



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Comportements sexuels problématiques et déficience intellectuelle : étude d'un cas de déviance contrefaite<sup>☆</sup>



## *Sexual behavioural disorders and intellectual disability: A case study of counterfeit deviance*

S. Boucher

Équipe de recherche sur les sexualités et les handicaps, département de sexologie, université du Québec, case postale 8888, succursale centre-ville, H3C 3P8 Montréal, Québec, Canada

Disponible sur Internet le 15 août 2014

### MOTS CLÉS

Déficience intellectuelle ;  
Déviance contrefaite ;  
Éducation sexuelle ;  
Sexualité holistique ;  
Santé sexuelle ;  
Intervention

**Résumé** Le présent article vise, d'une part, à expliquer la déviance contrefaite d'un point de vue actuel. C'est-à-dire, en expliquant de quelle façon s'articule ce concept dans le cadre du développement psychosexuel d'une personne vivant avec une déficience intellectuelle. D'autre part, l'analyse d'une histoire de cas concret vient appuyer ce processus afin d'en démontrer le cheminement. Il est décrit comment des éléments socio-environnementaux peuvent mener un individu déficient intellectuellement vers une sexualité déviante. S'appuyant sur une perspective holistique de santé sexuelle, il est ensuite proposé des recommandations cliniques. L'objectif est de sensibiliser les professionnels à la distinction entre les véritables troubles paraphiliques et la déviance contrefaite, afin d'appliquer des interventions adaptées aux besoins sexologiques réels de la clientèle.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Intellectual disability;  
Counterfeit deviance;

**Summary** This article aims, firstly, to explain counterfeit deviance from a current point of view. That is to say, explaining the scope of this concept in the psychosexual development of an individual with an intellectual disability. Secondly, the analysis of a specific case study supports this process in order to demonstrate its progress. It is described how socio-environmental factors can lead to an intellectually deficient individual to a deviant sexuality. Based on a holistic

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.07.008>.

<sup>☆</sup> An English version of this article is available online, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.07.008>.

Adresse e-mail : [boucher.sonya@courrier.uqam.ca](mailto:boucher.sonya@courrier.uqam.ca)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.07.007>

1158-1360/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Sexual education;  
Holistic sexuality;  
Sexual health;  
Intervention

view of sexual health, clinical guidelines are proposed. The goal is to raise awareness among professionals to help them distinguish between genuine paraphilic disorders and counterfeit deviance in order to apply appropriate interventions to patients with their specific sexual needs.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ont des comportements problématiques, notamment des gestes agressifs envers autrui et des actes destructifs (Lowe et al., 2007). L'incidence des comportements problématiques chez les personnes avec une DI est plus élevée que chez les personnes n'ayant pas une DI (Dekker et al., 2002). Les limitations du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif des personnes ayant une DI peuvent conduire à poser des actions qui dérogent des normes sociales et culturelles. Les comportements problématiques perturbent la vie des personnes handicapées et de leur entourage.

Certains comportements problématiques comportent une composante sexuelle. Il faut tenir compte du fait que l'incidence de la délinquance sexuelle est de quatre à six fois plus élevée chez les délinquants vivant avec une DI que dans la population globale (Barron et al., 2002). D'autant plus que le risque de récidive est statistiquement plus élevé pour cette même clientèle (Craig et Hutchinson, 2005). Pourtant, ces personnes font face aux mêmes stades de développement psychosexuel que tout autre citoyen et elles possèdent les mêmes droits à l'égard de la santé sexuelle (Faucher, 2012). C'est pourquoi, les évaluations diagnostiques et les interventions concernant la sexualité des personnes vivant avec une DI se doivent d'être spécialisées et réalisées par une équipe multidisciplinaire concertée (Claveau, 2014). Plusieurs facteurs, autres que biomédicaux et psychologiques, doivent être pris en compte avant l'élaboration de traitement (Claveau et Bouche, 2012). En ce sens, certaines variables socio-environnementales défavorables sont davantage présentes chez les adultes de cette clientèle, ce qui accroît le risque qu'elles développent des comportements sexuels inappropriés ou abusifs. À titre d'exemple, mentionnons les attitudes sociales répressives et restrictives, un conditionnement sexuel différent, des punitions subies pour des comportements normaux et acceptables, la minimisation des comportements sexuels problématiques, la rareté ou l'absence de conséquences dissuasives sociales ou légales et la méconnaissance des lois et des normes sociosexuelles (Faucher, 2012; Claveau et Bouche, 2012; Langevin et Curnoe, 2002). Selon Claveau et Bouche (2012), il est fréquent que les comportements sexuels problématiques soient niés, minimisés, voire renforcés par l'attitude de l'entourage de cette clientèle. C'est sous ce paradigme socioconstructiviste que se définit la déviance contrefaite. Le présent article présente le processus de la déviance contrefaite à partir de l'éducation sexuelle des personnes vivant avec un DI. Ce processus sera ensuite illustré par une étude de cas analysée. S'en suivront des recommandations cliniques comprenant des stratégies éducatives liées à la déviance contrefaite.

