

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**ÉVALUATION DES EFFETS DE MÉTHODES D'ANALYSE ET D'INTERVENTIONS
PSYCHOÉDUCATIVES DE TYPE MULTIMODAL CIBLANT LES
COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

**THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
SOPHIE HIGGINS**

MAI 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION (PH. D.)**

Direction de recherche :

Dany Lussier-Desrochers, Ph. D.

Directeur de recherche

Julie Carpentier, Ph. D.

Codirectrice de recherche

Jury d'évaluation :

Dany Lussier-Desrochers, Ph. D.

Directeur de recherche

Julie Carpentier, Ph. D.

Codirectrice de recherche

Annick St-Amand, Ph. D.

Présidente

Diane Morin, Ph. D.

Membre externe

Geneviève Martin, Ph. D.

Membre externe

Thèse soutenue le 17 mars 2023

Sommaire

Certaines personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) manifestent également des comportements sexuels inappropriés (CSI) venant entraver leur participation sociale. La gestion de ces comportements représente un défi autant pour la personne, son entourage et les intervenants (Fanstone et Thompson, 2010; Leclerc, 2020). Les quelques études publiées concernant l'intervention auprès des personnes présentant un problème de comportement de nature sexuelle au sens large et une DI mettent l'accent sur l'utilisation d'un modèle multidimensionnel, la réadaptation et le développement de nouvelles habiletés, en considérant la collaboration de l'entourage et en utilisant une approche positive (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Ward et Bosek, 2002). À ce titre, le modèle d'analyse et d'intervention multimodales (AIMM) du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) (Sabourin et Lapointe, 2014) semble un modèle prometteur répondant aux recommandations des études à ce sujet. Ce modèle propose une intervention en trois volets : 1) la gestion du risque de récidive ; 2) la gestion des comportements lorsqu'ils surviennent ; et 3) un plan de traitement et de réadaptation afin de développer les compétences de la personne.

L'objectif général de l'étude consiste à évaluer les effets de l'utilisation de l'AIMM pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Plus précisément, l'étude vise l'évaluation des effets de l'AIMM sur la diminution des CSI, l'augmentation des comportements alternatifs et la diminution des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage. Deux autres objectifs visent à identifier les variables modulant les effets de ce modèle et décrire les avantages, les inconvénients et les défis concernant l'utilisation de ce modèle pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI, selon la perception des intervenants.

Pour ce faire, un devis mixte a été utilisé. Quatre études de cas ont été menées auprès de personnes de 16 ans et plus présentant une DI et des CSI afin d'observer l'évolution des différents comportements ciblés pendant un an lors de l'utilisation de l'AIMM et de documenter l'implantation du modèle d'AIMM auprès des participants. Deux groupes de discussion ont eu

lieu avec chaque équipe clinique, soit avant l'étude et après un an, afin de discuter de leur perception de l'évolution des comportements, de l'implantation du modèle, des variables ayant influencé l'évolution des comportements ainsi que des avantages, des inconvénients et des défis reliés à l'utilisation de l'AIMM auprès de ces personnes. De plus, un protocole à cas unique quasi expérimental avec comparaison entre les comportements et entre les participants a été mis en place auprès de ces quatre participants. Ce protocole a permis d'obtenir des données quantitatives par l'entremise d'une observation continue des comportements ciblés pendant un an. De plus, des mesures prétest et post-test avec deux échelles de mesure ont permis d'obtenir d'autres données concernant la gravité des CSI et la gravité des conséquences et impacts.

Les résultats montrent une tendance à la baisse de la fréquence des CSI, malgré une fluctuation des données pour chacun des participants. La comparaison des moyennes de fréquence des CSI pendant l'utilisation de l'AIMM montre une diminution statistiquement significative comparativement au niveau de base estimé par les équipes cliniques. De plus, l'évaluation de la gravité des CSI montre une diminution pour chaque participant. Les données qualitatives soutiennent ces résultats. L'analyse de l'évolution des comportements alternatifs présente des résultats variables selon les participants. L'évaluation de la gravité des conséquences et impacts des CSI montre une diminution pour l'ensemble des participants.

Les résultats suggèrent que l'AIMM contribue à la diminution des CSI, autant pour la fréquence que la gravité. Les données confirment qu'aucune récidive d'agression sexuelle avec contact n'a eu lieu pendant l'étude. L'évolution des comportements alternatifs est plutôt nuancée. Puis, les résultats montrent une diminution de la gravité des conséquences et impacts des CSI après un an. L'analyse des résultats soulève que les trois volets du modèle d'AIMM sont complémentaires et essentiels pour diminuer d'abord le risque de récidive sexuelle à l'aide des aménagements préventifs, puis augmenter les compétences de la personne afin de diminuer le contrôle externe et améliorer sa qualité de vie. Les variables influençant l'évolution des comportements permettent de bonifier la littérature concernant les facteurs de risque et de protection pour les personnes présentant un problème de comportement de nature sexuelle et une DI. Ces variables, tout comme

les avantages, les inconvénients et les défis identifiés, permettent également de formuler des recommandations pour les utilisateurs des résultats afin de les soutenir dans l'implantation de ce modèle auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

En conclusion, l'AIMM est un modèle prometteur pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI afin de diminuer les CSI tout en travaillant au développement des connaissances et des compétences de la personne par une approche positive et individualisée mettant l'accent sur les besoins de la personne. Toutefois, la mise en place de l'ensemble des volets présente son lot de défis pour les intervenants.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux et des figures.....	xiii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Contexte	5
La déficience intellectuelle.....	6
La participation sociale.....	6
La sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle	7
La santé sexuelle	8
Historique, mythes et préjugés.....	8
Malaise des familles et des proches	9
Malaise des intervenants et sentiment de compétence.....	10
Les problèmes de comportement de nature sexuelle en déficience intellectuelle	11
Les types de problème de comportement de nature sexuelle.....	12
Les infractions sexuelles	13
Les caractéristiques des auteurs d'infractions sexuelles présentant une déficience intellectuelle.....	14
Les troubles sexuels.....	14
Les comportements sexuels inappropriés	15
Les comportements alternatifs.....	16
La déviance contrefaite	16
Prévalence	17
Les conséquences et impacts pour la personne, la victime et son environnement	17
Facteurs de risque et de protection	18
Facteurs de risque.....	19
Facteurs de maintien	20
Facteurs de protection	21

L'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés.....	25
Cadre de recherche	27
Recension des écrits.....	28
Pertinence scientifique	28
Stratégie de repérage.....	28
Synthèse des études évaluatives recensées	29
Participants.....	36
Type d'intervention.....	36
Devis	37
Variables	37
Résultats	38
Recommandations liées à l'intervention et aux futures recherches	39
Synthèse des revues de la littérature recensées.....	42
Cadre théorique.....	47
Les modèles d'intervention recensés dans la littérature	47
Le modèle du risque, des besoins et de la réceptivité	47
<i>Le Good Lives Model</i>	49
<i>Le Good Way Model</i>	51
Le modèle comportemental de gestion du risque.....	52
Les programmes d'intervention recensés dans la littérature.....	53
Le programme comportemental et d'éducation relié aux compétences sociales et sociosexuelles.....	53
Le programme <i>Old Me / New Me</i>	54
<i>Becoming New Me</i>	54
Ancien moi, nouveau moi	55
Le programme <i>Sex Offender Treatment Services Collaborative – Intellectual Disability Group</i>	55
Le programme SAFE-ID.....	56
Le Projet STOP	56

Le programme de Lindsay	57
Le <i>Community Sex Offender Group Program</i>	58
Le programme Forio	58
Les recommandations concrètes pour l'intervention	59
Les recommandations générales	59
La prévention	61
L'évaluation	62
Les interventions de réadaptation psychosociales	62
La psychothérapie ou la sexothérapie	64
L'analyse et intervention multimodales.....	66
L'intégration des modèles probants dans l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales	68
L'évaluation des effets du modèle.....	71
L'intervention psychoéducative	72
Objectifs de recherche	73
Méthode.....	75
Devis de recherche.....	76
Études de cas.....	76
Volet quantitatif	78
Volet qualitatif	79
Participants	80
Échantillonnage	80
Accès au milieu et recrutement.....	81
Portrait des participants	83
Variables quantitatives et dimensions qualitatives.....	84
Collecte de données	85
Observation continue	85
Groupes de discussion	86
Grille de cotation	88

Échelles de mesure.....	89
L'Échelle d'évaluation de la gravité des comportements problématiques II révisée.....	89
L'Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement.....	90
Journal de bord.....	91
Déroulement	91
Plan d'analyse des données	93
Les données qualitatives	93
Les données quantitatives	95
Rigueur scientifique du volet qualitatif	97
Considérations éthiques.....	98
Résultats	100
Etudes de cas	101
Participant 1 : Jonathan.....	101
Évolution des comportements	102
Évolution des conséquences et impacts	104
Monitoring de l'implantation.....	105
Synthèse	107
Participant 2 : Sébastien.....	108
Évolution des comportements	108
Évolution des conséquences et impacts	112
Monitoring de l'implantation.....	113
Synthèse	115
Participant 3 : Rémi	116
Évolution des comportements	116
Évolution des conséquences et impacts	119
Monitoring de l'implantation.....	121
Synthèse	122
Participant 4 : Jules	122
Évolution des comportements	123

Évolution des conséquences et impacts	126
Monitoring de l'implantation	127
Synthèse	128
Résultats quantitatifs	129
Évolution des comportements	129
Évolution des conséquences et impacts	134
Résultats qualitatifs	135
Les variables influençant l'évolution des comportements.....	136
Les variables soutenant l'amélioration des comportements sexuels inappropriés.....	136
Les aménagements préventifs	136
Le contrôle externe	136
Le plan de traitement et de réadaptation	137
L'intensité de service.....	137
L'implication de la personne	138
Les variables venant nuire à l'évolution des comportements sexuels inappropriés.....	138
Les caractéristiques de la personne	138
Les difficultés de collaboration avec le milieu.....	139
Les variables soutenant l'amélioration des comportements alternatifs.....	140
Les aménagements préventifs	140
Le plan de traitement et de réadaptation	141
L'approche positive	141
La sensibilisation de la personne, des proches et des intervenants	141
Les variables venant nuire à l'évolution des comportements alternatifs	142
Les changements ou l'absence d'intervenante	142
Les difficultés de collaboration avec la ressource	143
Le manque d'occasions	144
Les difficultés d'élaboration de l'objectif de réadaptation.....	144
Le manque de compréhension de la problématique	144
Synthèse	145

Les avantages, les inconvénients et les défis	147
Les avantages de l'analyse et intervention multimodales	147
C'est sécurisant.....	147
Structure, planification et organisation	148
La continuité des interventions.....	149
L'historique des interventions	150
Le travail d'équipe.....	150
Le suivi des objectifs	151
Un outil connu	151
Les inconvénients de l'analyse et intervention multimodales	152
Le besoin de formation.....	152
Le temps	152
Les défis de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodale auprès de la clientèle..	
.....	152
Mettre à jour le plan d'action multimodal.....	153
Libeller les niveaux de la prévention active	153
Temps nécessaire.....	154
Conflits de valeurs.....	154
Synthèse	154
Discussion	156
Déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'analyse et intervention multimodales	157
Les effets sur la diminution des comportements sexuels inappropriés	160
Les effets sur l'augmentation des comportements alternatifs	161
Les effets sur la diminution des conséquences et impacts des comportements sexuels inappropriés	163
Les variables influençant l'évolution des comportements sexuels inappropriés et des comportements alternatifs	165
Les avantages, les inconvénients et les défis	167

Forces de l'étude.....	170
Limites et difficultés	171
Devis de recherche.....	172
Échantillonnage et participants.....	173
Groupes de discussion	174
Retombées de la thèse.....	174
Contribution de la thèse à l'avancement des connaissances.....	175
Accompagnement des milieux de pratique.....	175
Apport de la thèse à la psychoéducation.....	176
L'avancement du savoir des psychoéducateurs	176
La contribution pour le savoir-être des psychoéducateurs.....	177
La contribution pour le savoir-faire des psychoéducateurs	177
Recommandations	179
Recommandations cliniques	179
Avenues de recherche	181
Conclusion	182
Références	186
Appendice A : Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche	198
Appendice B : Lettre d'information et formulaire de consentement : participant	205
Appendice C : Lettre d'information et formulaire de consentement : représentant légal	211
Appendice D : Lettre d'information et formulaire de consentement : intervenants.....	217
Appendice E : Canevas d'entrevue de groupe : avant l'implantation	223
Appendice F : Canevas d'entrevue de groupe : après l'implantation	228
Appendice G : Grille de cotation : monitoring de l'implantation	234

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Synthèse des facteurs de risque et de protection liés à l'émergence et au maintien d'un problème de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI.....	22
Tableau 2	Caractéristiques des études d'évaluation de programmes pour les personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle	31
Tableau 3	Synthèse des interventions recommandées auprès des personnes présentant une DI et des CSI	65
Tableau 4	Comparaison de moyennes sur la fréquence hebdomadaire des CSI avant et pendant l'utilisation de l'AIMM.....	132
Tableau 5	Percentiles associés à la catégorie comportementale « comportements sexuels aberrants » de l'EGCP-II-R	133
Tableau 6	Percentiles associés au résultat « Somme CI » de l'ECI-TC	135

Figures

Figure 1	Les types de problèmes de comportement de nature sexuelle	13
Figure 2	Étapes du processus de recherche	93
Figure 3	Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 1	102
Figure 4	Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 2	109
Figure 5	Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 2	110
Figure 6	Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 3	117
Figure 7	Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 3	118
Figure 8	Graphique de fréquence des CSI : participant 4	123
Figure 9	Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 4	125
Figure 10	Graphiques de comparaison de l'évolution des CSI et des comportements alternatifs pour chaque participant.....	130
Figure 11	Représentation de la division des facteurs de risque et de protection influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs.....	146
Figure 12	Synthèse des avantages, des inconvénients et des défis de l'utilisation de l'AIMM auprès des personnes présentant une DI et des CSI	155

Remerciements

Cette thèse n'aurait pu être réalisée sans le soutien inestimable de plusieurs acteurs. Mes premiers remerciements vont à mon directeur et ma codirectrice de recherche, Dany Lussier-Desrochers et Julie Carpentier. Mon processus doctoral n'aurait pas pu être réalisable sans vous. Votre soutien m'a permis de poursuivre les efforts pour faire progresser mon projet, malgré les embûches rencontrées à différents moments. C'est grâce à vous que je réussis aujourd'hui à écrire ces dernières lignes avant le dépôt de ma thèse. Votre apport pour le développement de mes connaissances et de mes compétences en recherche m'a permis de découvrir mon identité professionnelle en tant que chercheuse et a fait naître mon désir d'envisager une carrière en recherche. Vous avez été, chacun à votre façon, une source d'inspiration. Votre contribution m'aura été utile non seulement dans le cadre de mon parcours doctoral, mais également pour la suite de mon parcours en tant que professeure-rechercheuse. Je vous remercie grandement pour tout.

Je remercie également les membres de mon comité doctoral. D'abord, merci à Martin Caouette qui aura été présent pendant les premières années pour m'aider à bien débuter ce parcours. Puis, merci à Guy Sabourin qui a grandement contribué à peaufiner le projet grâce à son expertise. Merci pour votre intérêt envers mon projet, votre soutien et votre contribution.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professeurs du département de psychoéducation qui m'ont enseigné au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat, et qui m'ont transmis leur passion pour la psychoéducation. Plus spécifiquement, je tiens à remercier les professeurs qui ont accepté de m'enseigner au doctorat en adaptant leurs modalités d'enseignement pour faciliter mes études à distance et mes déplacements entre l'Abitibi-Témiscamingue et Trois-Rivières.

Je souhaite également souligner la collaboration des différentes personnes impliquées dans mon projet dans les milieux de pratique qui ont été partie prenante de l'étude. Sans vous, mon projet n'aurait pu voir le jour. Merci pour votre accueil chaleureux, votre implication hors

pair et votre dévouement à offrir des services de qualité aux personnes présentant une DI. Je veux également remercier les membres de l'équipe du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) qui ont contribué au développement de mon expertise pour la problématique présentée et qui ont été des collaborateurs exceptionnels.

Finalement, je ne peux oublier l'apport de mon entourage. Merci à mes amies avec qui j'ai débuté mes premières années d'études en psychoéducation et qui ont rendu l'expérience si agréable : Valérie Godin-Tremblay, Jacinthe Leblanc, Chanel Ferron, Sophie Dumas, Audrey Dubois et Joanie Destrempe. Merci pour votre soutien, votre écoute, vos anecdotes divertissantes et votre amitié qui se poursuit encore à ce jour et pour longtemps je l'espère. Un merci spécial à ma grande amie Valérie qui a cheminé avec moi jusqu'au doctorat et qui a été une source d'inspiration et de motivation. Merci pour ton soutien, tes conseils et toutes les connaissances que tu m'as transmises. Tu as été mon phare. Merci aussi à mes collègues de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue qui m'accompagnent, me soutiennent et m'encouragent dans les derniers miles de mon parcours doctoral. Un merci spécial à mes parents et ma sœur, Francine, Roger et Patricia, qui ont toujours été derrière moi et qui ont continué de m'encourager toutes ces années. Le dernier et non le moindre, un énorme merci à mon conjoint, Mathieu Larochelle, qui a non seulement été une source de soutien inestimable, mais qui a également dû m'endurer dans mes moments de stress, de doute et de découragement. Merci d'être à mes côtés. Merci pour ton écoute, ta compréhension, ton adaptation et tous les accommodements faits pour me permettre de mettre plus de temps sur mes études malgré notre horaire bien rempli. Je termine en remerciant mes deux beaux enfants, Olivier et Édouard. Vous ajoutez du soleil dans ma vie et votre amour est une source de réconfort exceptionnelle.

