

# L'attitude du personnel face à la sexualité des personnes séjournant en institution psychiatrique<sup>1</sup>

Gilles Trudel<sup>2,3</sup>

Université du Québec à Montréal et Hôpital Louis H. Lafontaine

Gilles Desjardins

Université du Québec à Montréal

Selon le principe de normalisation, les personnes séjournant en institution à cause d'une déficience intellectuelle ou d'un autre trouble mental devraient pouvoir vivre dans un environnement leur permettant d'accéder à une vie sexuelle aussi normale que possible. Cependant, plusieurs facteurs d'ordre socio-historique ou environnemental font en sorte que ces personnes ne sont pas en mesure d'exprimer librement et adéquatement leur sexualité. L'attitude du personnel est considérée comme un élément déterminant dans cette situation. Dix-neuf études portant sur l'attitude du personnel sont révisées et leurs conclusions sont présentées. Il en ressort que le libéralisme des intervenants varie notablement en fonction de l'orientation sexuelle des résidents et du caractère privé ou public des comportements émis.

Au cours des dernières années un ensemble de facteurs incluant l'objectif de mettre en application le principe de normalisation ont poussé les institutions à se pencher davantage sur la question de la sexualité des personnes qui y séjournent. Un des aspects importants dans la problématique de favoriser des changements au niveau de la vie sexuelle des bénéficiaires concerne l'attitude qu'entretenant le personnel de ces institutions à ce sujet. Plusieurs publications ont porté sur l'atti-

tude du personnel oeuvrant en milieu psychiatrique ou dans des centres pour personnes présentant une déficience intellectuelle en rapport avec le comportement sexuel des bénéficiaires. Le présent article résume 19 de ces études et tente de déterminer les variables qui peuvent influencer cette attitude.

## Le principe de normalisation

Selon le principe de normalisation, les personnes présentant un handicap ou un déficit sont marginalisées non seulement à cause de leur état mais également à cause des caractéristiques de leurs environnements physique et social, lesquels devraient être modifiés afin de permettre leur intégration. Ce principe qui s'applique à tous les types de déficit, qu'ils soient d'ordre psychologique ou d'ordre physique, sous-tend nombre de réquisitoires, d'études ou de projets visant à remettre aux personnes présentant un déficit de vivre et d'exprimer leur sexualité d'une manière aussi normale que possible. La formulation de ce principe est attribuée à Bank-Mikkelsen qui en a fait la promotion au Danemark au cours des années cinquante. Il a été repris en Suède au cours des années soixante par Nirje. C'est Wolfensberger (1972) qui a contribué à sa diffusion en Amérique du Nord au cours des années soixante dix. Cet auteur définit la normalisation comme «l'utilisation de moyens qui sont aussi culturellement normatifs que possible dans le but d'établir et/ou de maintenir des comportements et des caractéristiques personnelles qui sont aussi culturellement normatifs que possible» (p. 28). Par ailleurs, la normalisation doit s'appliquer à toutes les sphères de la vie. Ainsi, selon Kempton (1977), sur le plan sexuel cela suppose que la personne présentant un déficit à les droits suivants: (1) recevoir un entraînement aux comportements socio-sexuels dans le but de favoriser son intégration sociale; (2) accéder à toutes les connaissances sexuelles qu'elle est en mesure de comprendre; (3) aimer et être aimé par une personne du sexe opposé, incluant l'accomplissement sexuel<sup>1</sup>; (4) exprimer ses impulsions sexuelles selon les formes socialement acceptées; (5) obtenir des services de planification des naissances appropriés à ses besoins; (6) se marier; (7) participer à la décision d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants; (8) recevoir des services de support lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires à l'expression des précédents droits.

Le principe de normalisation appliqué à la sexualité et son corollaire, l'éducation sexuelle, se fonde donc sur le respect des droits fondamentaux de toute personne humaine, mais son application auprès des personnes présentant un trouble mental ou une déficience intellectuelle est aussi basée sur un rationnel faisant appel à des arguments d'ordre thérapeutique et économique. En effet, des connaissances sexuelles suffisantes ainsi qu'un fonctionnement socio-sexuel adéquat seraient des facteurs de prévention, de réadaptation et de rémission

1 Il convient de remercier monsieur André Dupras, professeur au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, pour l'aide apportée à la préparation de cet article.

2 Cette recherche bibliographique a été rendue possible grâce à une subvention accordée à Gilles Trudel par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale et par le programme d'aide financière aux chercheurs-e-s et créateurs-trices de l'Université du Québec à Montréal.

3 Les demandes de tirés à part peuvent être adressées au docteur Gilles Trudel, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, Succursale A, Montréal, Québec, H3C 3P8.

1 Le droit d'aimer une personne du même sexe n'est aucunement dénié. Cependant, le problème auquel sont le plus souvent confrontés les personnes vivant en institution est de vivre dans un environnement ne permettant pas de contacts sociaux avec des gens du sexe opposé.

(Barte, Osptapzeff et Venencié 1982; Berman et Rozensky, 1984; Keitner et Grof, 1981; Morgan et Rogers 1971, voir Bourgeois, 1975; Munger, 1986; Rozensky et Berman, 1984) et ils permettraient de prévenir les arrestations ou les réinstitutionnalisations, lesquelles sont souvent causées par des comportements socio-sexuels inadéquats (Craft et Craft, 1981; Craft, 1983; Kempton, 1977; Mitchell, Doctor et Butler, 1978). Ces facteurs préviendraient également l'abus ou l'exploitation sexuels dont sont facilement victimes les personnes déficientes (Bourgeois, 1975; Craft et Craft, 1981; Craft, 1983; Lemay, 1985; Munger, 1988).