## Éducation sexuelle et DI

Les personnes ayant une déficience intellectuelle présentent souvent une carence au plan des connaissances sexuelles. L'étude de Galea et al. (2004) rapporte que des connaissances lacunaires chez celles-ci concernent les ITSS, la santé sexuelle, les pratiques sécuritaires, les questions légales et la contraception. Une éducation sexuelle adéquate sur ces questions s'impose pour favoriser une plus grande autonomie et réduire les comportements à risque. Les interventions éducatives peuvent augmenter les connaissances sexuelles des personnes avec une DI (Garwood et McCabe, 2000). L'éducation sexuelle a permis à des personnes ayant une DI d'augmenter leur capacité à donner un consentement sexuel, ce qui rend leurs comportements sexuels moins problématiques (Dukes et McGuire, 2009).

Bien que bon nombre d'organisations tentent de palier à cette lacune, plusieurs individus présentant une déficience intellectuelle (DI) reçoivent peu ou pas du tout d'éducation sexuelle de base. Parmi les facteurs qui freinent l'éducation sexuelle chez les professionnels, il y a les attitudes protectrices, le manque de formation, la pauvreté des ressources éducationnelles et les interdictions culturelles (Lafferty et al., 2012). Des déductions erronées supposent hâtivement que les personnes vivant avec une DI ne sont pas aptes à assumer les responsabilités liées à une vie sexuelle active et épanouie, compte tenu de leur vulnérabilité. Il est craint que l'éducation sexuelle suscite un intérêt malsain pour la sexualité chez les personnes avec une DI, ce qui aurait pour effet de l'inciter à passer à l'acte. Aucune donnée scientifique ne permet de démontrer une corrélation positive entre les connaissances sur la sexualité et l'intérêt sexuel (Claveau, 2014). Le même auteur souligne que, malgré que ce mythe soit répandu, il s'avère qu'un individu ayant plus de connaissances sexologiques n'a pas plus de comportements sexuels actifs irresponsables. Au contraire, Faucher (2012) précise que l'apprentissage des connaissances de base sur la sexualité (savoir) et l'entraînement à la prise de décision (savoir-faire) sont essentiels à la responsabilisation et à l'autonomie à l'égard de la sexualité des personnes vivant avec une DI (savoir-être). Une absence d'éducation sexuelle adéquate peut donc mener non seulement à un manque de connaissances, mais aussi à un manque d'habiletés socio-sexuelles.

## Déviance contrefaite

La déviance contrefaite se définit comme une fausse évaluation d'un comportement déviant résultant d'un ensemble de facteurs influents. Selon Hingsburger et al. (1991), la

déviance contrefaite peut provenir de différentes sources. Des expériences sexuelles inappropriées et non punies, un manque de soutien adapté de la part de l'entourage ou une éducation insuffisante plutôt que de véritables intérêts sexuels déviants. Les mêmes auteurs soulignent que les comportements sexuels inappropriés, quant à eux, peuvent être spécifiquement attribuables à un manque d'intimité, à la reproduction d'apprentissages inadéquats, à de faibles habiletés sociosexuelles ou même à des effets secondaires de la médication. Pour [Claveau et Bouche \(2012\)](#), la déviance contrefaite n'est pas l'effet d'un véritable trouble psychiatrique ou d'un profil d'excitation sexuelle inapproprié. Selon les auteurs, la déviance contrefaite est davantage le résultat d'un manque d'habiletés sociosexuelles, faute du peu d'occasions où la personne atteinte de DI peut développer une histoire de vie sexuelle saine. De plus, l'absence de soutien adéquat et positif sur les plans affectif, amoureux et sexuel mène à un manque important d'outils essentiels à cette construction adéquate de vie sexuelle. Ainsi, le concept de déviance contrefaite traite bel et bien des comportements sexuels déviants dans leur forme, mais non dans leur fondement. C'est donc pourquoi il s'avère essentiel de dispenser des services adaptés afin d'éviter que les comportements sexuels inappropriés s'enracinent et prennent la forme d'une paraphilie structurée et pathogène.