Introduction

Les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) peuvent faire face à plusieurs défis au quotidien. Ces défis sont encore plus nombreux lorsque la personne présente des problèmes de comportement. Lorsque nous parlons de problèmes de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI, le défi est tout aussi grand pour la personne, son entourage et les intervenants (Leclerc, 2020). Dans le cadre de cette thèse, le terme *Problèmes de comportement de nature sexuelle* englobe un ensemble de comportements sexuels problématiques, dont les comportements sexuels inappropriés (CSI), les troubles sexuels et les infractions sexuelles, puisqu'un flou persiste dans la littérature pour identifier les différents types de comportements sexuels problématiques. Les personnes présentant une DI ont des limitations cognitives et adaptatives affectant leurs habiletés sociosexuelles (Dionne et Dupras, 2014). Leur entourage exerce une influence sur leur vie affective, amoureuse et sexuelle; il peut offrir des opportunités ou imposer des limites (Dionne et Dupras, 2014). Pour soutenir les personnes et leur entourage, les intervenants doivent développer une aisance avec le sujet et un sentiment de compétence relativement à l'intervention en lien avec les problèmes de comportement de nature sexuelle. Bien que les intervenants ne soient pas nécessairement des professionnels habilités pour évaluer les troubles sexuels et pour intervenir sur ce type de problèmes de comportement plus particulier, leur apport est nécessaire pour analyser la situation et intervenir sur certains types de problème de comportement de nature sexuelle tel que les CSI (Boucher et Claveau, 2012). Les CSI réfèrent à des comportements sexuels inappropriés en référence à une norme développementale ou à une norme sociale et pouvant potentiellement nuire à la personne qui les manifeste ou à autrui (Falligant et Pence, 2020). Cependant, un malaise est fréquemment présent chez les intervenants lorsqu'il est question de la sexualité des personnes présentant une DI (Fanstone et Thompson, 2010; Leclerc, 2020). Ce malaise est accentué par leur manque de connaissances et le manque de programmes d'intervention. Dans ce contexte, il leur est difficile de développer un sentiment de compétence.

Que ce soit relié au malaise de l'ensemble des acteurs, au manque de connaissances sur le sujet ou au faible nombre de programmes d'intervention disponibles pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des problèmes de comportement de nature sexuelle, la conclusion

est la même : ces personnes reçoivent actuellement peu de services pour répondre à ce besoin (Dionne et Dupras, 2014). Pourtant, l'implication des intervenants influence leur processus de changement (Boucher et Claveau, 2012). Il est primordial de former les intervenants afin d'augmenter leurs connaissances et leur confiance pour intervenir auprès de cette clientèle (Gilmore et Chambers, 2010). Il serait donc pertinent, pour la participation sociale des personnes, d'approfondir ce sujet et de soutenir les intervenants en leur fournissant des appuis théoriques sur lesquels baser leurs interventions afin qu'ils puissent répondre au besoin d'accompagnement des personnes de 16 ans et plus présentant une DI et des CSI.

À ce titre, il semble que le modèle d'analyse et d'intervention multimodales (AIMM) (Sabourin et Lapointe, 2014) pourrait constituer une piste de solution intéressante pour l'intervention concernant les CSI. Ce modèle répond aux recommandations des études concernant l'intervention auprès des personnes présentant une DI concomitante avec un problème de comportement d'ordre sexuel en mettant l'accent sur la réadaptation et le développement de nouvelles habiletés, en considérant la collaboration de l'entourage et en utilisant une approche positive (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Ward et Bosek, 2002). L'AIMM est un modèle prometteur pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et un trouble de comportement (TC) ou un trouble grave de comportement (TGC) (Roberge *et al.*, 2013). Toutefois, aucune étude ne s'est intéressée à l'efficacité de ce modèle pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des problèmes de comportement d'ordre sexuel. La présente étude s'intéresse à cette question, plus spécifiquement pour les CSI.

L'objectif de la thèse consiste à évaluer les effets de l'utilisation de l'AIMM pour l'intervention psychoéducative auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Le premier chapitre présente le contexte de la thèse en élaborant davantage sur la sexualité des personnes présentant une DI et les problèmes de comportement d'ordre sexuel qu'elles vivent et en définissant les principaux concepts utilisés dans la thèse. Le deuxième chapitre présente le cadre de recherche, incluant la recension des écrits concernant l'efficacité des interventions pour les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI, le cadre théorique de la thèse ainsi que les

objectifs de la recherche. Le cadre théorique présente divers modèles et programmes d'intervention recensés dans la littérature, les interventions recommandées ainsi que la description du modèle d'AIMM. Le troisième chapitre décrit la méthode utilisée pour mener l'étude, incluant le devis de recherche, les participants, les variables et les dimensions à l'étude, la collecte de données, le déroulement de l'étude et le plan d'analyse des données. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude; ceux-ci sont d'abord illustrés par les quatre études de cas, puis les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs sont exposés. Le cinquième chapitre concerne la discussion de la thèse. La première partie discute des résultats en lien avec les objectifs de la recherche, ensuite les forces, les limites et difficultés sont discutées, suivies par les retombées de la thèse et les recommandations. Finalement, la conclusion de la thèse est présentée.

Contexte

Ce chapitre présente la problématique générale de la thèse menant aux objectifs de l'étude et définit les principaux concepts de la thèse. La déficience intellectuelle, la sexualité des personnes présentant une DI, les problèmes de comportement de nature sexuelle vécus en DI et l'intervention pour cette difficulté comportementale sont abordés.

La déficience intellectuelle

La DI est définie de différentes façons selon divers organismes, dont l'American Psychiatric Association (APA), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Chacune des définitions inclut trois critères diagnostiques communs, soit des limitations significatives sur le plan du fonctionnement intellectuel, des limitations significatives sur le plan des comportements adaptatifs et l'apparition de ces limitations avant l'âge adulte (Schalock et al., 2021; APA, 2015; World Health Organization, 2018). Selon l'AAIDD (Schalock et al., 2021, p.1), « la déficience intellectuelle se caractérise par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Celles-ci se manifestent au niveau des compétences adaptatives, conceptuelles, sociales et pratiques. Ces limitations apparaissent au cours de la période de développement qui, sur le plan opérationnel, est antérieure à l'atteinte de 22 ans d'âge chronologique chez un individu » (traduction libre). Cette définition de l'AAIDD inclut l'interaction entre la personne et son environnement et met en lumière l'importance du soutien pour améliorer le fonctionnement de la personne. Le taux de prévalence de la DI dans la population est estimé à 1 % (APA, 2015).

La participation sociale

L'intégration sociale des personnes présentant une DI dans la communauté est un concept ayant été mis de l'avant dans les années 1970, lors de la grande vague de désinstitutionnalisation. Ce mouvement de désinstitutionnalisation réfère à la volonté de sortir les personnes des institutions en créant des services dans la communauté pour répondre à leurs besoins (Wilson *et al.*, 2015). Au Québec, en 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié son plan d'action « De l'intégration sociale à la participation sociale » afin d'accroître le soutien

nécessaire aux personnes et développer des programmes leur permettant d'acquérir des habiletés. Ensuite, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) publie, en 2009, la nouvelle politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* dans le but de poursuivre l'amélioration de la participation sociale des personnes (OPHQ, 2009). Selon l'OPHQ (2009), la participation sociale se définit comme la pleine réalisation des habitudes de vie de la personne, ce qui fait référence à la réalisation d'activités courantes telles que se nourrir, se déplacer, se loger, communiquer avec les autres, et à l'exercice de rôles sociaux comme étudier, travailler, pratiquer des loisirs, etc. Selon Gianni et de Colomby (2008), la vie de couple constitue un rôle social qui concerne plus de 80 % de la population. Il ne faut donc pas le négliger pour la participation sociale des personnes.

La sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle

La sexualité interpelle tout individu, incluant les personnes présentant une DI (Hajbi et Robin, 2013). Celles-ci ont des besoins relationnels, intimes et sexuels, mais surtout, elles ont les mêmes droits que chaque citoyen. La plupart des personnes présentant une DI traversent les mêmes stades de développement psychosexuel que tous (Karatas et Dalgic, 2002 ; Kerbage et Richa, 2011 ; Roden *et al.*, 2020). Toutefois, l'âge auquel ces stades surviennent peut varier, car le développement peut être plus lent (Ailey *et al.*, 2003). Les personnes présentant une DI ont des limitations cognitives et adaptatives affectant leurs habiletés conceptuelles, sociales et pratiques en matière de sexualité (Dionne et Dupras, 2014 ; Schalock *et al.*, 2021). Les relations sexuelles matures sont quasiment absentes (Hajbi et Robin, 2013). Elles sont remplacées par des conduites masturbatoires plus ou moins fréquentes (Hajbi et Robin, 2013). Dans le cas de relations sexuelles matures, les relations sexuelles sont caractérisées par leur soudaineté, leur opportunité et leur impulsivité (Dionne et Dupras, 2014). Les personnes présentant une DI font encore souvent l'objet d'attitudes infantilisantes et surprotectrices de la part de l'entourage, ce qui les prive d'un accompagnement adéquat (Leclerc et Morin, 2022). Pour certains, la vie affective, l'intimité et la sexualité sont niées en partie ou en totalité. De ce fait, les besoins sexuels de ces personnes sont souvent négligés (Baron *et al.*, 2002). De plus, la sexualité des personnes présentant une DI est souvent marginalisée (Hajbi et Robin, 2013). En résumé, elles font face à

plusieurs défis relativement à leur sexualité tels qu'un manque d'intimité et des codes de vie restrictifs dans les milieux de vie (Barron *et al.*, 2002 ; Falligant et Pence, 2020 ; Leclerc, 2020 ; Nezu *et al.*, 2005 ; Ward et bosek, 2002).

La santé sexuelle

Selon l'OMS (2015), la santé sexuelle est définie comme étant :

Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. (p. 15)

La sexualité intègre des dimensions comportementales, affectives, relationnelles, cognitives, éthiques, intellectuelles et sociales (Leclerc, 2020 ; Taylor Gomez, 2012). Un second concept doit y être adjoint, soit le bien-être sexuel (Mitchell *et al.*, 2021). Le bien-être sexuel inclut une sexualité sécuritaire, le respect sexuel, une bonne estime de soi en lien avec la sexualité, de la résilience en lien avec les expériences sexuelles, le pardon d'une expérience sexuelle négative passée, un confort avec la sexualité et de l'auto-détermination en lien avec sa vie sexuelle (Mitchell *et al.*, 2021). Pour l'OMS, la santé sexuelle est une composante fondamentale du bien-être et de l'épanouissement individuel (OMS, 2015). Il faut donc protéger les droits sexuels de chacun pour leur permettre de vivre une sexualité positive (OMS, 2015 ; ONU, 2006).

Historique, mythes et préjugés

Avant les années 1970, les personnes présentant une DI étaient perçues comme des êtres asexués qui ne s'intéressaient pas à la sexualité (Block, 2000 ; Dionne et Dupras, 2014 ; Swango-Wilson, 2008 ; Taylor Gomez, 2012). Elles étaient considérées comme des personnes incapables d'assumer leur vie sexuelle (Dionne et Dupras, 2014). Pendant plusieurs générations, la crainte d'une agression leur a imposé un interdit sexuel (Kempton et Kahn, 1991 ; Taylor Gomez, 2012). Aussi, les personnes présentant une DI ont parfois fait l'objet d'une stérilisation sanctionnée par

la loi, sous prétexte de les protéger d'une grossesse et des abus sexuels (Block, 2000 ; Dionne et Dupras, 2014; Nezu *et al.*, 2005 ; Taylor Gomez, 2012).

Cet historique assez récent a entraîné plusieurs mythes et stéréotypes qui demeurent encore aujourd’hui dans la société, soit que : 1) parler de sexualité avec les personnes présentant une DI peut susciter leur intérêt pour la sexualité (Boucher, 2014), 2) les personnes vivant avec une DI seraient sexuellement impulsives ou, au contraire, asexuées (Taylor Gomez, 2012), et 3) ces personnes ne peuvent tirer profit d’un traitement pour leurs CSI (Lambrick et Glaser, 2004). Encore aujourd’hui, la présence de préjugés de la part de l’entourage représente un défi important pour la santé sexuelle des personnes présentant une DI (Leclerc, 2020; Nezu *et al.*, 2005). La personne peut être infantilisée, les comportements sexuels peuvent être perçus comme incontrôlables, les interventions peuvent être plus restrictives et l’éducation sexuelle peut être mise de côté (Leclerc, 2020).

Ce n'est qu'au début des années 2000 que les conventions et politiques reconnaissent le droit des personnes présentant une DI de vivre pleinement leur sexualité, avec l'adoption de la Convention des droits des personnes handicapées (Organisation des Nations unies [ONU], 2006) et de politiques concernant la sexualité telle que celle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2008). Cette politique reflète le changement qui s'opère dans les perceptions quant à la sexualité des personnes présentant une DI. Celles-ci devraient, comme toute autre personne, avoir la possibilité de vivre une vie sexuelle saine (ONU, 2006 ; Taylor Gomez, 2012). La Convention des droits des personnes handicapées mentionne entre autres que les personnes doivent avoir accès à des services de santé sexuelle et avoir accès à de l'éducation sexuelle adéquate (ONU, 2006).

Malaise des familles et des proches

Le rôle des parents est primordial pour le développement sexuel de leur enfant, mais ils ne sont pas tous à l'aise dans ce rôle (Dupras et Dionne, 2013 ; Karatas et Dalgic, 2022). Ainsi, il faut d'abord les sensibiliser à l'importance de développer les connaissances, les attitudes et les

comportements adéquats au sujet de la vie affective, amoureuse et sexuelle chez leur enfant, et au droit de ces personnes de vivre une vie affective, amoureuse et sexuelle (Dupras et Dionne, 2013). Ils précisent également que certains parents supposent que leur enfant ne possède pas les capacités suffisantes pour vivre une vie sexuelle autonome et responsable (Dupras et Dionne, 2013). De plus, les parents ont souvent une attitude plus conservatrice que les intervenants en ce qui concerne la sexualité de leur enfant (Dionne et Dupras, 2014).

L’entourage a une incidence sur la vie affective, amoureuse et sexuelle des personnes. L’entourage et le milieu de vie peuvent offrir des opportunités ou imposer des limites (Dionne et Dupras, 2014). Les différences de visions et de valeurs entre les parents et le milieu de vie deviennent ici un enjeu. Plusieurs personnes seront hébergées dans différentes ressources, ce qui ne soustrait pas pour autant l’implication des parents. La personne se retrouve alors aux prises avec la vision de ses parents, la vision des responsables de la ressource d’hébergement et la vision des intervenants. Un désaccord entre ces personnes peut causer des difficultés et il s’agit également d’un facteur de risque associé à l’adoption de CSI (Dionne et Dupras, 2014). Qui plus est, il est fréquent que les CSI, lorsqu’ils surviennent, soient niés, minimisés ou même renforcés par l’entourage (Boucher, 2014). L’arrimage entre les différents acteurs devient alors indispensable.

Malaise des intervenants et sentiment de compétence

Pour assurer un arrimage entre les différents acteurs gravitant autour de la personne présentant une DI, les intervenants doivent avoir une aisance avec le sujet et un sentiment de compétence relativement à l’intervention en lien avec les problèmes de comportement de nature sexuelle. Les croyances, les valeurs et les opinions des intervenants ont un effet sur le soutien qu’ils offrent aux personnes relativement à leur sexualité (Gilmore et Chambers, 2010). Bien que les intervenants aient maintenant une attitude plus positive envers la sexualité des personnes présentant une DI, un malaise subsiste pour aborder ce sujet (Fanstone et Thompson, 2010; Leclerc, 2020). Les principaux facteurs expliquant ce malaise sont le manque de formation, de transfert des connaissances et d’outils d’intervention (Leclerc, 2020). Les intervenants se trouvent

confrontés à leur manque de connaissances et au manque de programmes d'intervention, ce qui les place dans une situation ambiguë où il est difficile pour eux de développer un sentiment de compétence. De plus, les rôles de chacun ne sont pas toujours établis clairement, ce qui représente un obstacle supplémentaire pour les intervenants (Leclerc, 2020).

Les problèmes de comportement de nature sexuelle en déficience intellectuelle

En supplément aux difficultés vécues quant à la sexualité des personnes présentant une DI viennent s'ajouter les problèmes de comportement de nature sexuelle pour certaines d'entre elles. Ce type de comportement peut entraîner des conséquences autant pour la personne qui le manifeste que pour autrui.