Actuellement, la normalisation et la désinstitutionnalisation des personnes présentant un trouble de santé mentale ou une déficience intellectuelle sont des objectifs communément visés par les institutions, les services sociaux, les services de santé et par les intervenants qui y travaillent. Ces principes ne sont pas entièrement nouveaux et ils ont même été préconisés au siècle dernier en Amérique du Nord et en Europe. En effet, certains professionnels ou certaines communautés culturelles ont prôné des approches éducatives mettant en relief l'importance de l'intégration sociale. Toutefois, au tournant du siècle, la pratique de l'intégration a pris le dessus, d'une part, suite à une désillusion attribuable au fait que les déficiences ne pouvaient être éliminées et, d'autre part, à cause de facteurs d'ordre socio-économique (Conway, 1976; Striar, 1981). Au cours des années soixante, pour des raisons tant économiques que théoriques, ces principes ont refait surface, devenant même pour certains professionnels une nouvelle théologie (Conway, 1976). Au cours des années soixante-dix, de nombreux articles traitant de la normalisation de la vie sexuelle des déficients intellectuels et des handicapés physiques ont été publiés. Cet intérêt a culminé à la fin des années soixante-dix et au tout début des années quatre-vingt avec la parution de thèses (Hawkins, 1983; Matilsky 1978; Kirkland Mims, 1981; Mimmier, 1978; Selders-Powell, 1980; Striar, 1981), de monographies (Cornelius, Chipouras, Makas et Daniels, 1982; Craft, 1983; Dupras, Lévy et Auclair, 1984; Kempton, 1980; Kramer Monat, 1982) et d'énoncés de politiques (Boudreault et Brueckmann, 1985; Boyer, 1984; Hall et Sawyer, 1978; Lemay, 1985; Snowden, 1983; Striar, Bauer et Davis, 1981). Cependant, il ne s'agit encore là que d'une entrée en matière et beaucoup de recherches restent à faire dans ce domaine. Les essais et les réquisitoires ayant été aussi nombreux que les études scientifiques. Quant à la normalisation de la vie sexuelle des personnes présentant un trouble mental, mis à part quelques publications éparées, elle semble être restée dans l'oubli, peut-être à cause de la trop grande complexité du sujet. En effet, la grande variabilité dans la nature des troubles, dans leur durée ainsi que dans la durée des séjours en institution sont autant de facteurs dont il faut tenir compte et qui viennent complexifier la tâche des chercheurs comme celle des intervenants ou des administrateurs (Akhtar Crocker, Dickey, Helfrich et Rheuban, 1977; Keitner et Grof, 1981).

Des progrès ont été accomplis au cours des dernières décennies. Cependant, le principe de normalisation n'est pas encore appliqué à toutes les personnes concernées non plus qu'à toutes les dimensions de leur vie. Ainsi, on a très souvent négligé de l'appliquer à la sexualité des personnes présentant un trouble mental

ou une déficience intellectuelle, surtout lorsqu'elles vivent en institution. Malgré la libéralisation des moeurs sexuelles, de nombreux préjugés et tabous ont encore cours et ceux-ci restent particulièrement vigoureux en ce qui concerne la sexualité de ces personnes. Snowden (1983) rapporte plusieurs études illustrant comment la libéralisation sexuelle survenue au cours des dernières décennies a amené un changement d'attitude face à la sexualité, mais aussi comment ces attitudes plus permissives ne se retrouvent qu'à un moindre degré face aux personnes intellectuellement déficientes. La situation prévalant actuellement laisse donc place à des améliorations importantes.

### La répression de la sexualité en institution

Au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle et jusqu'aux années soixante, la sexualité des personnes présentant un trouble mental ou une déficience intellectuelle a été crainte et réprimée. D'une part, la société occidentale judéo-chrétienne a toujours promulgué une attitude très conservatrice, voire répressive envers la sexualité. D'autre part, la sexualité a été considérée par certains comme cause et symptôme de folie. L'internement, la ségrégation sexuelle et la répression de la sexualité ont même été considérés comme ayant une valeur curative (Bourgeois, 1975). De plus, la sexualité des personnes intellectuellement déficientes a été crainte et réprimée pour de nombreuses raisons dont la principale semble être la crainte que leur reproduction n'entraîne une dégénérescence de la population. Cette crainte a motivé nombre de mesures répressives telles l'internement, la ségrégation sexuelle, la prohibition du mariage ou l'adoption de lois autorisant la stérilisation sans consentement (Craft et Craft, 1981; Craft, 1983). Enfin, avec le mouvement psychanalytique, la sexualité est vue d'une perspective nouvelle qui contribue à la libéralisation des moeurs. Cependant, elle demeure encore étroitement attachée à l'étude de phénomènes pathologiques.

En plus des causes socio-historiques telles que la tradition judéo-chrétienne, le rôle attribué à la sexualité dans la maladie mentale et l'eugénisme pratiqué dans le but de limiter la prévalence de la déficience intellectuelle, il existe de nombreuses causes possibles à la répression de la sexualité des personnes vivant en institution, lesquelles sont de nature environnementale et immédiate. Ainsi, on peut énumérer, à titre d'exemple, l'absence de locaux permettant aux bénéficiaires d'accéder à une intimité minimale (Lamontagne-Cossette, Longpré et Noël, 1984; Smith, 1984; Striar et Ensor, 1986), le besoin de performance et d'efficacité dans l'accomplissement des tâches (Dupras et Poissant, 1987), la surcharge de travail que doit assumer le personnel soignant (Lemay, 1985), la présence d'un système de soins basé sur la discipline et la gestion autoritaire (Craft et Craft, 1981; Craft, 1983), le besoin de préserver la réputation de l'établissement, la responsabilité légale de l'établissement quant à la protection des bénéficiaires (face à une grossesse ou à un abus sexuel, par exemple) (Craft et Craft, 1981; Craft, 1983; Holbrook, 1989; Striar et Ensor, 1986), la présence d'un environnement social extrêmement restreint ne permettant pas l'accès à des contacts sociaux ni la

réalisation d'apprentissages socio-sexuels adaptés (Craft, 1983; Flynn et ShaKed, 1977; Striar, 1981). Enfin, l'attitude des gens en général et plus particulièrement du personnel envers la sexualité des personnes institutionnalisées représente un autre important facteur de répression ou à tout le moins de méadaptation. Selon Wasow (1980), la sexualité des diverses catégories de personnes institutionnalisées (handicapés physiques, handicapés mentaux, personnes âgées, personnes malades) est méconnue et l'idée même que ces personnes soient sexualisées et qu'elles vivent une sexualité active est anxigène pour les gens «normaux» qui ont tendance à ignorer ou à réprimer activement les manifestations de cette sexualité. De plus, pratiquement tous les auteurs traitant de la question de la sexualité des bénéficiaires mentionnent l'anxiété ou le malaise des membres du personnel face aux comportements sexuels des bénéficiaires comme une source de difficulté relativement à l'expression sexuelle de ces derniers. Akhtar (1977) parle même de déni de la sexualité des bénéficiaires par certains membres du personnel.

