience intellectuelle victime d'une agression sexuelle?
15. Si on voulait développer un programme d'intervention spécialement pour les personnes présentant une déficience intellectuelle victime d'une agression sexuelle quelle serait, d'après vous, la chose la plus importante à considérer?
16. Avant de terminer cette entrevue, aimeriez-vous ajouter quelque chose?

Remerciements d'usage

Merci beaucoup d'avoir participé à cette entrevue. Votre disponibilité et votre ouverture contribuent à faire progresser ce projet de recherche.

Aussi nous savons que l'agression sexuelle est un sujet difficile à aborder et qu'il fait apparaître en chacun de nous beaucoup d'émotions. Je vous remets le dépliant du service d'aide aux employés, n'hésitez pas à les contacter si vous croyez avoir besoin d'aide et de soutien concernant cette situation dont nous avons discuté.



Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire

WWW.CRDITEDMCQ.QC.CA

SIÈGE SOCIAL

3255, rue Foucher, Trois-Rivières (Québec), G8Z 1M6
(819) 379-6868

Autodétermination

Autonomie
Soutien

Participation sociale
Inclusion

partager
inclusion

vivre
ensemble