Différents termes sont utilisés en référence aux problèmes de comportement de nature sexuelle manifestés par les personnes présentant une DI et un flou persiste dans la littérature. Dans la présente thèse, l'utilisation du concept *Problème de comportement de nature sexuelle* se veut englobante pour l'ensemble des types de comportements sexuels problématiques, afin d'intégrer les différents termes utilisés. Le terme choisi évite de se limiter aux comportements en référence à une norme légale, comme les infractions sexuelles, ou aux comportements ayant une référence médicale, comme les troubles sexuels. De plus, le concept de problème de comportement fait référence à la notion de trouble du comportement (TC) et de trouble grave du comportement (TGC), sans toutefois utiliser le terme «trouble» qui pourrait être confondu avec le terme trouble sexuel.

Les TC et les TGC sont des concepts bien connus et utilisés dans les services pour les personnes présentant une DI. Le TC est défini comme une « action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010, p.68). Ce trouble « est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux » (Tassé,

Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010, p.68). Les problèmes de comportements de nature sexuelle peuvent s'intégrer dans ses définitions. D'ailleurs, certains outils utilisés pour déterminer la présence d'un TC et évaluer la gravité de celui-ci incluent une catégorie en lien avec les comportements sexuels.

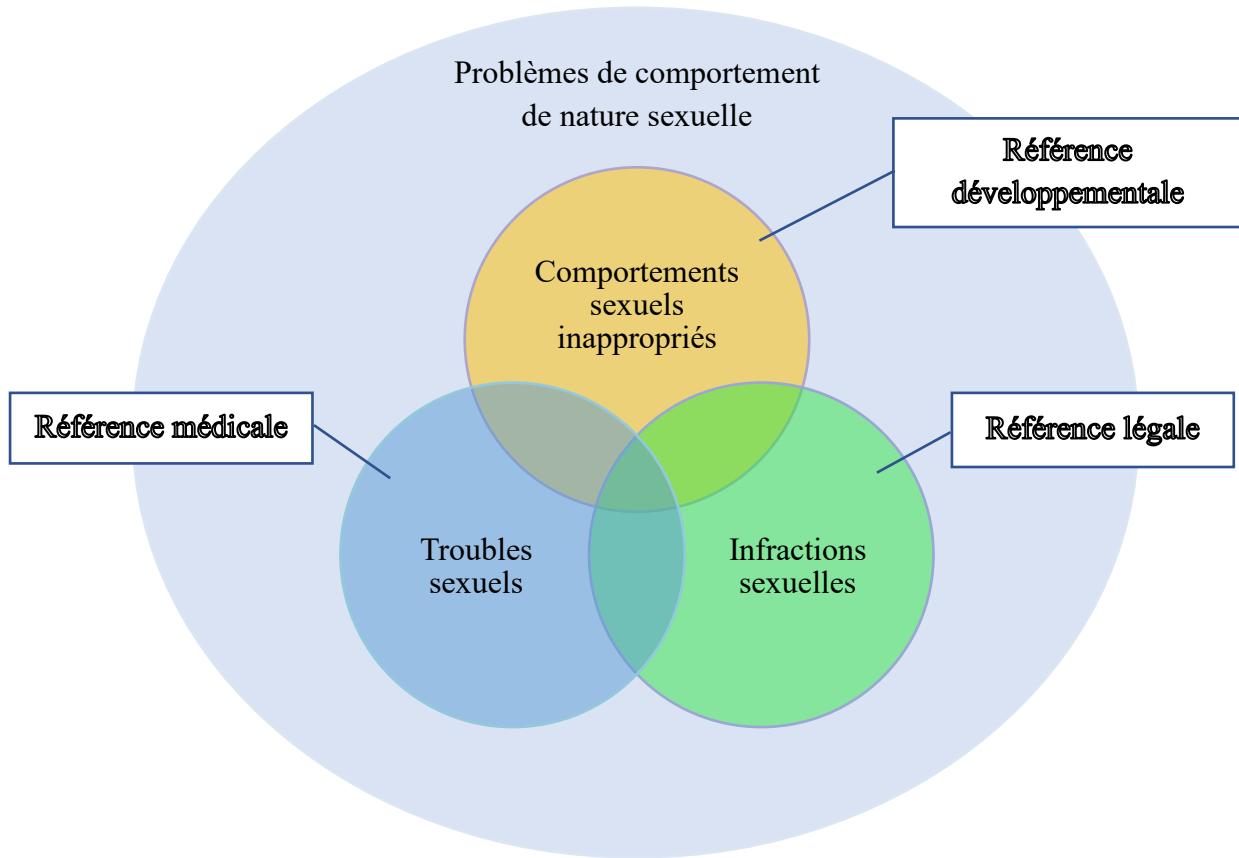
Chez les personnes présentant une DI, les problèmes de comportement de nature sexuelle peuvent se présenter sous différentes formes et être reliés à des niveaux de risque différents. Le niveau de risque représente à la fois le risque de récidive, c'est-à-dire le risque que le comportement se manifeste de nouveau, et le niveau de risque concernant les conséquences potentielles pour la personne ou autrui. Par exemple, un niveau de risque faible réfère à des CSI portant atteinte à court terme au développement de la personne et présentant peu de conséquences pour autrui, alors qu'un risque élevé fait référence à des troubles sexuels et des infractions sexuelles amenant de graves conséquences pour la personne ou autrui (Claveau, Boucher et Tremblay, 2007). En ce sens, les problèmes de comportement de nature sexuelle réfèrent aux comportements allant des propos sexuels déplacés jusqu'à l'agression sexuelle, en incluant les contacts sexuels non consentants, la masturbation en public, se dévêtrir en public, regarder sous les jupes et plusieurs autres comportements considérés socialement inacceptables et pouvant être dommageables pour la personne ou autrui (Falligant et Pence, 2020).

Les types de problèmes de comportement de nature sexuelle

Dans la grande catégorie des problèmes de comportement de nature sexuelle se retrouvent différents types de problèmes de comportement de nature sexuelle, dont les infractions sexuelles, les troubles sexuels et les CSI. La figure 1 présente les trois types de problèmes de comportement de nature sexuelle.

Figure 1

Les types de problèmes de comportement de nature sexuelle



Les infractions sexuelles

Une première catégorie de problèmes de comportement de nature sexuelle se distingue clairement dans la littérature par son aspect illégal. Les infractions sexuelles réfèrent à des comportements illégaux représentant une infraction criminelle dans le système de justice. De façon générale, il s'agit de tout comportement sexuel qui viole la loi (Keller, 2016). Il peut s'agir de contacts non consentis tels que l'agression sexuelle et les autres contacts sexuels, ou d'infractions sexuelles sans contact telles que l'exhibitionnisme ou le voyeurisme (Keller, 2016). Pour leur part, Wormald et Melia (2021) utilisent le terme « comportement sexuel abusif » en

référence à « tout comportement sexuel non consenti, avec ou sans contact, qui constituerait un acte criminel » (traduction libre, p. 1374).

Les caractéristiques des auteurs d'infractions sexuelles présentant une déficience intellectuelle. Les auteurs d'infractions sexuelles présentant une DI ont généralement un historique de nombreux comportements délictuels de nature sexuelle et ces comportements débutent à un plus jeune âge que leurs pairs ne présentant pas de DI (Craig *et al.*, 2010). Aussi, les auteurs d'infractions sexuelles présentant une DI sont moins centrés sur les caractéristiques des victimes, mais plutôt opportunistes (Craig *et al.*, 2010; Lindsay, 2002). Ils sont moins portés à utiliser la violence physique (Lindsay, 2002). Les taux de récidive sont plus élevés pour les personnes présentant une DI comparativement à la population générale (Marotta, 2017). À cet égard, il importe de considérer que les personnes présentant une DI et des problèmes de comportement de nature sexuelle sont généralement plus encadrées par la famille, les intervenants et les employeurs, ce qui peut augmenter les probabilités de détecter les récidives (Marotta, 2017). Tout de même, cela démontre l'importance de s'attarder aux interventions efficaces pour limiter la récidive sexuelle chez les personnes présentant une DI et des problèmes de comportement de nature sexuelle.

Les troubles sexuels

Les troubles sexuels sont classés sous deux catégories dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5), soit les dysfonctions sexuelles et les troubles paraphiliques. Les dysfonctions sexuelles réfèrent à différentes pathologies comprenant l'éjaculation prématurée, l'éjaculation retardée, le trouble de l'érection, le trouble de l'orgasme chez la femme, le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme, le trouble lié à des douleurs génitopelviennes ou à la pénétration (dyspareunie), la diminution du désir sexuel et la dysfonction sexuelle induite par une substance (APA, 2015). Les paraphilies sont définies comme « tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant » (APA, 2015, p. 807).

L'exhibitionnisme, le voyeurisme, la pédophilie et les fétichismes se retrouvent par exemple dans cette catégorie. Il importe de distinguer le fait d'avoir une paraphilie et le fait de commettre une infraction sexuelle (Nezu *et al.*, 2006). Une personne ayant une paraphilie n'a pas nécessairement commis d'infraction sexuelle et vice versa (Nezu *et al.*, 2006). Une seconde distinction s'impose concernant le trouble paraphilique. Le trouble paraphilique est « une paraphilie qui cause, d'une façon concomitante, une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu, ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes » (APA, 2015, p. 808). Le trouble paraphilique amène de la détresse psychologique pour la personne et perturbe son fonctionnement normal. Les signes et symptômes doivent se manifester pendant une période d'au moins six mois (APA, 2015).

Les comportements sexuels inappropriés

Les CSI sont définis par Falligant et Pence (2020) comme des comportements sexuels inappropriés en référence à une norme développementale ou à une norme sociale et pouvant potentiellement nuire à la personne qui les manifeste ou à autrui. Certains comportements ne correspondent pas au développement normatif étant donné le développement sexuel qui peut être plus lent pour certaines personnes (Ailey *et al.*, 2003). Par exemple, certaines personnes peuvent manifester, à l'adolescence, des comportements exploratoires considérés normaux vers cinq ou six ans. Ward et Bosek (2002) indiquent que les CSI peuvent inclure une victime non consentante, être publics ou invasifs, et peuvent présenter un risque pour la personne ou autrui. Ces comportements sont susceptibles de provoquer des réactions, car ils vont à l'encontre des normes sociales, tels que les valeurs. Il s'agit de comportements adoptés pour répondre à des besoins généralement sains et légitimes, mais qui s'expriment maladroitement dans un contexte inadéquat (Claveau, 2018). Les CSI ne sont habituellement pas malveillants. La personne le fait par naïveté, par inconscience ou par manque de connaissances des normes et des lois entourant la sexualité (Griffiths *et al.*, 2013). Ces comportements peuvent inclure des propos sexuels inappropriés dans le contexte, la masturbation en public, regarder sous les jupes et des contacts non consensuels (Falligant et Fence, 2020). Dans certains cas, les CSI peuvent correspondre à des infractions sexuelles au sens de la loi pénale (Ward et Bosek, 2002). La compulsion sexuelle ou

l'hypersexualité peuvent aussi être considérées comme des CSI s'ils répondent à la définition. Puisque ce terme est utilisé dans les services en TC-TGC et qu'il est également utilisé et défini dans la littérature, il a été retenu pour être utilisé dans la présente thèse.

Les comportements alternatifs. Dans le cadre de la présente thèse, le terme « comportements alternatifs » fait référence à des comportements socialement adaptés qui remplacent les CSI de la personne. Ils permettent de répondre aux besoins de celle-ci de façon appropriée. Le développement de nouvelles habiletés sociosexuelles et de comportements alternatifs fait partie des éléments clés de la réadaptation pour les personnes présentant une DI et des CSI (Ward et Bosek, 2002). Ward et Bosek (2002) présentent les comportements alternatifs comme des comportements sociosexuels légaux, sécuritaires et privés. Ces comportements permettent à la personne de vivre une sexualité saine et positive. Le développement d'habiletés sociosexuelles inclut les connaissances, les attitudes et les comportements reliés à des alternatives sexuelles saines et légales (Ward et Bosek, 2002).

La déviance contrefaite

Le terme déviance contrefaite fait référence aux comportements sexuels déviants dans leur forme, mais non dans leur fondement (Boucher, 2014). Il ne s'agit donc pas d'un trouble psychiatrique. Les comportements proviennent davantage d'expériences sexuelles inappropriées et non punies, d'un manque de soutien adapté de la part de l'entourage ou d'une éducation insuffisante (Boucher, 2014). Selon Griffiths *et al.* (2013), la déviance contrefaite suppose que les causes amenant certaines personnes présentant une DI à commettre des CSI réfèrent à différents facteurs en lien avec la DI tels qu'un manque de connaissances relativement à la sexualité. Ces comportements peuvent causer préjudice à autrui ou être illégaux, mais de façon involontaire, puisque la personne n'est pas en mesure de comprendre les conséquences de ses actions (Griffiths *et al.*, 2013). Cette hypothèse peut être en lien avec certains comportements de la catégorie des CSI.

Prévalence

Les personnes présentant une DI seraient surreprésentées dans le système de justice criminelle (Wormald et Melia, 2021). Toutefois, les données varient entre les études, en partie à cause de la variabilité des critères d'inclusion autant pour la DI que le type de problèmes de comportement (Wormald et Melia, 2021). De plus, la prévalence des problèmes de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI est difficilement quantifiable, entre autres à cause de la banalisation de ces situations (Murphy *et al.*, 2007). Seulement les situations dénoncées peuvent être comptabilisées dans les statistiques, ce qui fausse les données. Il est donc difficile de déterminer la prévalence des auteurs d'infractions sexuelles présentant une DI (Wormald et Melia, 2021). D'un côté, il est fréquent que les personnes présentant une DI soient reconnues non criminellement responsables et, d'un autre côté, elles seraient plus enclines à faire de fausses déclarations ou confessions, rendant ainsi les données sur la criminalité de ces personnes peu fiables (Barron *et al.*, 2002). À titre informatif, certains auteurs rapportent que le pourcentage de délinquance sexuelle est de 4 à 6 fois plus élevé parmi les personnes présentant une DI que dans la population générale (Barron *et al.*, 2002). Certains facteurs expliquent la prévalence plus élevée d'auteurs d'infractions sexuelles présentant une DI, tels que des déficits cognitifs et de faibles habiletés sociales (Wormald et Melia, 2021). Il faut aussi considérer que la majorité des auteurs d'infractions sexuelles présentant une DI ont aussi été victimes d'agression sexuelle (Cook, 2000; Fyson, 2007). Le risque de récidive sexuelle est également statistiquement plus élevé chez cette clientèle (Boucher, 2014).

Les conséquences et impacts pour la personne, la victime et son environnement

Les problèmes de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI sont également préoccupants compte tenu des conséquences importantes qu'ils peuvent avoir à court et à long terme pour ceux-ci, pour les victimes et pour l'entourage (Barron *et al.*, 2002).

Les personnes présentant une DI et des CSI peuvent vivre des conséquences sociales négatives, être limitées dans leur accès à la société et rencontrer plusieurs barrières pour leur indépendance (Falligant et Pence, 2020). Évidemment, elles risquent également d'être

confrontées au système de justice (Falligant et Pence, 2020). Les personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle peuvent se retrouver exclues des services offerts en communauté pour être référées vers des services plus sécuritaires tels que la prison ou des institutions légales en santé mentale (Ward et bosek, 2002). Leurs droits sexuels sont souvent bafoués (Dupras, 2014). La mise en place de mesures de protection limite leur liberté sexuelle (Dupras, 2014). De façon plus large, les mesures de protection peuvent affecter leur qualité de vie en général. Entre autres, cela peut compromettre leur intégration résidentielle et communautaire (Sabourin, 2010). Les CSI peuvent entraîner du rejet et de la marginalisation (Dupras et Dionne, 2013). Être exposé au rejet ou au jugement peut miner l'estime de soi des personnes et nuire à leur fonctionnement psychosocial et à leurs relations interpersonnelles (Claveau, 2018).

Lorsque les comportements impliquent une victime, celle-ci peut subir des répercussions graves dans plusieurs sphères de son fonctionnement (Billette *et al.*, 2005). Par exemple, la personne peut présenter différents symptômes tels que la peur, l'anxiété, la honte, la culpabilité, l'isolement, les difficultés d'ordre sexuel, la peur de l'intimité et l'atteinte à l'estime de soi (Billette *et al.*, 2005). Les conséquences peuvent aller jusqu'au développement de symptômes dépressifs ou d'un trouble de stress post-traumatique (Billette *et al.*, 2005). De plus, l'entourage des personnes ayant des CSI peut subir des conséquences et impacts, que ce soit par les répercussions des comportements sur leurs relations avec la personne, la mise en place d'une surveillance accrue pour assurer la sécurité de tous ou le risque pour leur intégrité physique et psychologique (Sabourin, 2010).

Facteurs de risque et de protection

Plusieurs facteurs de risque reliés à des problèmes de comportement de nature sexuelle sont présents chez les personnes présentant une DI. En délinquance sexuelle, il importe d'identifier également les facteurs de maintien. Dans une vision psychoéducative, les facteurs de protection reconnus sont également pris en compte.