### L'importance de l'élaboration de politiques en matière de sexualité

Lorsque qu'une personne vivant en institution se trouve sous la responsabilité d'un membre du personnel affichant une attitude libérale face à la sexualité, elle a de meilleures chances de pouvoir s'exprimer sexuellement sans répression. Par contre, lorsqu'une personne institutionnalisée est sous la responsabilité d'un soignant affichant une attitude plus conservatrice, elle risque davantage d'être réprimée dans l'expression de sa sexualité (Brantlinger, 1983). Par ailleurs, le fait de devoir s'ajuster continuellement en fonction du personnel en place serait néfaste pour les personnes vivant en institution, surtout dans le cas de personnes ayant des capacités d'adaptation limitées (Keitner et Grof, 1981). Enfin, les personnes vivant en institution se retrouvent souvent en situation de double contrainte (Akhtar, 1977), ce qui est également néfaste pour elles. En effet, souvent les comportements sexuels les plus valorisés sont ceux qui sont interdits ou improbables dans un cadre institutionnel. Ainsi, une activité hétérosexuelle vécue en privé et survenant dans le contexte d'une relation amoureuse est hautement valorisée alors qu'un comportement homosexuel, surtout lorsqu'il est émis en public, est réprimé, voire réprimé. Cependant, les personnes vivant en institution n'ont souvent qu'un réseau social limité aux personnes présentes entre les murs de l'institution. Elles ont donc moins de chances de trouver un partenaire adéquat, elles sont parfois soumises à une ségrégation sexuelle ne leur permettant pas de contacts avec des personnes de l'autre sexe et elles ne bénéficient d'aucun espace privé ou destiné à l'intimité. De plus, lorsqu'il s'agit de personnes ayant passé toute leur vie en institution, celles-ci n'ont sans doute jamais eu de modèles socio-sexuels adéquats. Il leur est donc souvent impossible d'émettre les comportements socialement approuvés. De plus, les comportements qui leurs sont permis par leurs apprentissages antérieurs ainsi que par leur environnement leurs sont interdits au nom de règles sociales. Pourtant, quelle solution leur

reste-t-il, sinon celle d'émettre des comportements dits inadaptes, lesquels sont souvent très bien adaptés à leur environnement?

Sans une politique adéquate, aucun consensus ne peut exister et ce sont les attitudes du personnel et le niveau d'anxiété de chacun envers la sexualité qui déterminent la façon de réagir face aux comportements sexuels des résidents (Striar et Ensor, 1986). L'instauration d'une politique au niveau institutionnel permet donc de protéger les droits des résidents (Hall et Sawyer, 1978). Elle permet également de créer un consensus sur la façon d'intervenir face à un comportement sexuel, ce qui comporte des effets bénéfiques d'abord pour les résidents, mais également pour les membres du personnel qui n'ont plus à porter la responsabilité de permettre ou d'interdire, sous la pression du moment, à chaque fois qu'ils font face à un comportement sexuel (Keitner et Grof, 1981). Même si l'attitude des membres du personnel est souvent évoquée comme une cause de répression sexuelle à l'intérieur des institutions, il n'est aucunement question de leurs faire porter le blâme. En fait, l'attitude des membres du personnel est plutôt un instrument qu'une cause directe de répression car elle n'est que le reflet de la société dans laquelle ils vivent. De plus, les attitudes répressives sont souvent entraînées par un sentiment de responsabilité, ou de la volonté d'éviter le scandale et de satisfaire les attentes de leurs dirigeants ou des familles des personnes institutionnalisées. Enfin, le système de soin encourage souvent la surprotection des bénéficiaires et les comportements autoritaires (Craft et Craft, 1981; Craft, 1983; Giarni, 1987a, 1987b; Holbrook, 1989).

Si une politique en matière de sexualité s'avère nécessaire à l'intérieur des institutions, son implantation ne peut se faire sans la collaboration du personnel. Il est donc nécessaire que la planification d'une politique tienne compte de l'attitude du personnel et de sa disposition au changement face à divers aspects de la sexualité des bénéficiaires. Une politique trop conservatrice risque de ne pas procurer au personnel le support nécessaire, alors qu'une politique trop libérale ne sera pas appuyée ni mise en pratique par celui-ci. Le meilleur moyen de s'assurer de l'implantation d'une politique est donc de tenir compte de l'attitude du personnel par le biais d'une enquête. Il faut aussi concevoir cette politique en fonction de ces attitudes en évitant de promouvoir des comportements qui sont unanimement réprochés ou en fournissant un entraînement approprié à des groupes cibles en ce qui concerne les points où l'on observe beaucoup de variabilité dans l'attitude des répondants (Brantlinger, 1983; Matlisky, 1978; Mitchell, Doctor et Butler, 1978; Striar, 1981; Striar et Ensor, 1986).

### L'attitude du personnel face à la sexualité des bénéficiaires

Cinq études portant sur l'attitude du personnel face à la sexualité des personnes présentant un trouble mental (autre qu'une déficience intellectuelle) nécessitant une hospitalisation et quatorze études portant sur l'attitude du personnel face à la sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant aussi une prise en charge par une institution ont été recensées et sont résu-

mées ci-dessous. Elles sont présentées de façon distincte parce que selon la plupart des auteurs, les besoins de ces deux clientèles ne sont pas les mêmes et parce que l'attitude du personnel semble varier beaucoup en fonction de ces deux catégories. Toutefois les résultats des études rapportées ici ne permettent pas de préciser la nature des caractéristiques distinguant ces deux clientèles.

a) *Études réalisées avec des intervenants travaillant auprès de personnes présentant un trouble mental*

Akhtar et al. (1977) ont réalisé une étude sur le comportement sexuel des personnes hospitalisées en psychiatrie dans une unité où il n'y a pas de ségrégation rigide des sexes. Ils rapportent, entre autres faits, que les comportements sexuels les plus souvent observés sont les baisers et les enlacements. Lorsqu'un comportement sexuel est «découvert», dans 91% des cas, cette «découverte» est faite par des infirmières et que, dans 45% des cas, elles réagissent avec colère alors que, dans 25% des cas, elles réagissent avec déni ou embarras. Suite à leur étude ces auteurs proposent une ligne de conduite assez restrictive, non pas à cause de l'attitude du personnel, mais plutôt à cause de la condition psychologique de ces patients ainsi qu'à cause de considérations thérapeutiques, pharmacologiques et légales.

