

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PRÉVALENCE D'ABUS SEXUELS CHEZ LES PERSONNES HANDICAPÉES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
AMYLEE MAILHOT AMBORSKI

JUILLET 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Ève-Line Bussières, Ph.D.

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Ève-Line Bussières, Ph.D.

directrice de recherche

Julie Maheux, Ph.D.

évaluatrice interne

Sonia Hélie, Ph.D.

évaluatrice externe

Sommaire

L'état actuel de la littérature suggère que les personnes handicapées sont à plus haut risque de subir un abus sexuel au cours de leur vie que celles sans handicap avec les mêmes caractéristiques sociodémographiques. Malgré ce constat partagé, certains défis inhérents à la population handicapée (p. ex., canaux de communication différents, victimes de préjugés discriminatoires au regard de la sexualité) et à la méthodologie des recherches disponibles (p. ex., disparité des définitions utilisées de l'abus sexuel, non-reconnaissance des personnes handicapées en tant que groupe d'individus hétérogène) nous empêchent de relever l'ampleur du phénomène de victimisation sexuelle avec précision. L'objectif principal de ce travail vise donc à établir la prévalence nationale et mondiale des abus sexuels perpétrés contre les enfants et les adultes souffrant d'un handicap physique, intellectuel ou sensoriel au moyen d'une méta-analyse. Un objectif secondaire au premier consiste à déterminer si l'estimation du risque de victimisation sexuelle varie en fonction de l'âge, du sexe, du type de handicap, de la nature de l'abus sexuel (avec ou sans contact physique) et de la relation avec l'agresseur. La recherche documentaire a été menée dans les principales banques de données et a mené à l'identification de 409 études publiées; sur 103 études identifiées comme étant admissibles sur la base du titre et du résumé, 69 études correspondaient aux critères de sélection établis et ont été incluses dans le cadre de ce travail. Les résultats démontrent que la présence d'un handicap est significativement associée au risque d'être agressé sexuellement au cours de la vie. Les enfants et les adultes handicapés sont en effet à plus haut risque de subir un abus sexuel que leurs pendants sans handicap, mais ce sont les individus âgés de 21 ans et plus en situation de handicap qui

seraient les plus à risque avec un taux s'élevant à 2,72. Contrairement à ce qui est suggéré dans de nombreux travaux de recherche, le type de handicap ne constituerait pas une variable contribuant significativement à l'élévation du risque, sauf s'il est de nature sensorielle. Plus précisément, les personnes souffrant d'un handicap sensoriel sont 7,6 fois plus à risque d'y être exposées que la population générale, et quatre fois plus à risque que les autres types de handicaps. Les données correspondant au sexe, à la nature de l'abus sexuel subi et à la relation avec l'agresseur n'ont pas été documentées de façon systématique dans les études sélectionnées, de telle sorte qu'il n'a pas été possible d'en faire des modérateurs pour la présente méta-analyse. D'autres recherches devront être menées à cet égard afin de pouvoir isoler la contribution relative de chacun quant au risque de subir de la violence sexuelle et de déterminer en quoi les différents sous-groupes d'individus handicapés se distinguent en matière de prévention et d'intervention contre les abus sexuels.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
Définition : deux concepts centraux.....	6
Incapacité ou handicap.....	7
Abus sexuel ou agression sexuelle.....	11
Portrait général de la violence sexuelle contre les personnes handicapées.....	15
Violence faite aux femmes handicapées	17
Violence sexuelle faite aux hommes handicapés.....	25
Violence sexuelle faite aux enfants handicapés	29
Violence sexuelle en fonction des différents sous-types de handicap	35
Méthode.....	41
Question de recherche	42
Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	42
Stratégie de recherche documentaire	43
Extraction des données	43
Risque de biais au niveau des études primaires	49
Analyses statistiques	49

Analyse du risque de biais au niveau de l'ensemble des études	50
Tailles d'effets	51
Analyses de modérateurs	51
Résultats	53
Sélection des études	54
Analyse principale	57
Analyses en fonction des différents modérateurs	61
Discussion	64
Implications cliniques et recherches futures	76
Limites	87
Conclusion	93
Références	96
Appendice. Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse.....	108

Liste des tableaux

Tableau

1	Études exclues et raisons	56
2	Résultats (analyses de modérateurs)	58
3	Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse ($k = 84$)	109

Liste des figures

Figure

1	Diagramme de sélection des études	55
2	Diagramme en entonnoir (<i>funnel plot</i>).....	60
3	Métra-régression de l'année de publication.....	63

Remerciements

Une citation tirée d'un ouvrage réalisé par un grand philosophe français ne saurait mieux décrire mon expérience de rédaction depuis le commencement jusqu'à la veille du dépôt final :

« L'effort est pénible, mais il est aussi précieux, plus précieux encore que l'œuvre où il aboutit, parce que, grâce à lui, on a tiré de soi plus qu'il n'y avait, on s'est haussé au-dessus de soi-même. »

(Henri Bergson, 1919, dans *L'énergie spirituelle. Essais et conférences*).

Merci à toi, Ève-Line, pour ta simplicité, ton humour, ton ouverture d'esprit et ta sensibilité. Merci pour tout le respect et la reconnaissance dont tu as fait preuve à l'égard de mon travail au cours des quatre dernières années; tu as su aborder et assumer ton rôle de superviseure avec beaucoup d'humanité, si bien que mon expérience de collaboration auprès de toi se distingue de bien d'autres que j'ai vécues.

Merci à mon amoureux, Philippe, de m'avoir aidée à lâcher prise et à me rappeler qu'il était possible de me définir et de me valoriser autrement que par mon rendement scolaire. Merci d'avoir été présent à chaque étape de mon doctorat, de l'admission jusqu'à l'obtention de mon diplôme, et d'avoir accepté de relever ce défi avec moi; grâce à toi, j'ai appris – et j'apprends encore – à revenir à l'essentiel durant mes nombreux moments d'égarement et de découragement et à me faire de plus en plus confiance dans ce que j'entreprends.

Merci à mon frère, Jonathan, pour ton temps, ta générosité et ta patience. Merci d'avoir analysé le fond et la forme de ce projet doctoral – et de bien d'autres projets d'ailleurs – avec autant de rigueur et de minutie; le résultat final ne serait évidemment pas le même sans ta grande contribution et le partage de tes connaissances.

Introduction

Différents mouvements instigués par des individus qui militent de front pour dénoncer toute violence sexuelle faite aux femmes et aux enfants ont eu des retentissements importants au Canada comme partout ailleurs dans les dernières décennies. Si chacun d'eux espérait offrir une voix aux survivants et provoquer un éveil collectif quant aux différentes formes d'abus sexuels commis contre certaines populations vulnérables, le mouvement #MoiAussi parvient mieux que les autres à saisir le peuple québécois et à insuffler un vent de changement dans sa façon de réfléchir aux rapports humains et aux notions d'abus sexuels et de consentement. Bien que la définition de l'abus sexuel reste une zone de grande confusion où tout un chacun se la représente différemment, la frontière de ce qui est acceptable est manifestement en train de bouger partout dans le monde et invite à une véritable réflexion.

La vague de dénonciations découlant de ce mouvement social, dont plusieurs proviennent de personnalités publiques et influentes, rend bien compte de l'ampleur de sa portée et souligne en même temps l'omniprésence de la violence sexuelle dans divers contextes de vie; cette prise de parole mondiale par les survivants d'agression sexuelle soulève néanmoins plusieurs questionnements et inquiétudes concernant les individus chez qui la capacité à consentir à un rapport sexuel et à dénoncer un abus sexuel est hautement compromise par leur statut de handicap. Malgré que la documentation actuelle qui traite des agressions sexuelles commises envers les personnes handicapées soit peu

abondante au Québec, l'ensemble des écrits disponibles dans la littérature scientifique suggère que les enfants, les adultes et les personnes âgées en situation de handicap sont à plus haut risque d'être agressés sexuellement que ceux sans handicap avec le même profil sociodémographique (Basile, Breiding, & Smith, 2016; Benoit, Shumka, Phillips, Kennedy, & Belle-Isle, 2015; Nixon, Thomas, Daffern, & Ogloff, 2017). Dans la mesure où les enfants et les adolescents sont reconnus comme étant particulièrement vulnérables à toute forme de maltraitance, y compris sexuelle (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020), ceux qui présentent en plus un handicap se voient confrontés à des risques supplémentaires d'être agressés sexuellement (Brown, 2002) et à un taux de chronicité beaucoup plus élevé quant aux épisodes de maltraitance (Sullivan & Knutson, 2000). Il faut savoir de plus qu'à l'intérieur même de la population handicapée subsistent des différences importantes au regard des cotes de risque : en effet, la plupart des documents portant sur les abus sexuels commis envers les personnes handicapées échoue à tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe. Pourtant, certains types de handicaps sont malheureusement liés à un risque plus élevé de victimisation sexuelle que d'autres (Ballan et al., 2014; Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton, 2010; Conroy & Cotter, 2017; Lin, Yen, Kuo, Wu, & Lin, 2009; Opoku, Huyser, Mprah, Badu, & Alupo, 2016; Sullivan, Brookhouser, Scanlan, Knutson, & Schulte, 1991).

Ces derniers constats rappellent tout le travail qu'il reste à faire dans le domaine de l'agression sexuelle envers les personnes handicapées, tant au niveau de la recherche que sur le terrain. De toute évidence, cette clientèle souvent délaissée par les chercheurs est

exposée à une réalité complexe qui est difficile à bien saisir, notamment parce que les défis inhérents à la méthodologie des études de prévalence (p. ex., manque de consensus quant à la définition de l'abus sexuel utilisée par les auteurs, questions posées, absence de groupe contrôle) et à la problématique elle-même (p. ex., obstacles liés au dévoilement de l'abus) empêchent d'obtenir une appréciation juste du phénomène d'abus sexuel chez ce groupe d'individus en particulier (Nixon, 2009). Même si les statistiques sur la violence sexuelle sont largement reconnues comme des sous-estimations du nombre de cas réels, elles s'avèrent suffisamment élevées pour justifier la pertinence de s'y attarder plus sérieusement dans le cadre d'une méta-analyse; cet intérêt pour la population handicapée est d'autant plus clair et justifié considérant que le principe de consentement est central dans la détermination d'un acte sexuel illégitime (Brown, 2002).

L'objectif du présent essai doctoral vise dans un premier temps à établir la prévalence nationale et mondiale des agressions sexuelles commises envers les personnes souffrant d'un handicap intellectuel, physique ou sensoriel. Compte tenu du fait que certains facteurs aient été répertoriés dans la littérature comme étant associés à des taux de risque plus élevés de victimisation sexuelle chez cette population, un second objectif consistera à déterminer, dans la mesure du possible, si le taux de prévalence d'abus sexuels varie selon l'âge, le sexe, le type de handicap, la nature de l'abus et la relation qu'a l'individu avec son agresseur.

Contexte théorique

Ce chapitre fait état de la littérature scientifique disponible sur les abus sexuels perpétrés contre les personnes handicapées et se décompose en quatre sections : la première présente les différentes définitions du handicap et de l'agression sexuelle utilisées dans les travaux de recherche et circonscrit celles qui serviront de cadre de référence pour le présent travail. La deuxième fournit un portrait statistique de l'incapacité au Québec et au Canada et décrit la situation générale des individus âgés de 0 à 14 ans et de 15 ans et plus. La troisième documente la spécificité des situations vécues par les enfants, les femmes et les hommes handicapés au regard de la violence sexuelle et fait ressortir les différences observées relativement à l'âge, au sexe, au type de handicap, à la nature de l'abus sexuel subi (avec ou sans contact physique) et à la relation avec l'agresseur. Finalement, la quatrième précise le principal objectif de cette méta-analyse, de même que les modérateurs qui seront examinés.

Définition : deux concepts centraux

La variabilité des définitions utilisées dans les écrits scientifiques présuppose que les contours de la notion d'incapacité ou de handicap et de celle d'abus sexuel ne sont pas délimités clairement. Le recours à différentes définitions et terminologies pour décrire un même phénomène rappelle toute la complexité devant laquelle les chercheurs se trouvent, plus particulièrement lorsque ces concepts sont étudiés en interaction. Pour des raisons évidentes, il s'avère essentiel de bien camper les concepts centraux qui feront l'objet de

ce travail avant d'examiner de plus près le phénomène d'abus sexuel chez les personnes handicapées.

Incapacité ou handicap

La définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, citée dans Cambois & Robine, 2003) représente le modèle universel de référence et fait la distinction entre trois niveaux du handicap, c'est-à-dire la déficience, l'incapacité et le désavantage social. Plus précisément, l'OMS (p. 64) postule qu'une déficience réfère à « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » due à une maladie (p. ex., liée à l'âge), à une malformation ou à un accident. La déficience est généralement d'ordre physique (ou motrice), mental ou sensoriel et peut conduire à des incapacités qui limitent l'individu dans ses activités ou dans sa capacité à participer à la vie en société. Ainsi, l'incapacité se définit comme étant « toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (p. ex., difficulté à lire ou à conduire) » (p. 65). Elle peut se mesurer à partir de différents questionnaires au sein desquels se trouvent plusieurs modules de questions liées aux activités élémentaires (p. ex., se nourrir, se vêtir, se laver), aux activités instrumentales (p. ex., faire le ménage, préparer les repas) de la vie quotidienne et aux performances de l'organisme (p. ex., monter et descendre un escalier, utiliser ses mains). Enfin, le désavantage social d'un individu réfère au préjudice « résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal compte tenu de l'âge,

du sexe et des facteurs sociaux et culturels) » (p. 66). Or, le handicap doit être vu comme le résultat d'interactions complexes entre les conditions de santé d'un individu et des facteurs contextuels; il ne s'agit plus d'un simple problème de santé où l'individu est au centre de cette problématique tel qu'il est initialement proposé par l'OMS en 1980, mais plutôt d'un construit social où le handicap est directement lié à un contexte (Direction interministérielle du numérique, n.d.).

Au Québec, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* repose sensiblement sur les mêmes postulats que l'OMS. Selon cette loi, une personne est handicapée lorsqu'elle souffre d'une déficience entraînant une incapacité significative et persistante (p. ex., de nature motrice, intellectuelle, de la parole, visuelle), dont le niveau de sévérité est susceptible de faire obstacle à l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne; les enfants, les adultes et les personnes âgées peuvent correspondre à cette définition, tout autant que ceux chez qui l'incapacité survient de façon épisodique ou cyclique. Les termes *déficience*, *incapacité* et *obstacle* proviennent d'un modèle explicatif élaboré par le Réseau international sur le Processus de production du handicap et se réfèrent sensiblement aux trois mêmes composantes proposées par l'OMS (c.-à-d. déficience, handicap et désavantage social). Le modèle rappelle que l'individu peut se déplacer sur le continuum de la participation sociale et se retrouver, selon l'interaction entre ses caractéristiques propres et son environnement physique et social (c'est-à-dire les obstacles et facilitateurs rencontrés au quotidien), en situation de handicap. Toutes les sphères de sa vie n'ont pas

à être touchées soit par la situation de participation sociale ou par la situation de handicap, puisque l'individu pourrait être en mesure de se laver, de se nourrir et de se déplacer de façon autonome dans sa résidence privée, mais se retrouver en situation de handicap au travail parce que l'environnement est mal adapté (Office des personnes handicapées du Québec, 2019).

Si certaines définitions sont apparentées ou plus couramment utilisées que d'autres dans la littérature, les chercheurs peuvent avoir une interprétation différente de celles-ci si l'on se fie à la variabilité des mesures utilisées pour évaluer la présence d'un handicap chez un participant. En effet, la formulation des questions et les aspects évalués à travers celles-ci varient d'une étude à l'autre : par exemple, certains vont considérer que la personne est handicapée si elle rapporte être limitée de quelque façon que ce soit dans ses activités en raison de problèmes physiques, mentaux ou émotionnels ou si sa condition de santé requiert des équipements d'assistance (p. ex., canne, fauteuil roulant, lit spécialisé) (p. ex., Barrett, O'Day, Roche, & Carlson, 2009; Basile et al., 2016; Martin et al., 2006; Mitra, Mouradian, Fox, & Pratt, 2016; Smith, 2008). Le principal inconvénient de ces formulations est qu'elles ne permettent pas de dégager le risque relatif à chacun des handicaps parce que les données qui sont fournies sont généralement agglomérées. Par ailleurs, il arrive que les chercheurs documentent la présence d'un handicap à l'aide d'une ou deux questions qui couvrent un nombre infini de possibilités, ce qui fait en sorte que la composition des échantillons est susceptible d'être très hétérogène quant au type de handicap et au niveau d'atteinte : « Avez-vous un handicap physique ou un problème de

santé à long terme? » (p. ex., Alriksson-Schmidt, Armour, & Thibadeau, 2010), « Avez-vous un handicap physique qui limite en quelque sorte le fonctionnement de votre corps? » (Mueller-Johnson, Eisner, & Obsuth, 2014) et « Avez-vous un problème de santé ou un handicap physique ou mental présent ou devant être présent pendant 12 mois et plus, et qui vous limite dans vos activités quotidiennes? » (Khalifeh, Howard, Osborn, Moran, & Johnson, 2013). Le recrutement ou le type de participants recherchés peut également constituer une source de variabilité importante pour les taux de risque estimés dans les études. Alors que certains auteurs vont recruter des participants qui s'identifient eux-mêmes comme étant des personnes handicapées sur la base de questions posées à ce sujet (p. ex., Alriksson-Schmidt et al., 2010; Anderson & Leigh, 2011; Austin, Herrick, Proescholdbell, & Simmons, 2016; Barrett et al., 2009; Smith, 2008), d'autres vont aller chercher des participants qui ont reçu un diagnostic de handicap confirmé par un professionnel ou par des instruments de mesure standardisés (p. ex., Ammerman, van Hasselt, Hersen, McGonigle, & Lubetsky, 1989; Beail & Warden, 1995; Brownlie, Jabbar, Beitchman, Vida, & Atkinson, 2007; Euser, Alink, Tharner, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2016; Fogden, Thomas, Daffern, & Ogloff, 2016; Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005; Sullivan et al., 1991). Quelques chercheurs choisiront de consulter une liste de personnes handicapées faisant partie d'un réseau, d'une communauté ou d'un programme destiné à leur intention pour recruter (p. ex., Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco, & Mino-León, 2015; Hasan, Muhaddes, Camellia, Selim, & Rashid, 2014; Puri, Misra, & Hawkes, 2015).

Dans le cadre de ce présent travail, la sélection des études s'appuiera essentiellement sur la définition du handicap proposée par l'OMS ou sur toute formulation reposant sur les mêmes postulats. Malgré que la définition de l'OMS constitue le modèle universel de référence, le lecteur est averti que ce qu'elle postule en elle-même peut mener à des échantillons composés de participants légèrement, modérément et sévèrement atteints – notamment, parce que la définition inclut les limitations partielles ou totales. Cette étendue de possibilités par rapport au niveau de sévérité du handicap peut faire en sorte que les groupes étudiés soient grandement hétérogènes ou composés majoritairement de participants avec un handicap léger ou modéré. Même en l'absence d'une surreprésentation de ces derniers dans un échantillon, cette variabilité peut s'observer entre les échantillons d'études indépendantes qui seront combinés, ce qui sera à considérer lors de l'interprétation des résultats. Ceci étant dit, notons que les termes *incapacité*, *avec handicap*, *en situation de handicap* et *personne handicapée* seront utilisés de façon interchangeable.

Abus sexuel ou agression sexuelle

Il n'existe actuellement pas de définition universelle de l'agression sexuelle. En effet, la définition de l'agression sexuelle peut varier en fonction du pays, de l'état ou de la culture où elle s'insère et peut être interprétée selon différentes perspectives (politique, légale, clinique ou scientifique). Toutefois, un principe de première importance demeure au cœur de chacune de ces visions, soit celui du consentement; en son absence, ou lorsqu'il y a compromission de celui-ci (p. ex., en raison de l'âge, d'un handicap, d'une intoxication

à l'alcool, d'abus de confiance et de pouvoir, d'une situation de dépendance), il sera davantage question d'agression sexuelle que de contact sexuel au sens de la loi (INSPQ, 2020). Selon la définition adoptée initialement par le gouvernement du Québec dans les « Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle », est considérée comme une agression sexuelle tout acte de pouvoir et de domination de nature criminelle. Plus précisément :

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

Cette définition s'applique indépendamment des caractéristiques de l'individu (p. ex., âge, sexe, orientation sexuelle, religion), du geste à caractère sexuel posé, du milieu de vie où il a eu lieu et de la relation entre la victime et l'auteur d'abus sexuel (INSPQ, 2020).