Facteurs de risque. Certains facteurs de risque concernant le développement d'un problème de comportement de nature sexuelle sont reliés à la présence d'une DI, tels que la difficulté à établir un lien de cause à effet, la prédominance de l'affectif sur l'intellectuel, la vulnérabilité face à l'influence, la manipulation et la pression des pairs, les difficultés sur le plan de la mémoire, les difficultés avec les nuances, la difficulté à comprendre que certaines actions sont illégales, la dépendance affective et financière, les difficultés de communication, le manque d'habiletés de résolution de problème, le manque d'habiletés sociales, la désirabilité sociale, les difficultés d'expression et de gestion des émotions, un faible contrôle des impulsions, la possible altération des fonctions organiques, le peu de connaissances en lien avec la sexualité, le peu d'expérience sexuelle et la difficulté à réguler ses comportements sexuels en fonction des normes sociosexuelles et les connaissances sexuelles limitées (Claveau, 2012; Dionne et Dupras, 2014; Keller, 2016 ; Lambrick et Glaser, 2004; Nezu *et al.*, 2006; SOTSEC-ID, 2010; West, 2007). De plus, une limite importante se situe sur le plan du jugement moral des personnes. La capacité de comprendre la différence entre le bien et le mal ou de voir les conséquences des comportements sur autrui est limitée pour plusieurs individus (Keller, 2016). Les habiletés de communication et les stratégies adaptatives sont aussi reconnues comme étant limitées (Nezu *et al.*, 2005; Nezu *et al.*, 2006). Il faut considérer la vulnérabilité de cette clientèle aux abus de toutes sortes. Le taux de victimisation sexuelle est très variable selon les études, se situant entre 8 % et 83 % (Peckham, 2007). Aussi, les personnes présentant une DI peuvent faire face à des difficultés d'accès aux services juridiques ou à la psychothérapie pour les soutenir (Nezu *et al.*, 2005). En addition à ces facteurs de risque, parmi les facteurs personnels, le peu de possibilités pour des rencontres sociosexuelles est évoqué. En fait, la vie sociale des personnes présentant une DI est souvent restreinte à la maison et à l'école ou au travail, ce qui limite grandement les possibilités de rencontrer quelqu'un pour développer une relation affective, amoureuse et sexuelle (Dupras et Dionne, 2013).

D'autres facteurs de risque concernant l'émergence de problèmes de comportement de nature sexuelle ne sont pas nécessairement reliés à la DI de la personne, mais sont à considérer pour tous tels que les faibles habiletés sociales et sociosexuelles, un conditionnement sexuel

différent ou des apprentissages inadéquats, des punitions subies pour des comportements normaux et acceptables, des intérêts sexuels déviants, des distorsions cognitives, le manque d'intimité ou d'opportunités pour vivre sa vie affective, amoureuse ou sexuelle, un vécu de négligence pendant l'enfance et des abus sexuels vécus dans le passé (Boucher, 2014; Keller, 2016; Lindsay, 2002; Lindsay, 2009; Nezu *et al.*, 2005; Nezu *et al.*, 2006). Un déficit sur le plan de l'empathie est également un facteur de risque à considérer (Lindsay, 2005; SOTSEC-ID, 2010; Wormald et Melia, 2021). Les problématiques de santé mentale sont fréquentes chez les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI. Il pourrait donc s'agir d'un facteur de risque important (Barron *et al.*, 2002; Lindsay, 2002; Murphy *et al.*, 2007).

Les facteurs environnementaux incluent plusieurs aspects qui limitent la liberté sexuelle et le bien-être sexuel des personnes, dont plusieurs mesures de protection qui ont cet effet (Dupras, 2014). Parmi les facteurs défavorables se retrouvent les attitudes sociales répressives et restrictives, un conditionnement sexuel différent, l'imposition de punitions pour des comportements adéquats, la minimisation des comportements problématiques et la méconnaissance des lois et des normes sociosexuelles (Boucher, 2014).

Facteurs de maintien. Les facteurs de maintien sont importants à considérer dans l'évaluation et l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes de comportement de nature sexuelle, car ils sont associés à la récidive sexuelle. Parmi les facteurs de maintien d'un problème de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI se retrouvent un diagnostic d'autisme, l'incohérence des interventions entre les milieux ainsi que les difficultés de la personne à comprendre la perception et l'émotion d'autrui (Heaton et Murphy, 2013; Hollomotz, 2021; Murphy *et al.*, 2007; SOTSEC-ID, 2010). Le fait d'avoir déjà commis des infractions impliquant de la violence serait un autre facteur relié à la récidive sexuelle (Keller, 2016). De plus, le déni des comportements sexuels comme constituant un crime, une attitude antisociale, une faible estime de soi, une faible motivation au traitement et une attitude de tolérance face aux infractions sexuelles sont des facteurs corrélés à la récidive sexuelle (Keeling *et al.*, 2008; Keller, 2016).

Facteurs de protection. Certains facteurs peuvent faciliter la prévention des problèmes de comportement de nature sexuelle tels qu'un milieu de vie favorisant le respect de chacun, la participation à des activités de jour valorisantes, la présence d'un code de vie résidentiel reconnaissant les droits sexuels des personnes, l'accès à l'éducation sexuelle et la sensibilisation des proches concernant la prévention des agressions sexuelles (Claveau, 2018). De plus, la formation des intervenants et un soutien clinique spécialisé leur permettent de connaître les balises d'intervention et les droits des personnes (Claveau, 2018). Afin de favoriser la santé sexuelle des personnes, les organisations doivent considérer les facteurs suivants : la mise sur pied de groupes d'éducation à la santé sexuelle, l'accès à des équipes spécialisées pour les personnes présentant un problème de comportement de nature sexuelle, l'implantation d'un cadre de référence sur la vie amicale, amoureuse et sexuelle et une trajectoire de service flexible.

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs de réadaptation et éviter la récidive, d'autres facteurs sont à considérer tels que la collaboration et la mobilisation de la personne, la collaboration de l'environnement immédiat, le transfert des informations cliniques concernant la problématique sexuelle lors d'un transfert de dossier, un traitement pharmacologique adéquat, la sensibilisation et la collaboration avec les policiers et la judiciarisation des personnes ayant commis des infractions sexuelles (Claveau, 2018). D'autres facteurs influençant les résultats comprennent, entre autres, la durée du traitement, la qualité de la participation et les facteurs de mentalisation (Hajbi et Robin, 2013).

Le Tableau 1 résume les facteurs de risque et de protection personnels, environnementaux et organisationnels.

Tableau 1

Synthèse des facteurs de risque et de protection liés à l'émergence et au maintien d'un problème de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI

Facteurs de risque	Facteurs de maintien	Facteurs de protection
	Facteurs personnels	
Difficulté à établir un lien de cause à effet	Diagnostic d'autisme	Participation à des activités de jour valorisantes
Prédominance de l'affectif sur l'intellectuel	Difficulté à comprendre la perception et l'émotion d'autrui	Collaboration et mobilisation de la personne
Vulnérabilité face à l'influence, la manipulation et la pression des pairs	Avoir déjà commis des infractions impliquant de la violence	Capacité de mentalisation de la personne
Difficultés sur le plan de la mémoire	Dénie des comportements sexuels comme constituant un crime	
Difficultés avec les nuances	Attitude antisociale	
Difficulté à comprendre que certaines actions sont illégales	Faible estime de soi	
Dépendance affective et financière	Faible motivation au traitement	
Difficultés de communication	Attitude de tolérance face aux infractions sexuelles	
Manque d'habiletés de résolution de problème		
Manque d'habiletés sociales ou sociosexuelles		
Désirabilité sociale		
Difficultés d'expression et de gestion des émotions		
Faible contrôle des impulsions		
Altération des fonctions organiques		
Peu d'expérience sexuelle		

Facteurs de risque	Facteurs de maintien	Facteurs de protection
Difficulté à réguler ses comportements sexuels en fonction des normes sociosexuelles Connaissances sexuelles limitées Jugement moral déficitaire Stratégies adaptatives limitées Peu de possibilités de rencontres sociosexuelles Apprentissages inadéquats Intérêts sexuels déviants Distorsions cognitives Avoir subi des punitions pour des comportements normaux et acceptables Manque d'intimité Manque d'opportunités pour vivre sa vie affective, amoureuse ou sexuelle Vécu de négligence pendant l'enfance Abus sexuels vécus dans le passé Déficit au niveau de l'empathie Trouble de santé mentale		
Facteurs environnementaux		
Attitudes sociales répressives et restrictives Conditionnement sexuel différent Imposition de punitions pour des comportements adéquats Minimisation des comportements problématiques	L'incohérence des interventions entre les milieux	Un milieu de vie favorisant le respect de chacun Présence d'un code de vie résidentiel reconnaissant les droits sexuels des personnes Collaboration de l'environnement immédiat avec les intervenants

Facteurs de risque	Facteurs de maintien	Facteurs de protection
Méconnaissance des lois et des normes sociosexuelles de la part de l'entourage de la personne		Judiciarisation des personnes ayant commis des infractions sexuelles
Facteurs organisationnels		
Difficultés d'accès aux services juridiques	Difficultés d'accès aux services juridiques	Accès à une éducation sexuelle adéquate
Difficultés d'accès à la psychothérapie	Difficultés d'accès à la psychothérapie	Accès à des équipes spécialisées pour les personnes présentant un problème de comportement de nature sexuelle
		Sensibilisation des proches concernant la prévention des agressions sexuelles
		Formation des intervenants
		Soutien clinique spécialisé pour les intervenants
		Implantation d'un cadre de référence sur la vie amicale, amoureuse et sexuelle
		Implantation d'une trajectoire de service flexible en matière de sexualité
		Transfert des informations cliniques concernant la problématique sexuelle lors d'un transfert de dossier
		Traitemen pharmacologique adéquat
		Sensibilisation et la collaboration avec les policiers

L'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés

Il est maintenant reconnu qu'il est nécessaire d'offrir des services adaptés aux personnes présentant une DI et des problèmes de comportement de nature sexuelle, dont les CSI (West, 2007). Cependant, le développement de programmes d'intervention adaptés aux personnes présentant une DI est assurément plus lent que le développement de programmes d'intervention pour les auteurs d'agressions sexuelles sans DI (Lindsay, 2002; West, 2007). En ce sens, les personnes présentant une DI et des CSI ne sont pas desservies adéquatement (Dionne et Dupras, 2014; Ward et Bosek, 2002). Cette situation peut mettre à risque la sécurité de la population (Ward et Bosek, 2002). De plus, les personnes qui commettent des infractions sexuelles sont à risque de se retrouver incarcérées dans un établissement qui ne répond pas adéquatement à leurs besoins spécifiques (Ward et Bosek, 2002).

Les défis rencontrés par les intervenants incluent les possibilités restreintes d'obtenir de la formation et de la supervision, le temps limité pour effectuer une analyse approfondie, certaines limitations légales, en plus du mouvement de personnel continu (Sakdalan et Collier, 2012; Ward et Bosek, 2002). Cette mouvance amène un défi supplémentaire quant au besoin de formation (Ward et Bosek, 2002). De plus, des conflits de valeurs ou des divergences dans les croyances des intervenants sont fréquemment présents et nuisent aux services rendus (Ward et Bosek, 2002). Il en est de même pour la collaboration avec le milieu familial qui peut être en désaccord avec certains aspects du programme proposé (Ward et Bosek, 2002).

Les professionnels devraient être choisis en fonction de leurs attitudes et de leurs aptitudes plutôt que leur profession spécifique (Coleman et Haaven, 1998; Williams et Manns, 2010). En effet, les qualités personnelles représentent un facteur de réussite important (Williams et Manns, 2010). De plus, il est nécessaire d'avoir au minimum un intervenant familial avec la DI (Lindsay, 2009). La communication entre les professionnels offrant des interventions spécialisées en lien avec les problèmes de comportement de nature sexuelle et les autres intervenants est primordiale (Lindsay, 2009a).

Considérant le malaise des différents acteurs à intervenir sur le sujet de la sexualité des personnes présentant une DI et le peu de documentation sur laquelle s'appuyer, l'intervention est souvent mise de côté. Il serait donc pertinent, pour la participation sociale des personnes, d'approfondir ce sujet et de soutenir les intervenants en leur fournissant des appuis théoriques sur lesquels baser leurs interventions. Cela permettrait de diminuer le malaise ressenti et d'augmenter leur sentiment de compétence pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI. La présente thèse vise à répondre à ce besoin.

Cadre de recherche

Ce chapitre présente la recension des écrits, ainsi que le cadre théorique et les objectifs de la thèse.

Recension des écrits

Une recension des écrits concernant les interventions auprès des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle a permis de faire le point sur les connaissances actuelles reliées à ce sujet et les manques à ce niveau. Cette démarche a guidé les questions de recherche de la présente étude.

Pertinence scientifique

Jusqu'à ce jour, les études menées sur le sujet ont permis de décrire en quoi consiste les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI et ont identifié les facteurs de risque associés à l'émergence et au maintien de la problématique. Il existe également des programmes d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle adaptés pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. Sur le plan de l'intervention destinée aux personnes présentant une DI et des CSI, les connaissances sont en émergence. La présente recension des écrits porte sur ce sujet plus précis afin d'orienter le projet de recherche.

Stratégie de repérage

Une recension des écrits a été réalisée en 2022 à l'aide des banques de données PsycInfo, ERIC, MEDLINE et Psychology and Behavioral Sciences Collection. La stratégie de repérage consistait à combiner les mots-clés suivants : (*inappropriate sexual behavior or sexual problem or perpetrators of sexual assault or sex offenders*) AND (*mental retardation or intellectual disability*) AND (*interventions or strategies or best practices or treatment or therapy or program or management or model or approach*). Les articles et chapitres de livres publiés entre 2000 et 2022 ont été conservés. Au total 411 articles et chapitres de livres ont été recensés. Une première lecture des résumés a permis de vérifier plus précisément la concordance avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion utilisés étaient : 1) publications traitant des interventions auprès des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature

sexuelle; et 2) publications entre 2000 et 2022. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) publications incluant une population plus large que seulement les personnes présentant une DI; et 2) études incluant seulement les femmes. L'ensemble des études recensées répondant à ces critères ont été conservées, sans exclure les études n'utilisant pas de devis expérimental, puisque très peu présentent un devis expérimental, ce qui limiterait considérablement les données. Ce constat est partagé par Hollomotz et Greenhalgh (2018), Jones et Chaplin (2020) et Marotta (2017) qui ont répertorié seulement deux études ayant un groupe contrôle dans l'ensemble de leurs revues de la littérature. De plus, les études incluant seulement des femmes ont été écartées, puisque les patrons comportementaux et les recommandations pour l'intervention divergent sur plusieurs aspects, comme soulevé par Ward et Bosek (2002).

À la suite de cette première analyse, 44 articles et 24 chapitres de livres ont été conservés pour l'analyse des écrits et l'élaboration du cadre théorique de la présente thèse. Parmi les articles, 17 études évaluaient les effets d'une intervention auprès de participants ayant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. La description de ces études est présentée ci-après. De plus, 11 articles présentaient une revue de la littérature concernant l'efficacité de différents types d'intervention auprès de ces personnes. Un résumé de ces revues de la littérature est présenté à la suite de la description des études évaluatives. Finalement, les 16 derniers articles et les 24 chapitres de livres abordaient les stratégies, modèles, approches et programmes d'intervention auprès de ces personnes. Ils ont été conservés pour l'élaboration du cadre théorique de la thèse sans être présentés en détail dans le présent chapitre afin d'éviter une redondance de l'information.

Synthèse des études évaluatives recensées

Cette partie présente une synthèse des principales caractéristiques des 17 études évaluant une intervention auprès de personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. Une lecture ciblée des études recensées a permis de décrire les caractéristiques suivantes : le nombre de participants, leur âge, leur niveau de DI, le type d'intervention évalué, le type de devis utilisé, les variables évaluées et les résultats. Le Tableau 2 présente un résumé de

ces caractéristiques pour chacune des études, en indiquant également le pays où l'étude a été menée. Le niveau de DI indique si les participants inclus dans l'étude présentent une DI légère (DIL), une DI modérée (DIM) ou un niveau de fonctionnement intellectuel limite (limite). Aucune étude n'inclut des personnes présentant une DI sévère ou profonde. Les résultats présentés dans le tableau indiquent si une augmentation (\nearrow), une diminution (\searrow), une stabilité (\rightarrow) ou une absence (X) de chacune des variables étudiées est rapportée dans les résultats de l'étude.