Keiner et Grof (1981) ont réalisé une enquête auprès de psychiatres responsables de services en Ontario. Aucun des services dirigés par les 70 répondants n'avait une politique écrite. Dix-neuf pourcent des répondants déclarent que, dans leur service, on «gère» les relations émotionnelles ou sexuelles entre patients en séparant les personnes impliquées. Vingt et un pour-cent déclarent supporter les personnes impliquées et utiliser la situation dans une perspective thérapeutique. Trente-neuf pourcent des répondants utilisent d'autres méthodes telles le bon sens, la confrontation, les séances de thérapie individuelle, des rencontres de groupe, des rencontres inter-disciplinaires pour déterminer de quelle façon gérer la situation, le congé du patient, un changement dans la médication ou encore l'exploration des émotions vécues par les membres du personnel. Enfin 21% utilisent une combinaison des approches déjà énumérées. Cette enquête révèle également que la proportion de services supportant les relations émotionnelles ou sexuelles entre patients est plus forte en région qu'en zone urbaine et que les départements de long terme sont plus supportant que les départements de court terme. Enfin, la majorité des répondants croient qu'ils est impossible d'établir une politique générale dans un domaine où de trop nombreuses variables sont en jeu.

Keitner et Grof (1981) concluent qu'une politique est sûrement difficile à implanter mais qu'elle demeure nécessaire pour éviter que les décisions ne se prennent arbitrairement. Une telle politique n'a pas à être legaliste ni rigide, disent-ils, mais elle doit déterminer les responsabilités de chacun: patients, membres du personnel infirmier et médecins. Elle doit tenir compte des variables liées au patient, au médecin et au milieu, ce dernier regroupement de variables incluant l'attitude du personnel. Cette attitude, qu'elle soit positive ou négative, a une in-

fluence déterminante sur l'émergence et l'évolution des relations entre patients. Le personnel devrait donc être impliqué activement et être conscient que les relations interpersonnelles entre patients peuvent avoir un effet bénéfique. Il est important de discuter de ces relations avec les patients comme de tout autre aspect de leur vie.

L'enquête de Masès (1975; voir Bourgeois, 1975) menée dans un hôpital psychiatrique où on a observé 17 couples de malades mentaux réunis et mariés à l'hôpital, révèle que 81% des infirmiers interrogés sont favorables aux mariages entre malades mentaux à condition qu'il n'y ait pas d'enfant et qu'un minimum d'autonomie socio-professionnelle soit possible.

Robert, Jousset, Lévy et al. (1974) ont réalisé deux enquêtes, l'une portant sur l'attitude du personnel infirmier par rapport à la mixité et l'autre face à l'attitude du personnel infirmier par rapport à la contraception pour les bénéficiaires. Neuf pourcent des répondants croient qu'il faut permettre les relations sexuelles chez les bénéficiaires, 8% croient qu'il faut les interdire, 33% croient qu'il faut les tolérer, autant croient qu'il faut les ignorer. Enfin, 17% des personnes interrogées se sont abstenues de répondre à cette question. Par ailleurs, l'examen des tableaux de fréquence suggèrent que les réponses les plus fréquentes, soit tolérer et ignorer, varient selon l'âge et le sexe. Les répondants en faveur de la «tolérance» sont plus jeunes que ceux qui sont en faveur de l'«ignorance» alors que plus d'hommes prônent la «tolérance» et plus de femmes l'«ignorance». La seconde enquête montre que la totalité des répondants d'un échantillon très majoritairement féminin sont en faveur de la contraception chez les bénéficiaires. Cependant seulement 13% croient qu'elle doit être pratiquée de façon systématique. Enfin, les auteurs concluent à partir des réponses et commentaires à cette deuxième enquête que le personnel montre un sentiment de responsabilité face à la conduite sexuelle des résidents de même que le sentiment qu'une protection est due aux malades, surtout les plus «fragiles».

Wasow (1980) est un des rares auteurs à s'être intéressé non seulement à l'attitude du personnel mais également à celle de la clientèle et à avoir mené une enquête visant simultanément les deux groupes. En ce qui concerne le personnel, son enquête révèle que 77% des répondants croient qu'un cours d'éducation sexuelle aiderait aux programmes de réhabilitation. Pourtant 66% des membres du personnel croient que moins de 50% des patients participeraient à un cours d'éducation sexuelle offert par l'hôpital alors que 72% des patients ont répondu qu'ils y participeraient. Quant à l'évaluation des difficultés sexuelles vécues par les patients, si ces derniers voient l'absence de partenaire comme la principale difficulté, pour le personnel elle vient en dernier lieu, après la pauvreté des relations interpersonnelles, l'incapacité de parler de sexualité, l'absence de connaissances et l'incapacité sexuelle («cannot perform»). Enfin, si 85% des patients sont en faveur de l'accès à des locaux où leur intimité serait respectée, seulement 66% des membres du personnel sont favorables à cette proposition. Les infirmières sont celles qui s'y opposent le plus, possiblement parce qu'elles sont celles qui ont à interagir le plus directement avec le comportement sexuel des patients.

b) *Études réalisées avec des intervenants travaillant auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle*

Mulhern (1975) a réalisé une enquête auprès des administrateurs de 82 institutions accueillant des personnes intellectuellement déficientes et a reçu 64 réponses en bonnes et dites formes. Les résultats indiquent que 70% des répondants sont en faveur de lignes de conduite claires. Pourtant, seulement 23% indiquent que leur institution possède de telles lignes de conduite. Ces résultats indiquent également que les répondants seraient généralement favorables à une attitude plus permissive que celle qui a cours dans leur institution. Par ailleurs, 67% croient que la frustration sexuelle contribue de façon significative aux problèmes d'ajustement des personnes institutionnalisées. Pourtant, les seules formes d'expression sexuelle permises dans ces institutions sont les baisers brefs en public et la masturbation en privée. Enfin, l'enquête de Mulhern révèle que les répondants sont plus tolérants face aux comportements sexuels émis en privé que face aux comportements sexuels émis en public.

Dupras et Lévy (1982) ont recueilli des données provenant de 126 centres d'accueil et de 82 écoles afin d'obtenir une image précise de la situation en regard des services sexologiques offerts aux personnes en difficulté d'adaptation, soit les déficients mentaux, les handicapés physiques et les mésadaptés socio-affectifs. Soixante-quatorze de ces centres d'accueil recevraient des déficients mentaux, mineurs et adultes. En ce qui concerne cette clientèle, les auteurs ont trouvé que seulement 47,9% des centres ont organisé des activités d'éducation à la sexualité s'adressant à leur clientèle, ce qui est inférieur d'au moins 29,9% à ce qui se fait avec les autres clientèles étudiées. Pourtant 83,3% des répondants reconnaissent la nécessité de telles activités. Par ailleurs, seulement 39,6% des centres ont organisé des activités de formation du personnel en matière de sexualité, ce qui est inférieur de 4,8% à ce qui se fait avec les autres clientèles. Pourtant, 70,8% des centres reconnaissent la nécessité de ces activités. A l'instar de Mulhern (1975), cette étude démontre un décalage entre ce qui se fait et ce qui est considéré comme souhaitable par les administrateurs d'établissements. Elle révèle de plus que les jeunes personnes intellectuellement déficientes sont moins bien desservies que les autres groupes étudiés. Cette situation semble refléter la situation qui prévaut dans la population puisque selon une étude de Dupras, Lévy et Samson (1982, 1984), les Québécois sont moins permissifs face à l'expression sexuelle des jeunes présentant une déficience intellectuelle qu'ils ne le sont envers d'autres groupes de jeunes en difficulté d'adaptation.