Par ailleurs, les définitions de l'agression sexuelle retenues par les auteurs varient grandement d'une étude à l'autre. D'une part, certains prévoient inclure les abus sexuels sans contact physique dans leur définition (Euser et al., 2016; Mitra et al., 2011; Mueller-Johnson et al., 2014) tels que l'exhibitionnisme, le harcèlement verbal, l'exposition à des actes sexuels et la cyberviolence sexuelle. Ce complément d'information permet une incursion plus complète dans la réalité des personnes handicapées en ce qui a trait à la violence sexuelle, mais a comme inconvénient de faire grimper les taux de prévalence

rapportés dans les études de façon considérable. D'autre part, plusieurs auteurs vont se limiter aux abus sexuels avec contact physique pour définir la présence d'une agression sexuelle, alors que quelques-uns parmi eux seront encore plus restrictifs en ne documentant qu'une ou deux formes d'abus sexuel en particulier de cette catégorie (Anderson & Leigh, 2011; Blum, Kelly, & Ireland, 2001; Brownlie et al., 2007; Fogden et al., 2016). Dans le même esprit, il existe plusieurs autres cas de figure où il importe d'interpréter les résultats d'une étude avec une certaine réserve. Notamment, il arrive que les auteurs fournissent une définition de l'agression sexuelle, mais que le cadre de référence auquel elle appartient ne soit pas suffisamment clair pour guider le lecteur dans son interprétation : par exemple, Opoku et ses collaborateurs (2016) évoquent que la violence sexuelle renvoie à tout acte ou tentative de s'engager dans une activité sexuelle avec une personne sans son consentement. Cette définition ne permet pas de déterminer avec certitude si les expériences sexuelles non désirées sans contact physique constituent un abus sexuel selon les auteurs. Par ailleurs, certains auteurs omettent complètement de présenter leur définition de l'agression sexuelle (Giraldo-Rodríguez et al., 2015; Krnjacki, Emerson, Llewellyn, & Kavanagh, 2016; Platt et al., 2017), indiquent qu'ils ont eu recours à des questionnaires incluant certains items sur la violence sexuelle sans que ceux-ci soient accessibles pour le lecteur (Kvam, 2004) ou documentent la présence d'abus sexuel à l'aide d'items de question qui sont trop larges et imprécis (p. ex., « Avez-vous déjà été abusé sexuellement? », « Avez-vous déjà expérimenté quelque chose de sexuel que vous auriez trouvé dégradant ou humiliant? ») (Hasan et al., 2014; Mandell et al., 2005). De la même manière que ceux qui recourent à une définition trop large de l'agression sexuelle,

il est impossible de savoir dans quelle mesure les auteurs tiennent compte de la multiplicité des situations d'agressions sexuelles lorsqu'une seule question est posée aux participants pour mesurer sa fréquence (p. ex., « Est-ce qu'une personne vous a forcé à avoir des relations sexuelles ou à faire des choses sexuelles durant la dernière année? ») (Díaz-Olavarrieta, Campbell, García de la Cadena, Paz, & Villa, 1999; Longobardi & Badenes-Ribera, 2018; Martin et al., 2006).

La présence de variations dans les définitions utilisées ne peut faire autrement que de mener à des variations dans les taux de prévalence rapportés dans les études. S'ajoute à cette variabilité le fait que les auteurs ne s'intéressent pas forcément aux mêmes catégories ou sous-catégories de violence sexuelle et qu'une divergence de terminologie puisse être présente dans certains cas. Ces limites méthodologiques sont inhérentes aux études portant sur les agressions sexuelles de façon générale et ne nous permettent pas d'explorer le phénomène de victimisation sexuelle dans sa globalité. Malgré que la prise en compte des abus sexuels avec et sans contact physique contre les personnes handicapées demeure souhaitable pour la présente méta-analyse, certains enjeux seront à considérer pour permettre l'atteinte de cet objectif. La position adoptée par le gouvernement du Québec en matière d'agressions sexuelles dans les « Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles » servira néanmoins de cadre de référence pour délimiter les contours de l'abus sexuel dans ce travail. Tout comme pour le handicap, plusieurs termes seront utilisés pour désigner une agression sexuelle, tels que violence sexuelle, abus sexuel et maltraitance sexuelle; ces termes plus généraux seront également employés de manière

interchangeable et référeront à toute agression sexuelle avec ou sans contact physique. Certaines précisions sur les catégories de violence sexuelle étudiées seront néanmoins apportées lorsque ce sera possible (p. ex., viol, pénétration anale, masturbation, exhibitionnisme).

Portrait général de la violence sexuelle contre les personnes handicapées

L'intérêt grandissant des chercheurs pour les agressions sexuelles n'est pas sans rapport avec l'idée que, selon les études de prévalence actuelles, au moins une femme sur cinq et un homme sur dix rapporteraient une histoire de victimisation sexuelle durant l'enfance (Tourigny & Baril, 2011). Les connaissances disponibles dans le domaine de l'agression sexuelle indiquent également que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, la victimisation à l'enfance et l'environnement dans lequel l'individu évolue constituent des facteurs de risques importants (Macdowall et al., 2013), les deux premiers étant les plus fortement associés au risque d'être victime d'agression sexuelle dans la littérature (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Alors que le fait d'être aux prises avec un handicap fait également partie des facteurs de risque pouvant augmenter la vulnérabilité d'un individu à être agressé sexuellement (Plummer & Findley, 2012), les chercheurs font souvent l'économie de cette réalité pour ne s'intéresser qu'à celle vécue par les populations vulnérables plus habituelles telles que les femmes et les enfants sans handicap. Les données issues des grands sondages nord-américains sur la victimisation sexuelle contre les personnes handicapées soulignent pourtant l'importance d'agir avec empressement : en effet, selon l'Enquête sociale générale (ESG) réalisée en 2014 sur la sécurité des

Canadiens, les personnes ayant une incapacité physique ou mentale sont deux fois plus à risque de subir une agression sexuelle que celles du même genre et du même âge sans incapacité (Conroy & Cotter, 2017). Le Bureau des statistiques de la justice aux États-Unis a mené une enquête entre 2009 et 2015 sur les crimes perpétrés contre la population handicapée et révèle que les personnes handicapées âgées de 12 à 65 ans sont 3,5 fois plus à risque de subir une agression sexuelle que la population générale; le danger d'être touché par le phénomène de victimisation sexuelle augmenterait lorsque la personne est polyhandicapée, ce qui ne semble pas être le cas pour les autres crimes violents graves étudiés (p. ex., vol et agression aggravée). D'autre part, l'enquête menée par Bergeron et ses collègues (2016) sur la présence de violence sexuelle en milieu universitaire (VSMU) au Québec parvient à dégager les mêmes conclusions, à savoir que les personnes avec un handicap ou un problème de santé suffisamment important pour nuire à l'accomplissement de leurs activités courantes rapportent une fréquence significativement plus élevée de VSMU que celles sans handicap. Plus concrètement, 46,1 % des étudiants en situation de handicap déclarent avoir subi au moins un épisode de VSMU depuis leur arrivée à l'université, comparativement à un taux s'élevant à 35,6 % pour leurs pairs sans handicap; même si la définition de violence sexuelle empruntée par les auteurs se veut plus inclusive, c'est-à-dire qu'elle couvre un spectre plus étendu d'expériences sexuelles, les taux présentés témoignent de la diversité des contextes dans lesquels la violence sexuelle contre cette population peut s'observer.

Ces quelques données ne suffisent évidemment pas à donner un portrait précis de l'état de la situation des personnes handicapées en matière d'abus sexuel. Si le seul lien existant entre l'abus sexuel et la présence d'un handicap n'est plus à remettre en doute (Austin et al., 2016; Basile et al., 2016; Fodgen et al., 2016; Haydon, McRee & Tucker Halpern, 2011; Krnjacki et al., 2016; Macdowall et al., 2013; Nixon et al., 2017; Smith, 2008), les variations observées à l'intérieur même de la population handicapée sur plusieurs plans sont telles qu'il paraît nécessaire de présenter dans un deuxième temps ces sous-groupes de façon séparée. Malgré l'importance de tenir compte des spécificités des situations vécues par les enfants, les femmes et les hommes handicapés, cette déclinaison n'empêche ni le chevauchement des réalités entre eux ni la présence de marqueurs de risque communs face au phénomène de victimisation sexuelle.

Violence faite aux femmes handicapées

Les écrits scientifiques sont nombreux à démontrer que les femmes handicapées sont à plus haut risque de subir de la violence sexuelle que les femmes non handicapées, chez qui le risque encouru est déjà plus important que celui observé dans la population générale (Alriksson-Schmidt et al., 2010; Basile et al., 2016; Brownlie et al., 2007; Haydon et al., 2011; Martin et al., 2006). Par exemple, Martin et ses collègues (2006) suggèrent dans leurs travaux que les femmes handicapées font face à un risque presque cinq fois plus grand d'être agressées sexuellement que celles sans handicap, alors que la présence d'un handicap ne paraît pas être associée à un risque plus accru de subir une agression de nature physique. Basile et ses collaborateurs (2016) obtiennent des résultats similaires et révèlent

pour leur part que les femmes handicapées affichent des taux de risques plus élevés pour toutes les catégories et sous-catégories de violence sexuelle examinées : comparativement à leurs homologues sans handicap, les femmes handicapées sont trois fois plus à risque de subir un viol avec usage de la force physique, 2,5 fois plus à risque d'être victimes de coercition sexuelle (sans usage de la force physique) et 2,3 fois plus à risque d'être exposées à des gestes à caractère sexuel non désirés sans contact physique. L'étude menée par Haydon et ses collègues (2011) auprès de participants souffrant d'un handicap physique démontre que les femmes handicapées sont en effet beaucoup plus susceptibles de rapporter un incident de violence sexuelle avec usage de la force physique que les femmes non handicapées. Ils remarquent toutefois que les femmes issues des populations handicapées et non handicapée partagent plutôt un risque similaire pour ce qui est de la coercition sexuelle (sans l'usage de la force physique), contrairement aux conclusions tirées par l'équipe de travail citée juste avant (Basile et al., 2016). La situation n'est pas plus différente chez les jeunes adolescentes atteintes d'un handicap physique / problème de santé à long terme (Alriksson-Schmidt et al., 2010), d'un handicap lié à la mobilité (Blum et al., 2001), d'un trouble du langage (Brownlie et al., 2007; Mansbach-Kleinfeld, Ifrah, Apter, & Farbstein, 2015), d'un trouble d'apprentissage (Blum et al., 2001; Mansbach-Kleinfeld et al., 2015) ou d'une déficience auditive (Mansbach-Kleinfeld et al., 2015), puisqu'elles ressortent toutes comme étant à plus haut risque de subir une expérience de violence sexuelle (Alriksson-Schmidt et al., 2010; Blum et al., 2001; Brownlie et al., 2007; Mansbach-Kleinfeld et al., 2015) et d'être contraintes par la force physique à un rapport sexuel que leurs compagnes du groupe contrôle (Alriksson-Schmidt

et al., 2010); reste à voir si la cote de risque varie en fonction du type de handicap. Même dans les études menées de façon rétrospective ou portant plus spécifiquement sur les abus sexuels subis durant l'enfance, les femmes handicapées sont significativement plus nombreuses à rapporter des expériences de violence sexuelle étant jeunes que celles sans handicap (Austin et al., 2016; Kvam, 2004; Stromsness, 1994). Certaines tranches d'âge seraient également plus propices à subir de la violence sexuelle que d'autres chez les femmes (handicapées ou non handicapées) : par exemple, l'équipe de Macdowall et al. (2013) et celle de Puri et al. (2015) soulignent que les femmes âgées de moins de 20 ans ou de plus de 65 ans sont moins nombreuses à rapporter une expérience d'abus sexuel que celles âgées de 20 à 25 ans et de 36 ans et 64 ans (Macdowall et al., 2013; Puri et al., 2015). Ces résultats peuvent néanmoins être démentis par d'autres, puisque les personnes handicapées âgées de 12 à 15 ans représentent la tranche d'âge enregistrant le plus haut taux de crimes violents graves (incluant les agressions sexuelles) perpétrés à leur endroit (Harrell, 2017).

Notons par ailleurs que l'usage de la force physique comme information récurrente dans les écrits portant sur la violence sexuelle faite aux femmes handicapées (Alriksson-Schmidt et al., 2010; Basile et al., 2016; Hasan et al., 2014; Haydon et al., 2011; Puri et al., 2015) suggère implicitement que ces dernières présenteraient des caractéristiques individuelles et inhérentes à leur handicap qui pourraient augmenter leur vulnérabilité aux formes de violence sexuelle plus sévères. Si cette observation n'est que présomption pour l'instant, un consensus émerge tout de même dans la communauté scientifique voulant

que les femmes handicapées soient doublement défavorisées au regard de la victimisation sexuelle, dont une première fois par leur statut de femme et une seconde fois par leur statut de handicap (Brown, 2002; Brownridge, 2006; Curry, Hassouheh-Phillipps, & Johnston-Silverberg, 2001; Réseau d'action des femmes handicapées, 2013). Apparemment, cette double discrimination fondée sur le sexe et le handicap les exposerait à un taux plus élevé de risque de violence, à une plus grande diversité de formes d'abus et à des séquelles plus importantes quant au nombre et à leur sévérité (Réseau d'action des femmes handicapées, 2013); non seulement les femmes handicapées sont à risque de subir les mêmes abus que ceux vécus par les femmes de la population générale (p. ex., abus verbaux, émotionnels, physiques et sexuels commis par les membres de la famille ou amis proches, voisins, connaissances, étrangers), mais elles sont également en proie à d'autres formes d'abus liées plus spécifiquement à la présence de leur handicap (p. ex., être contrainte de donner un baiser pour obtenir des soins personnels, être privée de médication si absence de rapport sexuel) (Nosek, Foley, Hughes, & Howland, 2001; Réseau d'action des femmes handicapées, 2013). Plusieurs autres hypothèses sont proposées dans la littérature pour expliquer une telle surreprésentation de ce sous-groupe dans les études portant sur les agressions sexuelles. Il faut se rappeler néanmoins que certains facteurs de risque ou éléments de compréhension présentés pour les femmes handicapées ne sont pas exclusifs à celles-ci et peuvent s'appliquer à tous les autres sous-groupes de la population handicapée; leur présentation dans cette sous-section en particulier se veut très générale et s'inscrit uniquement dans une logique où la plupart des documents disponibles sur le sujet s'intéressent davantage aux survivantes féminines.

Pour commencer, certains auteurs vont suggérer que les stéréotypes sociaux dans lesquels les personnes handicapées sont fréquemment enfermées et l'idée souvent véhiculée qu'elles sont des êtres sans sexualité, dépendantes, passives, silencieuses, isolées et moins difficiles à dominer, les rendent malheureusement plus vulnérables à diverses formes de violence comme la violence sexuelle (Brownridge, 2006; Curry et al., 2001; Meer & Combrick, 2015; Nixon, 2009; Nosek, Howland, Rintala, Young, & Chanpong, 2001; Nosek, Howland, & Young, 1997; Smith, 2008). D'autres vont ajouter qu'elles sont limitées dans leur capacité à se sortir d'une situation à haut risque et à se protéger de celle-ci, physiquement ou autrement : par exemple, les femmes handicapées peuvent avoir de la difficulté à percevoir qu'elles sont dans une situation abusive ou à distinguer une relation intime d'une situation de maltraitance sexuelle (McCabe, Cummins, & Reid, 1994; Smith, 2008). Cette reconnaissance peut se complexifier dans les cas où il y a eu un manque certain d'éducation sexuelle (Nosek, Howland, Rintala et al., 2001; Smith, 2008), et peut être particulièrement difficile à envisager chez celles ayant un fort lien de dépendance à leur agresseur pour diverses raisons (Brownridge, 2006; Curry et al., 2001; Riddington, 1989). Elles peuvent évidemment être en mesure de détecter qu'elles sont en danger, mais être limitées dans leur capacité d'échappement au niveau physique (p. ex., au regard de la nature du handicap, de l'architecture des lieux où elles se trouvent et de l'accès à des équipements adaptés pour les déplacements), langagier (p. ex., incapacité à communiquer, à s'exprimer clairement, à crier en cas d'urgence) ou sensoriel. D'ailleurs, la condition de santé des femmes handicapées – et des personnes handicapées en général – nécessite parfois que des soins particuliers ou qu'une prise en

charge complète de la part des institutions désignées ou des membres de la famille soient faits; le type d'assistance dont elles ont besoin (p. ex., soins d'hygiène personnelle), le type de structure dans laquelle cette aide est dispensée (p. ex., CHSLD, ressources intermédiaires, ressources d'hébergement de type familial, hôpitaux) et les caractéristiques de celle-ci (p. ex., endroits clos, fort roulement du personnel soignant, contact avec d'autres usagers également auteurs d'abus) sont autant d'éléments qui peuvent contribuer à l'élévation du risque d'être agressé sexuellement (Nosek, Howland, Rintala et al., 2001; Tremblay et al., 2017). À cet égard, Opoku et ses collègues (2016) soulignent que le manque de soutien de la part de la famille ou le rejet total de celle-ci oblige généralement les femmes handicapées à se tourner vers d'autres ressources d'aide pouvant être potentiellement abusives. Ils ajoutent qu'une telle absence de réseau annonce dans de nombreux cas le maintien d'une situation/relation abusive avec les donneurs de soins de premier plan. Enfin, quelques chercheurs diront que certaines femmes handicapées peuvent se complaire dans une relation abusive et se sentir valorisées à l'intérieur de celle-ci (McCabe et al., 1994), alors que d'autres laissent supposer qu'elles peuvent être persuadées qu'elles le méritent (Curry et al., 2001; Nosek et al., 1997) et qu'elles n'ont d'autre choix que de passer par la violence et l'abus pour pouvoir recevoir de l'affection (Nosek et al., 1997). Ce que ces derniers auteurs peinent malheureusement à faire ressortir dans leur proposition est le fait que le plaisir ou les bénéfices potentiellement ressentis par certaines victimes d'abus sexuel (handicapées et non handicapées) représentent une expérience très troublante, traumatique et complexe pour ces dernières, particulièrement lorsque les gestes sont perpétrés par une personne

significative ou supposée les protéger. Cette expérience hautement confondante peut amener les victimes à développer un grand sentiment de honte ou de culpabilité face aux événements et, par conséquent, à se responsabiliser de la violence sexuelle qu'elles ont subie et à croire qu'elles y ont consenti finalement. La dynamique plaisir-abus qui s'établit entre l'agresseur et sa victime peut donc maintenir cette dernière dans une situation abusive et l'empêcher de dénoncer les gestes posés contre elle (Desaulniers, 1998).

L'aspect de dépendance est communément associé à la violence faite aux femmes handicapées en contexte conjugal (Brownridge, 2006). Comme ces dernières sont désavantagées sur plusieurs plans par rapport à leur partenaire, par exemple au regard du niveau d'éducation, des possibilités d'emplois, de leurs ressources financières et de leur statut de handicap, elles font face à un plus grand risque d'être exposées à diverses formes de violence conjugale que les femmes non handicapées et sont souvent liées de façon telle qu'il devient peu envisageable pour elles de faire l'économie d'un tel lien (Brownridge, 2006; Hasan et al., 2014; Nosek et al., 1997). Chez les couples composés d'un homme sans handicap et d'une femme ou d'un homme avec un handicap intellectuel, la distribution inégale du pouvoir s'observe dans le niveau de capacités intellectuelles respectif de chacun et peut se traduire par une exploitation de cette différence dans l'intérêt du conjoint non handicapé. En d'autres mots, il semble habituel dans les écrits que ce type d'aménagement aboutisse à une scène où le (la) partenaire handicapé ne fait qu'obtempérer aux demandes sexuelles du conjoint de peur de perdre le lien ou de subir des représailles. Cette différence dans le pouvoir peut également se retrouver dans d'autres

relations que la personne handicapée entretient, par exemple avec le père, un membre du personnel soignant et un utilisateur de services masculin (McCarthy & Thompson, 1997). Reste que les partenaires intimes actuels ou passés sont les plus souvent en tête de liste lorsqu'il s'agit d'identifier les principaux auteurs d'abus sexuels des femmes handicapées dans les écrits ne portant pas exclusivement sur les conjoints (Macdowall et al., 2013; Milberger et al., 2003; Nosek et al., 1997; Platt et al., 2017; Puri et al., 2015). Les membres de la famille, les connaissances, les voisins, les professionnels ou le personnel soignant, les usagers, les amis et les étrangers sont également cités en deuxième, troisième ou quatrième lieu dans le peu d'études où les données sur le type d'agresseur sont disponibles (Beadle-Brown et al., 2010; Bryen, Carey, & Frantz, 2003; Macdowall et al., 2013; McCarthy & Thompson, 1997; Milberger et al., 2003; Mitra et al., 2016; Nosek et al., 1997; Platt et al., 2017; Puri et al., 2015; Vadysinghe et al., 2017); il arrive que quelques-uns parmi eux soient désignés comme étant les principaux responsables des abus sexuels perpétrés contre les femmes handicapées, par exemple les membres du personnel soignant (p. ex., Beadle-Brown et al., 2010; Young, Nosek, Howland, Chanpong, & Rintala, 1997), mais leur apparition au premier rang ne survient que de façon très ponctuelle, c'est-à-dire dans une ou deux études seulement.

Malgré que la liste de facteurs de risque ou d'éléments de réponse présentée juste avant ne se veuille pas exhaustive, elle démontre que les femmes handicapées font face à de nombreux défis en matière de victimisation sexuelle qui sont à la fois communs aux femmes de la population générale et uniques à leur situation de handicap. Du coup, ce qui

peut constituer dans un premier temps une explication aux hauts taux de prévalence d'abus sexuels chez les femmes handicapées peut, dans un second temps, servir d'explications aux faibles taux de dénonciations faites par celles-ci (p. ex., difficulté à reconnaître une situation abusive, difficulté à communiquer, barrières environnementales et préjugés envers les femmes handicapées) (Bryen et al., 2003).

Violence sexuelle faite aux hommes handicapés

La surreprésentation des femmes handicapées dans les études portant sur les agressions sexuelles n'empêche évidemment pas que les hommes handicapés soient eux aussi touchés par cette problématique. Malgré que les hommes handicapés n'aient pas reçu une attention suffisante dans les écrits, quelques auteurs ont démontré qu'ils affichaient un taux de risque plus élevé de victimisation sexuelle que les hommes sans handicap (Austin et al., 2016; Basile et al., 2016; Haydon et al., 2011; Mitra, Mouradian, & Diamond, 2011; Mitra et al., 2016; Powers et al., 2008; Saxton et al., 2008; Stermac, Del Bove, & Addison, 2004). Selon un sondage réalisé auprès de 25 756 répondants féminins et masculins du Massachusetts, les taux de prévalence à vie de victimisation sexuelle pour les hommes handicapés et sans handicap sont respectivement de 13,9 % et 3,7 %. Une fois les variables sociodémographiques contrôlées, les résultats indiquent que les hommes handicapés sont plus susceptibles de subir un abus sexuel au cours de la vie ou durant la dernière année que les hommes et les femmes non handicapés (Mitra et al., 2011). Les deux premiers auteurs ont mené une seconde recherche avec d'autres collaborateurs, indiquant cette fois-ci que les hommes handicapés sont impliqués dans un

rapport sexuel complété ou dans une tentative de rapport sexuel sans leur consentement en plus grand nombre que ceux sans handicap. Il semble toutefois qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été trouvée entre les deux groupes pour ce qui est de la nature de la relation avec l'agresseur et du sexe de ce dernier (Mitra et al., 2016).

