



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La santé sexuelle de personnes ayant une déficience intellectuelle : une approche écosystémique[☆]



Sexual health of people with an intellectual disability: An ecosystem approach

H. Dionne, A. Dupras*

Département de sexologie, université du Québec à Montréal, case postale 8888, succursale centre-ville, H3C 3P8 Montréal, Québec, Canada

Disponible sur Internet le 10 juillet 2014

MOTS-CLÉS

Santé sexuelle ;
Handicap ;
Déficience
intellectuelle ;
Approche
écosystémique

KEYWORDS

Sexual health;
Disability;
Intellectual
disability;
Ecosystem approach

Résumé L'objectif de cet article est de proposer un état des connaissances relativement à la situation des personnes ayant une déficience intellectuelle au sujet de leur santé sexuelle à partir des facteurs qui la facilitent ou qui l'obstruent. Des définitions de la santé sexuelle et du handicap suggèrent d'adopter une approche écosystémique qui tient compte à la fois des facteurs personnels et environnementaux pouvant influencer la vie sexuelle. Une recension des écrits confirme le rôle joué par les limitations intellectuelles de même que par les configurations sociales sur la santé sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The goal of this article is to propose a state of knowledge on the situation of people with an intellectual disability regarding their sexual health from factors that facilitate or obstruct it. Definitions of sexual health and disability suggest an ecosystem approach which considers both personal and environmental factors that may have an impact on sexual life. A literature review confirms the role of intellectual restrictions and social configurations on the sexual health of people with an intellectual disability.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont des limitations du fonctionnement cognitif et du comportement adaptatif qui affectent leurs habiletés conceptuelles, sociales et pratiques en matière de sexualité. Avant les années 1970, les personnes ayant une déficience intellectuelle étaient perçues comme des êtres asexués qui ne s'intéressaient pas à la sexualité. La crainte d'une agression

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.004>.

[☆] An english version of this article is available online, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.003>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dupras.andre@uqam.ca (A. Dupras).

subie ou commise de même qu'une grossesse non désirée justifiaient de leur imposer un interdit sexuel. Elles étaient considérées comme des êtres incapables d'assumer leur vie sexuelle. Cette perception a changé depuis les quatre dernières décennies. À titre d'exemple, l'[American Association on Intellectual and Developmental Disabilities](#) adopta en 2008 une politique sur la sexualité reconnaissant le droit des personnes ayant une déficience intellectuelle de vivre leur sexualité. Si leurs besoins sexuels étaient niés ou solutionnés par la stérilisation, ils sont à présent reconnus et des services en santé sexuelle tentent d'y répondre. Ainsi, les personnes ayant une déficience intellectuelle nécessitent un soutien pour prévenir les grossesses non désirées, les abus sexuels et les infections transmises sexuellement. Leurs limites intellectuelles les rendent vulnérables face à ces dangers. De plus en plus d'écrits scientifiques étudient ces problématiques. En effet, [Gascon et al. \(2010\)](#) ont examiné les thèmes abordés dans les écrits scientifiques de 1990 à 2007 ayant porté sur les adolescents présentant un retard mental et ont constaté que la vie sexuelle arrive au cinquième rang en nombre d'importance sur une liste de 21.

De nombreuses personnes ayant une déficience intellectuelle ne reçoivent pas les attentions nécessaires dans le domaine de la santé sexuelle ([Servais, 2006](#)). Par conséquent, elles sont soumises à des obstacles issus de leur environnement qui s'opposent aux interventions visant la promotion de leur santé sexuelle. Que ce soit au plan de la famille, de l'école et de la communauté, nombre d'obstacles peuvent entraver les initiatives d'éducation à la sexualité. Il devient alors impérieux d'établir un état des connaissances sur la situation des personnes ayant une déficience intellectuelle en matière de santé sexuelle dans le but d'inventorier les facteurs qui la facilitent et ceux qui l'obstruent. Cet inventaire pourrait inspirer les dispensateurs de services dans l'élaboration de projets d'intervention auprès des familles, des écoles, des établissements sociosanitaires et des organismes communautaires. Afin de mener à bien ce travail, des définitions de la santé sexuelle, du handicap et de la déficience intellectuelle seront dans un premier temps proposées, pour ensuite adopter et appliquer un modèle théorique qui servira à inventorier des déterminants de la santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Cadre conceptuel