Tableau 2

Caractéristiques des études d'évaluation de programmes pour les personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle

Étude	N	Âge	DI	Intervention	Devis	Variables	Résultats
Boucher (2014) Canada	1	57	DIM	Intervention sexologique : éducation sexuelle	Étude de cas	Apprentissages	↗ notion de consentement ↗ saine sexualité autoérotique
Hajbi et Robin (2013) France	15	27-69	DIL	Double approche psychodynamique et psychoéducative (éducation sexuelle) - 1 h, 2x/mois - Groupe ouvert - Durée : 6 mois à 5 ans - Multidisciplinarité	Mesures pré/mi/post intervention + observation participante	Reconnaissance des faits; récidive; choix de l'objet sexuel; culpabilité; honte; inhibition; séduction	🚫 récidive sous thérapie ↗ reconnaissance des faits → ambivalence dans le choix de l'objet sexuel → difficultés de la séduction → absence de culpabilité et de honte → inhibition encore présente
Michie et Lindsay (2012) Royaume-Uni	10; 10	22-57; 19-58	DIL- DIM	Traitement de base pour les 2 groupes : - Approche CC - En groupe Groupe expérimental : - Ajout : promotion de l'empathie - 6 x 2 h	A-B* avec groupe contrôle + Suivi après 3-6-9 mois	Empathie	↗ empathie pour le groupe expérimental
Sakdalan et Collier (2012) Nouvelle-	3	25-35	DIL- DIM	Programme SAFE-ID - En groupe : 2 h/sem. - En individuel : 1 h/sem.	Étude de cas multiples A- B*	Risque de récidive; connaissances; connaissances;	↘ risque de récidive ↗ connaissances ↗ empathie pour la victime

Étude	N	Âge	DI	Intervention	Devis	Variables	Résultats
Zélande				- Durée du programme : 7 mois - Durée du suivi : 1 an		empathie; distorsions cognitives	↘ distorsions cognitives
Nezu <i>et al.</i> (2006)	1	36	DIM	Traitemen pour la résolution de problème : - approche cognitive-comportementale multi-composantes - évaluation multimodale	Étude de cas	Tolérance à la frustration; gestion de la colère; pistes de solution	↗ recherche de solutions ↗ tolérance à la frustration ↗ gestion de la colère
États-Unis							
Nezu <i>et al.</i> (2005)	25	?	DI	Projet STOP : traitement cognitif-comportemental multicomposantes - approche individualisée - groupe, individuel, familial	Mesure pré et post-traitement	Récidive; comportements adaptatifs; motivation; participation; niveau de risque	↗ comportements adaptatifs ↗ motivation ↗ participation Résultats non significatifs pour l'amélioration des comportements ciblés, mais des améliorations sont observées pour la majorité 4 % récidive ↘ risque de récidive
États-Unis							
Ayland et West (2006)	?	11-20	DIL-DIM	<i>Good Way Model</i>	Mesure pré + tous les 3 mois	Récidive	🚫 récidive
Nouvelle-Zélande							

Étude	N	Âge	DI	Intervention	Devis	Variables	Résultats
Gray <i>et al.</i> (2019) Royaume-Uni	8	21-43	DIL	Biofeedback - 8 sessions de 15 min - 2 x/sem. - Durée : 4 sem.	Mesure pré et post-traitement + suivi 8 semaines	Rythme cardiaque; régulation émotionnelle; agressions; CSI	→ rythme cardiaque ↑ régulation émotionnelle → agressions → CSI
Walker <i>et al.</i> (2014) États-Unis	2	39-51	DIL	Technique de suppression de l'excitation sexuelle 1 session/jour 3 à 5 fois/sem.	Devis A-B-A-B; A-B-A-C; A-B-A-C-A-C**	Excitation sexuelle	↓ excitation sexuelle reliée aux stimuli déviants
Hays <i>et al.</i> (2007) Royaume-Uni	16	20-61	DIL	Groupe de traitement cognitif-comportemental (SOTSEC-ID) - 2 h, 1x/sem. - Durée : 1 an	Qualitatif : entrevue individuelle semi-structurée	Perception des usagers quant aux services reçus	La majorité des participants ont aimé participer au groupe La majorité des éléments moins appréciés sont spécifiques à chacun : moment, pair connu, signification du groupe, rappel des infractions, etc.
Heaton et Murphy (2013) Royaume-Uni	34	22-68	DIL - limite	Suivi à la suite du groupe de traitement SOTSEC-ID - Durée du suivi : 15-106 mois	Mesures pré, post + suivi long terme; échelles de mesure	Connaissances et attitudes; empathie; distorsions cognitives; récidive	pré ↑ post ↑ suivi : connaissances et attitudes pré ↑ post → suivi : empathie pré ↓ post → suivi : distorsions cognitives 32 % récidive
Hollomotz	1	33 et	DIL	Groupe de traitement	Étude de cas	Récidive	🚫 récidive

Étude	N	Âge	DI	Intervention	Devis	Variables	Résultats
(2021) Royaume-Uni		plus		- Durée 15 ans			
Lindsay <i>et al.</i> (2010) Royaume-Uni	10	18-40	DIL	Programme SPORT 2 groupes de 5 hommes Durée : 12-15 semaines	Évaluation de programme; mesures pré/mi/post + suivi 6 mois	Capacité de résolution de problème	↗ capacité de résolution de problème
Murphy <i>et al.</i> (2007) Royaume-Uni	8	Moyen ne : 38,8	DIL - limite	Traitemennt cognitif-comportemental 2h, 1x/sem Durée : 1 an	Mesure pré et post intervention	Connaissances; empathie; distorsions cognitives; récidive	↗ connaissances ↗ empathie → distorsions cognitives 37,5 % récidive
Rose <i>et al.</i> (2002) Royaume-Uni	6	17-43	DIL	Groupe de thérapie 2h, 1x/sem Durée : 16 semaines	Mesure pré et post + suivi 3 et 6 mois	Connaissances; attitudes; empathie; contrôle interne; risque de récidive	Connaissances, attitudes, empathie : résultat non significatif ↘ contrôle interne 🚫 récidive
SOTSEC-ID (2010) Royaume-Uni	46	18-60	DIL - limite	Groupe de traitement cognitif- comportemental Durée : 1 an	Mesures pré et post + suivi 6 mois	Connaissances, empathie, distorsions cognitives, récidive	↗ connaissances ↗ empathie ↘ distorsions cognitives 10,87 % récidive
Ward et Bosek (2002) États-Unis	26	13 et plus	DI	Modèle comportemental de gestion du risque : évaluation et gestion du risque, apprentissages de	Études de cas	Récidive; Qualité de vie	🚫 récidive d'infractions; 42,31 % récidive d'incidents

Étude	N	Âge	DI	Intervention	Devis	Variables	Résultats
				nouvelles habiletés et comportements alternatifs, aménagement de l'environnement et supervision, système de monitoring			↘ supervision pour plusieurs

Légende : ↗ augmentation ; ↘ diminution ; → maintien ;  absence ;

* A-B : devis de recherche incluant un niveau de base A et une phase d'intervention B

** A-B-A-B : devis de recherche incluant un niveau de base A, une phase d'intervention B, une phase de retrait de l'intervention A et une seconde phase d'intervention B; A-B-A-C : devis de recherche incluant un niveau de base A, une phase d'intervention B, une phase de retrait de l'intervention A et une phase d'intervention avec une autre intervention C; A-B-A-C-A-C : devis de recherche incluant un niveau de base A, une phase d'intervention B, une phase de retrait de l'intervention A, une phase d'intervention avec une autre intervention C, une seconde phase de retrait de l'intervention A et une seconde phase d'intervention identique à la deuxième C

Participants

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, le nombre de participants varie entre 1 (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Nezu *et al.*, 2006) et 46 (SOTSEC-ID, 2010). La majorité des études présente de petits échantillons de 10 personnes ou moins (Boucher, 2014; Gray *et al.*, 2019; Hollomotz, 2021; Murphy *et al.*, 2007; Nezu *et al.*, 2006; Rose *et al.*, 2002; Sakdalan et Collier, 2012; Walker *et al.*, 2014). Seulement deux études ont utilisé un échantillon de plus de 30 personnes (Heaton et Murphy, 2013; SOTSEC-ID, 2010).

Pour ce qui est de l'âge, une seule étude (Ayland et West, 2006) cible uniquement des adolescents et de jeunes adultes (11 à 20 ans), une étude (Ward et Bosek, 2002) cible à la fois des adolescents et des adultes, et une étude (Rose *et al.*, 2002) inclut un participant de 17 ans ainsi que des adultes de 18 ans et plus. L'ensemble des autres études recensées cible uniquement des adultes en considérant l'âge de 18 ans comme âge de référence pour atteindre la majorité.

En ce qui a trait au niveau de DI, trois études incluent des personnes présentant une DI légère ou un fonctionnement intellectuel limite (Heaton et Murphy, 2013; Murphy *et al.*, 2007; SOTSEC-ID, 2010), sept études incluent seulement des personnes présentant une DI légère (Gray *et al.*, 2019; Hajbi et Robin, 2013; Hays *et al.*, 2007; Hollomotz, 2021; Lindsay *et al.*, 2010; Rose *et al.*, 2002; Walker *et al.*, 2014) et trois études incluent à la fois des personnes présentant une DI légère ou modérée (Ayland et West, 2006; Michie et Lindsay, 2012; Sakdalan et Collier, 2012).

Type d'intervention

Concernant le type d'intervention, la majorité des études (12) ont évalué une intervention utilisant une modalité de groupe (Ayland et West, 2006; Hajbi et Robin, 2013; Hays *et al.*, 2007; Heaton et Murphy, 2013; Hollomotz, 2021; Lindsay *et al.*, 2010; Michie et Lindsay, 2012; Murphy *et al.*, 2007; Nezu *et al.*, 2005; Rose *et al.*, 2002; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010). Parmi ces études, six concernent un programme d'intervention précis, soit le programme SAFE-ID (Sakdalan et Collier, 2012), le Projet STOP (Nezu *et al.*, 2005), le SOTSEC-ID (Hays *et al.*, 2007; Heaton et Murphy, 2013; SOTSEC-ID, 2010) et le programme

SPORT (Lindsay *et al.*, 2010). Deux autres études évaluent l'utilisation d'un modèle d'intervention élaboré pour les personnes présentant une DI et des CSI, soit le *Good Way Model* (Ayland et West, 2006) et le modèle comportemental de gestion du risque (Ward et Bosek, 2002). Près de la moitié des études (8) concernent des interventions utilisant une approche cognitive-comportementale (Hays *et al.*, 2007; Heaton et Murphy, 2013; Michie et Lindsay, 2012; Murphy *et al.*, 2007; Nezu *et al.*, 2005; Nezu *et al.*, 2006; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010). Lorsque précisée, la durée de l'intervention est très variable, allant de 4 semaines (Gray *et al.*, 2019) à 15 ans (Hollomotz, 2021). Plusieurs études (5) portent sur une intervention d'une durée d'un an (Hays *et al.*, 2007; Heaton et Murphy, 2013; Murphy *et al.*, 2007; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010). Seulement deux études précisent une durée d'intervention supérieure à un an (Hajbi et Robin, 2013; Hollomotz, 2021).

Devis

Pour ce qui est de la méthode utilisée, trois études de cas ont été recensées (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Nezu *et al.*, 2006) ainsi que deux études de cas multiples (Sakdalan et Collier, 2012; Walker *et al.*, 2014). Seulement une étude présente une comparaison avec un groupe contrôle (Michie et Lindsay, 2012). Six études présentent des mesures préintervention, postintervention et au moins une mesure de suivi (Gray *et al.*, 2019; Heaton et Murphy, 2013; Lindsay *et al.*, 2010; Michie et Lindsay, 2012; Rose *et al.*, 2002; SOTSEC-ID, 2010), alors que quatre études présentent des mesures préintervention et postintervention (Hajbi et Robin, 2013; Murphy *et al.*, 2007; Nezu *et al.*, 2005; Sakdalan et Collier, 2012).

Variables

La majorité des études (11) s'intéressent entre autres à la récidive des CSI ou des infractions à caractère sexuel (Ayland et West, 2006; Gray *et al.*, 2019; Hajbi et Robin, 2013; Heaton et Murphy, 2013; Hollomotz, 2021; Murphy *et al.*, 2007; Nezu *et al.*, 2005; Rose *et al.*, 2002; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010; Ward et Bosek, 2002). Parmi celles-ci, deux études utilisent uniquement la récidive sexuelle comme variable dépendante (Ayland et West, 2006; Hollomotz, 2021). Les autres variables fréquemment utilisées sont : les connaissances

reliées à la sexualité (Heaton et Murphy, 2013; Murphy *et al.*, 2007; Rose *et al.*, 2002; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010), l'empathie pour la victime (Heaton et Murphy, 2013; Michie et Lindsay, 2012; Murphy *et al.*, 2007; Rose *et al.*, 2002; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010) et les distorsions cognitives (Heaton et Murphy, 2013; Murphy *et al.*, 2007; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010). Trois études ont mesuré une variable référant à l'augmentation d'une capacité adaptative de la personne telle que les comportements adaptatifs et la capacité de résolution de problème incluant la gestion de la colère et la tolérance à la frustration (Lindsay *et al.*, 2010; Nezu *et al.*, 2005; Nezu *et al.*, 2006).

Résultats

Parmi les études recensées, trois ont rapporté à la fois une augmentation des connaissances reliées à la sexualité, une augmentation de l'empathie pour la victime et une diminution des distorsions cognitives (Heaton et Murphy, 2013; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010). Ces études ont mesuré l'effet des programmes travaillant sur divers aspects à la fois, soit le programme du SOTSEC-ID (Heaton et Murphy, 2013; SOTSEC-ID, 2010) et le programme SAFE-ID basé sur le manuel du SOTSEC-ID (Sakdalan et Collier, 2012). Il s'agit de programmes utilisant une approche comportementale visant le développement d'habiletés d'adaptation et de stratégies de gestion des émotions, incluant l'éducation sexuelle, le développement de l'empathie pour la victime et la prévention de la récidive (Sakdalan et Collier, 2012). Les résultats de l'étude de Sakdalan et Collier (2012) indiquent également une diminution du risque de récidive. Pour leur part, les études d'Heaton et Murphy (2013) et du SOTSEC-ID (2010) présentent respectivement un taux de récidive de 32 % et de 10,87 %.

Cinq études (Ayland et West, 2006; Hajbi et Robin, 2013; Hollomotz, 2021; Rose *et al.*, 2002; Ward et Bosek, 2002) rapportent une absence de récidive sexuelle pour la totalité de leur échantillon après une période d'observation variant de 4 mois à 15 ans. Ces études utilisent divers types de thérapie ou de traitement, dont une approche psychodynamique et psychoéducative avec un groupe ouvert (Hajbi et Robin, 2013), le *Good Way Model* (Ayland et West, 2006) et un modèle comportemental de gestion du risque (Ward et Bosek, 2002).

Les études ciblant spécifiquement l'amélioration des habiletés adaptatives, des comportements adaptatifs ou des comportements alternatifs ont toutes démontré une amélioration de ces variables (Boucher, 2014; Gray *et al.*, 2019; Lindsay *et al.*, 2010; Michie et Lindsay, 2012; Nezu *et al.*, 2006; Nezu *et al.*, 2005). La quasi-totalité des études visant entre autres le développement des connaissances reliées à la sexualité montre une augmentation de ces connaissances (Boucher, 2014; Hajbi et Robin, 2013; Heaton et Murphy, 2013; Murphy *et al.*, 2007; Sakdalan et Collier, 2012; SOTSEC-ID, 2010) à l'exception d'une étude pour laquelle les résultats ne sont pas significatifs (Heaton et Murphy, 2013; Rose et Reed, 2007).

Recommandations liées à l'intervention et aux futures recherches

Selon les études recensées, les interventions doivent mettre l'accent sur le développement de nouvelles habiletés et la création d'un soutien protégeant à la fois la personne et la communauté (Ward et Bosek, 2002). Le succès de l'intervention se base sur le développement des habiletés et des comportements de la personne ainsi que la capacité du système de soutien de faire un suivi continu auprès de la personne, de s'adapter et d'offrir des interventions individualisées et flexibles (Ward et Bosek, 2002). Le plan d'intervention doit être centré sur la personne, ses besoins et ses aspirations (Hollomotz, 2021; Nezu *et al.*, 2005). Dans le but de développer les habiletés sociosexuelles de la personne, les interventions doivent être centrées sur la réadaptation et non sur la restriction (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Ward et Bosek, 2002). En ce sens, il est recommandé d'utiliser une approche positive afin de guider la personne vers une vie sexuelle saine (Boucher, 2014). Le *Good Lives Model* (Willis *et al.*, 2014) est un modèle utilisant cette approche. Il est indiqué pour diminuer le risque de récidive des personnes présentant un faible risque ou un fonctionnement supérieur, tout en leur permettant de vivre dans la communauté (Ayland et West, 2006). Pour les personnes présentant une DI plus importante ou présentant un problème de comportement de nature sexuelle plus complexe, il est recommandé que le programme soit vu comme une étape parmi un processus continu de réadaptation et de gestion du risque (Ayland et West, 2006). Cela est congruent avec les recommandations indiquant que les personnes présentant un risque de récidive élevé nécessitent un suivi structuré à

long terme (Hollomotz, 2021). L'utilisation du *Good Way Model* est suggérée, car il permet d'augmenter l'engagement des personnes dans leur processus de traitement (Ayland et West, 2006).

Une autre recommandation concerne l'importance de considérer les facteurs environnementaux et d'envisager la collaboration de l'entourage (Boucher, 2014; Ward et Bosek, 2002). L'environnement de la personne doit également améliorer ses compétences pour la soutenir dans sa gestion des risques (Griffiths *et al.*, 1989; Hollomotz, 2021). Il est recommandé d'offrir une rencontre avec les membres de l'entourage pour fournir de l'information sur les comportements inappropriés et sur leur contribution potentielle pour soutenir la personne dans les situations à risque (Ward et Bosek, 2002).