## Étude de cas

La présente histoire relate le cas de monsieur M., institutionnalisé depuis son enfance étant donné, d'une part, sa déficience modérée et, d'autre part, l'incapacité de prendre soin de sa mère, trop âgée. Monsieur M. a 57 ans. Cela fait plusieurs fois qu'on doit le changer d'unité de soin dû à des comportements sexuels inacceptables. Effectivement, monsieur M. a été retrouvé à quatre reprises dans la chambre d'autres patients. Chaque fois, il avait une relation sexuelle avec un homme classifié non-verbal. C'est-à-dire, des patients n'ayant pas la capacité d'exprimer leur accord ou leur désaccord par des mots. Les relations sexuelles ont donc été jugées comme non consentantes. Par conséquent, il s'agissait d'abus sexuels.

Une intervention sexologique a été demandée pour arrêter ce comportement sexuel problématique. Dans un premier temps, l'intervenante a analysé le dossier de monsieur M. qui comprenait des évaluations médicales et neuropsychologiques, des dossiers quotidiens et une histoire de vie en institution. Ensuite l'ensemble de l'équipe soignante de monsieur M. a été rencontrée afin de connaître leur point de vue : son psychiatre, ses infirmières, son travailleur social et sa psychoéducatrice. Finalement, les deux premières rencontres avec le patient eurent lieu afin d'évaluer ses propres connaissances au niveau de la sexualité et des relations de couples.

Plusieurs constats ont pu émerger de ces étapes préalables. D'une part, il fallait admettre l'échec des mesures entreprises antérieurement. Effectivement, l'approche pharmacologique visant à diminuer la libido de monsieur M. n'a pas su apporter les résultats attendus puisque les comportements problématiques se sont répétés. En ce sens, le fait d'isoler le patient et de le placer sous haute

surveillance n'a pas été fructueux non plus puisque que le besoin sexuel de monsieur demeurait aussi important et, de surcroît, non comblé. D'autre part, l'interprétation de la sexualité selon le patient était problématique et erronée. D'ores et déjà, monsieur M. a avoué que l'intervenante en sexologie était la première personne à parler de sexualité avec lui sans le réprimander (rappelons qu'il avait 57 ans). Selon lui, la masturbation est l'action du démon. Du moins, c'est ce qu'il retient de son éducation sexuelle maternelle, probablement explicable par l'écart générationnel. Concernant la sexualité dans son milieu de vie, monsieur M. ne pouvait dire qu'une chose : la satisfaction des besoins sexuels est très mal perçue et interdite, autrement on se retrouve en isolement. Lors des premières rencontres, monsieur M. ne comprenait pas les termes « consentement », « satisfaction sexuelle » et « droits sexuels ». Le patient affirmait aussi préférer les hommes parce que les femmes parlent trop : « ... elles savent juste parler de vêtements ou de choses à faire ; tâches ménagères, budget, etc. ». Tandis que du point de vue des intervenants, le patient était décrit comme un homme sympathique et sociable, mais qui devait être surveillé de près puisqu'il s'agit d'un abuseur qui représente un danger. S'était d'ailleurs la première note visible dans son dossier-patient. Bref, le patient n'avait pas reçu d'éducation sexuelle formelle, n'avait pas développé ses habiletés socio-sexuelles, comprenait la sexualité comme un acte malsain et avait développé une approche sexuelle déviante qu'il associait à un acte punitif non pas par le choix de son partenaire, mais uniquement parce qu'il s'agissait de sexualité.

Plusieurs rencontres hebdomadaires ont été nécessaires dans la seule optique de l'apprentissage des connaissances sexologiques de base. Sur celles-ci, cinq rencontres ont été dédiées uniquement à la notion de consentement sexuel. Suite à quoi, monsieur M. savait lui-même expliquer cette notion, à l'aide de pictogrammes. Le patient a également appris à découvrir sa sexualité autoérotique de façon saine et appropriée. Aujourd'hui, monsieur M. comprend ces erreurs passées. Il sait que son partenaire sexuel doit non seulement être d'accord avec la relation, mais qu'il doit également en avoir envie. Monsieur M. sait que la relation sexuelle ne doit pas satisfaire uniquement son propre besoin et que dans ce cas, il lui est permis, dans un endroit approprié, de se satisfaire lui-même. Son apprentissage a même dépassé les attentes de l'intervenante puisque monsieur M. fait même la promotion de l'utilisation de préservatifs auprès de ses pairs, qu'il explique comme un élément important de la santé sexuelle.