Lorsque les acteurs sociaux parlent de santé sexuelle, du handicap et des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, il n'est pas évident qu'ils se réfèrent aux mêmes réalités. Il importe alors de les définir afin d'adopter un langage commun et de susciter un dialogue fructueux. Un travail conceptuel sert également à choisir le modèle théorique qui orientera la cueillette des données. Le contenu de ces concepts doit être déterminé en énumérant leurs caractéristiques propres et l'ensemble des termes qui l'explicitent.

L'Organisation mondiale de la santé a proposé une définition de la santé sexuelle pour guider les décisions et les actions des professionnels. Pour l'OMS, la santé sexuelle est une composante fondamentale du bien-être et de l'épanouissement individuel : « Sexual health is a state of

physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled » ([WHO, 2006](#), p. 5). L'OMS propose une approche holistique, multisectorielle et interdisciplinaire de la planification, de la programmation et de la distribution des services en santé sexuelle. Elle considère, en effet, les facteurs individuels et sociaux qui influencent la santé sexuelle. Il importe d'éliminer les barrières et de développer des stratégies de promotion de la santé sexuelle.

L'étude de la santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle oblige de définir le handicap, ce qui constitue une tâche difficile car ce terme met en lumière un phénomène complexe qui implique plusieurs dimensions humaines. En France, la législation a proposé une définition du handicap dans la [loi du 11 février, 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Son article 2 stipule que « constitue un handicap le fait pour une personne de se trouver limitée dans ses activités ou restreinte dans sa participation à la vie en société en raison de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentale, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (p. 2353). Au Québec, la personne en situation de handicap est définie légalement comme « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » ([LRQ, 2011](#), chapitre E-20.1, art 1 g). En 2006, un Québécois sur dix vit avec une incapacité ([Camirand et Dugas, 2010](#)). Au regard des nombreuses catégories de handicap, il ne faut pas oublier que les personnes handicapées ne constituent pas un groupe social homogène et monolithique. Il s'agit de personnes ayant certaines caractéristiques particulières qui participent à leur construction identitaire. Dès lors, elles demandent une réponse adaptée à leurs différences corporelles et fonctionnelles. Les modèles conceptuels et d'intervention en matière de santé sexuelle doivent tenir compte du contexte de vie sexuelle spécifique à chacun des types de handicap. Il semble alors primordial de différencier les handicaps en matière de vie sexuelle ([Mercier, 2005](#)).

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner la déficience intellectuelle, notamment le retard ou le handicap mental. Dans sa classification internationale des maladies (CIM-10), l'Organisation mondiale de la santé ([WHO, 2010](#)) définit le retard mental comme un « arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales » (Chapitre V. Retard mental F70-F79). Un test d'intelligence normalisé est généralement utilisé pour déterminer le degré de retard mental : léger (Q.I. de 50 à 69), moyen (Q.I. de 35 à 49), grave (Q.I. de 20 à 34) et profond (Q.I. au-dessous de 20). Le retard mental sera alors diagnostiqué à la lumière d'une évaluation globale des capacités de la personne à fonctionner dans un

milieu social donné. La définition de la déficience intellectuelle qui fait autorité au Québec est celle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2011) : « la déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans » (p. 6). Au Québec, il a été estimé que 3 % de la population présentait une déficience intellectuelle. De ce nombre, 90 % ont un retard mental léger (MSSS, 2001). Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont des limitations significatives dans le fonctionnement intellectuel (ex. : déficit de raisonnement, de planification et de résolution de problèmes) et dans le comportement adaptatif (ex. : difficultés de communiquer, de respecter des normes et de prendre soin de soi). Bien qu'elles rencontrent des difficultés d'apprentissage, cela ne les empêche pas d'acquérir savoirs et compétences.