Outre l'accent sur le développement des habiletés de la personne et le système de soutien, il est recommandé de porter une attention particulière aux facteurs de risque (Ward et Bosek, 2002). Concernant la gestion du risque de récidive, il est proposé de se baser sur le modèle de Blasingame¹ (2016) tout en s'assurant d'utiliser une approche centrée sur la personne (Hollomotz, 2021).

Dans un autre ordre d'idées, les traitements ou interventions cognitifs-comportementaux sont indiqués pour les hommes présentant des comportements d'agression sexuelle et une DI (Nezu *et al.*, 2005; SOTSEC-ID, 2010). L'introduction d'une composante visant le développement de l'empathie pour la victime dans un programme de traitement pour les auteurs d'agressions sexuelles permet une augmentation significative de l'empathie pour la victime (Michie et Lindsay, 2012). Aussi, un programme de résolution de problème devrait être intégré à un programme multicomposantes pour le traitement des personnes présentant une DI et des comportements d'agression sexuelle afin d'augmenter les capacités de résolution de problème des participants (Lindsay *et al.*, 2011; Nezu *et al.*, 2006). De plus, l'intégration d'un traitement pour

¹ Blasingame (2016) présente un modèle de gestion des risques intégrant sept domaines : les contingences environnementales, la gestion de cas coordonnée, les compétences du personnel, les soins psychiatriques, l'utilisation d'un traitement cognitivo-comportemental, la surveillance policière et la défense des droits des victimes.

le développement des habiletés adaptatives de la personne aiderait à traiter les autres problèmes comportementaux concomitants (Sakdalan et Collier, 2012). La généralisation des nouvelles compétences devrait se faire dans la communauté (Nezu *et al.*, 2005). Il est recommandé de prévoir un suivi de plus d'un an avec les personnes présentant une DI et des CSI (Murphy *et al.*, 2007).

Selon Hajbi et Robin (2013), une approche psychodynamique et psychoéducative serait un atout pour réduire le potentiel transgressif général et en matière de passage à l'acte sexuel des personnes présentant une DI légère. Il s'agit de la seule étude qui préconise l'approche psychodynamique.

Les traitements de groupe ont leurs avantages et leurs inconvénients. L'étude de Hays *et al.* (2007) rapporte que les participants apprécient l'aspect social d'un groupe de traitement, entre autres parce que cela leur permet de constater qu'ils ne sont pas seuls à présenter ce type de problématique. L'aspect de la confidentialité est en revanche un aspect qui inquiète les participants (Hays *et al.*, 2007). L'influence des autres membres du groupe semble positive pour stimuler les participants à faire des apprentissages et augmenter leurs compétences (Hays *et al.*, 2007).

Concernant les services, une formation spécifique concernant le traitement des problèmes de comportement de nature sexuelle en DI devrait être disponible pour les intervenants (Hajbi et Robin, 2013; Ward et Bosek, 2002). De plus, il est recommandé de développer la collaboration avec les services de santé mentale afin de répondre le mieux possible aux besoins multidimensionnels des personnes présentant une DI et des CSI (Ward et Bosek, 2002). Une autre option proposée est d'embaucher un consultant expert en santé mentale pour les services auprès des personnes présentant des CSI et une DI (Ward et Bosek, 2002).

Selon certains auteurs (Murphy *et al.*, 2007; SOTSEC-ID, 2010), les futures recherches devraient notamment évaluer les traitements avec un grand échantillon réparti dans divers milieux, en utilisant diverses mesures. Il faudrait également évaluer l'efficacité des programmes de résolution de problème auprès des auteurs d'agression sexuelle présentant une DI (Nezu *et al.*, 2006). Le programme utilisant le *Good Way Model* devrait être évalué plus formellement par de futures études (Ayland et West, 2006).

Synthèse des revues de la littérature recensées

Cette partie résume les 11 articles présentant une revue de littérature concernant l'efficacité des interventions auprès des personnes présentant une DI et des problèmes de comportement de nature sexuelle. Les études retenues incluent à la fois des recensions intégratives des écrits, des revues de littérature, des recensions systématiques des études, des méta-analyses et des analyses de programmes (comparaison de programmes). Il est à noter que certaines études évaluatives présentées dans la section précédente se retrouvent également recensées dans différentes revues de littérature.

Plusieurs revues de littérature émettent le constat qu'une majorité des études recensées utilise de petits échantillons, voire plusieurs études de cas (Barron *et al.*, 2002; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017; Wormald et Melia, 2021). La méta-analyse de Heppell *et al.* (2020) a permis de répertorier 443 participants présentant tous un fonctionnement intellectuel moyen à limite. La majorité des participants présentaient une DI légère (Heppell *et al.*, 2020 ; Keeling *et al.*, 2008 ; Marotta, 2017). L'âge des participants varie généralement de 18 à 68 ans (Heppell *et al.*, 2020 ; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017). Les problèmes de comportement de nature sexuelle et le niveau de risque de récidive des participants varient selon les études (Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017). Le milieu de vie des participants varie également, allant de la communauté à des institutions ou la prison (Heppell *et al.*, 2020 ; Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017; Wormald et Melia, 2021).

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, la grande majorité des études recensées dans les revues de la littérature se sont concentrées en partie ou en totalité sur l'efficacité des interventions à prévenir la récidive, en évaluant précisément cette variable (Barron *et al.*, 2002). Plus récemment, plusieurs études ont aussi observé les connaissances et les attitudes reliées à la sexualité, les distorsions cognitives, l'empathie pour la victime et les habiletés développées (Heppell *et al.*, 2020; Marotta, 2017).

Seulement deux études répertoriées dans l'ensemble des revues de la littérature ont utilisé un groupe contrôle (Jones et Chaplin, 2020). Le devis inclut généralement une mesure préintervention, une mesure postintervention et souvent une mesure de suivi auprès d'un seul groupe (Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017;). Plusieurs études de cas multiples sont répertoriées (Marotta, 2017). Diverses échelles de mesure sont utilisées pour mesurer les connaissances et les attitudes, les distorsions cognitives et l'empathie pour la victime (Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017).

Il y a plusieurs années, les résultats les plus probants provenaient d'une série de groupes de thérapie cognitive d'une durée de 3 ans (Barron *et al.*, 2002; Murphy *et al.*, 2007). Plus récemment, les études ont recensé des programmes qui utilisaient en grande majorité une approche cognitive-comportementale (Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017; Wormald et Melia, 2021). Les sujets abordés dans ces programmes sont l'éducation sexuelle, la sexualité et la loi, les distorsions cognitives, le cycle des agressions, l'empathie pour la victime, la gestion du risque et les relations sexuelles saines (Marotta, 2017). La durée des traitements variait entre 4 et 36 mois, avec une moyenne de 13,5 mois (Marotta, 2017).

Les résultats de la recension de Lindsay (2009a) montrent que les traitements cognitifs-comportementaux, incluant la gestion de la colère, permettraient de développer une meilleure capacité d'autocontrôle et aideraient à diminuer les incidents violents. La recension des écrits de Wilcox (2004) rapporte l'efficacité des traitements cognitifs-comportementaux pour réduire la

récidive chez les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI, alors que les recensions des écrits de Hollomotz et Greenhalgh (2018), Jones et Chaplin (2020) et Marotta (2017) concluent que les résultats sont mitigés concernant la récidive. La méta-analyse de Heppell *et al.* (2020) et les recensions systématiques de Jones et Chaplin (2020) et Marotta (2017) démontrent les effets des traitements cognitifs-comportementaux sur l'augmentation des connaissances reliées à la sexualité, l'augmentation de l'empathie pour la victime et la diminution des distorsions cognitives. Marotta (2017) indique également une amélioration des comportements pour les traitements cognitifs-comportementaux. Wormald et Melia (2021) appuient l'efficacité des approches cognitives-comportementales pour l'augmentation de l'empathie pour la victime lorsque le programme inclut cette composante.

Hollomotz et Greenhalgh (2018) ont analysé plus en profondeur sept programmes d'intervention pour les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI. Les deux objectifs principaux de ces programmes étaient de diminuer le risque de récidive en augmentant la capacité de gestion de risque et le développement d'une identité prosociale (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Tous les programmes analysés utilisent une approche cognitive-comportementale (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). La restructuration cognitive et des techniques de modification du comportement étaient utilisées pour remplacer les cognitions, les attitudes et les conduites inappropriées par des pensées, des attitudes et des comportements prosociaux (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Les racines des programmes recensés se réfèrent à deux programmes (Griffiths *et al.*, 1989; Haaven *et al.*, 1990) utilisant la théorie de la psychologie positive. Sur ces bases, Ward et Stewart (2003) ont ensuite élaboré le *Good Lives Model* (GLM) misant sur le développement d'une identité prosociale en augmentant les capacités de la personne et en développant leur vision d'une vie future sans acte d'agression (Hollomotz et Greenhalgh, 2018).

Parmi les programmes analysés par Hollomotz et Greenhalgh (2018), six offraient un traitement en format de groupe et certains ajoutaient également une composante individuelle. Les participants à l'étude avaient un quotient intellectuel entre 60 et 80 et présentaient un niveau de risque moyen à élevé en lien avec le modèle du risque, des besoins et de la réceptivité (RBR)

(Andrews *et al.*, 1990). Les programmes incluaient l'éducation sexuelle, la reconnaissance des faits en lien avec les condamnations, l'empathie pour la victime et le développement des capacités d'autorégulation et de gestion des émotions (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). La prise en compte de la qualité de vie de la personne était un aspect central dans les programmes récents (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Les concepteurs de programmes s'entendent pour dire que la centration sur la qualité de vie va de pair avec le travail sur la gestion des risques (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Pour ce qui est de l'efficacité des programmes, les résultats sont positifs concernant l'amélioration des cognitions et des attitudes ainsi que l'augmentation de l'empathie pour la victime (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Toutefois, comme le rapportent également Jones et Chaplin (2020) et Marotta (2017), les résultats concernant la récidive à long terme sont mitigés, puisqu'ils divergent selon les études et qu'aucune étude recensée n'a utilisé un devis avec groupe contrôle randomisé (Hollomotz et Greenhalgh, 2018).

Parmi les autres types d'intervention, les traitements pharmacologiques permettent une diminution des comportements inappropriés dans la moitié des cas (Lindsay *et al.*, 2002). Reyes *et al.* (2011) ont évalué, quant à eux, les stratégies d'autorégulation dans le but de supprimer l'excitation sexuelle reliée à des stimuli inadéquats chez deux auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI et ce fut une réussite. Walker *et al.* (2014) ont reproduit cette étude et celle-ci est décrite dans les études évaluatives présentées précédemment. Singh *et al.* (2011) ont utilisé une intervention de pleine conscience et les participants ont rapporté une diminution de leur désir sexuel envers des stimuli inappropriés (Marotta, 2017).

Concernant les interventions auprès des enfants, des adolescents ou des adultes présentant une DI plus sévère, quelques études (Dufresne *et al.*, 2005; Leblanc *et al.*, 2000) ont rapporté des résultats soutenant que les interventions comportementales, telles que le renforcement différentiel des comportements alternatifs combiné à la punition, permettraient de diminuer les CSI (Falligant et Fence, 2020). Une autre étude (Fyffe *et al.*, 2004) a utilisé le développement des habiletés de communication fonctionnelle combiné à une procédure d'extinction pour diminuer les CSI, et les résultats sont prometteurs.

Un autre aspect mis en évidence dans les résultats est que les traitements de plus d'un an et les traitements en groupe ont été des facteurs clés pour réduire la récidive (Barron *et al.*, 2002). Lindsay *et al.* (2002) précisent que les traitements d'au moins 2 ans ont démontré de meilleurs résultats.

Plusieurs recommandations ressortent des revues de littérature. Premièrement, malgré une démonstration limitée de leur efficacité, il est suggéré d'utiliser les groupes de traitement cognitifs-comportementaux incluant le développement des habiletés sociales pour les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI légère et un faible risque de récidive (Barron *et al.*, 2002; Wilcox, 2004; Wormald et Melia, 2021). Toutefois, l'approche doit être adaptée pour considérer la faible capacité d'introspection et de raisonnement abstrait des personnes présentant une DI (Wilcox, 2004). Deuxièmement, ces programmes devraient inclure le développement des habiletés sociales, le développement des connaissances reliées à la sexualité, le cycle des agressions, les distorsions cognitives et la prévention du risque de récidive (Wilcox, 2004). Troisièmement, la durée du traitement devrait être de 12 mois ou plus (Lindsay, 2009; Wormald et Melia, 2021). Quatrièmement, il est suggéré d'évaluer les possibilités d'offrir un suivi individuel en parallèle au groupe de traitement afin de consolider les apprentissages faits en groupe et personnaliser certains aspects (Wormald et Melia, 2021). Cinquièmement, les services offerts dans les milieux sécuritaires devraient être réservés à ceux ayant des comportements plus graves (Barron *et al.*, 2002). Sixièmement, une meilleure collaboration entre les services de santé mentale et les professionnels œuvrant auprès des personnes présentant une DI est recommandée (Barron *et al.*, 2002). Une approche multidisciplinaire est nécessaire (Wilcox, 2004). Septièmement, les intervenants devraient recevoir de la formation spécialisée pour intervenir auprès des auteurs d'agression sexuelle présentant une DI (Wormald et Melia, 2021). Huitièmement, une coanimation mixte (homme-femme) serait à privilégier pour les groupes de traitement ciblant ces personnes (Wormald et Melia, 2021).

Cadre théorique

Le projet de recherche présenté s'inscrit dans la poursuite du développement des connaissances quant aux interventions pour les personnes présentant une DI et des CSI. La recension des écrits a permis de recenser les modèles d'intervention et quelques programmes d'intervention existants pour soutenir les professionnels dans leurs interventions auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Cette section présente d'abord les différents modèles d'intervention servant de base pour le développement des interventions ainsi que les programmes recensés dans la littérature. Puis, les recommandations concrètes pour l'intervention sont présentées ainsi que le modèle ciblé pour la présente étude.

Les modèles d'intervention recensés dans la littérature

Trois différents modèles ont été recensés dans la présente recension des écrits. Le premier modèle présenté correspond à un cadre théorique pour l'intervention auprès des personnes judiciarises, alors que les deux derniers sont plus spécifiques pour les personnes présentant une DI.

Le modèle du risque, des besoins et de la réceptivité

Le modèle du risque, des besoins et de la réceptivité (RBR) (Andrews et Bonta, 2003) constitue le cadre théorique le plus probant en matière de prévention de la récidive pour une clientèle judiciarisee (Benbouriche *et al.*, 2015). Il est destiné à guider l'intervention correctionnelle auprès de différentes clientèles judiciarises. Ce cadre théorique est démontré efficace pour prévenir les récidives générales, violentes et sexuelles (Benbouriche *et al.*, 2015). Il tend également à s'avérer efficace pour la population présentant des troubles de santé mentale (Benbouriche *et al.*, 2015). Il a été élaboré sur la base de la théorie de la personnalité et des processus cognitifs de l'apprentissage social du comportement criminel (Bonta et Andrews, 2007). Le modèle RBR préconise une évaluation adéquate du risque et des interventions centrées sur les facteurs empiriquement associés à la récidive (Benbouriche *et al.*, 2015). Il est basé sur 15 à 18 principes (selon les versions) concernant la prise en charge, l'évaluation structurée, les compétences des professionnels, le soutien organisationnel et la coordination des services

(Benbouriche *et al.*, 2015). Les trois premiers principes cliniques sont les principes du risque, des besoins et de la réceptivité, d'où l'appellation du modèle.

Le principe du risque inclut le fait d'avoir une évaluation fidèle et valide du risque réel de récidive pour adapter l'intensité de la prise en charge (nombre d'heures, fréquence des rencontres, modalités individuelles ou de groupe, etc.) en fonction du niveau de risque (Bonta et Andrews, 2007). En DI, un outil d'évaluation du risque reconnu est le *Risk Assessment Protocol for Intellectual Disabilities* (Fitzgerald, 2012). Toutefois, il est à noter qu'il n'est pas spécifique pour l'estimation du risque de récidive sexuelle, mais plutôt pour les agressions en général (Fitzgerald, 2012).

Concernant le principe des besoins, les interventions doivent principalement porter sur les besoins criminogènes faisant référence aux facteurs dynamiques systématiquement associés au risque de récidive (Benbouriche *et al.*, 2015). Les facteurs de risque dynamiques sont ceux pouvant être modifiés par une intervention, comparativement aux facteurs de risque statiques qui ne peuvent être modifiés, comme l'âge de la personne. En matière de prévention de la récidive sexuelle, les facteurs de risque dynamiques incluent un intérêt sexuel déviant, des préoccupations sexuelles envahissantes ou des difficultés dans la gestion des conflits. Il importe de considérer les besoins de façon individualisée afin de bien accompagner la personne (Benbouriche *et al.*, 2015).