Dans le même ordre d'idées, Basile et ses collègues (2016) déclarent que les hommes handicapés sont dans une plus grande situation de vulnérabilité que les hommes non handicapés pour toutes les catégories et sous-catégories de violence sexuelle examinées. Les auteurs remarquent surtout que la présence d'un handicap chez l'homme est plus fortement associée au risque d'être contraint de pénétrer son agresseur, de subir de la coercition sexuelle (sans usage de la force physique) et de vivre des expériences sexuelles non désirées sans contact physique. Les travaux de Haydon et ses collaborateurs (2011) menés auprès de participants souffrant d'un handicap physique obtiennent des résultats qui corroborent ceux de Basile et de son équipe pour ce qui est de la coercition sexuelle (sans usage de la force physique), puisque les hommes handicapés sont presque deux fois plus à risque d'être exposés à cette forme de violence sexuelle que les hommes de la population générale; dans le premier cas comme dans le deuxième, l'usage de la force physique ne paraît pas être caractéristique des abus sexuels subis par les hommes handicapés contrairement à ce qui est observé pour le sexe opposé de la même population. Cette remarque laisse présupposer encore une fois que les caractéristiques liées aux abus sexuels peuvent varier en fonction de plusieurs paramètres, dont le sexe de l'individu et la présence ou non d'un handicap.

Par ailleurs, les hommes handicapés ne sont pas non plus épargnés en contexte conjugal et peuvent au même titre que les femmes handicapées être une cible visée par leur partenaire intime. En appui à cette affirmation, Mitra et Mouradian (2014) démontrent que les hommes handicapés sont à plus haut risque de rapporter un incident de violence sexuelle par leur partenaire intime au cours de leur vie que les hommes non handicapés, et qu'ils sont plus nombreux à avoir été exposés dans la dernière année que les hommes et les femmes non handicapés. En revanche, Cohen, Forte, Du Mont, Hyman et Romans (2006) recourent à une définition plus large du handicap et trouvent de leur côté que les hommes avec des limitations dans les activités rapportent en effet des taux de risque plus élevés pour chaque forme d'abus (physique, émotionnelle, financière) que les hommes du groupe contrôle, excepté pour les abus sexuels. Bien qu'il s'avère risqué de se prononcer sur ce qui sous-tend cette inconsistance, il est à se rappeler que les hommes sont en général plus réticents à partager ou à dénoncer une expérience d'abus sexuel que d'autres types (Saxton et al., 2006).

La rareté des données sur la violence sexuelle faite aux hommes handicapés permet un repérage plus rapide des informations à la fois récurrentes et manquantes dans la littérature existante. Citons parmi les données qui nous échappent celles concernant les facteurs de risque associés à une plus grande probabilité d'être victime d'abus sexuel chez les hommes handicapés en particulier ainsi que les barrières pouvant décourager toute démarche de dénonciation de leur part. En dépit de ces limitations, Saxton et son équipe de travail (2006) ont mené une étude qualitative auprès de 78 hommes souffrant d'un

handicap physique et/ou cognitif et se sont intéressés à leur vécu d'abus en contexte de soins et aux possibles marqueurs de risque qu'ils perçoivent. Les auteurs obtiennent les réponses suivantes : attitudes discriminatoires envers les hommes (p. ex., ils ne sont pas victimes d'abus sexuels et sont plutôt auteurs d'abus), mentalités bien ancrées de supériorité masculine (p. ex., ils sont à même de se protéger contre les situations abusives), options limitées quant aux choix du prestataire de soins (p. ex., lorsqu'ils sont assignés par des agences), lien de dépendance envers les membres de la famille qui sont les principaux fournisseurs de soins, manque de connaissances concernant les ressources d'aide pour les victimes, sentiment de honte et d'humiliation associé au fait d'être une victime et peur de ne pas être cru (surtout si les abus sont commis par une femme), etc. Certains participants diront qu'ils préfèrent bénéficier d'un service d'assistance personnelle de très faible qualité de peur d'être institutionnalisés, alors que d'autres accepteront d'être exploités financièrement, négligés dans leurs besoins et contrôlés par leur famille simplement pour pouvoir rester en contact avec ceux qu'ils aiment (p. ex., petits-enfants). L'âge ne paraît pas être un facteur qui contribue pour les hommes (handicapés ou non handicapés), puisque le taux de prévalence d'abus sexuel est similaire d'une tranche d'âge à l'autre contrairement à ce qui est observé pour les femmes issues des deux populations (Macdowall et al., 2013).

Une autre donnée invisible dans la littérature concerne le type d'auteur d'abus sexuel des hommes handicapés. Les études qui le documentent nous apprennent que les membres de la famille (Macdowall et al., 2013) et les prestataires de services d'assistance

personnelle pour les personnes handicapées (Platt et al., 2017; Powers et al., 2008; Saxton et al., 2006) sont plus fréquemment identifiés par les hommes handicapés comme étant les principaux responsables des abus sexuels qu'ils ont subis. Il faut dire néanmoins que la plupart des écrits disponibles sur la victimisation sexuelle des hommes handicapés s'intéressent plus directement aux abus sexuels commis par les prestataires de service d'assistance personnelle (p. ex., Oktay & Tompkins, 2004; Powers et al., 2008; Saxton et al., 2006), ce qui pourrait être interprété à tort lorsque vient le temps de répertorier les principaux auteurs d'abus en ordre d'importance. Même si leur implication dans les situations d'abus sexuel n'est pas à remettre en question, il est impossible de savoir si le nombre de travaux qui les concerne nous instruit sur l'ampleur de leur présence ou sur un intérêt partagé qu'ont eu les chercheurs d'orienter leur recherche vers ce type d'agresseur. Enfin, Mitra et ses collègues (2016) suggèrent que le sexe de l'agresseur varie selon le type d'abus commis. D'après leurs observations, les hommes handicapés sont plus susceptibles d'avoir subi une agression sexuelle complète par un homme et une tentative d'agression sexuelle par une femme. Ce genre de résultats est intéressant parce qu'il explique par lui-même l'importance de couvrir tous les angles de recherche possibles en matière d'abus sexuel afin de pouvoir élaborer, ultimement, des interventions qui tiennent compte de la spécificité de la situation de chacun des sous-groupes de cette population.

Violence sexuelle faite aux enfants handicapés

Les enfants avec ou sans handicap sont incontestablement à haut risque de subir de la maltraitance sexuelle au cours de leur vie. De la même manière que pour les femmes

handicapées, les enfants handicapés sont confrontés à des risques supplémentaires induits par leur condition de santé, en plus des risques habituels encourus par ce sous-groupe d'âge de façon générale (Akbas et al., 2009; Ammerman et al., 1989; Devries et al., 2014; Euser et al., 2016; Kvam, 2004; Mandell et al., 2005; Sobsey, Randall, & Parrila, 1997). Selon la méta-analyse réalisée par Jones et ses collaborateurs (2012), les enfants handicapés provenant de différents pays à travers le monde présentent un taux de prévalence de 13,7 % pour les abus sexuels, ce qui correspond à un risque presque trois fois plus grand que celui observé chez les enfants non handicapés. Dans leur étude, Akbas et ses collaborateurs (2009) révèlent que les enfants qui présentent un retard mental sont significativement plus nombreux à subir une agression sexuelle impliquant une pénétration vaginale, à être abusés de manière plus violente et à démontrer plus de signes positifs d'abus sexuel lors de l'examen anal-vaginal que ceux sans handicap. Bien que les deux groupes partagent certaines similarités (p. ex., par rapport au risque d'être abusé par plus d'une personne), les participants du groupe handicapé sont plus souvent abusés par leurs proches que les autres. Dans une autre perspective, les travaux de Devries et ses collègues (2014) font ressortir des différences liées au genre et indiquent que les filles handicapées rapportent considérablement plus d'incidents de violence sexuelle que celles de la population générale (23,6 % contre 12,3 %), alors que la présence d'un handicap ne paraît pas plus fortement associée à l'occurrence d'abus sexuel pour les garçons. Cette dernière observation échoue néanmoins à trouver consensus dans la littérature étant donné que quelques autres auteurs obtiennent des résultats qui contrastent avec ceux-ci. C'est notamment le cas de Mueller-Johnson et son équipe (2014), qui se sont intéressés aux abus

sexuels avec contact physique (p. ex., pénétration, toucher sexuel, baiser) et sans contact physique (p. ex., exhibitionnisme, harcèlement verbal, exposition à des actes sexuels). À l'inverse de ce qui est habituellement observé, les auteurs remarquent que les garçons handicapés physiquement sont respectivement trois fois plus à risque et presque deux fois plus à risque de subir des abus sexuels avec contact physique et sans contact physique que le groupe de comparaison, tandis que les filles handicapées physiquement affichent un taux de risque légèrement supérieur à celles sans handicap pour le deuxième type seulement. Une fois les autres variables contrôlées, la présence d'un handicap continue de représenter un prédicteur significatif de l'abus sexuel pour les garçons, mais pas pour les filles. L'analyse rétrospective de Kvam (2004) auprès d'un échantillon de jeunes participants malentendants démontre également que la différence de risque entre le groupe handicapé et celui non handicapé pour chaque sexe est plus marquée du côté des garçons, chez qui le risque de subir un abus sexuel avec contact physique avant l'âge de 18 ans est trois fois plus grand pour ceux en situation de handicap.

Même en faisant un saut de quelques décennies vers l'arrière, il est possible de constater que les contributions plus anciennes ne parviennent pas à démentir ce qui tend à être relevé dans les travaux plus récents, malgré un sujet d'étude à peine développé dans les années 90 et un contexte de recherche présumément différent. En effet, Sullivan et al. (1991) démontrent que lorsque les quatre grandes catégories de maltraitance sont comparées (c.-à-d. sexuelle, physique, émotionnelle et négligence), les abus sexuels représentent le type d'abus le plus fréquemment rapporté par chacun des sous-groupes de

handicap à l'étude. Parmi les enfants qui ont été abusés sexuellement, près de la moitié d'entre eux (49,5 %) ont subi une agression sexuelle impliquant une pénétration vaginale ou anale; cette forme de violence sexuelle est la plus sévère de toutes les sous-catégories d'abus sexuel examinées (p. ex., être témoin d'un abus sexuel, caresses et attouchements sexuels aux parties génitales sans pénétration) et surclasse de loin la deuxième forme de violence sexuelle la plus rapportée par les personnes handicapées (c.-à-d. caresses), dont le taux affiché s'élève seulement à 24,3 %. Malgré ce constat partagé à travers le temps, il demeure impossible de faire état de la spécificité de la situation des enfants handicapés en termes de prévalence, de marqueurs de risque et de caractéristiques des abus subis, parce que la plupart des auteurs recourent à des échantillons de participants âgés de 0 à 21 ans (p. ex., Sullivan et al., 1991). Les quelques rares données disponibles les concernant nous font voir néanmoins que d'un point de vue plus général, les jeunes âgés de moins de 21 ans en situation de handicap présentent des particularités qui peuvent les différencier des adultes handicapés et de leur réalité par rapport à la victimisation sexuelle.

Selon certains auteurs, l'âge d'occurrence du premier abus sexuel se situe entre 0 et 17 ans (Ammerman et al., 1989; Kvam, 2004, 2005; Sullivan & Knutson, 2000). En effet, Ammerman et ses collaborateurs (1989) indiquent que 49 % des jeunes victimes handicapées de leur échantillon ont subi leur premier épisode de maltraitance sexuelle entre 0 et 2 ans. Les résultats obtenus dans les travaux de Kvam (2004) révèlent pour leur part que l'âge auquel il survient se situe entre 3 et 16 ans et tend à augmenter selon le type d'abus sexuel (avec ou sans contact physique) et le niveau de gravité de celui-ci (p. ex.,

attouchements aux parties génitales et pénétration orale, vaginale ou anale). Les principaux auteurs d'abus sexuels d'enfants et d'adolescents sont généralement connus de la victime handicapée, sont très diversifiés et peuvent varier selon le milieu de vie ou les environnements que cette dernière fréquente (Euser et al., 2016; Sullivan et al., 1991). Par exemple, Euser et son équipe (2016) rapportent que les jeunes avec une déficience intellectuelle modérée qui vivent en établissement de soins sont agressés sexuellement par un autre jeune du même milieu dans plus de la moitié des cas, alors que ceux vivant en famille d'accueil sont plus souvent abusés par un parent ou un autre adulte qui s'y trouve. Le milieu scolaire constitue un autre environnement qui place les enfants et les adolescents handicapés en position de grande vulnérabilité, mais ce sont dans les pensionnats qu'ils courent un risque plus accru d'être victimes d'abus sexuels, plus particulièrement dans les dortoirs (Kvam, 2004; Sullivan et al., 1991); les membres du personnel scolaire et les étudiants plus vieux sont les principaux responsables des abus sexuels dans un tel milieu (Kvam, 2004). Les institutions généralistes ou spécialisées qui accueillent les enfants sont un autre contexte à risque, notamment parce qu'ils seront en contact avec beaucoup de personnel soignant et qu'ils courent le risque d'être ciblés pour leur différence apparente. Un mode de fonctionnement d'ailleurs largement préconisé par les auteurs d'abus sexuels d'enfants handicapés est qu'ils ciblent leurs victimes et les sollicitent à des fins sexuelles en intégrant ces milieux pour accéder à celles-ci (« *grooming* »). S'ils n'y parviennent pas en raison d'une plus grande vigilance de la part des professionnels en place, ils pourront y arriver en s'immiscant dans d'autres services moins attentifs tels que les institutions bénévoles engagées en faveur des jeunes handicapés (Brown, n.d.).

Au même titre que pour les hommes handicapés, les informations concernant les facteurs de risque associés aux jeunes handicapés sont dispersées et peu nombreuses; elles peuvent s'appliquer aux jeunes non handicapés (Devries et al., 2014), concerner plus spécifiquement un type de handicap (Mandell et al., 2005) ou être présentées de façon à ne pouvoir isoler ce qui est propre aux victimes d'abus sexuels en particulier de ce qui peut s'appliquer aux victimes d'autres formes de maltraitance (Ammerman et al., 1989). En le sachant toutefois à l'avance, il devient plus aisé de prendre connaissance des quelques marqueurs de risque spécifiques aux enfants et aux adolescents handicapés avec un pas de recul : sans égard au sexe des participants et au type de handicap, les pratiques parentales sévères (p. ex., punitions corporelles), l'exposition à de la violence conjugale, l'usage d'alcool et de drogue, la délinquance violente, l'utilisation fréquente d'Internet (Mueller-Johnson et al., 2014), l'adoption de comportements sexuels, abusifs, suicidaires ou autodestructeurs, l'hospitalisation psychiatrique et les fugues (Mandell et al., 2005) comptent parmi les facteurs pouvant augmenter la vulnérabilité des jeunes handicapés à être agressés sexuellement. Selon Kvam (2004), les victimes handicapées de son échantillon jugent qu'elles ont eu une mère trop sévère dans une plus grande proportion. Elles présentent également plus de difficultés à communiquer avec leur père, ont eu un moins bon contact avec ce dernier durant l'enfance et ont reçu plus de punitions corporelles que les autres participants handicapés qui n'ont pas été abusés sexuellement; ce dernier cas suggère que c'est la présence de variables autres que celle d'un handicap ou la combinaison de celles-ci qui contribue à l'élévation du risque d'être agressé

sexuellement, rappelant dès lors toute l'importance d'arriver à la fois à bien cerner les facteurs de risque et à comprendre leur interaction avec le statut de handicap.

Violence sexuelle en fonction des différents sous-types de handicap

Si les enfants, les femmes et les hommes handicapés sont vraisemblablement touchés par le phénomène de victimisation sexuelle en très grand nombre, ils n'y sont pas confrontés de la même façon et encore moins avec la même ampleur. Hormis les différences liées à l'âge et au sexe, certains types de handicaps seraient hautement plus à risque de subir de la violence sexuelle que d'autres types. En revanche, la disparité des résultats entre les études nous empêche de déterminer clairement de quel handicap il s'agit. Par exemple, Opoku et son équipe (2016) ont mené une étude auprès de participants ($N = 41$) atteints d'un handicap physique ($n = 10$), visuel ($n = 16$), auditif ($n = 9$) ou intellectuel ($n = 6$). Parmi les 28 personnes handicapées qui ont été agressées sexuellement, plus de la moitié souffrent d'un handicap sensoriel (visuel : $n = 10$; auditif : $n = 7$); s'il y a une surreprésentation claire de ce sous-groupe chez les victimes d'abus sexuel, les participants avec un handicap intellectuel ont été abusés sexuellement dans une plus grande proportion de cas ($5/6$) lorsque l'on tient compte du nombre de victimes par rapport au nombre total de participants pour chaque type. Dans le même sens, Sullivan et ses collaborateurs (1991) découvrent que les participants avec une déficience du langage sont victimes d'abus sexuel dans une plus grande proportion (55 %), suivis par ceux qui sont atteints d'un handicap auditif (53,4 %), d'un trouble d'apprentissage (41 %) et d'un retard mental (39 %). Sullivan et Knutson réalisent une seconde étude en 2000 et

obtiennent des résultats qui défont ceux qu'ils ont trouvés plus tôt concernant le rang que chaque type de handicap occupe par rapport au risque de victimisation sexuelle. Au regard du risque relatif, les enfants avec un retard mental ($RR = 4,0$), une déficience du langage ($RR = 2,9$), un handicap physique ($RR = 2,0$) et un trouble d'apprentissage ($RR = 1,8$) sont à plus haut risque d'être agressés sexuellement que les enfants non handicapés, avec des variations notables dans les cotes de risque. Par ailleurs, les résultats qu'ils obtiennent pour les participants qui présentent un handicap sensoriel ou un trouble du spectre de l'autisme ne concordent ni avec leur premier travail ni avec ce qui ressort dans la littérature : comparativement au groupe contrôle, Sullivan et Knutson déclarent que les handicapés sensoriels sont à peine plus à risque d'être victimes d'abus sexuel alors que Kvam (2004) estime au contraire qu'ils encourent un risque de deux à trois fois plus grand. En ce qui a trait aux deuxièmes, il est suggéré par ces mêmes auteurs qu'ils ne sont pas plus en danger que les autres. Pourtant, Roberts, Koenen, Lyall, Robinson et Weisskopf (2015) démontrent que les femmes avec des niveaux plus élevés de traits autistiques sont significativement plus à risque d'avoir été abusées durant l'enfance et d'avoir subi de la pression dans un contact sexuel ($OR = 1,81$) que celles étant au plus bas niveau de traits autistiques.

Les individus souffrant d'un handicap physique peinent à se démarquer dans les études qui comparent plusieurs types de handicaps. Néanmoins, quelques auteurs démontrent dans leurs travaux qu'ils font face à un risque une fois et demie plus grand de subir une agression sexuelle avec usage de la force physique que les individus sans

handicap physique (Alriksson-Schmidt et al., 2010; Haydon et al., 2011). Deux autres sous-groupes d'individus qui passent souvent inaperçus dans la littérature sont ceux aux prises avec un handicap développemental ou neurologique. Malgré le manque d'engouement pour ces clientèles, quelques rares auteurs se sont intéressés à leur expérience de victimisation dans le cadre de leur étude : par exemple, Platt et son équipe de travail (2017) découvrent que le taux de prévalence d'abus sexuel subi durant l'enfance et à l'âge adulte pour les personnes avec un handicap développemental est respectivement de 34,5 % et de 24,3 %. Une différence significative liée au genre est repérée pour les abus sexuels subis à l'âge adulte en faveur des femmes handicapées ($UOR = 2,91$), et ce, même après avoir contrôlé pour les variables confondantes ($AOR = 2,54$). À un autre égard, Díaz-Olavarrieta et ses collaborateurs (1999) ont mené une étude auprès d'un échantillon de 1000 participantes atteintes d'un trouble neurologique chronique et constatent que parmi les 312 femmes qui rapportent avoir vécu au moins un épisode de maltraitance au cours de leur vie, 111 d'entre elles déclarent qu'il s'agissait d'un épisode de maltraitance sexuelle.

Le manque d'équivalence entre les différents sous-groupes d'une même étude (c.-à-d. en regard du n de chacun) ou entre les échantillons d'études indépendantes nous a incités à présenter les données de façon descriptive, c'est-à-dire sans tenter d'établir de relations corrélationnelles potentiellement existantes entre le handicap et les différents facteurs étudiés. En effet, il s'avère peu prudent de tirer des conclusions à partir du nombre d'incidents par type de handicap si certains handicaps sont surreprésentés dans

l'échantillon total (p. ex., Opoku et al., 2016). Même si la fréquence d'abus sexuel est transformée en une proportion pour cent unités, il ne serait pas non plus raisonnable de nous prononcer sur le type de handicap le plus à risque en raison d'une absence de représentativité suffisante des sous-groupes avec de petits effectifs; c'est en partie en raison de ces limites que la réalisation d'une méta-analyse prend tout son sens, puisque cette approche permet d'augmenter la puissance statistique par la mise en commun de plusieurs études indépendantes et de tirer des conclusions significatives pouvant soutenir la prise de décisions des différents acteurs concernés par rapport à divers enjeux de santé publique.