Modèle théorique

La notion de handicap se veut globale, ce qui la rend particulièrement adaptée à des situations diverses. Les changements conceptuels introduits par la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), élaboré par l'OMS en 2001, ouvrent des perspectives nouvelles : englobant les problèmes de la santé (en fonction de la Classification des Maladies [la CIM-10]), elle prend en compte les états et les domaines connexes de la santé. Ainsi, la personne atteinte d'un handicap n'est plus évaluée en fonction de son degré de déficience, mais de son adaptation aux différents domaines de fonctionnement contribuant à son bien-être général, comprenant ses aspects physiques, psychiques et sociaux situés dans l'univers de la vie humaine. Cette nouvelle approche situe la personne en situation de handicap comme actrice au sein de la société, en mettant en valeur ses activités et sa participation. Elle est un instrument privilégié pour développer des politiques gouvernementales plus respectueuses des droits de l'Homme en faveur des personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur leur expertise de citoyen à part entière. La CIF permet également de travailler de façon précise sur les incidences des facteurs environnementaux qui se présentent soit comme obstacles, soit comme facilitateurs.

Le modèle CIF intègre une perspective écologique et systémique en se centrant sur la personne handicapée et son milieu de vie et plus précisément sur le rapport de cette personne avec son milieu. Il devient alors pertinent d'utiliser l'approche écosystémique du psychologue Urie Bronfenbrenner (2005) pour identifier des facteurs facilitant ou obstruant la santé sexuelle, car il conçoit le développement de l'individu en interaction avec son environnement. Ainsi, l'environnement de la personne handicapée lui offre des opportunités ou lui impose des limites. Les ressources et les moyens disponibles dans son milieu constituent des facteurs facilitant ou restreignant sa participation aux activités sexuelles. Il devient alors possible de considérer les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle en matière de santé sexuelle à partir des variables proposées par la CIF en distinguant les éléments propres à l'individu

de ceux reliés à son environnement, tout en soulignant leur interaction.

Déterminants de la santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle

L'OMS adopte une vision cohérente du handicap et de la santé sexuelle. La promotion de la santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle incite à mieux comprendre les conséquences des déficiences et des incapacités sur la vie sexuelle. Ainsi, des facteurs personnels et environnementaux peuvent influencer positivement ou négativement leur santé sexuelle.

Facteurs personnels

Une limitation physique et/ou psychologique affecte la vie sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle. D'abord, il faut souligner des altérations des fonctions organiques. Certains syndromes sont accompagnés de malformations génitales, notamment dans le syndrome du X fragile (la présence de gros testicules ou macro-orchidie) ou dans le syndrome de Klinefelter (la taille des testicules est plus petite à partir de la puberté). De plus, les personnes atteintes d'une trisomie 21 ou du syndrome de Turner peuvent rencontrer des problèmes de fertilité.

Chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, le développement psychosexuel peut subir des variations, car les fonctions intellectuelles (b117 de la CIF) sont perturbées, entre autres par des limitations de la représentation, de la réflexion, du jugement ou du raisonnement (Vaginay, 2006). Une première activité difficile à accomplir pour une personne présentant une déficience intellectuelle est de projeter son ressenti au plan de la pensée pour la compréhension de ses désirs et ses plaisirs, de même que ses frustrations. De plus, elle a de la difficulté à transférer la pensée au vécu pour assurer une régulation des comportements sexuels par l'intégration et le respect des normes culturelles. Dès lors, elle peut rencontrer des difficultés à s'adapter à son environnement, lesquelles varient selon son degré de déficience intellectuelle.

L'incapacité plus ou moins grande d'établir un lien de cause à effet et de se projeter dans le temps entraîne la difficulté pour cette personne d'évaluer les conséquences de l'acte sexuel. La prédominance de l'affectif sur l'intellectuel va souvent faire prévaloir le principe de plaisir sur le principe de réalité. Il lui sera difficile de renoncer à des plaisirs immédiats pour des satisfactions promises à terme. De plus, son besoin immense d'affection, ajouté au fait qu'elle est facilement influençable, la rend vulnérable à toute tentative de séduction.