Le principe de la réceptivité vient baliser les modalités et les stratégies d'intervention à utiliser afin d'optimiser la capacité de la personne à tirer profit des interventions (Bonta et Andrews, 2007). L'objectif est de proposer une thérapie cognitive-comportementale en adaptant l'intervention aux styles d'apprentissage de la personne, à sa motivation et à ses aptitudes (Bonta et Andrews, 2007). L'objectif général des approches cognitives-comportementales est de modifier la réponse comportementale inadaptée de la personne. Différentes stratégies d'intervention peuvent être utilisées telles que l'analyse fonctionnelle, la restructuration cognitive, les jeux de rôle, l'analyse des coûts et bénéfices, l'auto-observation et l'entretien motivationnel (Benbouriche *et al.*, 2015). Il faut donc trouver l'équilibre entre la réponse aux

besoins non criminogènes et l'accent sur les besoins criminogènes pour maintenir la motivation de la personne (Benbouriche *et al.*, 2015).

Le respect des principes cliniques du RBR permet une efficacité cumulative : le respect d'un seul principe ne permet qu'une réduction moyenne de la récidive de 2 %; le respect de deux principes conduit à une réduction moyenne de 18 % de la récidive; le respect des trois principes du RBR permet d'obtenir une réduction moyenne de la récidive de 26 % (Benbouriche *et al.*, 2015). De plus, les interventions en milieu ouvert tendent à faire diminuer davantage la récidive que les interventions en milieu fermé (Benbouriche *et al.*, 2015; Bonta et Andrews, 2007).

Le Good Lives Model

Sur la base des programmes de Griffiths *et al.* (1989) et de Haaven *et al.* (1990), Ward et Stewart (2003) ont élaboré le *Good Lives Model* (GLM). Le GLM présente une vision holistique des différents aspects positifs de la vie de la personne (Heffernan et Ward, 2019; Willis *et al.* 2014). Il mise sur le développement d'une identité prosociale en augmentant les capacités de la personne (Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Lindsay, 2009). Ce modèle fait également la promotion du soutien externe nécessaire (Hollomotz et Greenhalgh, 2018). Il s'agit d'un modèle basé sur les théories de la réadaptation par les forces de l'individu, venant bonifier les principes du modèle RBR (Andrews et Bonta, 2003) ou toute autre approche de gestion du risque de récidive, en accompagnant les personnes pour qu'elles développent un plan de vie positif incompatible avec des agressions futures (Heffernan et Ward, 2019; Willis *et al.*, 2013). Ce modèle amène la personne à identifier sa vision d'une bonne vie (*Good Live*), ce qui amène par la suite un processus de réadaptation ciblant des objectifs à travailler pour l'atteindre (Lindsay, 2011). Ce modèle aborde les buts personnels reliés aux besoins primaires concernant divers aspects tels que le travail, les activités, les connaissances, les relations, le plaisir, la paix, la spiritualité. (Lindsay, 2011). La personne est accompagnée pour développer des ressources internes et externes afin de soutenir son projet de vie (Heffernan et Ward, 2019). L'objectif est d'intégrer les principes du GLM dès le début du traitement pour permettre l'engagement de la personne (Willis *et al.*, 2013). Cela permet également d'intégrer ces principes dans l'analyse des

facteurs de risque (Willis *et al.*, 2013). Le double but du traitement est d'accompagner la personne à atteindre ses objectifs de vie de façon prosociale tout en visant simultanément la réduction du risque de récidive (Willis *et al.*, 2013).

Le modèle postule que la violence est un moyen inapproprié pour répondre à des besoins primaires (Lindsay, 2011; Sabourin, 2020). Les besoins criminogènes et les facteurs de risque individuels et environnementaux, dont le manque d'habiletés et de capacités adaptatives, mènent aux comportements inappropriés (Lindsay, 2009). Le développement de nouvelles habiletés adaptatives devrait permettre de répondre adéquatement à ces besoins (Lindsay, 2011). Ainsi, le modèle propose le développement de conditions internes et externes pour permettre aux personnes de répondre à leurs besoins de façon prosociale (Lindsay, 2009). En utilisant le GLM, chaque plan d'intervention ou de traitement est centré sur ces besoins primaires qui sont la base du plan de vie positif (Willis *et al.*, 2013). L'élaboration d'un plan de vie positif remplace les plans de prévention habituellement utilisés lors du traitement (Willis *et al.*, 2013). Le plan doit ainsi inclure l'autorégulation et la réduction des risques de récidive (Willis *et al.*, 2013). Les facteurs de risque sont adressés comme des obstacles ou des barrières pour atteindre un plan de vie positif (Lindsay, 2011; Willis *et al.*, 2013).

À ce jour, ce modèle est principalement utilisé pour bonifier l'approche thérapeutique dans l'application d'un programme de traitement (Heffernan et Ward, 2019). Quelques études viennent appuyer l'efficacité de l'utilisation du GLM pour les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI (Ayland et West, 2006; Boucher, 2014). Les recherches préliminaires suggèrent que le modèle peut améliorer l'engagement des clients dans leur traitement et ainsi diminuer les abandons (Willis *et al.*, 2013). Cet aspect est intéressant à considérer, puisqu'il est reconnu qu'abandonner un programme de réadaptation est un facteur de risque important pour le risque de récidive (Willis *et al.*, 2013). Un protocole d'évaluation (Yates *et al.*, 2009), un guide d'utilisation (Yates *et al.*, 2010) et un cahier d'exercices pour le client (Yates et Prescott, 2011) sont maintenant disponibles pour soutenir les cliniciens dans l'intégration de ce modèle dans leur pratique (Willis *et al.*, 2013).

Le Good Way Model. Le *Good Way Model* (Ayland et West, 2006) est une adaptation du GLM (Ward et Stewart, 2003) pour les adolescents et jeunes adultes présentant une DI et ayant commis des agressions sexuelles. Les principales difficultés rencontrées avec l'utilisation du GLM étaient reliées aux difficultés des plus jeunes à concevoir leurs comportements passés (*Old Me*) versus leurs comportements futurs (*New Me*), ainsi qu'à la référence aux modifications du soi (Ayland et West, 2006). De plus, la référence négative envers le *Old Me* risquait d'être mal comprise par certaines cultures favorisant les ancêtres comme modèle de référence (Ayland et West, 2006). Les principales modifications concernent alors le langage utilisé. Les jeunes font davantage référence à leur *Bad Side / Good Side* qui les amène vers le bon chemin ou le mauvais chemin (*Good Way / Bad Way*).

Le programme se base sur les forces de la personne et utilise l'approche narrative tout en intégrant la prévention de la récidive, les principes du modèle RBR et le traitement des traumatismes vécus (Ayland et West, 2006). La métaphore des feux de circulation est utilisée pour illustrer les bons comportements en vert et les comportements inappropriés en rouge. Le modèle demande à la personne d'identifier les composantes d'une vie future positive et sans agressions sexuelles, en développant également leur compréhension des conséquences de leurs actions, dont leurs infractions (Ayland et West, 2006). L'objectif est de développer leurs habiletés pour choisir le bon chemin. Les traumatismes vécus et les impacts de leurs infractions sur autrui sont également abordés en référence aux *Bad House / Good House* (Ayland et West, 2006). Les jeunes doivent développer leurs habiletés interpersonnelles pour bâtir leur *Good House*. Un groupe d'éducation avec les jeunes, les parents et les intervenants permet d'établir la base pour soutenir les jeunes dans leur démarche et leur gestion de risque (Ayland et West, 2006).

Ayland et West (2006) ne rapportent aucune récidive pour les jeunes ayant participé au programme dans les quatre dernières années. Une évaluation rigoureuse et indépendante du programme auprès de différents échantillons serait toutefois nécessaire pour en mesurer les effets.

Le modèle comportemental de gestion du risque

Le modèle comportemental de gestion des risques (Ward et Bosek, 2002) est un modèle holistique intégrant à la fois des stratégies de gestion internes et externes pour répondre aux besoins des adolescents et des adultes présentant une DI et des CSI. Le modèle utilise un cadre écologique et des stratégies d'intervention cognitives-comportementales (Ward et Bosek, 2002). La prévention de la récidive est un concept central. Le processus de prévention de la récidive réfère à l'identification des causes et des précurseurs des comportements problématiques pour établir les éléments sur lesquels baser les interventions (Ward et Bosek, 2002). Les concepts clés du modèle sont l'évaluation des risques et le plan de soutien pour la gestion du risque, le développement de nouvelles habiletés et de comportements alternatifs, les aménagements de l'environnement et la supervision, ainsi qu'un système de suivi (Ward et Bosek, 2002). Les principaux objectifs sont d'assurer la sécurité de la population, d'améliorer les habiletés de la personne pour vivre avec succès dans la communauté et de réduire le soutien externe nécessaire (Ward et Bosek, 2002). Les services doivent être individualisés.

Concernant l'évaluation des risques, l'analyse doit permettre de comprendre la relation entre les CSI et les divers facteurs historiques, psychosociaux et environnementaux (Ward et Bosek, 2002). Pour ce faire, diverses évaluations sont nécessaires telles qu'une analyse fonctionnelle des comportements, une évaluation du fonctionnement adaptatif et émotionnel, une évaluation des connaissances et des attitudes reliées à la sexualité, une évaluation des intérêts sexuels, etc. Cette analyse multifactorielle permet d'organiser le soutien et la supervision en fonction des facteurs de risque élevés (contribuant à l'apparition ou au maintien du comportement) afin de réduire la probabilité d'une récidive (Ward et Bosek, 2002). L'analyse permet également de cibler les habiletés déficitaires nécessitant une amélioration.

Ainsi, l'élaboration du plan de soutien pour la gestion des risques permet de déterminer les moyens à mettre en place pour éviter la présence de facteurs de risque importants ou pour mettre en place des interventions dans les situations où le risque est présent et ne peut être évité

(Ward et Bosek, 2002). Le plan doit inclure à la fois un contrôle externe et le développement d'un contrôle interne (Ward et Bosek, 2002). D'un autre côté, le modèle prévoit l'apprentissage de nouvelles habiletés et de comportements alternatifs (Ward et Bosek, 2002). Divers aspects peuvent s'y retrouver tels que le développement d'habiletés prosociales, le développement d'habiletés sociosexuelles plus précisément, la modification des distorsions cognitives, le développement de stratégies adaptatives, l'apprentissage des conséquences légales et sociales des CSI. (Ward et Bosek, 2002). En parallèle à ce processus, un suivi de l'évolution de la situation doit être fait en continu afin d'ajuster le plan (Ward et Bosek, 2002). Par exemple, les éléments de contrôle externe pourront être retirés graduellement en fonction des apprentissages faits par la personne et de ses nouvelles habiletés et capacités.

Les programmes d'intervention recensés dans la littérature

La recension des écrits a permis d'identifier 10 programmes. Les deux premiers programmes (Griffiths *et al.*, 1989; Haaven *et al.*, 1990) représentent la base du développement des programmes d'intervention actuels. Le programme de Haaven *et al.* (1990) a été adapté pour devenir le programme *Becoming New Me* (Williams et Mann, 2010) et une version francophone intitulée Ancien moi, nouveau moi (Claveau, 2012) a été élaborée. Puis, un programme a été élaboré par le SOTSEC-ID (2010) et a mené au développement d'un autre programme recensé, soit le SAFE-ID (Sakdalan et Collier, 2012). Les autres principaux programmes recensés sont le projet STOP (Nezu *et al.*, 2005), le programme de Lindsay (2009), le *Community Sex Offender Group Programme* (Lindsay *et al.*, 2010) et le programme FORIO (Hollomotz et Schmitz, 2018).

Le programme comportemental et d'éducation relié aux compétences sociales et sociosexuelles

En lien avec l'hypothèse de la déviance contrefaite, Griffiths *et al.* (1989) ont développé un programme comportemental et d'éducation relié aux compétences sociales et sociosexuelles (Craig *et al.*, 2010). Le programme se base sur la thérapie cognitive-comportementale, l'approche comportementale ainsi que sur la psychologie positive (Hollomotz et Greenhalgh, 2018; Lindsay, 2002). En plus d'une éducation sexuelle adaptée, il aborde les comportements sexuels déviants, le développement des habiletés sociales, la prévention de la récidive, le soutien de l'entourage et la

responsabilisation de la personne (Lindsay, 2002; Wilcox, 2004). Au besoin, des interventions sont ajoutées concernant les préférences sexuelles inappropriées (Lindsay, 2009). L'accent est mis sur le développement des habiletés sociales par des jeux de rôle, de l'éducation et la résolution de problème dans les relations (Lindsay *et al.*, 2010). L'objectif est d'améliorer le fonctionnement social de la personne en améliorant ses habiletés adaptatives et en diminuant les CSI (Lindsay, 2009). Les auteurs ont développé un plan multifactoriel pour analyser les risques individuels et environnementaux (Lindsay, 2009). Les 30 personnes ayant suivi ce programme n'ont pas eu de récidive sexuelle dans les 12 mois suivant la fin du programme (Lindsay, 2009).

Le programme Old Me / New Me

Haaven *et al.* (1990) ont également élaboré un programme comportemental et d'éducation sexuelle : le programme *Old Me / New Me*. Leur programme était offert dans un milieu résidentiel sécuritaire (Lindsay, 2002; Lindsay *et al.*, 2010). Il inclut l'éducation sexuelle, le développement des habiletés sociales et des stratégies d'autocontrôle des comportements (Lindsay, 2002; Lindsay, 2009; Lindsay *et al.*, 2010). Le programme prévoit l'élaboration d'un plan de traitement individuel en misant sur le style de vie général de la personne tout en incluant un suivi individuel, un groupe de traitement et un suivi dans la communauté par la suite (Lindsay, 2009). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Becoming New Me. Le programme *Becoming New Me* (Williams et Mann, 2010) est un programme adapté pour les personnes ayant un QI entre 60 et 80 et ne pouvant bénéficier d'un programme régulier de traitement pour les auteurs d'agressions sexuelles (Williams et Manns, 2010). Ce programme a été créé avec l'objectif de répondre adéquatement aux trois principes essentiels de la réadaptation des délinquants selon Bonta et Andrews (2003), soit le risque, les besoins et la réceptivité (Williams et Manns, 2010). Les interventions ciblent les facteurs de risque et les besoins criminogènes reconnus pour les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI tout en s'assurant que le contenu et les stratégies utilisées correspondent aux capacités et aux styles d'apprentissage des personnes présentant une DI (Williams et Manns, 2010). La base du programme provient du programme *Old Me / New Me* de Haaven *et al.* (1990). Dans ce cadre

conceptuel, le *Old Me* (ancien moi) représente les pensées, les émotions et les comportements associés aux infractions ou aux comportements inappropriés. À l'opposé, le *New Me* (nouveau moi) représente la vision du soi sans comportements inappropriés ou infractions (Williams et Manns, 2010). La personne est amenée à décrire la personne qu'elle souhaite devenir et la vie qu'elle souhaite mener. Cela permet de cibler les objectifs pour atteindre son *New Me* (Williams et Manns, 2010). Le programme *Becoming New Me* met l'accent sur la coexistence du *Old Me* et du *New Me* qui mène à des pensées et des comportements différents dans la même situation (Williams et Manns, 2010). Le programme contient 89 rencontres divisées en 12 blocs d'intervention. Les rencontres sont bihebdomadaires et durent entre 2 et 2,5 heures (Williams et Manns, 2010). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Ancien moi, nouveau moi. Une version francophone Ancien moi / Nouveau moi (Claveau, 2012) du programme Old Me / New Me (Haaven *et al.*, 1990) est disponible au Québec pour les adultes présentant une DI. Le programme travaille sur l'image de soi et de la dimension identitaire, des croyances et des pensées, des émotions et des stratégies adaptatives, des facteurs de risque et de protection, des paroles, attitudes et comportements, et des enjeux (Claveau, 2012). Le programme doit être appliqué par un sexologue clinicien ou un psychologue ayant une formation et de l'expérience dans le domaine des paraphilies, des déviances sexuelles et de la délinquance sexuelle, ainsi que de l'expérience auprès de la clientèle (Claveau, 2012). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Le programme Sex Offender Treatment Services Collaborative - Intellectual Disabilities Group

Le programme a été élaboré par le groupe *Sex Offender Treatment Services Collaborative - Intellectual Disabilities* (SOTSEC-ID). Le but du programme est de diminuer les CSI (SOTSEC-ID, 2010). Les participants visés sont des hommes issus de la communauté ou vivant dans des milieux sécuritaires, présentant une DI et des CSI (SOTSEC-ID, 2010). Il s'agit d'un programme utilisant une approche cognitive-comportementale visant le développement

d'habiletés d'adaptation et de stratégies de gestion des émotions, incluant une éducation sexuelle, l'empathie pour la victime et la prévention de la récidive (Sakdalan et Collier, 2012).