À notre connaissance, aucune autre méta-analyse n'a encore tenté d'estimer le risque d'être victime d'agression sexuelle chez les personnes souffrant d'un handicap physique, intellectuel ou sensoriel par rapport à la population générale et de déterminer en quoi chacun de ces sous-groupes sont différents ou non face au phénomène de victimisation sexuelle. Il n'existe pas non plus de synthèse ayant tenté de mesurer la contribution relative de l'âge et du sexe de la victime, du type de handicap, de la nature de l'abus (avec ou sans contact physique) et de la relation avec l'agresseur sur les taux de risque estimés. Quelques recensions des écrits sur le sujet sont disponibles dans la littérature (p. ex., Curry et al., 2001, Hughes, Lund, Gabrielli, Powers, & Curry, 2011; Sullivan, 2009), mais elles n'incluent pas une synthèse quantitative des résultats. De plus, lors de l'identification des articles scientifiques pour effectuer le présent travail, deux méta-analyses ont été repérées : la première a été réalisée par Jones et ses collaborateurs (2012) et documente la

prévalence et le risque d'être victime de violence chez les enfants handicapés âgés de 18 ans et moins. Toutefois, elle couvre toutes les formes de violences possibles (c.-à-d. la violence sexuelle, physique ou émotionnelle/psychologique et la négligence) et ne spécifie pas le risque correspondant à chaque sous-type de handicap inclus dans l'étude. La deuxième méta-analyse a été menée par l'équipe de Hughes et al. (2012) et examine la prévalence et le risque d'avoir été victime de violence dans la dernière année chez les adultes handicapés (incapacités non spécifiées ou intellectuelles et maladies mentales). De la même manière que pour la première méta-analyse, les auteurs étudient les adultes handicapés de leur échantillon en tant que groupe d'individus homogènes, alors que chaque sous-groupe de participants (p. ex., groupe atteint d'une maladie mentale) n'est pas forcément exposé au même risque d'être victime de violence au cours de la dernière année. Il demeure également impossible d'isoler le risque relatif à la violence sexuelle parce que les auteurs n'ont fait que fournir des données regroupées ou agglomérées sur la violence expérimentée par les participants.

Or, ce projet doctoral vise à établir la prévalence nationale et mondiale des agressions sexuelles commises à l'égard de la population handicapée et à vérifier, dans la mesure du possible, si elle fluctue en fonction de l'âge, du sexe, du type de handicap, de la nature de l'abus et de la relation avec l'agresseur. Une telle prise en compte de l'hétérogénéité de cette clientèle et de la pluralité des situations de violence qu'elle peut vivre, notamment par l'exploration du rôle potentiel de certaines variables, constitue un premier point de

départ pour s'éloigner d'un modèle d'intervention en matière d'agression sexuelle qui se veut trop général et englobant.

Méthode

Ce chapitre décrit la méthodologie de la présente méta-analyse. Il rappelle l'objectif et contient les informations relatives au devis de recherche (c.-à-d. les critères de sélection et les stratégies de recherche documentaire), au contrôle des biais et aux analyses statistiques.

Question de recherche

La présente méta-analyse vise à répondre aux deux questions suivantes : (1) Est-ce que la prévalence d'agressions sexuelles chez les personnes (enfants, adolescents, adultes) aux prises avec un handicap intellectuel, physique ou sensoriel est plus élevée que chez les personnes non handicapées?; et (2) Est-ce que le taux de prévalence varie selon l'âge, le sexe de la victime, le type de handicap, la nature de l'abus et la relation avec l'agresseur?

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être incluses, les études devaient :

- 1) comprendre au moins un groupe avec un handicap intellectuel, physique ou sensoriel;
- 2) fournir des données permettant de quantifier la fréquence de l'abus sexuel;
- 3) préciser la nature de l'agression sexuelle subie (p. ex., avec ou sans contact physique);

- 4) être publiées depuis les années 70 jusqu'en décembre 2018;
- 5) être rédigées en français ou en anglais.

Stratégie de recherche documentaire

La recherche des études publiées a été menée dans PsychINFO, CINAHL et MEDLINE. Celle de la littérature non publiée a été menée dans ProQuest et Statistique Canada. Les mots clés utilisés pour faire la recherche documentaire étaient les suivants : *(Prevalence) AND (Sex Offense* OR Sexual Coercion OR Sexual Violence* OR Sexual Abuse* OR Sexual harassment OR Sexual Assault OR Adult Survivors of Child Abuse OR Child Abuse OR Incest OR Rape OR Completed nonconsensual sex OR Attempted nonconsensual sex) AND (Disabilities OR Disabled Person OR Disabled Child OR Person with Disabilit* OR People with Disabilit* OR Handicapped OR Handicapped Children OR Cognitive impairment* OR Mental retardation* OR Intellectual deficit* OR Autis* OR Physically Handicapped OR Physically Challenged)*. Une analyse fine des références des articles pertinents retenus lors de la première étape (c.-à-d. lors de la sélection des études pertinentes basées sur le titre et le résumé) a été effectuée afin de nous assurer qu'aucune étude pouvant servir à notre question de recherche n'a été oubliée. La même procédure a été faite pour les articles repérés manuellement.

Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée de façon indépendante par deux personnes pour tous les articles sélectionnés. Chaque article pour lequel il y avait un manque de

consensus pour la codification a été révisé et codifié à nouveau en fonction des décisions méthodologiques établies. Un système de codification des articles a été effectué et portait sur les éléments suivants : le type de handicap (autisme, développemental / intellectuel / trouble d'apprentissage, neurologique, physique, sensoriel et combiné), la fréquence d'abus sexuel, la catégorie (c.-à-d. enfant ou adulte) et la moyenne d'âge des participants, la proportion de femmes dans le groupe avec handicap, la moyenne d'âge lors de la survenue du premier abus sexuel lorsque disponible, la nature de la relation avec l'agresseur, l'année et le pays où l'étude a été réalisée. Seules les données qui étaient documentées de façon systématique dans les études figurent dans le tableau des caractéristiques des études incluses (voir Tableau 3 en Appendice).

Les décisions méthodologiques qui ont été prises dans le cadre de la présente méta-analyse sont les suivantes : premièrement, un de nos critères d'inclusion était que l'étude devait comprendre au moins un groupe de participants handicapés. Lorsqu'il n'y avait pas de groupe contrôle (groupe non handicapé), les statistiques populationnelles issues des travaux de Pereda, Guilera, Forns et Gómez-Benito (2009) sur les agressions sexuelles étaient utilisées. Deuxièmement, l'âge de la majorité civile ou légale n'est pas le même d'un pays à l'autre ou entre les états d'un même pays (p. ex., les États-Unis). Vu le fait que l'ensemble des études incluses dans la méta-analyse sont réalisées ailleurs qu'au Canada et qu'elles ne font habituellement pas la distinction entre les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, les participants handicapés âgés de 0 à 21 ans ont été classés dans la catégorie Enfant. Les études menées auprès d'un échantillon adulte qui se

penchaient sur des données archivées ou autodéclarées antérieures, par exemple la fréquence d'abus sexuel subi durant l'enfance, ont été classées dans cette même catégorie (p. ex., Austin et al., 2016; Kvam, 2004, 2005; Roberts et al., 2015; Stromsness, 1994). Troisièmement, les travaux menés exclusivement auprès de participants souffrant d'un handicap psychologique ou émotionnel étaient exclus de la méta-analyse (p. ex., Rees et al., 2011). Lorsqu'il y avait plusieurs sous-groupes indépendants de participants aux prises avec différents types de handicaps, les données correspondant aux participants avec un handicap psychologique ou émotionnel n'étaient pas extraites (p. ex., Ballan et al., 2014; Blum et al., 2001; Turner, Vanderminden, Finkelhor, Hamby, & Shattuck, 2011). Leur présence est néanmoins à prévoir dans les analyses parce que certains auteurs n'ont pas tenu compte de l'hétérogénéité des participants de leur échantillon – au regard de la nature du handicap – et n'ont fait que présenter des données agglomérées (p. ex., Barrett et al., 2009; Basile et al., 2016; Mitra et al., 2011; Smith, 2008). Plutôt que d'exclure ces études sur la base de cette limitation et de nous priver d'informations concernant certains sous-groupes d'intérêt, nous avons décidé de les identifier clairement dans le logiciel afin d'obtenir une estimation de l'ampleur de l'effet avec et sans elles. Si les handicaps psychologiques et émotionnels étaient absents, mais que les auteurs ne faisaient tout de même pas la distinction entre les différents types de handicaps des participants, l'étude était classée dans la catégorie Handicaps combinés. Quatrièmement, les troubles d'apprentissage et les handicaps de nature intellectuelle, développementale et neurologique ont été combinés dans les analyses pour former la catégorie plus large des handicaps intellectuels/développementaux. Ce regroupement a été fait de façon

stratégique, c'est-à-dire qu'il rassemble des types de handicaps qui ont une certaine parenté entre eux, et dans une intention première d'avoir au maximum six catégories de handicap. Cinquièmement, plusieurs auteurs se sont intéressés à plus d'une catégorie (p. ex., abus sexuel avec et sans contact physique) et sous-catégorie de violence sexuelle (p. ex., viol, viol multiple, sodomie, pornographie). Étant donné qu'un même participant pouvait avoir subi plusieurs formes d'abus sexuel au cours de sa vie, le risque de chevauchement des participants était très élevé si chacune d'elle était considérée séparément dans les analyses. En pareil cas, Lipsey et Wilson (2001) suggèrent dans « Practical Meta-Analysis » de choisir une catégorie et d'obtenir une taille d'effet par construit afin d'éviter la duplication des participants et d'être certain qu'ils ne comptent qu'une seule fois dans les analyses; nous avons donc décidé de prendre la catégorie de violence sexuelle correspondant au viol (p. ex., Basile et al., 2016; Dickman & Roux, 2005) ou à celle s'en rapprochant le plus possible (p. ex., « *sexual intercourse* » : Kvam, 2004; Puri et al., 2015). Cette façon de faire a l'avantage de ne pas surestimer les taux et permet de nous assurer que le niveau de sévérité associé à la forme d'abus sexuel retenue est sensiblement le même d'une étude à l'autre, bien qu'elle nous empêche de documenter d'autres formes de violence sexuelle (p. ex., les abus sexuels sans contact physique) comme prévu dans nos objectifs de recherche initiaux. Le choix de conserver la catégorie « viol » ne repose pas sur un rationnel théorique, mais davantage sur la fréquence avec laquelle cette forme de violence sexuelle est documentée par les auteurs dans les écrits. Par ailleurs, quelques auteurs ont examiné plusieurs types de violence dans leur étude, dont la violence sexuelle. Les catégories et/ou sous-catégories de violence sexuelle

pouvaient être confondues entre elles et former la catégorie plus large de violence sexuelle. En conséquence, nous étions limitée dans notre capacité à réduire la variabilité dans nos données puisque nous n'avions qu'un seul choix de statistique à utiliser (p. ex., les données correspondant à la catégorie « *sexual* », « *sexual abuse* » ou « *sexual assault* ») (p. ex., Mandell et al., 2005; Martin et al., 2006; Nixon et al., 2017). Sixièmement, les abus physiques et sexuels sont souvent étudiés conjointement dans les études. Lorsque les données pour chaque type d'abus étaient fournies, nous ne retenions que celles correspondant aux abus sexuels (p. ex., Longobardi & Badenes-Ribera, 2018). Dans les cas où les fréquences d'abus physique et sexuel étaient regroupées en une seule donnée, l'étude n'était pas incluse afin de préserver l'homogénéité des résultats le plus possible (p. ex., Brownridge, Ristock, & Hiebert-Murphy, 2008; McFarlane et al., 2001; Yoshida, DuMont, Odette, & Lyly, 2011). Septièmement, plusieurs auteurs ont examiné la prévalence d'abus sexuel au cours de la vie et dans les 12 mois précédant leur étude (Devries et al., 2014; Mitra et al., 2011). Pour les mêmes raisons qu'au dernier point, nous avons choisi d'extraire les données correspondant à la prévalence d'abus sexuel au cours de la vie lorsque les deux statistiques étaient disponibles.

Il est à préciser que l'année de publication et le pays où l'étude a été réalisée sont deux variables méthodologiques pouvant influencer la qualité et l'homogénéité des résultats. Par conséquent, ces deux variables ont été codifiées afin de gérer et de rendre compte du risque de biais au niveau des études primaires : l'année de publication a été notée en vue de vérifier s'il était possible d'identifier un effet de cohorte. Étant donné que

notre sélection d'articles couvre une période de près de 50 ans, il se pourrait que les tailles d'effets soient différentes selon que l'étude a été réalisée dans les années 70 ou plus récemment. Par exemple, l'histoire du féminisme se décompose généralement en trois grandes vagues et les transformations politiques, juridiques et sociales associées à chacune d'elles diffèrent en fonction de la période en cours. Malgré que les femmes soient encore en proie aux inégalités et à la discrimination dans de nombreux domaines, il serait difficile d'affirmer que leur situation n'a pas évolué depuis la dernière moitié du XXI^e siècle. En conséquence, il se pourrait que les revendications (p. ex., rejet du système social d'oppression des femmes par les hommes) ou les acquis qu'elles ont faits à un moment donné (p. ex., droits liés au corps, à la sexualité, à la maîtrise de son corps et à la procréation, et dénonciation des violences conjugales telles que le viol durant la deuxième vague) aient influencé les circonstances de vie auxquelles les femmes étaient exposées pendant cette période. En effet, ce qui n'était pas à la portée des femmes en matière de dénonciation à l'époque l'est progressivement devenu avec la montée du féminisme et les nombreux mouvements activistes qui en ont résulté. Or, il se pourrait fort bien que les taux affichés dans les études réalisées au début de ces changements sociaux diffèrent de ceux affichés dans les études menées après l'événement #MoiAussi, par exemple.

Le pays où l'étude a été réalisée a été codifié afin de déterminer s'il y avait présence d'un effet de contexte. En effet, la situation ou la condition des femmes peut évoluer non seulement en fonction de la période, mais également en fonction de l'endroit où elles sont dans le monde. Dans certains pays du monde, les filles et les femmes sont très limitées

dans leurs droits et dans leur champ d'action : par exemple, il peut leur être interdit d'établir le moindre contact visuel avec un représentant de la gent masculine, de voyager ou de sortir du foyer sans l'autorisation d'un tuteur masculin, d'être détentrices d'un compte bancaire, d'exercer une profession, de demander le divorce, etc. Or, il se pourrait que le contexte de vie influence à la fois la prévalence d'abus sexuel et les taux de dénonciation chez les personnes handicapées. Leur capacité d'échappement à une situation à haut risque ou à une relation abusive pourrait être davantage compromise dans les pays fermés ou très restrictifs concernant les droits des femmes, bien qu'il serait une erreur d'affirmer que cette réalité est le propre de ces endroits.

Risque de biais au niveau des études primaires

À notre connaissance, il n'existe pas de grille pour évaluer la qualité des études de prévalence. Il n'aurait pas été possible non plus d'évaluer la qualité dans les cas où l'étude était de nature descriptive ou comprenait seulement un groupe. Toutefois, la prise en compte de plusieurs variables modératrices de nature méthodologique (p. ex., année de publication, pays) peut refléter la variation dans la précision des méthodes avec les années, et permettra de poser un regard sur l'influence potentielle de ces variables sur les résultats.

Analyses statistiques

La méta-analyse a été effectuée au moyen du logiciel *Comprehensive Meta-Analysis Version 3.0*. (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2006). Pour chaque étude, une mesure de taille d'effet était calculée à partir des fréquences d'agression sexuelle pour les

personnes handicapées et non handicapées afin d'obtenir un taux (odds ratio). Un odds ratio de 1 correspond à l'absence de différence entre les deux groupes par rapport au risque d'être agressé sexuellement; s'il est inférieur à 1, cela signifie que les personnes handicapées ont moins de risques d'être agressées sexuellement que celles non handicapées. S'il est supérieur à 1, cela signifie que les personnes handicapées ont plus de risque d'être agressées sexuellement que celles non handicapées. Notons par ailleurs que le logiciel accorde un poids relatif à chaque étude en fonction de la taille de son échantillon.

Analyse du risque de biais au niveau de l'ensemble des études

Afin de s'assurer qu'un biais de publication n'est pas présent dans nos données, une analyse a été effectuée au moyen d'un graphique en entonnoir qui illustre la dispersion des études, incluant la taille d'effet selon l'erreur standard. Comme les études ayant une taille d'effet plus faible (erreur standard plus grande) ont une plus grande variation dans l'estimation de leur taille d'effet, notamment parce que les variations aléatoires ont une plus grande influence dans de telles études, il est attendu que le graphique ait la forme d'un entonnoir; les études ayant de plus importantes tailles d'échantillon ont à l'inverse une plus faible variation dans leur taille d'effet (Duval & Tweedie, 2000). La présence d'un tel biais est illustrée par la présence d'une asymétrie dans la dispersion des tailles d'effet (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009).

Pour chaque étude, un score Z (*Fisher's Z*) est calculé en guise d'équivalent normalement distribué du d de Cohen. Le score Z standardisé obtenu nous permet ensuite de vérifier la présence de données extrêmes.

Tailles d'effets

Les données sur la prévalence d'abus sexuel disponibles dans les études étaient généralement de nature dichotomique et ont été transformées en odds ratio (OR). Les tests de signification et les analyses en fonction des divers modérateurs ont été effectués sous une approche d'effets aléatoires (*random effects*); cette dernière suppose que les études n'ont pas nécessairement été réalisées de la même façon et qu'une certaine hétérogénéité méthodologique est présente. Cette approche est plus prudente qu'une approche d'effets fixes. Contrairement aux effets fixes, le calcul du test de signification est basé sur le nombre d'études et non sur le nombre total de participants, ce qui réduit la puissance statistique et augmente l'importance donnée aux petites études par rapport aux autres. Par contre, la généralisation des résultats est meilleure sous une approche d'effets aléatoires.

Analyses de modérateurs

Deux types de variables ont fait l'objet d'analyses de modérateurs : les modérateurs théoriques et les modérateurs méthodologiques. Dans la première catégorie, les variables suivantes ont été considérées : le sexe, l'âge, le type de handicap, la nature de l'abus sexuel (avec ou sans contact physique) et la relation avec l'agresseur. Les variables

méthodologiques suivantes seront également considérées comme étant de possibles modérateurs : l'année de publication et le pays dans lequel l'étude a été effectuée.

Résultats

Ce chapitre comporte deux sections. La première fait un résumé des études incluses à l'aide d'un diagramme et fournit une liste détaillée des études exclues avec la raison d'exclusion. La deuxième section révèle les résultats de l'analyse principale et ceux des analyses de modérateurs, avec les tableaux et les figures qui leur correspondent.

Sélection des études

La recherche documentaire a mené à l'identification de 409 études. Un total de 103 études ont été identifiées comme étant admissibles sur la base du titre et du résumé (voir Figure 1). Après une vérification plus approfondie de celles-ci, 18 études ont dû être exclues pour différentes raisons (p. ex., recension des écrits et non étude originale, statistiques inutilisables, chevauchement d'un échantillon entre deux différents articles). Lorsque le même échantillon était utilisé dans deux études distinctes, nous ne retenions que celle ayant l'échantillon de plus grande taille en vue d'éviter la duplication des participants dans le calcul de la méta-analyse. Au total, 69 articles incluant 84 échantillons indépendants ont été inclus dans la présente méta-analyse, ce qui correspond à 12 427 participants handicapés. Les caractéristiques des études incluses sont présentées au Tableau 3 en Appendice et la liste détaillée des études exclues avec les raisons d'exclusion (voir Tableau 1) est présentée ci-après.

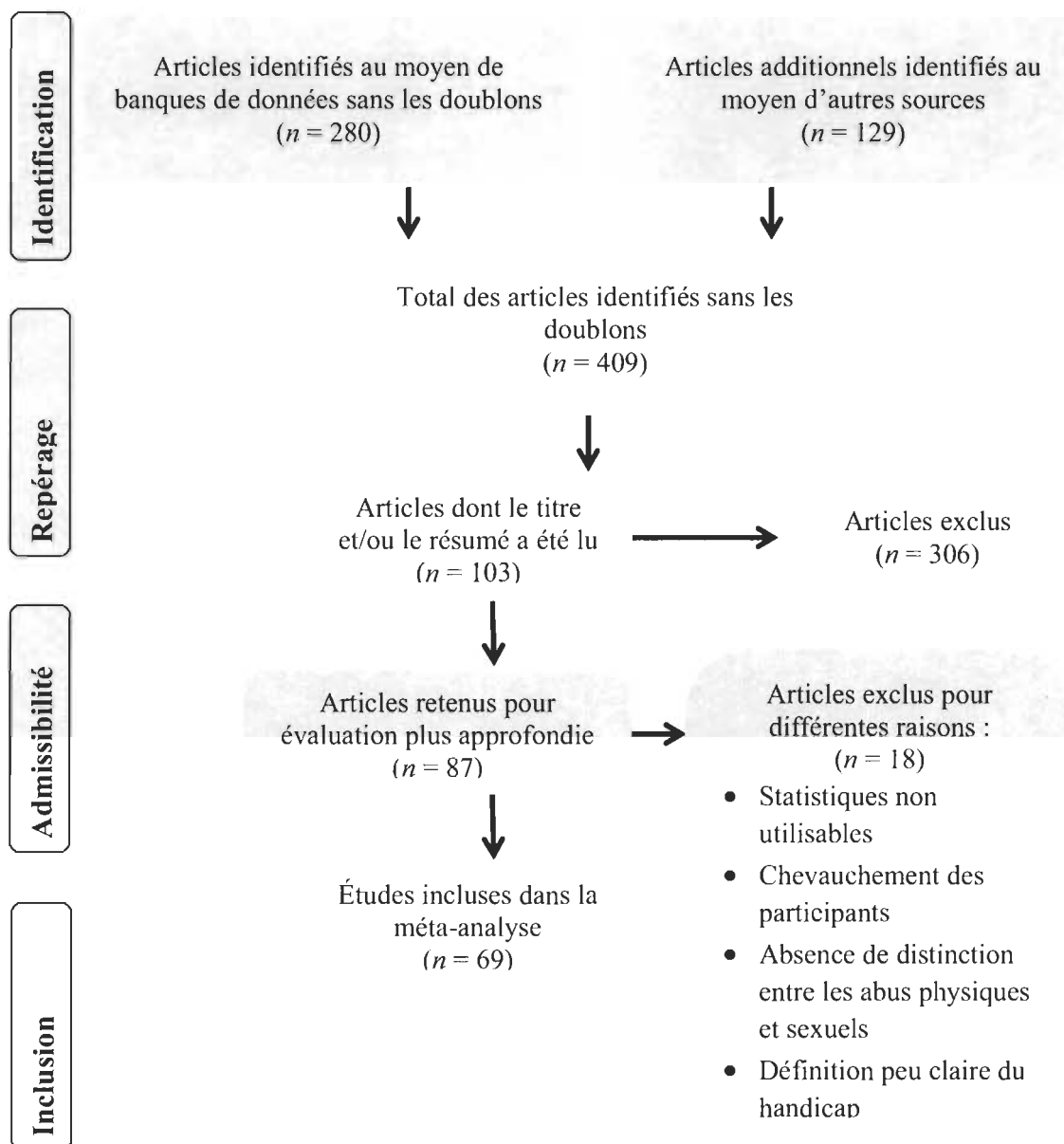


Figure 1. Diagramme de sélection des études.