La déficience intellectuelle influence les connaissances, les attitudes et les activités sexuelles (McCabe, 1999; Siebelink et al., 2006). Les connaissances sexuelles sont souvent limitées. Si ces personnes savent qu'il faut un rapport sexuel pour avoir des enfants, la nature de celui-ci n'est pas toujours bien définie et les moyens pour éviter une grossesse ne sont pas toujours connus. De plus, les connaissances acquises peuvent être l'objet de constructions distordues et d'interprétations fantaisistes. Enfin, les connaissances ne garantissent pas que les comportements

leur soient toujours conformes. Les attitudes sexuelles sont le plus souvent conservatrices et restrictives. La personne avec une déficience intellectuelle se développe plus lentement, ce qui l'incite à conserver plus longtemps la trace des systèmes de pensée et de croyances, et de s'engluer dans des attitudes négatives qu'elle a apprises et qu'elle devrait modifier pour une meilleure santé sexuelle. Les activités sexuelles sont plus ou moins restreintes selon la sévérité de la déficience. Les liens d'attachement amoureux se limitent souvent à l'expression des gestes affectifs qui ne conduisent pas toujours à des activités sexuelles de type génital.

Les caractéristiques personnelles des individus ayant une déficience intellectuelle deviennent significatives si elles sont mises en relation avec les facteurs environnementaux qui peuvent influencer les habitudes de vie sexuelle. Il est alors possible d'éviter une simplification des réponses sociales à leurs besoins en santé sexuelle.

Facteurs environnementaux

La santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle est influencée par des facteurs environnementaux présents aux différents sous-systèmes, soit le micro-environnement personnel, le méso-environnement communautaire, l'exo-environnement social et le macro-environnement culturel.

Le microsystème concerne le milieu de vie de l'individu et inclut toutes les personnes avec qui il entretient des relations directes, soit les parents, les intervenants et les amis selon le contexte dans lequel il évolue et se développe à un moment précis. D'un point de vue écologique, il s'agit d'un système important puisqu'il a une influence directe sur le développement et l'adaptation de l'individu. Si les parents des années 1970 avaient tendance à percevoir leur enfant déficient comme des êtres angéliques (Giami et al., 1983), les parents de la présente génération adoptent des perceptions plus positives. Selon l'étude de Desjardins (2005), les parents interviewés ne déssexualisent pas leur enfant présentant une déficience intellectuelle. Toutefois, ils le décrivent avec une sexualité autre, différente, extraordinaire. Ainsi, les parents ont tendance à considérer la vie sexuelle de leur enfant comme étrange et problématique. Une certaine ouverture d'esprit se retrouve également chez les professionnels. Gilmore et Chambers (2010) rapportent que les intervenants adoptaient des attitudes positives à l'égard de la sexualité des personnes ayant une déficience intellectuelle, mais ils croyaient que les hommes ont moins de contrôle de soi que les femmes et que ces dernières devraient bénéficier d'une moins grande liberté sexuelle que les femmes sans déficience intellectuelle. De même, Yool et al. (2003) rapportent que les intervenants ont des attitudes libérales à l'égard de la sexualité et la masturbation, mais sont moins ouverts pour les relations sexuelles hétérosexuelles et l'homosexualité, de même que sur l'implication des personnes ayant une déficience intellectuelle dans les décisions concernant leur sexualité. Si les attitudes varient selon les comportements sexuels et les personnes qui les pratiquent, les études montrent également leur variation selon les caractéristiques sociodémographiques des professionnels. Ryan et McConkey (2000) ont trouvé une relation significative entre les attitudes et les variables suivantes : la pratique religieuse, le genre, le

type d'emploi et la participation à une formation. Il faut également ajouter le milieu de travail puisque Bazzo et al. (2007), de même que Grieve et al. (2009), ont constaté que les professionnels intervenant en institution avaient des attitudes plus conservatrices que ceux travaillant en milieu communautaire.