Si les deux études précédentes concernent l'attitude des administrateurs, la majorité des études recensées concernent l'attitude de divers groupes d'intervenants. L'étude de Brantlinger (1983) révèle que l'attitude des membres du personnel varie en fonction du type de résidence, de l'âge, de la présence d'une affiliation religieuse et de la fréquence des conversations portant sur des questions sexuelles. Par ailleurs, un changement significatif a été observé chez les groupes qui ont participé à un atelier visant une modification de l'attitude face à la sexualité des personnes intellectuellement déficientes. L'étude ne comporte pas de groupe contrôle. Toutefois, aucune modification n'a été observée entre deux pré-

tests, ce qui tend à confirmer que le changement observé est bien dû à la participation à l'atelier.

En Grande-Bretagne, une enquête du Département de la santé et de la sécurité sociale (1979, in Craft et Craft, 1981; Craft, 1983) démontre qu'un quart des infirmières en institution et qu'un cinquième du personnel des résidences pour adultes estiment que ces personnes devraient être découragées de s'engager dans des relations impliquant des activités sexuelles. Cette attitude s'expliquerait par les difficultés rencontrées par le personnel au niveau des comportements sexuels des bénéficiaires, lesquelles seraient dues à l'absence de formation.

Suite à une étude qualitative à l'intérieur de laquelle il a rencontré parents et éducateurs en entretiens semi-directifs, individuels et de groupe, Giami (1987a) conclut que les éducateurs voient la sexualité des personnes déficientes comme adolescente et sauvage, c'est à dire visible, provocatrice et irrépressible. De plus, les comportements sexuels des garçons sont vus comme agressifs, dominateurs et dépourvus d'affectivité. Enfin, les éducateurs estiment que les personnes déficientes sont incapables d'avoir des relations sexuelles normales. Ils s'attribuent toutefois une attitude relativement permissive et ils expliquent leurs conduites répressives par la nécessité de prévenir les grossesses ainsi que par les pressions exercées par les parents qui voient leurs enfants comme «angéliques» et déssexualisés même si eux aussi craignent les grossesses. Giami (1987b) constate aussi les divergences existant entre l'attitude des intervenants face à la sexualité des handicapés physiques et des handicapés intellectuels. Dans le premier cas, on investit des efforts considérables pour restaurer les fonctions sexuelles et la fertilité alors que, dans le second cas, les efforts vont dans le sens du contrôle, voire de la répression des comportements sexuels et de la fertilité. Cette divergence va donc dans le sens de celles qui ont été observées par Dupras et Lévy (1982) de même que par Dupras, Lévy et Samson (1982, 1984).

Gravel (1984) relate les difficultés rencontrées dans l'implantation d'une politique de normalisation sexuelle dans un centre d'accueil pour personnes intellectuellement déficientes. Parmi 84 personnes susceptibles de s'inscrire à des cours de formation pour lesquels elles étaient libérées avec solde, seulement 11 l'ont fait. Huit personnes seulement ont participé à la première rencontre d'un groupe d'action visant à assurer l'implantation du programme dans le milieu de travail et le groupe final ne comptait plus que cinq membres.

Dans le cadre de l'élaboration d'une politique sexuelle au centre d'accueil Charlevoix, Lemay (1985) a réalisé une étude qualitative visant à évaluer les besoins ressentis par différents groupes. Des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées avec 45 participants: clients, éducateurs, professionnels et parents. L'étude fait mention de six problèmes émanant du personnel et affectant la sexualité des bénéficiaires: (1) les comportements des éducateurs s'ajoutent à des réactions de défense qui les entraînent à interdire certains comportements plutôt qu'à éduquer ceux qui les émettent; (2) les éducateurs ne possèdent pas toutes les habiletés nécessaires pour comprendre le vécu sexuel des bénéficiaires; (3) l'absence de concertation fait en sorte que les éducateurs interviennent en fonction de leurs valeurs personnelles plutôt que selon un système d'éthique

sexuel cohérent; (4) les éducateurs manquent de formation sexologique ce qui les place dans une situation d'inconfort; (5) les éducateurs manquent parfois de disponibilité à cause de surcharges de travail; (6) les éducateurs sont mal à l'aise face à la sexualité des bénéficiaires et ils ont une attitude plutôt conservatrice. L'ensemble des personnes consultées acceptent toutefois comme allant de soi que les personnes déficientes puissent vivre leur sexualité. Cependant, les conditions dans lesquelles ils souhaitent voir les bénéficiaires exprimer leur sexualité relèvent de l'utopie.

Matlisky (1978) a étudié l'attitude du personnel auprès d'un groupe de 330 sujets représentant quatre différentes institutions et cinq différentes disciplines, soit des enseignants, des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmières et des préposés au soin des enfants («child care»). Les résultats indiquent que l'attitude envers l'éducation sexuelle des déficients intellectuels varie en fonction de l'institution et de la discipline, mais sans effet d'interaction. Les préposés au soin des enfants présentent les attitudes les moins positives face à l'éducation sexuelle des déficients intellectuels alors que les travailleurs sociaux présentent l'attitude la plus positive. Les autres catégories de travailleurs occupent une position intermédiaire. Par ailleurs, l'ensemble des sujets étaient plus favorables à l'éducation sexuelle des déficients légers («educable mentally retarded») qu'à un programme d'éducation sexuelle pour déficients modérés («trainable mentally retarded»). Enfin, cette étude a montré que dans l'ensemble, les sujets avaient une attitude assez libérale qui convergerait vers celle des spécialistes en éducation sexuelle des personnes intellectuellement déficientes, mais qu'il n'y avait pas d'accord unanime pour aucun des items analysés. De plus, les réponses aux items relatifs à la pornographie, à l'exposition aux stimuli sexuels, au coït, au mariage et à la procréation indiquent la présence d'un double standard défavorisant la population handicapée par rapport à la population normale. Matlisky conclut que l'attitude des membres du personnel est suffisamment positive pour assurer leur collaboration à un programme d'éducation sexuelle mais qu'un programme de formation est tout de même nécessaire.