Tableau 1

Études exclues et raisons

Auteurs	Année	Raison de l'exclusion
Akbas et al.	2009	Statistiques inutilisables
Afifi, McMillan, Asmundson, Pietrzak, & Sareen	2011	Statistiques inutilisables
Balogh, Bretherton, Berney, Graham, Richold, Worsley, & Firth	2014	Statistiques inutilisables
Breiding & Armour	2015	Échantillon qui se chevauche
Cohen, Forte, Du Mont, Hyman, & Romans	2005	Échantillon qui se chevauche
Coker, Smith, & Fadden	2005	Statistiques inutilisables et définition du handicap trop vague
Curry, Renker, Hughes, Robinson-Whelen, Oswald, Swank, & Powers	2009	Ne répond pas à notre question de recherche
dos Santos et al.	2017	Statistiques inutilisables et définition du handicap trop vague
Forte, Cohen, Du Mont, Hyman, & Romans	2005	Échantillon qui se chevauche
Lin et al.	2009	N non disponible
McFarlane et al.	2001	Abus sexuel et physique combinés
Mitra & Mouradian	2013	Données sur abus sexuels non disponibles
Mitra et al.	2016	Statistiques inutilisables
Rees et al.	2011	Handicap émotionnel/psychologique
Smith & Strauser	2008	Ne répond pas à la question de recherche
Sobsey & Doe	1991	Groupe handicapé victime d'abus sexuel
Yoshida et al.	2011	Abus sexuel et physique combinés
Young, Heath, Ashbaker, & Smith	2008	Ne répond pas à notre question de recherche

Analyse principale

Les résultats de la présente méta-analyse démontrent que les personnes en situation de handicap sont significativement plus à risque d'être agressées sexuellement au cours de la vie que celles sans handicap ($OR = 2,27$; $p = 0,00$; $Q = 3143,32$; $k = 84$ (voir Tableau 2).

L'examen visuel du graphique en entonnoir de la présente méta-analyse suggère la présence d'un biais de publication en faveur des études rapportant des résultats dans le sens de l'hypothèse dominante (voir Figure 2). La procédure *Trim-and-Fill* (Duval & Tweedie, 2000) a été utilisée pour calculer l'effet d'un biais de publication potentiel. Dix-huit (18) études sont identifiées comme n'étant pas symétriquement appariées et nécessiteraient qu'un ajustement soit fait pour corriger la situation, en calculant notamment une taille d'effet et un intervalle de confiance ajustés. La nouvelle taille d'effet a été ajustée à la baisse ($OR = 1,49$; CI : 1,27 à 1,76). Malgré qu'elle soit plus faible que la taille d'effet globale initiale ($OR = 2,27$), cette taille d'effet ajustée confirme tout de même que les personnes handicapées sont à plus haut risque d'être agressées sexuellement que celles en population générale. Dans la présente méta-analyse, aucune donnée extrême n'a été identifiée, c'est-à-dire une valeur Z plus petite que $-3,29$ ou plus grande que $3,29$ (Tabachnik & Fidell, 2001).

Tableau 2

Résultats (analyses de modérateurs)

Modérateurs	k	OR	Intervalle de confiance		Q'(p)	Pente
			L.I.	L.S.		
Toutes les études	84	2,27	1,94	2,67		
Âge						
Enfant	30	1,65***	1,25	2,17		
Adulte	54	2,72***	2,22	3,34		
Analyse de contraste					8,21 (0,004)	
Type de handicap						
Autisme	2	2,75	0,85	8,93		
Intellectuel/dév.	24	1,81**	1,14	2,87		
Langage	2	5,79***	2,12	15,82		
Physique	16	1,71**	1,16	2,52		
Sensoriel	12	7,57***	4,88	11,73		
Combinés	28	1,76***	1,44	2,16		
Analyse de contraste					41,11 (0,000)	

Tableau 2 (suite)

Résultats (analyses de modérateurs)

Modérateurs	k	OR	Intervalle de confiance		Q'(p)	Pente
			L.I.	L.S.		
Inclut émotionnel/psy.						
Oui	7	2,54***	2,12	3,03		
Non	76	2,18***	1,82	2,60		
Analyse de contraste					1,09 (0,296)	
Pays						
Afrique	4	20,02***	0,02	13,39		
Asie	2	0,94	0,20	4,41		
Australie	3	3,84**	1,66	8,89		
Canada	4	2,17**	1,23	3,83		
Israël	3	2,09	0,84	5,24		
États-Unis	46	2,57***	2,06	3,20		
Europe de l'Ouest	21	1,60*	1,10	2,35		
Analyse de contraste					126,63 (0,000)	
Année de publication	84					0,003 (n.s.)

Notes. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ L.I. : limite inférieure L.S. : limite supérieure

Les données en gras correspondent aux tailles d'effet qui sont significativement différentes des autres tailles d'effet (à l'intérieur d'un même modérateur)

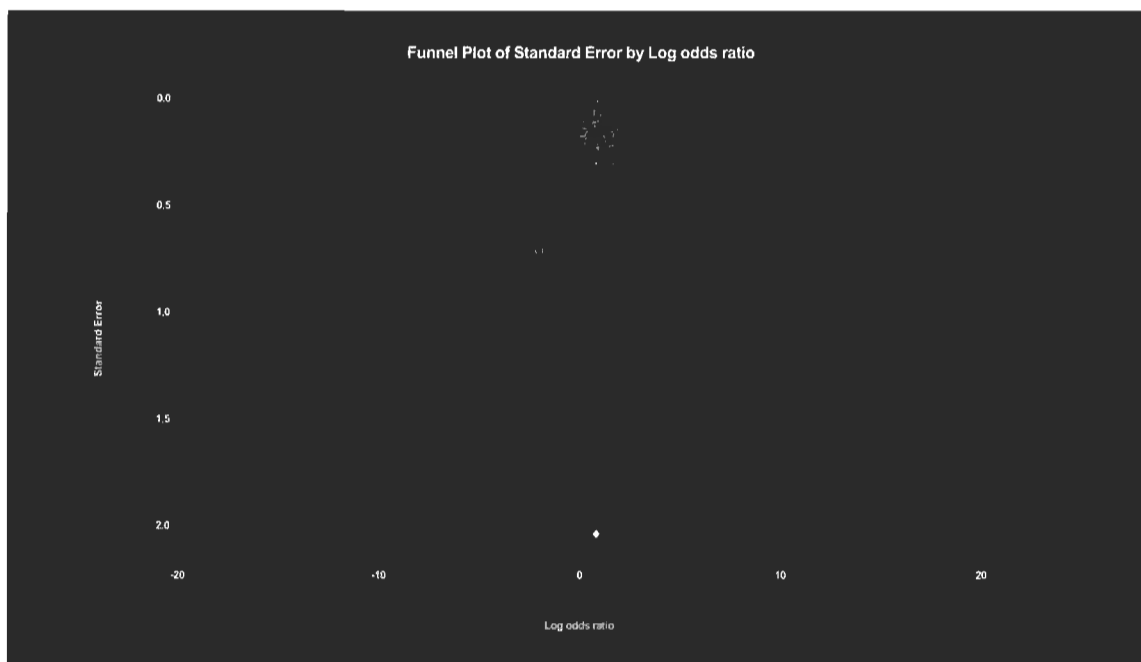


Figure 2. Diagramme en entonnoir (*funnel plot*).

La mesure d'hétérogénéité étant significative ($p = 0,00$; $Q = 3143,32$), il importe d'effectuer des analyses de modérateurs afin de tenter d'expliquer l'hétérogénéité observée. En effet, l'indice Q est un indice d'hétérogénéité issu d'un test de signification; lorsque ce test est significatif, il indique que les tailles d'effet ne sont pas homogènes parmi les études et qu'il serait pertinent de poursuivre les analyses afin de rechercher les modérateurs qui pourraient expliquer l'hétérogénéité (Rosenthal, 1995). En présence de celle-ci, il est tout indiqué de privilégier cette démarche plutôt que celle consistant à se tourner vers les effets aléatoires (Borenstein et al., 2009).

Analyses en fonction des différents modérateurs

Les résultats des analyses de modérateurs sont présentés au Tableau 2. Elles ont porté sur les variables suivantes : le sexe, l'âge, le type de handicap, la nature de l'abus sexuel (avec ou sans contact physique), la relation avec l'agresseur, l'année de publication et le pays où l'étude a été réalisée. Les analyses pour le sexe, la nature de l'abus sexuel (avec ou sans contact physique) et la relation avec l'agresseur n'ont pas pu être effectuées comme prévu parce que ces données n'étaient pas rapportées assez régulièrement dans les études pour pouvoir en faire des modérateurs dans le cadre de ce travail.

Les personnes handicapées âgées de 21 ans et moins sont significativement plus à risque d'être agressées sexuellement que celles non handicapées du même groupe d'âge ($OR = 1,65; p = 0,00; k = 30$). Les personnes handicapées âgées de 21 ans et plus encourent également un risque significativement plus élevé que celles non handicapées du même groupe d'âge ($OR = 2,72; p = 0,00; k = 54$). Lorsque ces deux sous-groupes d'âge sont comparés, nous observons qu'un effet de modulation est présent pour cette variable, car les adultes handicapés ressortent comme étant significativement plus à risque d'être agressés sexuellement que les enfants et les adolescents issus de la même population ($Q' = 8,21; p = 0,00$).

Parmi les six catégories de handicap à l'étude, seulement quatre d'entre elles comprennent minimalement quatre études et sont associées de façon significative au risque d'être victime de violence sexuelle (intellectuelle/développementale : $OR = 1,81;$

$p = 0,01$; $k = 24$, physique : $OR = 1,71$; $p = 0,01$; $k = 16$, sensorielle : $OR = 7,57$; $p = 0,00$; $k = 12$ et handicaps combinés : $OR = 1,76$; $p = 0,00$; $k = 28$). Les analyses montrent la présence d'un effet de modération pour le type de handicap et révèlent que les personnes souffrant d'un handicap sensoriel sont confrontées à un risque significativement plus élevé d'être agressées sexuellement que celles aux prises avec un autre type ($Q' = 41,11$; $p = 0,00$).

Les études incluses dans la méta-analyse ont été réalisées dans sept pays différents dans le monde. Le Canada, les États-Unis et les pays du continent de l'Europe et de l'Afrique comprennent minimalement quatre études; tous présentent un risque d'agression sexuelle qui est significativement plus élevé pour une personne handicapée comparativement à une personne non handicapée du même pays (Canada : $OR = 2,17$; $p = 0,01$; $k = 4$, États-Unis : $OR = 2,57$; $p = 0,00$; $k = 46$, Europe : $OR = 1,60$; $p = 0,02$; $k = 21$, Afrique : $OR = 20,02$; $p = 0,00$; $k = 4$). Les analyses montrent la présence d'un effet de modération pour le pays, puisque les probabilités d'être agressé sexuellement sont significativement plus élevées dans les pays de l'Afrique et significativement moins élevées dans les pays du continent de l'Europe.

Sept études seulement incluent des participants souffrant d'un handicap psychologique ou émotionnel. Qu'elles soient présentes ($OR = 2,54$; $p = 0,00$; $k = 7$) ou non ($OR = 2,22$; $p = 0,00$; $k = 77$) dans les analyses, les personnes handicapées demeurent confrontées à un risque significativement plus grand d'être agressées sexuellement que

celles de la population générale. En d'autres mots, il n'y a pas d'effet de modération pour cette variable.

La méta-régression effectuée pour l'année de publication indique qu'il n'y a pas de différence significative par rapport à l'ampleur de la taille d'effet en fonction des années (voir Figure 3). La méta-régression pour les pays n'a pas pu être effectuée en raison de données manquantes.

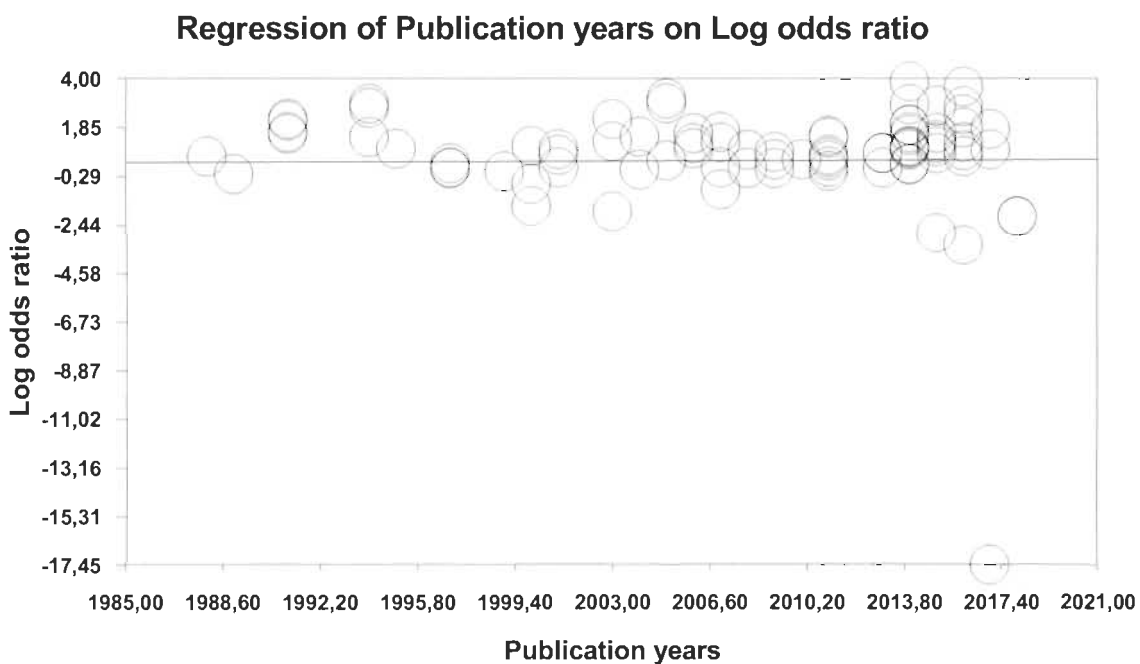


Figure 3. Méta-régression de l'année de publication.

Discussion

Au cours des dernières années, plusieurs regroupements sociaux se sont formés pour dénoncer la dévalorisation des variations humaines – fondée notamment sur le genre, la race, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, etc. – et la violence sexuelle à laquelle les personnes se démarquant par leur différence sont souvent assujetties. Malgré un déploiement d'efforts significatifs pour élargir la notion d'égalité et faire connaître la réalité de certaines communautés à l'égard du phénomène de victimisation sexuelle, les personnes en situation de handicap continuent pour leur part d'être évacuées de la scène publique et d'être grandement limitées dans leur pouvoir d'action face à une situation abusive.

En réponse à ces constats, l'objectif de cette méta-analyse visait à établir la prévalence d'abus sexuel perpétré contre les enfants, les adolescents et les adultes en situation de handicap à l'échelle nationale et mondiale. Un second objectif consistait à déterminer si le taux obtenu tend à fluctuer en fonction de l'âge de la victime, du type de handicap, de la nature de l'abus et de la relation avec l'agresseur. La prise en compte de ces variables prévoyait être au service d'une meilleure compréhension de la spécificité des situations vécues par les différents sous-groupes de la population handicapée et traduisait une certaine reconnaissance de son hétérogénéité, maintes fois occultée dans les travaux de recherche comme dans les quelques documents d'orientation actuellement disponibles.

Les résultats de la présente méta-analyse démontrent que les personnes handicapées sont deux fois plus à risque de subir de la violence sexuelle au cours de la vie que celles de la population générale. En d'autres mots, les personnes en situation de handicap font face à un risque significativement plus grand d'être touchées par le phénomène de victimisation sexuelle que leurs pendants non handicapés, et ce, quel que soit le groupe d'âge. Un effet de modérateur est néanmoins observé pour l'âge, puisque les individus handicapés âgés de 21 ans et plus ressortent comme étant les plus touchés par le phénomène de victimisation sexuelle, avec un taux de risque estimé à 2,72. Par ailleurs, les analyses de sous-groupes de handicap révèlent que les personnes souffrant d'un handicap sensoriel sont les plus à risque, avec un taux près de quatre fois plus élevé que les autres types de handicaps (intellectuel/développemental, physique ou combinés). Les probabilités de subir de la violence sexuelle pour une personne handicapée par rapport à une personne non handicapée du même pays sont significativement plus élevées dans les pays du continent de l'Afrique, comparativement à ce qui est observé pour le Canada, les États-Unis et les pays du continent de l'Europe. Par contre, le risque qu'une personne handicapée soit agressée sexuellement par rapport à une personne non handicapée du même pays est significativement plus élevé aux États-Unis que dans les pays du continent de l'Europe.

Le résultat concernant le fait que les enfants handicapés seraient moins à risque d'être agressés sexuellement que les adultes peut sembler surprenant, puisque leur niveau de dépendance – attribuable à leur âge et à la présence d'un handicap – et de connaissances

sur la sexualité pourrait suggérer le contraire. Pour expliquer une telle différence d'ampleur, il se pourrait que des variables méthodologiques soient en cause : par exemple, le recrutement de participants mineurs est plus ardu à réaliser qu'avec une population adulte, parce qu'il exige l'obtention d'un consentement parental ou d'un tuteur légal, à moins d'être âgé de 14 ans et plus. Si l'étude vise en plus à documenter la prévalence d'abus sexuels chez les jeunes en situation de handicap, plusieurs raisons pourraient faire en sorte qu'un parent vive de l'inconfort quant à la possibilité que son enfant y participe et à décliner l'invitation, principalement lorsque les expériences d'abus sexuels sont ignorées, niées ou perpétrées par celui-ci. Si les chercheurs choisissent de documenter les expériences d'abus vécus par l'enfant auprès d'un tiers autorisé ou en présence de celui-ci, ces mêmes raisons pourraient faire en sorte que l'ampleur de la situation abusive soit sous-estimée et traduite en un taux de risque plus bas que prévu. Même en étant soucieux de donner l'heure juste, il n'est pas toujours possible pour le parent de pouvoir bien documenter la survenue d'abus sexuels chez son enfant, surtout lorsque ceux-ci sont perpétrés en très bas âge (p. ex., entre 0 et 3 ans). Comme le niveau cognitif et langagier de la jeune victime est insuffisamment développé, le parent pourrait malheureusement être privé de cette information et rapporter qu'il n'y a pas eu commission de violence sexuelle envers son enfant lors de la cueillette des données.

Relativement au dernier point, il importe de rappeler que les enfants avec ou sans handicap n'ont pas la même capacité à fournir un témoignage clair et détaillé des abus sexuels subis que les adultes. En effet, leurs capacités mnésiques dépendent largement de

leur stade de développement (cognitif, langagier et socioaffectif), de telle sorte que les adultes sont mieux équipés pour se remémorer, comprendre et rapporter les expériences d'abus sexuels qu'ils ont vécues. Même lorsque les enfants atteignent un âge où ils devraient, d'un point de vue développemental, être en mesure de fournir de plus amples précisions sur les gestes perpétrés contre eux et leurs circonstances (p. ex., personne impliquée, lieu, temporalité des événements), ils pourraient être aux prises avec un handicap qui les replacerait aussitôt dans une situation de désavantage à cet égard (p. ex., déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, trouble du langage). Ces différences relatives à l'âge doivent évidemment être appréhendées avec soin et précaution en contexte d'entrevues d'enquête ou de recherches avec des enfants, puisque la façon de documenter les abus sexuels auprès de cette clientèle pourrait influencer la qualité de leurs témoignages et mener à des conséquences négatives (p. ex., faux témoignage, remise en question de la crédibilité de l'enfant, déclaration partielle) (Cyr, Sylvain, & Lewy, 2011). Considérant le niveau d'exigence que commande ce type d'investigation à la fois chez l'enfant et l'interviewer, il se pourrait que la plus faible proportion d'études incluses avec des enfants handicapés dans ce travail – comparativement à celle des adultes handicapés – s'explique davantage par les défis que pose cette tâche que par un danger réellement moins élevé de subir un abus sexuel pour ces derniers.