Le mésosystème met en évidence les relations qui existent entre les différents microsystèmes. Le mésosystème permet de saisir les liens (conflictuels, réciproques et antagonistes) qui ont pu s'établir entre les différents systèmes fréquentés par un individu et les impacts de ces interactions sur son évolution. Même si les interactions entre les microsystèmes n'impliquent pas directement l'individu, il reste cependant certain qu'elles peuvent affecter l'évolution de celui-ci. Par exemple, des relations conflictuelles entre les professionnels et les parents (deux microsystèmes auxquels l'individu participe) peuvent avoir une influence néfaste sur la vie sexuelle de la personne avec une déficience intellectuelle. Cette mésentente peut être due à des points de vue divergents entre les parents et les professionnels. L'étude de Cuskelly et Bryde (2004) rapporte la présence d'attitudes sexuelles plus conservatrices des parents comparativement aux intervenants. Ces divergences peuvent engendrer des difficultés de communication entre les parents et les professionnels (Bruno et Calmejane, 2005). Des différends peuvent également avoir lieu entre intervenants et responsables des familles d'accueil. Evans et al. (2009) ont observé une plus grande permissivité sexuelle chez les professionnels que chez les familles d'accueil.

L'exosystème englobe l'ensemble des environnements (médias, internet) et lieux de décision (Ministère, associations) qui peuvent affecter le cheminement de l'individu en raison des idées qu'ils transmettent au milieu qu'il fréquente. Ainsi des films, comme *Gabrielle*, de la réalisatrice Louise Archambault (2013), présentent sur le grand écran des personnages vivant avec une déficience intellectuelle ayant des désirs sexuels. Les médias peuvent participer, à leur façon, à la réduction des préjugés à l'égard de la vie sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ils font ainsi écho aux prises de positions par des mouvements sociaux qui font la promotion des droits sociaux et sexuels de personnes ayant une déficience intellectuelle, comme la FQCRPDI (1994) qui déclarait que « La personne présentant une déficience intellectuelle a le droit de s'épanouir au niveau des relations affectives et de vivre sa sexualité » (p. 44).

Le macrosystème réfère à l'ensemble des croyances, des valeurs, des idéologies partagées par une communauté. Elles constituent, en quelque sorte, le cadre de référence culturelle ou sous-culturelle qui dicte les règles de conduite des individus, les relations entre les personnes, les attitudes, les droits et les devoirs des parents et des intervenants à l'égard des personnes en situation de handicap. Dans les sociétés modernes avancées, l'intensification du processus de rationalisation a pour effet de structurer l'individu hypermoderne. Dans ce contexte culturel, les personnes ayant une déficience intellectuelle sont disqualifiées. En ce sens, l'étude d'Oliver et al. (2002) a permis de constater un écart entre les normes appliquées aux personnes ayant une déficience intellectuelle et celles qui n'en n'ont pas. Les normes sont plus sévères envers les personnes ayant une déficience car la société doute de leur capacité à assumer une sexualité

responsable. Toutefois, l'accent mis sur l'individualisation par les sociétés hypermodernes a contribué à faire reconnaître les droits sexuels des personnes ayant une déficience intellectuelle. À ce sujet, [Cuskelly et Gilmore \(2007\)](#) ont noté que les attitudes à l'égard des droits sexuels de ces personnes étaient très positives, toutefois la parentalité est la problématique la plus inquiétante. Ainsi, leur droit à la procréation se heurte au droit de leur enfant éventuel de bénéficier d'un bien-être physique, psychologique et social.

En somme, l'approche écosystémique montre que les environnements peuvent influencer sur la vie sexuelle de la personne ayant une déficience intellectuelle. Il est essentiel d'agir non seulement sur la personne, mais également sur ses conditions de vie, modifiant ainsi sa situation de vie sexuelle par une compréhension de sa réalité et d'une adaptation du contexte social à ses besoins sexuels spécifiques.