Mitchell, Doctor et Butler (1978) ont étudié l'attitude de 117 sujets (intervenant, personnel de soutien et administrateurs) travaillant dans trois résidences pour personnes intellectuellement déficientes. Il appert que 72% des répondants considèrent les comportements hétérosexuels d'affection émis par les résidents comme acceptables. Plus les comportements émis sont intimes, moins ils sont acceptés. Ainsi, seulement 9,2% des répondants considèrent le coït comme acceptable. La même tendance se dessine pour les comportements homosexuels: 58,4% considèrent les comportements homosexuels d'affection acceptables alors que seulement 9,7% considèrent les relations homosexuelles acceptables. Dans l'ensemble, les comportements homosexuels sont perçus comme significativement moins acceptables que les comportements hétérosexuels et 31,2% des répondants croient qu'aucun comportement sexuel n'est acceptable. D'autre part, 80,3% des répondants estiment que des comportements inappropriés de masturbation se produisent, 63,2% estiment que des comportements hétérosexuels inappropriés se produisent et 69,2% estiment que des comportements homo-

sexuels inappropriés se produisent. De plus, les comportements sexuels émis en privé sont considérés comme plus acceptables que les comportements émis en public. Enfin, l'attitude du personnel varie en fonction de la résidence à laquelle les sujets sont attachés. Les auteurs concluent que leurs résultats montrent une tendance vers le conservatisme, que les programmes d'éducation sexuelle pour les résidents seront mieux acceptés s'ils sont conservateurs et s'ils sont précédés d'efforts visant à modifier les attitudes les plus conservatrices manifestées par les membres du personnel.

Selders-Powell (1980) étudie l'attitude de parents, de para-professionnels et de professionnels face à la sexualité et à l'éducation sexuelle d'adultes présentant une déficience intellectuelle modérée. Les résultats indiquent que l'attitude varie en fonction du groupe et de l'âge, les professionnels et les répondants les plus jeunes étant les plus favorables à une éducation sexuelle congruente avec le principe de normalisation. Elle recommande qu'un entraînement soit accordé aux para-professionnels puisque 61% d'entre eux rapportent faire du counselling sexuel de façon formelle ou informelle.

Une étude réalisée par Snowden (1983) auprès du personnel de centres d'accueil pour déficients intellectuels présente des résultats difficiles à interpréter mais qui tendent à indiquer que les membres du personnel sont conscients des besoins des résidents. Cependant, plusieurs demeurent peu permissifs face à des activités sexuelles avec partenaire. Cette permissivité semble cependant augmenter pour les activités sexuelles privées. Les activités sexuelles les plus souvent rapportées sont la masturbation, les contacts affectueux et les baisers. De plus, les résultats indiquent que le personnel estime manquer de formation sur le plan de l'éducation et du counselling sexuels.

Saunders (1979) a évalué l'attitude de 75 répondants répartis dans quatre centres pour déficients intellectuels. Les membres du personnel sont plus tolérants que les administrateurs face aux comportements sexuels sauf en ce qui concerne les comportements homosexuels. D'autre part, 99% des répondants sont en désaccord avec une vision déssexualisée ou infantilisée des déficients et croient que l'éducation sexuelle des résidents est une nécessité. Saunders conclut que le personnel exprime une grande tolérance face aux comportements sexuels des résidents et un intérêt à faciliter l'adaptation sexuelle. Il est à noter que 45% des membres du personnel rapporte avoir reçu un entraînement relatif à l'éducation et au counselling sexuels pour les résidents. Paradoxalement, les répondants rapportent que des règles assez strictes régissent les visites entre résidents de sexes opposés dans leur établissement respectif.

Striar (1981) a mené une enquête auprès de 323 membres du personnel de centres résidentiels et de 140 membres du personnel du réseau scolaire desservant les résidents intellectuellement déficients. L'attitude des membres du personnel varie minimalement en fonction du lieu (résidence ou école), du sexe et du statut professionnel. Cependant, les comportements sexuels émis en privé sont beaucoup mieux acceptés que les comportements émis en public. Par ailleurs, Striar divise les comportements sexuels des résidents en trois zones. La zone 1 regroupe les items qui seraient supportés par plus de 80% des répondants s'ils étaient per-

mis par une éventuelle politique, soit la masturbation en privé et les baisers brefs en privé. La zone 2 regroupe les items qui seraient supportés par 20 à 80% des répondants, soit les baisers brefs en public, les baisers prolongés en privé, les caresses en privé, les contacts sexuels en privé et les comportements homosexuels masculins et féminins émis en privé. Quant à la zone 3, elle regroupe les items qui seraient supportés par moins de 20% des répondants, soit la masturbation en public, les baisers prolongés en public, les caresses en public, les contacts sexuels en public et les comportements homosexuels masculins ou féminins émis en public. Enfin, la politique informelle appliquée par le personnel s'avère moins permissive que ce que les répondants souhaitent d'une politique officielle, ce qui peut s'expliquer par la peur de représailles. Striar conclut que non seulement les items de la zone 1 seraient appuyés par le personnel mais qu'une éventuelle politique doit permettre ces items afin d'être endossée. D'autre part, la conduite à suivre face aux items de la zone 2 doit être déterminée par des lignes de conduite précises à cause de la grande variabilité dans l'attitude du personnel. Un programme de formation devrait être prévu pour combler les écarts entre la position promulguée par la politique et l'attitude nécessairement divergente de certains membres du personnel. Quant aux items de la zone 3, ils ne devraient pas être permis par une éventuelle politique, d'une part parce qu'une telle position ne serait pas endossée par le personnel, et d'autre part, parce que ce serait encourager les résidents à émettre des comportements sexuels inadaptés, ce qui n'est pas conforme au principe de normalisation.