Par ailleurs, certains chercheurs ont tenté d'étudier le phénomène de victimisation sexuelle chez les jeunes handicapés en épluchant les dossiers de cas d'agressions sexuelles

enregistrées par les corps de police (Dickman & Roux, 2005; Nixon et al., 2017). Pour toutes sortes de raisons (p. ex., âge de la victime handicapée, nature du handicap, niveau de sévérité de sa condition, manque d'autonomie, environnement familial fermé, menace de perdre certains privilèges, relation avec l'agresseur), certains enfants handicapés pourraient être plus désavantagés que d'autres vis-à-vis l'accès à la dénonciation et passer carrément inaperçus dans ce genre d'étude. Or, il serait fort probable que les victimes handicapées mineures et/ou plus sévèrement atteintes enregistrent un très faible taux de dénonciation aux autorités et, par conséquent, qu'elles n'apparaissent pas dans l'estimation de la prévalence d'abus sexuel obtenue dans le cadre de ces recherches. De façon similaire, quelques auteurs ont tenté d'étudier cette problématique sociale en se référant aux dossiers médicaux qui confirmaient ou suspectaient fortement qu'un abus sexuel avait été commis à l'endroit d'un enfant en situation de handicap (p. ex., Ammerman et al., 1989; Kvam, 2000). Encore une fois, il se pourrait que certains enfants handicapés soient plus limités que d'autres dans leur possibilité d'accéder à des soins de santé (p. ex., pédiatre) ou à services spécifiques (p. ex., dépistage) et qu'ils représentent une statistique invisible dans la littérature. Il se pourrait également que les seuls cas retenus et confirmés par les spécialistes soient ceux d'enfants handicapés ayant subi des formes d'abus sexuels plus graves, notamment parce que la symptomatologie associée à celles-ci serait plus apparente. Qu'advient-il alors de ceux ayant subi des formes d'abus moins sévères (p. ex., baisers, fellation, caresses, propositions verbales faites à l'enfant) ou de ceux ayant été contraints de répondre aux demandes sexuelles de l'instigateur sans

avoir été touchés par ce dernier (p. ex., un enfant qui est contraint de faire une fellation à son agresseur)?

Enfin, une autre façon d'étudier la victimisation sexuelle chez les enfants handicapés consiste à mener une étude auprès d'un échantillon d'adultes handicapés et à leur demander rétrospectivement s'ils ont subi de la violence sexuelle durant l'enfance. Dans le cadre de ce travail, les études dont l'objectif principal visait plus particulièrement à recueillir ce type de données étaient automatiquement placées dans la catégorie Enfant – parce que l'abus a eu lieu durant l'enfance –, malgré un échantillon composé exclusivement d'adultes. Toutefois, la classification des études incluses dans la catégorie Enfant ou Adulte lors des analyses n'était pas toujours aussi simple à réaliser et reposait parfois sur des décisions arbitraires (p. ex., déterminer l'âge auquel les participants n'appartiennent plus à la catégorie Enfant), de telle sorte que ces dernières auraient pu affecter le taux de risque estimé pour les enfants handicapés. En effet, comme l'âge de la majorité varie d'un pays à l'autre (soit entre 18 et 21 ans) et que l'étendue d'âge des participants dans les études chevauche généralement plusieurs catégories d'âge à la fois (p. ex., un échantillon âgé de 16 à 74 ans ou de 18 à 25 ans), le chiffre que nous avons fixé arbitrairement (soit 21 ans) était dans certains cas de faible utilité pour orienter notre choix vers l'une des deux catégories. En pareille situation, il nous fallait prendre une décision selon les données disponibles correspondant uniquement aux participants handicapés (et non pas à tous les participants de l'étude, incluant ceux avec un handicap), ce qui pouvait constituer une source de variabilité dont il importe de tenir compte. Par

exemple, Macdowall et ses collaborateurs (2013) ont mené leur étude auprès de participants masculins et féminins âgés de 16 à 74 ans, avec ou sans handicap. Leur question de recherche visait à documenter les expériences sexuelles survenues à partir de l'âge de 13 ans jusqu'au moment de les interviewer à ce sujet. La moyenne d'âge du dernier incident était disponible pour les deux sexes (inférieur à 20 ans), sans toutefois distinguer les participants handicapés et non handicapés. Or, la seule donnée qui correspondait aux participants handicapés seulement justifiait que cette étude soit placée dans la catégorie Adulte. Bref, cet exemple illustre la possibilité que des données sur la fréquence d'abus sexuel pour les enfants se soient glissées dans le taux de risque obtenu pour les adultes et aient amplifié la différence d'ampleur observée entre ces deux groupes.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats démontrent que l'estimation du risque de subir de la violence sexuelle ne fluctuerait pas en fonction du type de handicap, à moins d'être de type sensoriel. Au même titre que pour la différence observée entre les enfants et les adultes handicapés, il se pourrait que certaines décisions prises en cours de route pour assurer la qualité méthodologique de ce travail soient partiellement responsables de ces constats : en premier lieu, la duplication des participants représente un biais important qui peut à la fois nuire à la validité d'une méta-analyse et surestimer la force du lien existant entre les variables étudiées. Comme les participants étaient parfois victimes de plusieurs formes d'abus sexuels, il n'était pas possible d'extraire toutes les données disponibles sur la fréquence d'abus subis pour chaque catégorie de violence sexuelle examinée. Afin d'éviter qu'un même participant soit comptabilisé plus d'une fois, nous

nous sommes limitée à une seule catégorie par étude, soit la catégorie « viol » ou celle s'en rapprochant le plus possible. À l'évidence, les données correspondant aux participants qui avaient subi des formes d'abus sexuels autres que celles que nous avons retenues n'ont pas été extraites. S'il existe un lien entre le type de handicap et la gravité des gestes subis (forme de violence sexuelle), est-il possible que certains sous-types de handicap fussent moins représentés que d'autres dans la catégorie « viol » plus spécifiquement? S'il existe en plus une relation positive entre le niveau de sévérité du handicap et la gravité des gestes subis, comment peut-on être certain que les données sur les personnes lourdement atteintes ou sur les personnes touchées au niveau cognitif et langagier soient documentées si leur condition de santé constitue souvent un critère d'exclusion pour participer à une étude de prévalence? Bien que ces questionnements demeureront, il nous paraîtrait précipité de conclure que le lien entre le type de handicap et le taux de risque est inexistant.

En deuxième lieu, certains sous-types de handicap – développemental, neurologique, langagier, trouble d'apprentissage et autisme – n'ont pas fait l'objet d'un assez grand nombre de recherches pour que leur taux de risque respectif soit interprétable. De ce fait, il se pourrait que le faible nombre d'études qui comportent des participants aux prises avec ces types d'incapacités nous instruisent sur la capacité réelle qu'ils ont à pouvoir s'exprimer sur leur vécu traumatique par rapport à d'autres, plutôt que sur le fait qu'ils seraient confrontés à un danger moins important de subir de la violence sexuelle. Supposant que l'accès à la dénonciation puisse être fortement limité par la présence de

faibles habiletés de communication verbale, de difficultés de compréhension des interactions sociales (p. ex., difficultés d'interprétation) et d'une dépendance plus élevée à l'égard des donneurs de soins, il ne serait pas insensé que ces mêmes défis soient à l'origine du manque de documentation les concernant – et, par conséquent, d'un taux de prévalence plus faible. Par exemple, les individus touchés par un trouble du spectre de l'autisme présentent des déficits dans les domaines de la communication et des interactions sociales qui sont plus ou moins grands selon le niveau de sévérité. En raison de ces difficultés, ils sont souvent privés d'une éducation ou de connaissances liées à la sexualité, et exclus d'un ensemble d'interactions sociales qui leur permettraient justement de développer des habiletés relativement à la sexualité et à l'intimité au moyen du processus de socialisation. En conséquence, ces individus deviennent à haut risque de commettre une infraction sexuelle à l'endroit d'une autre personne et de devenir eux-mêmes la cible de crimes sexuels (Dubé, Bussièrès, & Poulin, soumis). Or, il ne faudrait pas que l'absence de résultats interprétables pour ces cinq catégories de handicap soit confondue avec une absence de risque face au phénomène de victimisation sexuelle.

En troisième lieu et de manière très hypothétique, il se pourrait que l'estimation du risque de subir de la violence sexuelle fluctue en fonction du type de handicap seulement lorsque le niveau de sévérité de l'atteinte est élevé. Autrement dit, il pourrait y avoir une différence d'ampleur significative entre les différents sous-types de handicap passé un certain seuil. En pareil cas, il pourrait être difficile d'isoler la réelle contribution du type de handicap sur le taux de risque de victimisation sexuelle dans les études comportant un

faible nombre de participants atteints d'un handicap sévère ou incluant seulement ceux avec une incapacité de légère à modérée (p. ex., Euser et al., 2016; Mueller-Johnson et al., 2014). Nonobstant les considérations éthiques concernant l'inclusion de participants lourdement handicapés dans les études, il se pourrait que le cadre de référence utilisé par les auteurs pour définir un handicap puisse influencer la composition des échantillons et atténuer le lien qui pourrait exister entre le type de handicap et le taux de prévalence d'abus sexuel : par exemple, si la définition de ce qu'est une personne handicapée est inclusive et porte essentiellement sur la présence de limitations dans les activités de la vie courante et le recours à des appareils d'assistance variés pour compenser celles-ci (p. ex., canne, marcheur, déambulateur, chaise d'appoint pour la douche), la composition de ces échantillons risque d'être très hétérogène et d'inclure des participants qui sont plus faiblement ou plus fortement hypothéqués par leur état de santé. Face à cette étendue de possibilités, il se pourrait que le risque encouru par les participants souffrant d'une détérioration grave de leur condition de santé soit atténué par la présence de participants moins lourdement handicapés et, par conséquent, moins souvent exposés à des situations à haut risque (p. ex., services de soins d'assistance personnelle). Si les deuxièmes sont présents en plus grand nombre, est-il possible que le taux de prévalence global obtenu pour les handicaps physiques nous informe davantage sur cette surreprésentation que sur le réel danger qu'ils ont de subir de la violence sexuelle? Est-il possible que les handicaps intellectuels se retrouvent dans la même situation?

Enfin, les écarts observés entre les pays traduisent possiblement des différences socioculturelles plutôt que des différences relatives au risque de subir de la violence sexuelle. Au-delà des taux de risque associés à chaque pays, le nombre d'études réalisées dans chacun d'eux soulève des questions et démontre que la recherche dans le domaine des agressions sexuelles est beaucoup moins développée dans certaines régions du monde (p. ex., Afrique et Asie) que dans d'autres (p. ex., États-Unis et Canada). La création de nombreux mouvements activistes en Amérique du Nord (p. ex., l'introduction du concept de la « culture du viol » durant la seconde vague du mouvement féministe aux États-Unis, le mouvement #MoiAussi) pourrait expliquer que la majorité des études sélectionnées dans le présent travail proviennent du Canada et des États-Unis. Il se pourrait que l'Afrique, l'Asie et l'Europe se démarquent par le faible nombre d'études réalisées dans le domaine de l'agression sexuelle parce que l'accès à la dénonciation n'est pas le même ou bien parce que les droits des femmes dans certains pays provenant de ces continents sont bafoués ou non reconnus (p. ex., en Arabie Saoudite, un État situé dans le sud-ouest de l'Asie). Si la présence d'inégalités en matière d'accès ne nous permet pas de relever l'ampleur du phénomène de victimisation sexuelle dans la population générale, faibles sont les chances qu'elle puisse nous permettre de nous enquérir de la réalité des personnes handicapées face aux abus sexuels.

Or, il existe une forte correspondance entre la complexité du phénomène d'abus sexuel envers les personnes handicapées et le niveau d'exigence qu'il requiert pour bien l'étudier. Si ces quelques hypothèses possibles n'ont pas été présentées dans une intention

de démentir les résultats – ou l’absence de résultats – obtenus dans le cadre de ce travail, elles nous réintroduisent à l’importance de conserver ou de retrouver un positionnement scientifique qui est critique, flexible et holistique.

Implications cliniques et recherches futures

Les résultats susmentionnés fournissent un éclairage important sur la réalité des personnes handicapées et soulignent la présence d’un paradoxe pouvant susciter malaise et ambiguïté. En effet, il existe un rapport inégal entre le niveau de risque estimé que la population handicapée subisse de la violence sexuelle et le niveau de protection réel qui leur est offert au sein de nos infrastructures. Bien avant d’être des cibles potentielles d’abus sexuels, les personnes handicapées sont souvent victimes de multiples a priori qui peuvent créer ou perpétuer des situations de désavantages pour ces dernières (p. ex., elles sont silencieuses, moins difficiles à dominer), même au regard de la prévention face au phénomène d’abus sexuel. Sans tenter de remettre la responsabilité sur quiconque, il conviendrait de réfléchir collectivement aux croyances, aux attitudes et aux comportements discriminatoires pouvant directement ou indirectement inciter à la commission de violences sexuelles à leur endroit.

La non-reconnaissance des personnes handicapées en tant qu’être sexué ou comme pouvant être la cible d’inconduites sexuelles illustre un stéréotype négatif qui subsiste dans l’imaginaire collectif et dont les conséquences présumées ne sont pas à négliger. En réalité, ce préjugé partagé les prive non seulement d’un accès à une éducation sexuelle

adaptée, mais également de prendre part à un système social inclusif pouvant les accompagner dans cet univers et les protéger de celui-ci en cas d'abus. Pendant qu'elles sont perçues comme étant dépourvues de désirs et de sexualité, les personnes handicapées se retrouvent prises en otage par leur statut de handicap et par le manque d'équivalence en matière d'accès aux soins de santé et à des services divers (p. ex., service de dépistage des infections transmissibles sexuellement). En conséquence, elles demeurent peu équipées pour répondre à leurs besoins sexuels, consentir à un rapport intime dans le respect de leurs propres valeurs, prévenir une situation d'abus, y échapper ou la dénoncer aux autorités concernées en pareil cas. À partir de maintenant, la nécessité de renoncer à une vision exclusive de la sexualité – et plus particulièrement de la victimisation sexuelle – ne peut plus être ignorée comme auparavant, et la possibilité d'être soutenu dans cette dimension de leur vie ne peut plus être appréhendée comme s'il s'agissait d'un droit réservé. Cette affirmation pose le réel défi de la prévention avec une clientèle qui ne dispose pas toujours des mêmes canaux de communication que la population générale et qui présente des besoins particuliers pouvant exiger la création de partenariats multiples et inhabituels. Par souci de clarté et dans une intention d'éviter la confusion, les enjeux qui concernent principalement les décideurs politiques (p. ex., enjeux institutionnels et organisationnels) et les différents secteurs concernés ne feront pas l'objet de cette discussion; le lecteur est toutefois avisé que les implications cliniques qui seront énoncées ci-après ne peuvent pas se soustraire au contexte social, politique et économique dans lequel elles s'insèrent et qu'elles viennent avec des défis et des questionnements qui les dépassent largement.

Dans un premier temps, il convient de noter que l'élaboration de programmes visant à offrir des cours sur les relations humaines et sur l'éducation sexuelle reste un incontournable en matière de prévention d'abus sexuel, qu'ils soient destinés aux individus avec ou sans handicap. Malheureusement, il existe très peu de programmes en éducation à la sexualité conçus expressément pour les personnes handicapées, et parmi le faible nombre existant, peu ont été soumis à un processus d'évaluation rigoureux quant à leur efficacité (Dubé et al., soumis). Par exemple, Dubé et son équipe (soumis) ont tenté de recenser toutes les études primaires ayant évalué l'efficacité de programmes sur le développement des connaissances psychosexuelles des jeunes atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les résultats de leur méta-analyse démontrent que les effets des programmes d'intervention sur le niveau des connaissances liées à la sexualité sont d'ampleur moyenne à forte, mais le faible nombre d'études retenues ($k = 5$) ne permet pas d'isoler les modérateurs qui sous-tendent leur efficacité et nous demande avant tout de rester prudents quant aux conclusions à tirer. Malgré une potentielle hausse des connaissances, rien n'indique que les compétences acquises dans le cadre de ces programmes se sont traduites par des comportements sexuels sains et que ces conduites se sont maintenues dans le temps. Outre ce qu'ils nous révèlent explicitement, les travaux de Dubé et ses collègues nous forcent à constater que la documentation disponible sur l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle pour personnes handicapées est quasi inexistante, et qu'une telle pénurie dans la recherche ne peut faire autrement que de mener à une absence de consensus vis-à-vis des meilleures pratiques à adopter. La disparité entre les études nous convainc peu à peu du désintérêt scientifique qui subsiste envers cette

clientèle, puisqu'elle rappelle combien les personnes handicapées sont encore mal comprises – dans à peu près chaque sphère qui les concerne – et comment cette méconnaissance nous limite justement dans nos possibilités d'avancement en matière de programme éducatif adapté. Encore faudrait-il que les chercheurs s'intéressent davantage aux réalités différenciées des personnes handicapées, avant même de pouvoir statuer sur les méthodes d'apprentissage et d'intervention à préconiser pour assurer une généralisation des acquis à des situations de vie réelle.

Si accompagner les personnes handicapées dans leur développement psychosexuel n'est plus à contester, le type de format et de présentation de ces enseignements et les acteurs qui seront désignés pour répondre à un tel mandat restent effectivement peu clairs. En raison de la diversité des besoins de cette population, la conception de programmes d'éducation sexuelle adaptés peut s'avérer complexe et commander des défis différents sur le plan de l'exécution et de l'organisation notamment : par exemple, dispenser des ateliers ou des cours sur la sexualité à des personnes souffrant d'un handicap sensoriel ne requiert pas forcément les mêmes dispositifs que ceux demandés pour les personnes avec une déficience intellectuelle ou un handicap physique, et pourrait nécessiter de faire appel à des protagonistes différents pour assurer la courroie de transmission entre le service offert et le bénéficiaire (p. ex., un interprète). Selon plusieurs paramètres tels que le milieu de vie dans lequel la personne évolue (p. ex., centre d'hébergement, centre d'accueil de jour, maison familiale), le recours ou non à une assistance personnelle (p. ex., pour les déplacements), le type du handicap, le niveau de sévérité de celui-ci et l'endroit où le

service prévoit être offert (p. ex., défi lié à l'inaccessibilité architecturale), la structure de service pourrait connaître des variations suffisamment grandes pour menacer sa qualité et/ou son accessibilité.

En vue de pouvoir répondre adéquatement aux besoins d'apprentissage de la clientèle handicapée, il ne faudrait pas que l'augmentation de l'un signe la diminution de l'autre, et vice versa. En effet, offrir des ateliers en éducation à la sexualité dans un format qui évite à la personne souffrant d'un handicap physique de devoir se déplacer (p. ex., présentation vidéo préenregistrée) pourrait être un moyen de défier les enjeux liés à l'accessibilité physique et architecturale, mais si cet aménagement ne permet pas que cette dernière soit réellement soutenue et encadrée dans ses apprentissages en raison du manque de ressources humaines disponibles, la qualité du service offert pourrait s'en trouver affectée. Dans le même esprit, une personne sourde-aveugle qui se voit offrir la formation selon une modalité qui lui convient (p. ex., service d'interprétation en langue des signes tactile, preneurs de notes en braille) peut à l'évidence profiter de ces enseignements et ne plus être touchée par les enjeux liés à l'accessibilité communicationnelle. En revanche, la présence de l'interprète ou des autres participants sans handicap pourrait la gêner dans sa capacité à poser des questions, à demander des éclaircissements ou à exprimer ses craintes face au contenu; comme tout un chacun peut avoir un rapport à la sexualité qui est différent, notamment en ce qui concerne le niveau d'aisance à en parler, il ne serait pas complètement impossible de penser que ces mesures de soutien puissent indisposer la personne handicapée à différents égards. Lorsque l'action préventive vise à atteindre le

plus grand nombre d'individus possible, l'accessibilité à un service peut être traitée en priorité de façon plus directe et parfois au détriment de sa qualité : par exemple, favoriser l'accès à un service en multipliant les effectifs et les milieux où il sera implanté peut nécessiter de faire appel à des acteurs qui ont les compétences professionnelles pour offrir une formation en éducation à la sexualité, mais qui ont une très faible connaissance de la clientèle qu'ils doivent desservir (p. ex., un conférencier ou un intervenant qui est appelé à donner son atelier dans un organisme pour individus souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme). À l'inverse, les acteurs désignés (p. ex., un membre de la famille, un enseignant d'école secondaire) pourraient être habitués à intervenir auprès d'individus souffrant d'un handicap quelconque, mais se retrouver à enseigner un contenu qui sort de leur champ de compétences et qui nécessite d'avoir des habiletés relationnelles particulières pour bien accompagner les participants dans leur développement psychosexuel. Si le niveau de familiarité avec la tâche ou la clientèle ciblée peut exercer une influence sur la réponse au programme, c'est-à-dire sur la capacité à assimiler le contenu et à transposer dans le réel les enseignements reçus de manière optimale, choisir d'accorder la priorité à l'accessibilité plutôt qu'à la qualité pourrait être dans ce cas-ci un pari audacieux à prendre. Quoi qu'il en soit, le manque de considération de l'un par rapport à l'autre pourrait augmenter les inégalités non seulement entre la population générale et la population handicapée, mais également entre les différents sous-groupes d'individus issus de cette dernière. Maintenant que nous savons que l'estimation du risque de subir de la violence sexuelle varie selon le type de handicap, il importerait dans le cadre de recherches futures de pouvoir mieux déterminer ce qui sous-tend cette correspondance.