## Recommandations cliniques

L'évaluation d'une problématique sexuelle en déficience intellectuelle est complexe. En plus des composantes médicales, on doit tenir compte de l'environnement, l'entourage et l'interprétation de la sexualité de la personne. En débutant tôt une éducation sexuelle, il devient possible de prévenir le développement de problématiques ancrées à l'âge adulte ([Faucher, 2012](#) ; [Claveau et Bouche, 2012](#)). Lorsqu'une personne adulte a besoin d'interventions suite à des comportements inappropriés, il faut d'abord comprendre son histoire de vie sexuelle pour la diriger vers des

comportements adaptés. La santé sexuelle requiert une approche positive, un réel accompagnement vers une vie sexuelle active qui soit source de plaisir, sans risque, ni coercition (OMS, 2014). Ce qui signifie des apprentissages appropriés à la personne et non seulement des mesures restrictives ou punitives. Diverses stratégies positives peuvent être mises en place en adoptant l'approche de la psychologie positive. Cette méthode d'évaluation, de traitement et de prévention est de plus en plus modélisée depuis la dernière décennie. Il s'agit, en fait, de l'étude de ce qui va bien, contrairement à l'accumulation des connaissances sur le négatif, sur ce qui va mal selon différents critères de classification psychiatriques (Cottraux, 2008). Bien que ces classifications soient valides sur plusieurs égards, elles consistent la psychologie dans un point de vue médical, dans un monde constamment comparé à la maladie. Toujours selon Cottraux (2008), l'étude des faits positifs du développement intra- et inter-personnel des individus s'articule autour de trois axes : - les expériences positives subjectives, - les traits de caractères positifs et, - les institutions positives (familiales, éducationnelles, sociales). La psychologie positive met la lumière sur toutes les forces positives des individus sans mettre de côté leurs limites respectives. En ce sens, le modèle théorique s'applique tout autant à la clientèle DI puisqu'il positionne l'individu au cœur du traitement, de façon optimale. De plus, des études démontrent l'efficacité de la psychologie positive dans le traitement de comportements délinquants ou violents (Woldgabreal et al., 2014) et des personnes atteintes de DI (Claveau, 2014). Dans le même ordre d'idées, le Good Lives Model (GLM) (Willis et al., 2014) est un programme de réhabilitation efficace en ce qui a trait aux individus délinquants sexuels atteints de DI (Aust, 2010). Un des outils importants du programme est la vision holistique des aspects positifs de l'individu, notamment ses habiletés, ses attitudes responsables, ses moyens de protections (Barnao, 2013). Ce type d'intervention doit être centré sur la réadaptation et non la restriction, afin que la personne développe des habiletés socio-sexuelles dans lesquelles elle se connaît et se reconnaît (Claveau, 2014). Aussi, afin que les acquis de la personne puissent être généralisés et transférés dans sa réalité quotidienne, il est important de tenir compte des facteurs socio-environnementaux et de tous les acteurs concernés (Wheeler et al., 2013). À titre d'exemple, il faut envisager la collaboration active de l'entourage et s'assurer que le milieu de vie de l'individu soit comblé de gens cohérents, valorisants et structurants. Enfin, le programme de réhabilitation doit promouvoir le responsabilisation et l'autonomie de la personne DI dans le but d'augmenter sa qualité de vie et d'assurer ainsi une plus grande sécurité sociale (Craig et al., 2010).

Cependant, il est primordial d'envisager un travail de collaborations avec les différents acteurs présents dans la vie de la personne vivant avec un DI. Premièrement, une cohésion au sein de l'équipe soignante multidisciplinaire est essentielle. Il s'agit d'établir des objectifs d'interventions à la fois simples, adaptés et réalisables visant une santé sexuelle optimale plutôt que de mettre le focus sur la façon d'enrayer un comportement indésirable. Ensuite, la collaboration des proches est également importante. Il faut, par exemple, prendre le temps de comprendre la tension vécue par les parents à l'égard de l'expression de la sexualité de

leur enfant vivant avec une DI (Dupras et Dionne, 2010). Somme toute, il importe de placer la personne au centre du projet d'éducation en l'incluant dans chacune des étapes, selon son propre potentiel. L'apprentissage de la sexualité se module tout au long de la vie à la fois de façon individuelle et à la fois de façon interpersonnelle. Afin d'accompagner les personnes vivant avec une DI à travers ce processus, un suivi régulier ne peut qu'être bénéfique.