### Conclusion

L'attitude du personnel varie donc fréquemment en fonction de caractéristiques reliées à l'institution et à la profession. Le libéralisme ne semble cependant pas toujours proportionnel au degré de scolarité relié à la profession. Il semble par ailleurs que les infirmières soient moins tolérantes que d'autres groupes de professionnels, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont en contact direct et prolongé avec les bénéficiaires et qu'elles ont à prendre des décisions face aux comportements sexuels émis, décisions dont elles portent la responsabilité. L'attitude du personnel varie également en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le sexe et l'affiliation religieuse. Les jeunes, les hommes et les personnes sans affiliation religieuse seraient plus tolérantes. Cependant, les variations reliées à ces variables sont rapportées moins fréquemment. L'attitude du personnel varie également en fonction des caractéristiques des comportements sexuels émis par les bénéficiaires. Les comportements émis en privé sont beaucoup mieux tolérés que ceux qui sont émis en public, ce qui correspond aux normes sociales. Toutefois, le problème réside ici dans le fait que les personnes institutionnalisées ont peu souvent accès à l'intimité. Par ailleurs, plus un comportement est intime dans sa nature, moins il est toléré. Enfin, l'attitude du personnel varie souvent en fonction de l'orientation sexuelle, les activités homosexuelles étant un peu moins bien tolérées que les activités hétérosexuelles. Toutefois,

toutes proportions gardées, elles apparaissent comme relativement bien acceptées. On peut se demander si cette situation reflète l'attitude en vigueur dans la société ou si le personnel des institutions ne montre pas une tolérance un peu plus grande envers les bénéficiaires, soit à cause de leurs difficultés d'adaptation ou encore à cause des conditions restrictives auxquelles ils sont soumis. Il semble également qu'on soit moins permissif face aux personnes présentant une déficience intellectuelle que face à d'autres groupes présentant un problème d'adaptation. On remarque également beaucoup de variabilité entre les conclusions de différentes études. Il est difficile de savoir si ces variations sont dues à des différences dans les populations étudiées, dans les instruments de mesure utilisés ou à d'autres facteurs encore. De plus, on remarque souvent une grande variabilité à l'intérieur d'une même population, ce qui n'est pas sans conséquence quant à l'élaboration et à l'implantation d'une politique ainsi que d'ateliers de formation. Les activités de formation pour le personnel sont parfois souhaitées par les membres du personnel eux-mêmes et elles sont très souvent recommandées par les auteurs. Par ailleurs, on remarque que plusieurs études datent de dix ans et plus et que peu d'études ont été réalisées au Québec. La nécessité de nouvelles études est donc flagrante. De plus, comme on observe une variabilité inter-institutions, la recommandation de Striar de réaliser une étude avant l'élaboration et l'implantation d'une politique apparaît donc tout à fait justifiée. Enfin, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la sexualité des personnes présentant des troubles mentaux autre que la déficience intellectuelle. Les besoins sexuels de ces personnes de même que l'attitude du personnel envers leur sexualité restent méconnus. Des études permettant de mieux les connaître contribueraient sans doute à une meilleure adaptation de ces personnes. Enfin, il faudrait mentionner en terminant que d'un point de vue pratique une bonne évaluation de l'attitude du personnel par rapport à la sexualité des bénéficiaires permettra mieux d'évaluer les difficultés reliées à l'instauration de politiques favorisant une meilleure vie sexuelle chez les bénéficiaires. Par exemple, s'il s'avère que les personnes travaillant dans un milieu donné ont des réticences soit globalement, soit de façon plus spécifique concernant la vie sexuelle des bénéficiaires, il serait souhaitable d'envisager un programme très élaboré de formation et de sensibilisation du personnel sur ce sujet avant d'entreprendre l'instauration de changements et sans doute aussi de limiter dans un premier temps l'importance de ceux-ci. Par contre, s'il s'avère que le personnel a une attitude libérale concernant la sexualité des bénéficiaires, alors l'instauration de politiques en matière de sexualité pourrait se faire de façon beaucoup plus facile avec un programme de formation plus léger. Dans un cas comme dans l'autre, il importera de suivre de près la mise en application de nouvelles politiques à ce sujet dans les institutions et d'évaluer les difficultés qui en résultent dans le but d'évaluer les conséquences de l'instauration d'un tel programme et, en cas de difficultés, d'apporter les mesures correctives qui s'imposent.

Evidemment, ces questions sont très délicates sur le plan éthique. Certains pourraient dire que même si l'instauration de politiques en cette matière constitue un besoin, il n'en demeure pas moins que celles-ci pourraient avoir des effets

négatifs chez certains sujets. Il importe donc d'évaluer également les effets de ces changements sur le comportement des bénéficiaires. De façon préventive, lorsqu'il y a un doute, ces questions pourraient faire l'objet de discussions au sein de l'équipe d'intervenants et des recommandations pourraient être mises au dossier d'un bénéficiaire. Il reste que, dans l'ensemble et comme principe général, la situation des personnes vivant en institution devrait aller dans le sens d'une reconnaissance du droit fondamental à l'exercice de leur sexualité.

## ABSTRACT

According to the normalization principle, people living in institutions due to an intellectual deficiency or another mental disorder should be able to live in an environment that promotes having access to a normal and healthy sex life. However, many socio-historical or environmental factors interfere in such a way that these people are not able to freely and efficiently express their sexuality. The staff's attitude is considered a determining element in this situation. Nineteen studies concerning the staff's attitude are reviewed here and their conclusions are outlined. It seems that the employee's liberalism varies in function of factors such as the sexual orientation of the residents and the public or private characteristics of the expressed behaviors.