Par exemple, si le manque d'équivalence en matière de qualité et d'accès aux services et aux soins de santé en fait partie, une meilleure connaissance des besoins non répondus de chaque sous-groupe permettrait un meilleur repérage des endroits où se logent la disparité et le manque d'équité plus particulièrement. Si les inégalités au sein de nos infrastructures sont pour leur part tributaires d'une méconnaissance de la population handicapée ou d'un ensemble de préjugés discriminatoires, il s'avérerait primordial de mieux documenter les facteurs de risque proximaux et distaux pouvant contribuer à l'élévation du risque de chaque sous-groupe. Bien qu'il y ait certains facteurs de risque qui transcendent les différents types de handicaps, il y en a qui sont plus spécifiques à ceux-ci et qui ne peuvent être repérés que si la population handicapée est appréhendée dans son hétérogénéité; autrement dit, il est préférable d'étudier les personnes handicapées en tant que groupe hétérogène, même si cela signifie de faire ressortir les traits communs qu'elles ont, que de les traiter en tant que groupe homogène sans être assuré de pouvoir extraire ce qui est propre à chaque sous-type.

Dans la continuité de ce qui précède, rappelons que les personnes avec un handicap sensoriel ont longtemps apparu dans les travaux de recherche comme n'étant pas particulièrement touchées par le phénomène de victimisation sexuelle (Conroy & Cotter, 2017; Sullivan & Knutson, 2000). Pourtant, le calcul de l'effet combiné que fournit la présente méta-analyse nous révèle bien au contraire qu'elles feraient face à un danger significativement plus grand d'y être confrontées que la population générale et tous les autres types de handicaps confondus. Si le but de l'exercice n'est en aucun cas de

déterminer quel type de handicap devrait avoir préséance sur un autre quant à la prévention et au droit d'être protégé, il faudrait minimalement s'assurer qu'elles ne bénéficient pas d'une protection moindre que les autres et qu'elles sont concrètement soutenues dans leur capacité à signaler une situation d'abus ou à demander réparation. En raison du fait qu'entreprendre un processus de dénonciation n'est pas chose simple à faire même en l'absence d'un handicap, il demeure crucial de s'attarder aux obstacles qui pourraient les décourager à s'engager dans une telle démarche et en faire justement des victimes encore plus attrayantes. Comme les personnes souffrant d'un handicap sensoriel – ou tout autre handicap – sont confrontées à des obstacles supplémentaires créés par leur condition de santé, il faudrait être en mesure de prévoir des aménagements qui sauront rendre leur expérience moins pénible ou qui pourront les aider à se sortir d'une position de silence face aux abus subis. Par exemple, les services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) représentent un projet unique dans la région de Québec où les individus âgés de 0 à 17 ans qui sont victimes d'abus ou de maltraitance peuvent recevoir plusieurs services sous un même toit. À partir du moment où il y a commission d'un abus, les victimes n'ont plus besoin de se déplacer d'un endroit à l'autre pour obtenir des services d'évaluation, d'enquête, de consultation judiciaire, de traitement, de soutien et de défense des droits (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2020). Pour des raisons évidentes, il pourrait être intéressant de s'inspirer de ce modèle pour en concevoir un qui soit adapté aux besoins des personnes souffrant d'un handicap sensoriel. En réunissant dans un seul et même lieu plusieurs professionnels qui ont l'habitude d'intervenir avec ce type de clientèle et de traiter avec soin la problématique

d'abus sexuel, les personnes avec un handicap sensoriel pourraient être au minimum dégagées de la responsabilité de prévoir et d'organiser chacune des étapes survenant avant la prise en charge (p. ex., s'informer des ressources d'aide disponibles, mandater un interprète pour assurer la communication durant le processus, coordonner ses rendez-vous d'un endroit à l'autre, s'informer des services de traitement qui sont adaptés à la clientèle). Bien que l'application de ces mesures de soutien ne prétende pas être suffisante pour rendre leur expérience d'abus sexuel moins traumatique, elle pourrait à tout le moins permettre aux victimes handicapées d'enclencher un processus de dénonciation ou de réparation sans être empêtrées dans des défis liés plus spécifiquement à l'accès, à l'organisation et à la logistique. Du côté de l'Europe, les procédures judiciaires ont connu une évolution importante quant aux pratiques et aux méthodes de communication employées lors des interrogatoires (p. ex., filmés ou diffusés en direct dans la salle d'audience sans visuel sur l'auteur d'abus), de telle sorte que les enfants avec et sans handicap peuvent prendre part plus aisément au processus judiciaire (Brown, n.d.). Encore une fois, il pourrait être intéressant de combiner ces avancées à celles des SIAM pour créer un modèle de prise en charge multidimensionnel qui soit cohérent avec les besoins d'adaptation des victimes souffrant d'un handicap sensoriel; le recours à un interrogatoire filmé pour recueillir la preuve permettrait à la victime handicapée de présenter son histoire une seule fois et lui éviterait d'avoir à se replonger dans un contenu traumatique à plusieurs reprises. Cet avantage est encore plus manifeste dans le cas où la personne handicapée doit passer par un interprète pour parler d'un vécu difficile, puisque sa présence pourrait potentiellement être vécue comme une autre expérience intrusive et

s'ajouter au sentiment d'intrusion déjà éprouvé au moment de l'abus et durant chaque étape du processus judiciaire.

Dans un registre similaire, il nous paraît important d'être au clair sur la logique des mesures de protection à prendre dans les cas de figure où la personne qui dispense des services d'interprétation est également celle qui commet les abus sexuels; bien que cet exemple ne couvre évidemment pas l'ensemble des réalités vécues par les personnes avec un handicap sensoriel, il illustre une situation à très haut risque au sein de laquelle l'accessibilité communicationnelle n'est plus assurée et où les possibilités d'échappement sont grandement réduites. Hormis l'aspect hypothétique de ces scénarios, la conjonction de ces deux limitations peut de toute évidence créer une situation de désavantage importante pour la personne handicapée, notamment parce qu'elle place cette dernière dans une position où l'expérience abusive pourrait potentiellement dépasser le simple événement isolé. Étant donné que ces limitations peuvent être de surcroît l'aboutissement de plusieurs autres situations abusives, par exemple dans le cas où la personne handicapée est privée de ses services d'interprétation parce que l'auteur d'abus – qui est également celui qui en a la charge – craint d'être dénoncé, il s'avérerait peu indiqué de faire l'économie de ce type de réflexion lors de la création de mesures préventives ou de stratégies d'intervention. De ce fait, les chercheurs qui s'intéressent au phénomène d'abus sexuel envers les personnes souffrant d'un handicap sensoriel gagneraient à documenter de façon systématique la nature de la relation avec l'agresseur. En supposant que les abus sexuels perpétrés contre ce sous-groupe soient surtout le fait de proches ou de membres

de la famille, nous pourrions nous attendre à ce que l'approche utilisée pour prévenir une telle situation diffère de celle qui aurait été préconisée dans le cas où les principaux auteurs d'abus seraient un voisin ou un étranger. Bref, rappelons une fois de plus que ces recommandations ne sont pas réservées aux personnes souffrant d'un handicap sensoriel et qu'elles ont été momentanément prélevées du cadre plus officiel dans lequel elles devront faire l'objet de réflexions.

Par ailleurs et pour terminer avec les handicaps sensoriels, il existe quelques documents d'orientation, guides de pratique et projets pilotes au Québec (p. ex., programme éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle; CRDITED MCQ – IU. 2014) et en Europe (p. ex., Projet TRASE : Formation en éducation sexuelle pour les personnes en situation de handicap [2015-2017]; Autism Europe, n.d.) qui ont été créés à l'intention des professionnels souhaitant accompagner les personnes handicapées dans plusieurs sphères de leur vie, dont la sexualité. Bien qu'il soit tout à fait légitime et incontestable de concevoir des guides ou des programmes destinés plus spécifiquement aux personnes souffrant d'une déficience de légère à modérée ou d'un handicap développemental (autisme), il faudrait nous assurer que la surreprésentation des uns dans la documentation ne contribue pas à l'effacement ou à la non-reconnaissance sociale du danger des autres face au phénomène d'abus sexuel. L'idée n'est surtout pas de diminuer l'intérêt ou l'attention porté sur les personnes avec un handicap intellectuel ou développemental, mais plutôt de nous assurer qu'une population qui ressort comme étant hautement à risque d'être bafouée dans ses droits et limitée dans son pouvoir d'action

n'est plus reléguée au second plan; inversement, il ne faudrait pas que l'apparition plus marquée des personnes avec un handicap sensoriel dans le cadre de cette discussion soit indûment interprétée comme quoi le danger encouru par les autres sous-groupes de handicap ne devrait pas être traité avec la même importance. À défaut de se répéter, il faudra s'enquérir plus sérieusement des réalités des personnes avec un handicap sensoriel – au regard des besoins, facteurs de risque, obstacles liés à la dénonciation, etc. – avant même de pouvoir rédiger à leur intention un guide de pratiques complet et cohérent en matière de prévention et d'intervention.

Limites

Tout au long de cette discussion, plusieurs limites ont été présentées brièvement ou à d'autres fins (p. ex., pour proposer une hypothèse différente, pour orienter les recherches futures). Au risque de répéter certaines idées déjà énoncées, il importe de rappeler au moins celles qui invitent à faire une lecture plus nuancée de certains résultats obtenus dans le cadre de ce travail.

D'abord, il existe une grande variabilité entre les études primaires incluses quant au choix de documenter ou non certaines caractéristiques liées aux abus sexuels. En effet, le type d'abus (avec ou sans contact physique), le lieu où les gestes ont été posés, la nature de la relation avec l'agresseur, le milieu de vie dans lequel évolue la victime, l'âge de survenue du premier événement et la chronicité de celui-ci, ne sont malheureusement pas examinés par les auteurs de façon systématique. En raison de cette inconsistance, il n'était

pas possible de déterminer – mathématiquement – si les circonstances entourant les abus sexuels variaient d'un sous-type de handicap à un autre et, le cas échéant, si ces différences pouvaient influencer l'estimation du risque associée à chacun d'eux. Bien qu'il ait été possible d'établir que les personnes souffrant d'un handicap sensoriel font face à un danger significativement plus grand que les autres, les variables qui contribuent à l'élévation du risque de victimisation sexuelle pour ce sous-groupe en particulier – et pour les autres d'ailleurs – demeurent inconnues pour les raisons qui viennent d'être citées.

Force est de constater que le manque de documentation sur certains types de handicaps en particulier représente une autre limite de ce travail. Plus précisément, les personnes qui sont atteintes d'un trouble neurologique, développemental, d'apprentissage, du langage ou du spectre de l'autisme se démarquent par leur faible apparition dans les études incluses. Les taux de prévalence obtenus pour ces cinq types de handicaps n'ont pas pu être interprétés en raison du nombre insuffisant d'études où ils étaient représentés (soit minimalement quatre études). En revanche, les trois premiers types ont été combinés aux handicaps intellectuels dans les analyses pour former la catégorie plus large des handicaps intellectuels/développementaux. Bien que cet appariement repose sur la présence d'une certaine parenté entre eux et ait été effectué afin d'avoir un regroupement plus parcimonieux, il constitue une autre limite importante de cette méta-analyse parce qu'il échoue, d'une part, à reconnaître l'hétérogénéité des personnes handicapées et nous empêche, d'autre part, d'isoler le risque relatif à chacun de ces types. Comme le taux de risque de subir un abus sexuel pour les handicaps intellectuels augmente lorsqu'il est

combiné aux taux de risque des trois types de handicaps – qui, nous le rappelons, ne sont pas interprétables en l'absence des handicaps intellectuels –, il convient d'interpréter le taux de risque combiné avec beaucoup de réserve.

Dans le même sens, les auteurs n'ont pas tous la même interprétation de ce qui constitue un abus sexuel, de telle sorte que les taux de prévalence d'abus sexuels peuvent varier en fonction de la position adoptée par le chercheur. En effet, certains adopteront une vision moins élargie de l'abus sexuel et choisiront d'exclure tout comportement sexuel sans contact physique (p. ex., exhibitionnisme, harcèlement sexuel, propositions verbales indécentes), alors que d'autres préféreront utiliser une définition qui est davantage inclusive. Lorsqu'il y a une mise en commun de ces taux de prévalence, l'effet combiné estimé devient difficile à interpréter parce qu'il n'est plus possible de démystifier la part relative aux abus sexuels avec contact physique et sans contact physique. Or, la présence d'une telle variabilité dans les taux de prévalence obtenus représente l'une des limites les plus importantes de ce travail. Bien que cette hétérogénéité ait été atténuée par la nécessité de nous restreindre à une seule forme d'abus sexuel pour éviter la duplication des participants, la sous-catégorie qui a été retenue (« viol ») n'était pas toujours présente ou désignée en ces mêmes termes (p. ex., « abus sexuel coercitif »). Malgré un effort conscient de choisir une forme d'abus qui référait sensiblement au concept choisi ou qui s'en rapprochait le plus possible, certains auteurs préféraient étudier le phénomène de victimisation sexuelle contre les personnes handicapées selon une perspective plus large, c'est-à-dire sans catégorie, et omettaient parfois de fournir leur définition de l'abus sexuel

dans leur étude (Giraldo-Rodríguez et al., 2015; Krnjacki et al., 2016; Platt et al., 2017). En conséquence, quelques données correspondant à des formes d'abus moins graves se sont probablement faufilees à travers les taux de prévalence obtenus pour chaque type de handicap dans ce travail, ce qui fait que l'ampleur réelle du problème pour la forme d'abus sexuel retenue (« viol ») a peut-être été surestimée. Dans le cadre de recherches futures, les auteurs auraient intérêt à préciser le cadre de référence qu'ils ont utilisé pour définir l'agression sexuelle. De cette manière, nous nous assurerions de pouvoir distinguer le risque associé aux différentes formes d'abus sexuel (c.-à-d. avec ou sans contact physique) et d'obtenir des taux qui sont davantage homogènes. Un autre point à considérer est que les rapports de prévalences peuvent également varier selon qu'ils portent sur toute la vie antérieure de la personne ou sur les douze derniers mois et faire état de deux réalités distinctes. Bien que la présente méta-analyse se distingue de celle de Hughes et al. (2012) par le fait qu'elle documente entre autres la prévalence à vie des agressions sexuelles envers les personnes handicapées (plutôt que la prévalence annuelle), il faut souligner la possibilité que des études fournissant la prévalence annuelle des abus sexuels se soient faufilees et la voir comme étant une limite de ce travail.

La même situation s'observe pour ce qui est de la définition du handicap, puisqu'elle peut varier d'une étude à l'autre. En dépit du fait que certaines définitions reviennent plus souvent que d'autres parmi les études incluses (p. ex., celle qui repose sur deux questions, dont une concernant la présence de limitations dans les activités de la vie courante, et l'autre sur le recours à des équipements de soutien), il existe une grande variabilité dans

les mesures utilisées par les chercheurs pour conclure qu'un participant est atteint ou non d'un handicap quelconque. Par exemple, plusieurs chercheurs ont recruté des participants qui se déclaraient eux-mêmes avec un handicap sur la base des quelques questions posées à cet effet (p ex., Austin et al., 2016; Krnjacki et al., 2016; Martin et al., 2006; Mueller-Johnson et al., 2014), alors que d'autres ont recruté des participants ayant reçu un diagnostic confirmé par un professionnel ou par des instruments de mesure standardisés (p. ex., Brownlie et al., 2007; Haydon et al., 2011; Kvam, 2000; Mandell et al., 2005) ou ayant été admis dans une unité de soin spécialisée pour les individus handicapés (p. ex., Ammerman et al., 1989). Or, il n'est pas insensé de présumer que le niveau d'atteinte des participants risque de différer en conséquence et que la présence d'une telle hétérogénéité dans le degré de sévérité nécessite de demeurer nuancé dans l'interprétation des taux de risque obtenus pour chaque type de handicap.

Enfin et de façon très brève, une dernière limite concerne les catégories d'âge étudiées dans les études. Tel qu'il est présenté dans les hypothèses possibles, les chercheurs ont souvent tendance à appréhender les personnes handicapées comme s'il s'agissait d'un sous-groupe d'individus homogène, même en ce qui a trait à l'âge. En raison d'un manque de distinction entre les participants mineurs et majeurs (c.-à-d. données confondues ou regroupées), d'une variabilité dans l'âge de la majorité (c.-à-d. entre 18 et 21 ans) et d'un chevauchement entre les différentes catégories d'âge – incluant les différents âges fixés pour déterminer la majorité, tel qu'il est observé pour un échantillon de participants âgés de 18 à 25 ans –, il nous a fallu prendre des décisions qui ont probablement mené à de la

variabilité dans les taux de risque estimés et qui représentent une limite méthodologique importante pour ce travail. De telles inconsistances dans les études font qu'il n'est malheureusement pas possible de faire ressortir la spécificité des situations vécues par les plus jeunes et de la comparer à celle des adultes. Si les taux de risque obtenus nous informent sur la réalité respective de ces sous-groupes d'âge d'un point de vue quantitatif, ils nous éclairent peu sur les défis auxquels sont exposés chacun d'eux et comment ils sont probablement différents d'un point de vue qualitatif.

Conclusion

La dénonciation de l'intolérance aux différences individuelles, et plus particulièrement de l'intolérance aux abus sexuels subis en raison de cette diversité, n'est malheureusement pas à la portée de tous. En effet, tous les individus ne sont pas égaux face à la différence, et encore moins face aux situations de désavantages qu'elle peut entraîner chez certaines populations au regard de la victimisation sexuelle. Maintenant que nous savons que les personnes handicapées sont à plus haut risque d'être agressées sexuellement au cours de leur vie que la population générale, et ce, quels que soient le groupe d'âge et le type de handicap, il faudrait pouvoir délaissier certains préjugés discriminatoires qui sont endossés collectivement et renoncer à un système pouvant directement ou indirectement mener à leur exclusion. Malgré la présence de traits communs entre les différents types de handicaps – en matière de prévention et d'intervention –, une connaissance plus approfondie des propriétés criminologiques des abus sexuels pour chacun permettrait une meilleure gestion du risque, puisqu'une approche non différenciée de celui-ci ne semble pas être ce qu'il y a de plus efficace si l'on en croit les taux de prévalence d'abus sexuel estimés pour cette population. N'attendons plus que les groupes d'activistes viennent à la défense des clientèles vulnérables comme les personnes handicapées pour nous assurer que leurs droits sont enfin entendus et respectés équitablement, et tâchons en tant que société d'être plus à l'écoute de ceux-ci et de se donner les moyens pour lutter ensemble contre le

phénomène de victimisation sexuelle. Agir en amont des abus sexuels ne devrait pas se circonscrire aux mesures préventives et aux stratégies d'intervention réfléchies à cette fin, mais se traduire avant tout par un intérêt individuel et collectif à l'endroit des réalités vécues par les personnes handicapées; la présente méta-analyse constitue un premier pas en cette direction, indépendamment de tout le travail qui reste à faire dans ce domaine de recherche plus spécifique.

Références

- Akbaş, S., Turla, A., Karabekiroğlu, K., Pazvantoğlu, O., Keskin, T., & Böke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and Disability, 27*(4), 205-213.
- Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S., & Thibadeau, J. K. (2010). Are adolescent girls with a physical disability at increased risk for sexual violence?. *Journal of School Health, 80*(7), 361-367.
- Ammerman, R. T., van Hasselt, V. B., Hersen, M., McGonigle, J. J., & Lubetsky, M. J. (1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse & Neglect, 13*(3), 335-343.
- Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate partner violence against deaf female college students. *Violence Against Women, 17*(7), 822-834.
- Austin, A., Herrick, H., Proescholdbell, S., & Simmons, J. (2016). Disability and exposure to high levels of adverse childhood experiences effect on health and risk behavior. *North Carolina Medical Journal, 77*(1), 30-36.
- Autims Europe. (n.d.). *Projet TRASE : Formation en éducation sexuelle pour les personnes en situation de handicap (2015-2017)* [en ligne]. Repéré à <https://www.autismeurope.org/fr/projet-trase-formation-en-education-sexuelle-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-2015-2017/>
- Ballan, M. S., Freyer, M. B., Marti, C. N., Perkel, J., Webb, K. A., & Romanelli, M. (2014). Looking beyond prevalence: A demographic profile of survivors of intimate partner violence with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(17), 3167-3179.
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's Health Issues, 19*(2), 94-100.
- Basile, K. C., Breiding, M. J., & Smith, S. G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence in the United States. *American Journal of Public Health, 106*(5), 928-933.