Conclusion

L'approche écosystémique apporte un éclairage permettant de mieux comprendre les conditions de vie sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle. Cet outil permet de découvrir des facteurs influençant l'actualisation de leur sexualité et de leur participation à des activités sexuelles telles des représentations sociales positives, les actions des mouvements des droits sociaux de même que les attitudes permissives des parents et des professionnels. Ces connaissances peuvent pourvoir les familles, les établissements et la communauté en matière de mesures à mettre en place pour favoriser le bien-être sexuel des personnes ayant une déficience intellectuelle. Il est important que les différents acteurs sociaux agissent et collaborent pour la prévention et la promotion de la santé sexuelle des personnes ayant une déficience intellectuelle dans le cadre de mesures et de programmes harmonisés et coordonnés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). *Sexuality 2008* [Washington (DC): News & policy, <http://aaidd.org/news-policy/policy/position-statements/sexuality#.UvALQo27HR0>, consulté le 3 février 2014].
- AAIDD. *Déficience intellectuelle. Définition, classification et système de soutien*. Trois-Rivières (Québec): Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS); 2011.
- Archambault L. *Gabrielle*. Micro-scope:104 minutes; 2013.
- Bazzo G, Nota L, Soresi S, Ferrari L, Minnes P. Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2007;20(2):110–5.
- Bronfenbrenner U. *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
- Bruno C, Calmejane A. Étude sur la qualité de la relation parents-professionnels dans des services accompagnant des enfants porteurs de déficience(s). *Handicap – revue de sciences humaines et sociales* 2005;107/108:7–25.
- Camirand J, Dugas L. *Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2010.
- Cuskelly M, Bryde R. Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2004;29(3):255–64.
- Cuskelly M, Gilmore L. Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2007;32(3):214–21.
- Desjardins M. *Tabou sexuel et changement culturel: le point de vue et les attitudes des parents*. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* 2005;16(1–2):49–62.
- Evans DS, McGuire BE, Healy E, Carley SN. *Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives*. *Journal of Intellectual Disability Research* 2009;53(2):913–21.
- FQCRPDI. *Rôle et orientations des CRPDI: une perspective écosystémique*. Montréal (Québec): Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle; 1994.
- Gascon H, Haelewyck M-C, Simoes-Loureiro I, Bibeau M-J, Milot E. *Retard mental et adolescence: examen des thèmes abordés dans les écrits scientifiques*. In: Haelewyck M-C, Gascon H, editors. *Adolescence et retard mental*. Bruxelles: De Boeck; 2010. p. 17–38.
- Giami A, Humbert C, Laval D. *L'Ange et la bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris: éditions du CTNERHI; 1983.
- Gilmore L, Chambers B. Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2010;35(1):22–8.
- Grieve A, McLaren S, Lindsay W, Culling E. Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British Journal of Learning Disabilities* 2009;37(1):76–84.
- Loi no 2005-1002 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *J.O.R.F.*; 12 février 2005.
- LRQ. *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2011.
- McCabe MP. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability* 1999;17(2):157–70.
- Mercier M. Différencier les handicaps en matière de vie affective et sexuelle, un enjeu de politique de santé. *Reliance* 2005;4(18):39–42.
- MSSS. *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes ayant une déficience intellectuelle à leurs familles et aux autres proches*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2001.
- Oliver MN, Anthony A, Leimkuhl TT, Skillman GD. Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: Implications for normalization and community integration. *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities* 2002;37(2):193–201.
- Ryan D, McConkey R. Staff attitudes to sexuality and people with intellectual disabilities. *The Irish Journal of Psychology* 2000;21(1–2):88–97.
- Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2006;12(1):48–56.
- Siebelink EM, de Jong MDT, Taal E, Roelink L. *Sexuality and people with intellectual disabilities: Assessment of knowledge,*

- attitudes, experiences, and needs. *Mental Retardation* 2006; 44(4):283–94.
- Vaginay D. Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale. État des lieux et perspectives. Lyon: Chronique sociale; 2006.
- WHO. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
- WHO. International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Yool L, Langdon PE, Garner K. The attitudes of medium-secure unit staff toward the sexuality of adults with learning disabilities. *Sexuality and Disability* 2003;21(2):137–50.