## Références

- Akhtar, S., Crocker, E., Dickey, N., Helfrich, R. N. et Rheuban, W. J. (1977). Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Diseases of the Nervous System*, 38, 5, 359-361.
- Barte, H., Ospitzel, G. et Venencie, L. (1982). La pratique sexuelle des malades mentaux en milieu ouvert et en institution. *Généraliste*, 4, (9), 9-14.
- Berman, C. et Rozensky, R. H. (1984). Sex education for the chronic psychiatric patient: The effects of a sexual-issues group on knowledge and attitudes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, 28-34.
- Boudreau, P. et Brueckmann, G. (1985). *Ebauche d'une philosophie du programme de la sexualité et d'une politique d'intervention au centre d'accueil Séneal*. Document inédit.
- Bourgeois, M. (1975). Sexualité et institution psychiatrique. *Évolution psychiatrique*, 40, 551-573.
- Boyer, L. (1984). *Politique de la Maisonnie Laurendière en matière de sexualité*. Document inédit.
- Brantlinger, E. (1983). Measuring variation and change in attitudes of residential care staff toward the sexuality of mentally retarded persons. *Mental Retardation*, 21, 17-22.
- Conway, A. (1976). Normalization: A beginning without an end. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 11, 341-345.
- Cornelius, D. A., Chipouras, S., Makas, E. et Daniels, S. M. (1982). *Who cares? A handbook on sex education and counseling services for disabled people*. Baltimore: University Park Press.
- Craft, A. (1983). Sexuality and mental retardation: A review of the literature. In A. Craft et M. Craft (Eds.), *Sex education and counseling for mentally handicapped people*. Baltimore: University Park Press.
- Craft, A. et Craft, M. (1981). Sexuality and mental handicap: A review. *British Journal of Psychiatry*, 139, 494-505.
- Craft, A. et Craft, M. (1983). *Sex education and counseling for mentally handicapped people*. Baltimore: University Park Press.
- Dupras, A. et Poissant, M. A. (1987). The fear of sexuality in residents of a long-term care hospital. *Sexuality and disability*, 8, 203-215.
- Dupras, A. et Lévy, J. J. (1984). Bilan des interventions en matière de sexualité dans les centres d'accueil et les écoles pour personnes en difficulté d'adaptation. In A. Dupras, J. J. Lévy et M. A. Auclair (Eds.), *Sexualité et difficultés d'adaptation*. Actes du symposium tenu à Montréal les 15, 16 et 17 octobre 1982. Longueuil: Iris.
- Dupras, A., Lévy, J. J. et Auclair, M. A. (1984). *Sexualité et difficultés d'adaptation*. Actes du symposium tenu à Montréal les 15, 16 et 17 octobre 1982. Longueuil: Iris.
- Dupras, A., Lévy, J. J. et Samson, J. M. (1984). Les attitudes des Québécoises et Québécoises à l'égard de la sexualité des jeunes personnes en difficulté d'adaptation. In A. Dupras, J. J. Lévy et M. A. Auclair (Eds.), *Sexualité et difficultés d'adaptation*. Actes du symposium tenu à Montréal les 15, 16 et 17 octobre 1982. Longueuil: Iris.
- Gami, A. (1987a). Les représentations de la sexualité des handicapés mentaux. In J. M. Alby et P. Sansoy (Eds.), *Handicap vécu, traité*. Grenoble: La pensée sauvage.
- Gami, A. (1987b). Coping with the sexuality of the disabled: A comparison of the physically disabled and the mentally retarded. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 41-48.
- Gravel, L. (1984). La politique sexuelle dans un centre d'accueil. In A. Dupras, J. J. Lévy et M. A. Auclair (Eds.), *Sexualité et difficultés d'adaptation*. Actes du symposium tenu à Montréal les 15, 16 et 17 octobre 1982. Longueuil: Iris.
- Hall, J. E. et Sawyer, H. W. (1978). Sexual policies for the mentally retarded. *Sexuality and Disability*, 1, 34-43.
- Hawkins, A. M. (1983). *Sex education for the moderately retarded: Parent-teacher attitudes and degree of student knowledge*. Thèse de doctorat. United States International University.
- Holbrook, T. (1989). Policing sexuality in a modern state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 75-79.
- Keitner, G. et Grof, P. (1981). Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital and community psychiatry*, 32, 188-193.
- Kempton, W. (1977). The sexual adolescent who his mentally retarded. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 104-107.
- Kempton, W. (1980). *Sex education for persons with disabilities that hinder learning*. Philadelphia: Duxbury Press.
- Kirkland Mims, A. A. (1981). *The effects of attitudes of a sex education workshop for teachers of the educable mentally retarded*. Thèse de doctorat. University of Alabama.
- Kramer Monal, R. (1982). *Sexuality and the mentally retarded: A clinical and therapeutic guidebook*. San Diego: College-Hill Press.
- Lanontagne-Cossette, G., Longpré, R. et Noël, L. (1984). L'expression de la sexualité en institution. *Bulletin de l'Association des sexologues du Québec*, 6, 38-45.
- Lemay, M. (1985). *Politique du centre d'accueil Charlevoix en matière de sexualité*. Document inédit.
- Matitsky, P. I. (1978). *Inter-disciplinary and inter-institutional attitudes toward the sex education and training of the mentally retarded*. Thèse de doctorat. Temple University.

- Minnier, D. E. (1978). *Sex education: a sourcebook for instruction of the trainable mentally retarded*. Thèse de doctorat. University of Arkansas.
- Mitchell, L., Doctor, R. M. et Butler, D. C. (1978). Attitudes of caretakers toward the sexual behavior of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency, 83*, 289-296.
- Mulhern, T. J. (1975). Survey of reported sexual behavior and policies characterizing residential facilities for retarded citizens. *American Journal of Mental Deficiency, 79*, 670-673.
- Munger, P. (1986). L'éducation sexuelle de personnes mentalement handicapées. *Bulletin de l'Association des sexologues du Québec, 8*, 30-37.
- Munger, P. (1988). *Pourquoi un projet de politique sur la sexualité dans un centre pour personnes mono ou multi handicapés?* Document inédit.
- Robert, R., Jousset, M. L., Lévy, L. et al. (1974). Attitudes et évolution de la position des soignants vis-à-vis de la contraception des malades dans un service psychiatrique mixte. A propos de deux enquêtes successives auprès du personnel infirmier. *Annales médico-psychologiques, 132*, 222-238.
- Rozensky, R. H. et Berman, C. (1984). Sexual knowledge, attitudes, and experiences of chronic psychiatric patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*, 21-27.
- Saunders, E. J. (1979). Staff members' attitudes toward the sexual behavior of mentally retarded residents. *American Journal of Mental Deficiency, 84*, 206-208.
- Selders-Powell, J. E. (1980). *A survey of attitudes of parents, para-professionals, and professionals toward the sexuality and the sex education needs of moderately mentally retarded adults*. Thèse de doctorat. University of Denver.
- Smith, J. (1984). Le dilemme des politiques et de l'éducation sexuelle. In A. Dupras, J. J. Lévy et M. A. Auclair (Eds.), *Sexualité et difficultés d'adaptation*. Actes du symposium tenu à Montréal les 15, 16 et 17 octobre 1982. Longueuil: Iris.
- Snowden, D. M. (1983). *Sexological policy*. Draft version. Centre de services sociaux Ville Marie. Document inédit.
- Striar, S. (1981). *Relating staff attitudes to the development of a comprehensive sexual policy for the institutionalized residents with mental retardation*. Thèse de doctorat. University of Michigan.
- Striar, S., Bauer, L. et Davis, O. (1981). Guidelines for responding to residents socio-sexual behaviors. In *Policy and procedure manual*. Plymouth center for human development. Document inédit.
- Striar, S. L. et Ensor, P. G. (1986). Therapeutic responses to adolescent psychiatric patients' sexual expression: Beyond a restriction/permission stance. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 5*, 51-69.
- Wasow, M. (1980). Sexuality and the institutionalized mentally ill. *Sexuality and Disability, 3*, 3-16.
- Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute of mental retardation.