- Beadle-Brown, J., Mansell, J., Cambridge, P., Milne, A., & Whelton, B. (2010). Adult protection of people with intellectual disabilities: Incidence, nature and responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 573-584.
- Beail, N., & Warden, S. (1995). Sexual abuse of adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(5), 382-387.
- Benedet, J., & Grant, I. (2014). Sexual assault and the meaning of power and authority for women with mental disabilities. *Feminist Legal Studies*, 22(2), 131-154.
- Benoit, C., Shumka, L., Phillips, R., Kennedy, M.C., & Belle-Isle, L. (2015). *Issue brief: sexual violence against women in Canada* [en ligne]. Repéré à <https://cfc-swc.gc.ca/svawc-vcsfc/index-en.html>
- Bergeron, M., Hébert, M., Ricci, S., Goyer, M.-F., Duhamel, N., Kurtzman, L., ... Parent, S. (2016). *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec : rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Montréal, QC : Université du Québec à Montréal.
- Bergson, H. (1959). *L'énergie spirituelle. Essais et conférences (1919). Textes et conférences publiés entre 1901 et 1913*. Paris, France: Les Presses universitaires de France.
- Blum, R. W., Kelly, A., & Ireland, M. (2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *Journal of Adolescent Health*, 28(6), 481-490.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2006). *Comprehensive Meta-Analysis (Version 2.2.027)* [Logiciel]. Englewood, NJ: Biostat.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brennan, S., & Taylor-Butts, A. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada, 2004 et 2007* [en ligne]. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/statcan/85F0033M/85f0033m2008019-fra.pdf
- Brown, H. (n.d.). *Les abus sexuels contre les enfants handicapés* [en ligne]. Repéré à https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Brown_fr.pdf

- Brown, H. (2002). *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus* [en ligne]. Repéré à <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=zWnkfbdfKLoC&oi=fnd&pg=PA17&dq=les+abus+sexuels+contre+les+enfants+handicapés&ots=4o7tnSBg0V&sig=vOb4kXyd8etHpEKk0JdmKuBC1LQ#v=onepage&q=les%20abus%20sexuels%20contre%20les%20enfants%20handicapés&f=false>
- Brown, D. E. (1988). Factors affecting psychosexual development of adults with congenital physical disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 8(2-3), 43-58.
- Brown, H., & Turk, V. (1994). Sexual abuse in adulthood: Ongoing risks for people with learning disabilities. *Child Abuse Review*, 3(1), 26-35.
- Brownlie, E. B., Jabbar, A., Beitchman, J., Vida, R., & Atkinson, L. (2007). Language impairment and sexual assault of girls and women: Findings from a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 618-626.
- Brownridge, D. A. (2006). Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9), 805-822.
- Brownridge, D. A., Ristock, J., & Hiebert-Murphy, D. (2008). The high risk of IPV against Canadian women with disabilities. *Medical Science Monitor*, 14(5), PH27-PH32.
- Bryen, D. N., Carey, A., & Frantz, B. (2003). Ending the silence: Adults who use augmentative communication and their experiences as victims of crimes. *Augmentative and Alternative Communication*, 19(2), 125-134.
- Cambois, E., & Robine, J. M. (2003). Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. *Retraite et société*, 39(2), 59-91.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2020). *SIAM : services intégrés en abus et en maltraitance* [en ligne]. Repéré à <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/siam>
- Cohen, M. M., Forte, T., Du Mont, J., Hyman, I., & Romans, S. (2006). Adding insult to injury: Intimate partner violence among women and men reporting activity limitations. *Annals of Epidemiology*, 16(8), 644-651.
- Conroy, S., & Cotter, A. (2017). *Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014* [en ligne]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/14842-fra.pdf>

- CRDITED MCQ – IU. (2014). *Fascicule pour l'implantation du Programme d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle* [en ligne]. Trois-Rivières, QC : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/crdited/fasciculimpevaas.pdf>
- Curry, M. A., Hassouneh-Phillips, D., & Johnston-Silverberg, A. (2001). Abuse of women with disabilities: An ecological model and review. *Violence Against Women*, 7(1), 60-79.
- Curry, M. A., Powers, L. E., & Oswald, M. (2004). Development of an abuse screening tool for women with disabilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 123-141.
- Cyr, M., Sylvain, K. T., & Lewy, J. (2011). L'entrevue d'enquête avec des enfants : défis et solutions. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants, tome 1* (pp. 8-50.). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Desaulniers, M. (1998). *Plaisirs honteux*. Montréal, QC: Les Éditions du Remue-Ménage.
- Devries, K. M., Kyegombe, N., Zuurmond, M., Parkes, J., Child, J. C., Walakira, E. J., & Naker, D. (2014). Violence against primary school children with disabilities in Uganda: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1017. doi: 10.1186/1471-2458-14-1017
- Díaz-Olavarrieta, C., Campbell, J., García De La Cadena, C., Paz, F., & Villa, A. R. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Archives of Neurology*, 56(6), 681-685.
- Dickman, B. J., & Roux, A. J. (2005). Complainants with learning disabilities in sexual abuse cases: A 10-year review of a psycho-legal project in Cape Town, South Africa. *British Journal of Learning Disabilities*, 33(3), 138-144.
- Direction interministérielle du numérique. (n.d.). *2.1 Déficiences, incapacité et handicap : une question de contexte* [en ligne]. Repéré à <http://references.modernisation.gouv.fr/21-deficiences-incapacite-et-handicap-une-question-de-contexte-0#nav>
- Dubé, K., Bussièrès, E. L., & Poulin, M.-H. (soumis). Développement harmonieux de la sexualité chez les jeunes TSA : revue systématique et méta-analyse des pratiques favorables. *Canadian Psychology*.

- Duval, S., Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, *56*(2), 455-463.
- Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2016). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: Increased risk for children with a mild intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *29*(1), 83-92.
- Findley, P. A., Plummer, S. B., & McMahon, S. (2016). Exploring the experiences of abuse of college students with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, *31*(17), 2801-2823.
- Fogden, B. C., Thomas, S. D., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2016). Crime and victimisation in people with intellectual disability: A case linkage study. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0869-7
- Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O., & Mino-León, D. (2015). Abuse in Mexican older adults with long-term disability: national prevalence and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*(8), 1594-1600.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807-1.pdf>
- Harrell, E. (2017). *Crime against persons with disabilities, 2009-2015-Statistical tables*. [en ligne]. Repéré à <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/capd0915st.pdf>
- Hasan, T., Muhaddes, T., Camellia, S., Selim, N., & Rashid, S. F. (2014). Prevalence and experiences of intimate partner violence against women with disabilities in Bangladesh: Results of an explanatory sequential mixed-method study. *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(17), 3105-3126.
- Haydon, A. A., McRee, A. L., & Tucker Halpern, C. (2011). Unwanted sex among young adults in the United States: The role of physical disability and cognitive performance. *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(17), 3476-3493.
- Hershkowitz, I., Lamb, M. E., & Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(4), 629-635.
- Horner-Johnson, W., & Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *12*(1), 57-69.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., ... Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379(9826), 1621-1629.
- Hughes, R. B., Lund, E. M., Gabrielli, J., Powers, L. E., & Curry, M. A. (2011). Prevalence of interpersonal violence against community-living adults with disabilities: A literature review. *Rehabilitation Psychology*, 56(4), 302-319.
- Institut de la statistique du Québec. (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec : un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)* [en ligne]. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/incapacite/incapacite-limitations-quebec.pdf>
- Institut national de la santé publique du Québec. (INSPQ, 2020). *Les agressions sexuelles : de quoi parle-t-on?* [en ligne]. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/les-agressions-sexuelles-de-quoi-parle-t-on>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., ... Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907.
- Khalifeh, H., Howard, L. M., Osborn, D., Moran, P., & Johnson, S. (2013). Violence against people with disability in England and Wales: Findings from a national cross-sectional survey. *PloS One*, 8(2), e55952. doi: 10.1371/journal.pone.0055952
- Krnjacki, L., Emerson, E., Llewellyn, G., & Kavanagh, A. M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: Findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(1), 16-21.
- Kvam, M. H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1073-1084.
- Kvam, M. H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 241-251.
- Kvam, M. H. (2005). Experiences of childhood sexual abuse among visually impaired adults in Norway: Prevalence and characteristics. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(1), 5-14.

- Lin, L. P., Yen, C. F., Kuo, F. Y., Wu, J. L., & Lin, J. D. (2009). Sexual assault of people with disabilities: Results of a 2002-2007 national report in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 30*(5), 969-975.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: SAGE publications, Inc.
- Longobardi, C., & Badenes-Ribera, L. (2018). Vulnerability to violence and abuse among people with disabilities. *Life Span and Disability XXI, 1*(2018), 7-29.
- Macdowall, W., Gibson, L. J., Tanton, C., Mercer, C. H., Lewis, R., Clifton, S., ... Wellings, K. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet, 382*(9907), 1845-1855.
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect, 29*(12), 1359-1372.
- Mansbach-Kleinfeld, I., Ifrah, A., Apter, A., & Farbstein, I. (2015). Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: Social and health related correlates. *Child Abuse & Neglect, 40*, 68-80.
- Martin, S. L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L. L., Moracco, K. E., Dickens, P. A., ... Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women, 12*(9), 823-837.
- McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Reid, S. B. (1994). An empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability, 12*(4), 297-306.
- McCarthy, M., & Thompson, D. (1997). A prevalence study of sexual abuse of adults with intellectual disabilities referred for sex education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 10*(2), 105-124.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., & Dolan Mullen, P. (2001). Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 10*(9), 861-866.
- McGaw, S., Shaw, T., & Beckley, K. (2007). Prevalence of psychopathology across a service population of parents with intellectual disabilities and their children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 4*(1), 11-22.

- Meer, T., & Combrinck, H. (2015). Invisible intersections: Understanding the complex stigmatization of women with intellectual disabilities in their vulnerability to gender-based violence. *Agenda*, 29(2), 14-23.
- Milberger, S., Israel, N., LeRoy, B., Martin, A., Potter, L., & Patchak-Schuster, P. (2003). Violence against women with physical disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), 581-591.
- Ministère de la Famille. (2014). *Regard statistique sur les jeunes enfants au Québec* [en ligne]. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/regard_stat_jeunes_enfants.pdf
- Mitra, M., & Mouradian, V. E. (2014). Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: Relative prevalence and health correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), 3150-3166.
- Mitra, M., Mouradian, V. E., & Diamond, M. (2011). Sexual violence victimization against men with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(5), 494-497.
- Mitra, M., Mouradian, V. E., Fox, M. H., & Pratt, C. (2016). Prevalence and characteristics of sexual violence against men with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 311-317.
- Mueller-Johnson, K., Eisner, M. P., & Obsuth, I. (2014). Sexual victimization of youth with a physical disability: An examination of prevalence rates, and risk and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), 3180-3206.
- Nixon, J. (2009). Domestic violence and women with disabilities: Locating the issue on the periphery of social movements. *Disability & Society*, 24(1), 77-89.
- Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3), 177-189.
- Nosek, M. A., Howland, C., Rintala, D. H., Young, M. E., & Chanpong, G. F. (2001). National study of women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(1), 5-40.
- Nosek, M. A., Howland, C. A., & Young, M. E. (1997). Abuse of women with disabilities: Policy implications. *Journal of Disability Policy Studies*, 8(1-2), 157-175.
- Nixon, M. A., Thomas, S. D., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2017). Estimating the risk of crime and victimization in people with intellectual disability: A data-linkage study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 617-626.

- Office des personnes handicapées du Québec. (2017). *Les personnes avec incapacité au Québec : prévalence et caractéristiques de l'incapacité, volume 1* [en ligne]. Repéré à https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Enquetes/Internes/V01_Portrait_incapacite_Qc_ECI2012.pdf
- Office des personnes handicapées du Québec. (2019). *Qu'est-ce qu'une personne handicapée?* [en ligne]. Repéré à <https://www.ophq.gouv.qc.ca/loi-et-politiques/loi-assurant-l'exercice-des-droits-des-personnes-handicapees/quest-ce-qu'une-personne-handicapee.html>
- Oktaf, J. S., & Tompkins, C. J. (2004). Personal assistance providers' mistreatment of disabled adults. *Health & Social Work, 29*(3), 177-188.
- Opoku, M. P., Huyser, N., Mprah, W. K., Badu, E., & Alupo, B. A. (2016). Sexual violence against women with disabilities in Ghana: Accounts of women with disabilities from Ashanti Region. *Disability, CBR & Inclusive Development, 27*(2), 91-111.
- Pan, S. M. (2007). Prevalence of sexual abuse of people with intellectual disabilities in Taiwan. *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*(6), 373-379.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Platt, L., Powers, L., Leotti, S., Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Osburn, S., ... Partnering With People With Disabilities to Address Violence Consortium. (2017). The role of gender in violence experienced by adults with developmental disabilities. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(1), 101-129.
- Plummer, S. B., & Findley, P. A. (2012). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*(1), 15-29.
- Pollard Jr, R. Q., Sutter, E., & Cerulli, C. (2014). Intimate partner violence reported by two samples of deaf adults via a computerized American Sign Language survey. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(5), 948-965.
- Powers, L. E., Curry, M. A., McNeff, E., Saxton, M., Powers, J. L., & Oswald, M. (2008). End the silence: A survey of abuse against men with disabilities. *Journal of Rehabilitation, 74*(4), 41-53.

- Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). Hidden voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal. *BMC Public Health, 15*(1), 261. doi: 10.1186/s12889-015-1610-z
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M., ... Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *Jama, 306*(5), 513-521.
- Réseau d'action des femmes handicapées. (2013). *Les femmes en situation de handicap et violence* [en ligne]. Repéré à <https://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2013/03/Femmes-en-Situation-de-Handicap-et-la-Violence-Francais-2013.pdf>
- Riddington, J. (1989). *Beating the "odds": Violence and women with disabilities* [en ligne]. Repéré à <https://riseupfeministarchive.ca/wp-content/uploads/DAWN-1989-oddsagainstviolence.pdf>
- Roberts, A. L., Koenen, K. C., Lyall, K., Robinson, E. B., & Weisskopf, M. G. (2015). Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect, 45*, 135-142.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 118*(2), 183-192.
- Saxton, M., McNeff, E., Powers, L., Curry, M. A., Limont, M., & Benson, J. (2006). We're all little John Waynes: A study of disabled men's experience of abuse by personal assistants. *Journal of Rehabilitation, 72*(4), 3-13.
- Slayter, E. (2009). Youth with disabilities in the United States child welfare system. *Children and Youth Services Review, 64*, 155-165.
- Smith, D. L. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioral risk factor surveillance system. *Sexuality and Disability, 26*(1), 15-28.
- Smith, R. A. E., & Pick, L. H. (2015). Sexual assault experienced by deaf female undergraduates: Prevalence and characteristics. *Violence and Victims, 30*(6), 948-959.
- Sobsey, D., Randall, W., & Parrila, R. K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect, 21*(8), 707-720.
- Stermac, L., Del Bove, G., & Addison, M. (2004). Stranger and acquaintance sexual assault of adult males. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(8), 901-915.

- Stöckl, H., Heise, L., & Watts, C. (2011). Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 694-709.
- Stromsness, M. M. (1994). Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. *Women & Therapy*, 14(3-4), 139-152.
- Sullivan, P. M., Brookhouser, P. E., Scanlan, J. M., Knutson, J. F., & Schulte, L. E. (1991). Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 100(3), 188-194.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4^e éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). *Les agressions sexuelles durant l'enfance : ampleur et facteurs de risque*. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants, tome 1* (pp. 8-50.). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, I., Montplaisir, M., & Couture, P. (2017). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* [en ligne]. Repéré à <http://aqrph.com/publications/>
- Turner, H. A., Vanderminden, J., Finkelhor, D., Hamby, S., & Shattuck, A. (2011). Disability and victimization in a national sample of children and youth. *Child Maltreatment*, 16(4), 275-286.
- Vadysinghe, A. N., Dassanayaka, P. B., Sivasubramaniam, M., Senasinghe, D. P. P., Samaranyake, A. N., & Wickramasinghe, W. M. (2017). A study on sexual violence inflicted on individuals with intellectual developmental disorder. *Disability and Health Journal*, 10(3), 451-454.
- Yoshida, K., DuMont, J., Odette, F., & Lysy, D. (2011). Factors associated with physical and sexual violence among Canadian women living with physical disabilities. *Health Care for Women International*, 32(8), 762-775.
- Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C., Chanpong, G., & Rintala, D. H. (1997). Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), S34-S38.

Appendice

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse

Tableau 3

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge			χ^2 et effet de la direction
			n	n	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte	OR	
Alriksson-Schmidt et al.	2010	Turquie	899	6294		Physique	X		1,57	
Ammerman et al.	1989	É.-U.	150	9 911 748	X	Combinés	X			
Anderson & Leigh	2011	É.-U.	100	3060		Sensoriel		X		
Austin et al.	2016	É.-U.	743	1304		Combinés		X	1,79	
Ballan et al.	2014	É.-U.	74	9 911 748	X	Développemental		X		
			499	9 911 748	X	Physique		X		
			120	9 911 748	X	Sensoriel		X		
Barrett et al.	2009	É.-U.	6309	16 845		Combinés		X		
Basile et al.	2016	É.-U.	2162	4762		Combinés		X	3,3	
			1492	5929		Autres		X	2,0	
Beadle-Brown et al.	2010	Royaume-Uni	1926	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Beail & Warden	1995	Angleterre	88	9 911 748	X	Intellectuel		X		

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés	Contrôle	Normatif	Type de handicap	Catégorie d'âge		OR	χ^2 et effet de la direction
			n	n			Enfant	Adulte		
Blum et al.	2001	É.-U.	1301	15 689		Intellectuel	X			
			167	15 689		Physique	X			
Brown	1988	É.-U.	26	9 911 748	X	Physique		X		
Brown & Turk	1994	Angleterre	119	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Brownlie et al.	2007	Canada	74	168		Langage	X			
Brownridge	2006	Canada	1092	5935		Combinés		X		
Bryen et al.	2003	É.-U.	40	9 911 748	X	Combinés		X		
Cohen et al.	2006	Canada	1521	7250		Physique		X		
Curry, Powers, & Oschwald	2004	É.-U.	47	9 911 748	X	Combinés		X		
Devries et al.	2014	Angleterre	608	3098		Combinés	X			
Diaz-Olavarrieta et al.	1999	É.-U.	1000	9 911 748	X	Neurologique		X		
Dickman & Roux	2005	Afrique du Sud	100	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Euser et al.	2016	Angleterre	3300	9 911 748	X	Intellectuel	X			

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge			χ^2 et effet de la direction
			<i>n</i>	<i>n</i>	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte	OR	
Findley, Plummer, & McMahon	2016	É.-U.	101	9 911 748	X	Combinés		X		
Fogden et al.	2016	Australie	2600	4830		Intellectuel		X	6,27	
Giraldo-Rodriguez et al.	2015	Royaume-Uni	1089	9 911 748	X	Combinés		X		
Hasan et al.	2014	É.-U.	226	9 911 748	X	Combinés		X		
Haydon et al.	2011	É.-U.	n.d.	6450		Physique		X	1,49	
			n.d.	5428		Physique		X	1,90	
Hershkowitz, Lamb, & Horowitz	2007	Israël	476	35 493		Combinés	X			32,230 (positive)
Khalifeh et al.	2013	Angleterre	9037	35 361		Combinés		X		
Krnjacki et al.	2016	Australie	5456	11 594		Combinés		X	2,31	
Kvam	2000	Norvège	83	1210		Combinés	X			
Kvam	2004	Norvège	302	1833		Sensoriel		X		
Kvam	2005	Norvège	333	1850		Sensoriel		X		

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge			χ^2 et effet de la direction
			n	n	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte	OR	
Longobardi & Badenes-Ribera	2018	Italie	236	9 911 748	X	Combinés		X		
Maddowall et al.	2013	Angleterre	n.d.	n.d.		Combinés		X	2,06	
						Combinés		X	2,02	
Mandell et al.	2005	Angleterre	156	9 911 748	X	Autisme	X			
Mansbach-Kleinfeld et al.	2015	Israël	121	743		Intellectuel	X		3,60	
			54	807		Sensoriel	X		3,20	
Martin et al.	2006	É.-U.	1385	3941		Combinés		X	4,89	
McCabe et al.	1994	Australie	30	50		Intellectuel		X		
McCarthy & Thompson	1997	Royaume-Uni	185	9 911 748	X	Intellectuel		X		
McGaw, Shaw, & Beckley	2007	Royaume-Uni	49	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Milberger et al.	2003	É.-U.	177	9 911 748	X	Combinés		X		
Mitra & Mouradian	2014	É.-U.	25 167	77 049		Combinés		X	2,70	
Mitra et al.	2011	Pays-Bas	4 397	12 340		Combinés		X	4,40	

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge		OR	χ^2 et effet de la direction
			n	n	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte		
Mueller-Johnson et al.	2014	Royaume-Uni	174	3335		Physique	X		2,78	
			186	3054		Physique	X		1,29	
Nixon et al.	2017	Allemagne	426	219		Intellectuel		X	5,90	
Nosek, Howland, Rintala, Young, & Chanpong	2001	É.-U.	475	406		Physique		X		
Oktay & Tompkins	2004	É.-U.	84	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Opoku et al.	2016	Ghana	6	9 911 748	X	Intellectuel		X		
			10	9 911 748	X	Physique		X		
			25	9 911 748	X	Sensoriel		X		
Pan	2007	Taiwan	336	9 911 748	X	Intellectuel		X		
Platt et al.	2017	É.-U.	350	9 911 748	X	Développemental		X		
Pollard, Sutter, & Cerulli	2014	É.-U.	80	8000		Sensoriel		X		
			141	8000		Sensoriel		X		
			81	8000		Sensoriel		X		
			165	8000		Sensoriel		X		

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge			χ^2 et effet de la direction
			n	n	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte	OR	
Powers et al.	2008	É.-U.	342	9 911 748	X	Combinés		X		
Puri et al.	2015	Angleterre	475	9 911 748	X	Combinés		X		
Roberts et al.	2015	Angleterre	213	9 911 748	X	Autisme		X		
Slyter	2009	É.-U.	141	681		Combinés		X		
Smith	2008	É.-U.	49 756	170 155		Combinés		X	2,38	
Smith & Pick	2015	É.-U.	70	9 911 748	X	Sensoriel		X		
Sobsey et al.	1997	Canada	217	1387		Combinés	X			
Stöckl, Heise, & Watts	2011	Angleterre	559	3307		Physique		X	1,71	
Stromsness	1994	É.-U.	27	9 911 748	X	Développemental	X			
Sullivan et al.	1991	É.-U.	74	9 911 748	X	Développemental	X			
			39	9 911 748	X	Intellectuel	X			
			87	9 911 748	X	Langage	X			
			212	9 911 748	X	Sensoriel	X			
			19	9 911 748	X	Autres	X			

Tableau 3 (suite)

Tableau des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse (k = 84)

Auteurs	Année	Pays	Handicapés		Contrôle		Catégorie d'âge			χ^2 et effet de la direction
			n	n	Normatif	Type de handicap	Enfant	Adulte	OR	
Sullivan & Knutson	2000	É.-U.	3262	36 949		Intellectuel	X			
			3262	36 949		Langage	X			
			3262	36 949		Physique	X			
Turner et al.	2011	É.-U.	259	3787		Développemental	X			1,11 (Négative)
			250	3796		Physique	X			4,77 (Positive)
Vadysinghe et al.	2017	Sri Lanka	82	9 911 748	X	Intellectuel	X			
Young et al.	1997	É.-U.	439	421		Physique		X		5,1 (Positive)