## Conclusion

La déviance contrefaite est un phénomène dont sont victimes des personnes ayant une déficience intellectuelle. Elle s'installe sous forme de processus et mène parfois à de faux diagnostics. Afin de déceler la déviance contrefaite, il est primordial d'appliquer une analyse holistique du comportement problématique. Un programme d'éducation sexuelle et des interventions adaptées permettent d'enrayer des habitudes menant à la déviance contrefaite. Des objectifs d'intervention liés à la santé sexuelle permettent, quant à eux, de développer de saines habiletés socio-sexuelles. Les personnes vivant avec une DI ont besoin d'accompagnement professionnel dans leurs apprentissages liés à la vie sexuelle active et saine. Comme le disait Virgile, célèbre poète latin, « Ils peuvent, parce qu'ils pensent qu'ils peuvent ».

## Déclaration d'intérêts

L'auteure déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- Aust S. *Is the Good Lives Model of offender treatment relevant to sex offenders with a learning disability?* *J Learn Disabil Offending Behav* 2010;1(3):33–9.
- Barnao M. *The Good Lives Model tool kit for mentally disordered offenders.* *J Forensic Pract* 2013;15(3):157–70.
- Barron P, Hassiotis A, Banes J. *Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes.* *J Intellect Disabil Res* 2002;46(6):454–63.
- Claveau Y, Bouche C, Tardif M, Jacob M, Quenneville R, Proulx J, editors. *La délinquance sexuelle des mineurs.* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, Collection « Paramètres »; 2012. p. 397–425.
- Claveau Y. *Les comportements sexuels problématiques et les troubles graves de la sexualité.* In: Documents d'appui à la formation. Service québécois en troubles graves du comportement. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement; 2014.
- Cottraux J. *La psychologie positive. Un nouveau modèle pour la psychothérapie et la prévention?* *Psychiatr Sci Hum Neurosci* 2008;6(4):175–80.
- Craig LA, Hutchinson RB. *Sexual offenders with learning disabilities: risk, recidivism and treatment.* *J Sex Aggress* 2005;11(3):289–304.
- Craig LA, Lindsay WR, Browne KD, editors. *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: a handbook.* London: Wiley-Blackwell; 2010.
- Dekker MC, Koot HM, Van der Ende J, Verhulst FC. *Emotional and behavioural problems in children and adolescents with*

- and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(8):1087–98.
- Dukes E, McGuire BE. Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009;53(8):727–34.
- Dupras A, Dionne H. Éducation à la sexualité et déficience intellectuelle. *Rev Int Educ Fam* 2010;28(2):115–39.
- Faucher M. L'éducation au consentement sexuel d'une personne ayant une déficience intellectuelle légère : les deux premiers jalons d'une intervention. Montréal: Université du Québec à Montréal, Mémoire de maîtrise en sexologie; 2012.
- Galea J, Butler J, Iacono T. The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil* 2004;29(4):350–65.
- Garwood M, McCabe MP. Impact of sex education programs on sexual knowledge and feelings of men with a mild intellectual disability. *Educ Train Ment Retard Dev Disabil* 2000;35(3):269–83.
- Hingsburger D, Griffiths D, Quinsey V. Detecting counterfeit deviance. *Habilitative Ment Health Newsl* 1991;10:51–6.
- Lafferty A, McConkey R, Simpson A. Reducing the barriers to relationship and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2012;16(1):29–43.
- Langevin R, Curnoe S. Assessment and treatment of sex offenders who have a developmental disability. In: Griffiths D, Richards E, Fedoroff P, Watson SL, editors. *Ethical dilemmas: sexuality and developmental disability*. Kingston, New-York: NADD Press; 2002. p. 387–416.
- Lowe K, Allen D, Jones E, Brophy S, Moore K, James W. Challenging behaviours: prevalence and topographies. *J Intellectu Disabil Res* 2007;51(8):625–36.
- Organisation Mondiale de la santé. La santé sexuelle; 2014, En ligne : [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/), consulté le 23 mai.
- Wheeler JR, Clare IC, Holland AJ. Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *J Appl Res Intellect Disabil* 2013;26(5):370–83.
- Willis G, Ward T, Leveson J. The Good Lives Model (GLM): an evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sex Abuse* 2014;26(1):58–81.
- Woldgabreal Y, Day A, Ward T. The community-based supervision of offenders from a positive psychology perspective. *Aggression Violent Behav* 2014;19(1):32–41.