Le programme est offert en groupe et les rencontres de deux heures ont lieu une fois par semaine pendant un an (SOTSEC-ID, 2010). Le contenu du programme inclut l'éducation sexuelle, les relations humaines, un modèle cognitif en lien avec les distorsions cognitives, l'empathie pour la victime et les comportements prosociaux, un modèle expliquant le processus des agressions sexuelles et la prévention de la récidive (SOTSEC-ID, 2010). Les études recensées utilisant ce programme ont démontré à la fois une augmentation des connaissances reliées à la sexualité, une augmentation de l'empathie pour la victime et une diminution des distorsions cognitives (Heaton et Murphy, 2013; SOTSEC-ID, 2010). L'étude d'Heaton et Murphy (2013) présente un taux de récidive sexuelle de 32 % sur une période de 15 à 106 mois et l'étude du SOTSEC-ID (2010) présente un taux de récidive de 10,87 % après un an.

Le programme SAFE-ID

Le programme SAFE-ID (Sakdalan et Collier, 2012) se déroule sur 7 mois et présente des modalités individuelles et de groupe. Il est basé sur le manuel du SOTSEC-ID (SOTSEC-ID, 2010). Il s'agit d'un traitement comportemental pour le développement d'habiletés d'adaptation et de stratégies de gestion des émotions. Le programme inclut l'éducation sexuelle et aborde les relations humaines, l'empathie pour la victime et la prévention de la récidive (Sakdalan et Collier, 2012). Les résultats d'une évaluation de programme démontrent que le programme SAFE-ID est un traitement potentiellement efficace pour la clientèle en milieu sécurisé présentant un haut risque de violence sexuelle. Les résultats de l'étude de Sakdalan et Collier (2012) indiquent également une diminution du risque de récidive.

Le Projet STOP

Le Projet STOP (Nezu *et al.*, 2005) est un programme visant les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI et vivant dans la communauté. Il s'agit d'un programme cognitif-comportemental multicomposantes (Nezu *et al.*, 2005). Le programme utilise plusieurs stratégies

et techniques cognitives-comportementales dont la résolution de problème, la gestion de la colère, la gestion du stress, la restructuration cognitive et le développement des habiletés interpersonnelles, en plus d'intégrer également l'éducation sexuelle et la relaxation (Nezu *et al.*, 2005). Il intègre différentes modalités individuelles, de groupe et familiales (Nezu *et al.*, 2005). Il s'opérationnalise par un plan de traitement individualisé comportant de multiples composantes (Nezu *et al.*, 2005). Les résultats présentent une amélioration significative des sujets traités, une augmentation des comportements adaptatifs et un taux de récidive sexuelle de 4 % après une période d'observation allant d'un à trois ans (Nezu *et al.*, 2005). Cette approche apparaît efficace pour les personnes vivant dans la communauté (Nezu *et al.*, 2005).

Le programme de Lindsay

Lindsay (2009) propose un programme détaillé pour les auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI et vivant dans la communauté. Toutefois, le programme est suffisamment flexible pour être utilisé dans un milieu sécuritaire ou dans divers milieux (Lindsay, 2009). Différentes stratégies sont proposées pour soutenir l'apprentissage, dont les jeux de rôle, les méthodes socratiques, les métaphores, les exemples spécifiques aux infractions des participants, les résumés ou illustrations produits par le groupe pour se remémorer le contenu des rencontres, etc. (Lindsay, 2009). De plus, le programme prévoit d'encourager la motivation des participants de différentes façons, allant de la révision des conséquences négatives à la mise en lumière des progrès effectués (Lindsay, 2009). Un groupe de traitement ouvert a été mis en place par Lindsay (2009) afin d'offrir une durée de traitement variable selon les besoins de la personne. Plusieurs avantages sont ressortis de ce groupe ouvert : les participants peuvent se joindre au groupe sans attendre le début du prochain groupe, les participants plus expérimentés soutiennent les nouveaux et les encouragent, les problèmes rencontrés au quotidien peuvent être formulés pendant les rencontres (Lindsay, 2009).

Le programme inclut les modules suivants : une introduction au fonctionnement du groupe, la divulgation des faits et les récits personnels d'infractions, l'identification des types de cheminement vers les agressions, les distorsions cognitives et les attitudes inadaptées envers les

victimes, la résolution de problème et les exercices pour défier les distorsions cognitives, les abus physiques et sexuels vécus, le cycle de la délinquance, la promotion de la sensibilisation et de l'empathie pour la victime, le rôle de la pornographie et des fantasmes sexuels dans les infractions sexuelles, la promotion du développement de saines relations futures, le développement d'un nouveau style de vie et le plan de prévention de la récidive (Lindsay, 2009; Lindsay *et al.*, 2010). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Le Community Sex Offender Group Program

Le *Community Sex Offender Group Program* (CSOGP) (Lindsay *et al.*, 2010) est un programme largement utilisé dans les services de probation en Angleterre (Lindsay *et al.*, 2010). Il s'agit d'un programme de prévention de la récidive basé sur les méthodes cognitives-comportementales (Lindsay *et al.*, 2010). Le programme est proposé pour des groupes de huit à dix hommes. Il aborde le cycle de la délinquance, les distorsions cognitives, l'attachement, le développement des relations, l'autogestion, les habiletés interpersonnelles, le rôle des fantaisies dans les agressions, l'empathie pour la victime, le développement d'un style de vie prosocial et la prévention de la récidive (Lindsay *et al.*, 2010). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Le programme Forio

Forio (Hollomotz et Schmitz, 2018) est un programme de traitement suisse pour les jeunes auteurs d'agressions sexuelles présentant une DI. Il s'agit d'un groupe de thérapie pour les adolescents et les jeunes adultes de 14 à 34 ans vivant dans la communauté et ayant un quotient intellectuel entre 60 et 80 (Hollomotz et Schmitz, 2018). Le programme réfère à la psychologie positive en encourageant les participants à développer leur personnalité dans le but de vivre une vie meilleure, sans infractions (Hollomotz et Schmitz, 2018). Il est basé sur le modèle *Old Me / New Me* (Haaven *et al.*, 1990) ainsi que sur le modèle RBR (Bonta et Andrews, 2007), en incluant les principes de base de ces deux modèles (Hollomotz et Schmitz, 2018). Une approche cognitive-comportementale est utilisée, entre autres, pour définir des objectifs de réadaptation

tangibles (Hollomotz et Schmitz, 2018). Aucune étude d'efficacité n'a été recensée concernant spécifiquement ce programme.

Le programme vise l'amélioration des capacités des participants concernant leur gestion des risques et le développement de comportements prosociaux (Hollomotz et Schmitz, 2018). Il repose sur la généralisation des comportements prosociaux dans leur vie quotidienne. Une des stratégies centrales du programme est l'utilisation des feux de circulation comme référence pour illustrer les bons comportements, les comportements limites et les comportements inappropriés (Hollomotz et Schmitz, 2018).

Les recommandations concrètes pour l'intervention

Afin d'explorer davantage les connaissances actuelles concernant les recommandations pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI, la recension des écrits a été étendue à la littérature grise et aux guides d'interventions cliniques disponibles au Québec. Cette section présente ainsi un résumé des recommandations provenant de la recension des écrits scientifiques et cliniques.

Les recommandations générales

Les connaissances actuelles concernant les interventions recommandées pour les personnes présentant une DI et des CSI, ou tout autre problème de comportement de nature sexuelle, mettent d'abord l'accent sur l'aspect multidimensionnel de l'intervention afin de travailler sur divers aspects (Lindsay, 2009a; Nezu *et al.*, 2005; Sakdalan et Collier, 2012). Dans le même ordre d'idées, différents professionnels devraient être impliqués dans un travail interdisciplinaire pour travailler avec cette clientèle présentant des difficultés comportementales complexes (Boucher et Claveau, 2012; Wilcox, 2004). L'OMS propose également une approche holistique, multisectorielle et interdisciplinaire pour les services en santé sexuelle (Dionne et Dupras, 2014). Dionne et Dupras (2014) mentionnent, quant à eux, qu'il serait pertinent d'utiliser l'approche écosystémique (Bronfenbrenner, 1979) pour identifier les facteurs facilitant ou obstruant la santé sexuelle. Les interventions cognitives comportementales sont les plus

recommandées à ce jour (Barron *et al.*, 2002; Heppell *et al.*, 2020; Jones et Chaplin, 2020; Marotta, 2017; Nezu *et al.*, 2005; SOTSEC-ID; Wilcox, 2004; Wormald et Melia, 2021). Les traitements comportementaux seraient plus efficaces s'ils prennent en considération la fonction du comportement (Fyffe *et al.*, 2004). Il importe de comprendre la fonction du comportement avant de planifier des interventions comportementales (Fyffe *et al.*, 2004). Afin de comprendre la fonction des comportements, une analyse fonctionnelle doit être effectuée (Falligant et Pence, 2020). L'analyse fonctionnelle permet d'identifier les facteurs contextuels amenant la personne à émettre le comportement et les facteurs de renforcement qui amènent la personne à reproduire son comportement (Falligant et Pence, 2020). Les interventions doivent être basées sur la réadaptation et non sur la restriction (Boucher, 2014; Hollomotz, 2021; Ward et Bosek, 2002). Bien comprendre la fonction des comportements peut aider à cibler des interventions moins restrictives (Fyffe *et al.*, 2004). Les interventions doivent mettre l'accent sur le développement de nouvelles habiletés et la création d'un soutien protégeant à la fois la personne et la communauté (Ward et Bosek, 2002).

Il est important d'accorder de l'attention positive à la personne et éviter de se centrer seulement sur la problématique (Boucher, 2014; Roy, 2013). Cela dit, il faut tout de même considérer les facteurs de risque individuels et environnementaux en se basant sur les facteurs criminogènes (Ward et Bosek, 2002). Le plan d'intervention doit être centré sur la personne et ses besoins (Hollomotz, 2021; Nezu *et al.*, 2005). Puis, la collaboration de l'entourage permet de soutenir la personne dans sa gestion de risque (Boucher, 2014; Ward et Bosek, 2002). De façon générale, les interventions doivent être planifiées en fonction du niveau de fonctionnement de la personne, du niveau de risque et de la gravité des comportements (Boucher *et al.*, 2007). Dans certains cas, des mesures de contrôle ou un hébergement spécialisé doivent être envisagés. Cependant, procéder au traitement dans la communauté comporte plusieurs avantages et offre plus d'opportunités qu'un programme de traitement dans un milieu de vie sécuritaire (Lindsay *et al.*, 2010). En addition à ces aspects, il est recommandé que les interventions durent plus d'un an, voire deux ans, avec une fréquence d'une à deux fois par semaine (Barron *et al.*, 2002; Lindsay, 2002; Lindsay, 2009; Murphy *et al.*, 2007).

La recension scientifique et clinique a également permis de dégager des recommandations pour baliser les interventions de façon plus concrète. Par exemple, il est important de se rappeler que les stratégies et les méthodes d'intervention doivent être simples, concrètes, pratiques et orientées vers l'action (Roy, 2013). La faible capacité d'introspection et de raisonnement abstrait des personnes présentant une DI doit être considérée dans l'élaboration ou l'adaptation des interventions (Wilcox, 2004). En ce sens, il est préférable de mettre directement des étiquettes sur les comportements abordés plutôt que de référer à des concepts abstraits (Wilcox, 2004). Il faut aussi éviter les grandes périodes d'ennui, de solitude et d'inactivité en leur offrant des activités de loisir encadrées, constructives et valorisantes (Roy, 2013). Lors des interventions, il est suggéré d'utiliser des stratégies pour maintenir l'attention, d'utiliser des modèles de personnes présentant une DI, de répéter les apprentissages, d'utiliser des exemples concrets et d'inclure le renforcement des comportements appris (Nezu *et al.*, 2006). Il est aussi recommandé de répondre aux questions de façon simple et efficace, d'utiliser du matériel éducatif concret, d'aborder la sexualité de manière positive et d'éviter la surprotection (Claveau, 2012). Finalement, une coanimation mixte homme-femme est recommandée pour les groupes de traitement (Wormald et Melia, 2021).

La prévention

La prévention représente également un volet important des interventions à effectuer auprès de la clientèle (Claveau, 2018). La prévention dans le milieu familial ou substitut peut cibler, entre autres, le respect des besoins, l'encadrement et l'assurance d'un milieu favorisant le développement des habiletés sociales et sociosexuelles (Claveau, 2018). Elle peut se faire par de la sensibilisation, de la formation ou de l'accompagnement. La sensibilisation environnementale permet de soutenir l'intervention pour diminuer les CSI (Claveau, 2012). Elle doit se faire auprès de la famille, des partenaires et des différents milieux de vie de la personne. Il semble essentiel de former les parents pour développer leurs connaissances au sujet de la sexualité de leur enfant, mais également de leur donner un lieu de parole pour présenter leurs préoccupations et leur offrir du soutien psychosocial, au besoin (Dupras et Dionne, 2013). En plus de la sensibilisation et de la

formation, les interventions recommandées auprès de l'environnement de la personne présentant des CSI incluent la mise en place d'une collaboration et d'une cohérence, des aménagements environnementaux, des mesures de prévention de la récidive et d'un code de vie (Claveau, 2018; Lindsay, 2002).

L'évaluation

D'abord, concernant le processus d'évaluation préalable à l'intervention, lorsque des CSI sont observés, il est important de faire une analyse de la situation en équipe afin d'identifier le comportement et d'en comprendre le sens (Claveau, 2018). L'évaluation doit inclure une analyse fonctionnelle, afin de déterminer les facteurs contextuels associés à l'apparition des CSI et les conséquences reliées au maintien des CSI (Falligant et Pence, 2020 ; Fyffe *et al.*, 2004). L'AIMM permet de procéder à une évaluation fonctionnelle complète (Sabourin et Lapointe, 2014). L'évaluation d'un trouble sexuel devrait se faire par un professionnel qualifié détenant à la fois une expertise en délinquance sexuelle et en DI (Boucher *et al.*, 2007). L'évaluation peut inclure l'estimation du risque de récidive. Elle devrait demander l'apport d'une équipe interdisciplinaire avec une approche écosystémique afin de procéder à d'autres types d'évaluation, au besoin (Nezu *et al.*, 2005).

Les interventions de réadaptation psychosociales

Les interventions comportementales représentent un aspect important du plan thérapeutique qui doit être mis en place comme le rehaussement des compétences et des capacités d'adaptation (Boucher et Claveau, 2012). Plusieurs interventions peuvent se faire par divers professionnels. Comme mentionné, l'éducation sexuelle adaptée devrait représenter un des premiers volets de l'intervention. Il s'agit d'un incontournable, puisqu'elle permet d'augmenter les connaissances et d'améliorer les attitudes envers la sexualité (Lindsay, 2002). L'éducation doit être structurée et adaptée (Claveau, 2018). Plusieurs programmes existent pour les adolescents et les adultes présentant une DI ainsi que pour la sensibilisation des milieux de vie (Claveau, 2018). Parmi ces programmes se retrouvent le programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une DI (PÉSSADI) (Boucher *et al.*, 2016), le programme

d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (PÉVAAS) (Desaulniers *et al.*, 2007) destiné aux adultes ayant une DI moyenne, et le programme ADOPRO (Joyal *et al.*, 2015) qui est un programme de développement des habiletés sociales destiné aux adolescents de 12 à 17 ans ayant une DI légère ou moyenne. En revanche, comme il a déjà été mentionné, ces programmes doivent parfois être adaptés aux particularités de la personne présentant un problème de comportement de nature sexuelle et doivent donc être utilisés selon les recommandations d'un sexologue, d'un psychologue habilité auprès de la clientèle ou de l'équipe multidisciplinaire, selon les cas.

En plus de l'éducation sexuelle, il est recommandé de travailler sur divers aspects selon les besoins de la personne. Un des aspects importants concerne le développement des habiletés sociales (Roy, 2013). Le développement des habiletés de résolution de problème est aussi une stratégie importante pour réduire l'impulsivité (Lindsay *et al.*, 2011; Nezu *et al.*, 2006). Il importe aussi que la personne intègre les normes sociosexuelles, comprenne les conséquences de ses actes pour elle-même et pour la victime, et développe ses habiletés de résolution de conflits interpersonnels (Boucher *et al.*, 2007). De plus, il faut structurer les loisirs pour éviter les grandes périodes d'ennui, de solitude et d'inactivité en leur offrant des activités de loisir encadrées, constructives et valorisantes (Roy, 2013). Il est recommandé que les personnes poursuivent leurs activités dans la société, que ce soit leur occupation, leurs loisirs ou leurs activités sociales (Lindsay, 2009b). Les interventions psychoéducatives et sexoéducatives peuvent inclure le développement de l'autonomie et des habiletés fonctionnelles, le développement de l'individualité et de l'estime de soi, le travail sur la reconnaissance et sur l'expression des émotions, le travail sur l'affirmation de soi, le développement d'un réseau social et amical, le développement des habiletés hétérosociales et sociosexuelles, etc. (Claveau, 2012). Le livre ou le cahier de vie est un projet psychoéducatif recommandé pour la reconnaissance et le développement de l'individualité chez les personnes présentant une DI (Claveau, 2012). Les interventions peuvent également inclure d'expliquer à la personne ce qui est inapproprié, d'orienter la personne vers un comportement adéquat, de s'assurer que la personne ait un lieu et des moments d'intimité, de clarifier les attentes, etc. (Claveau, 2018). Il peut s'avérer parfois

nécessaire de développer les aptitudes de communication pour soutenir la personne dans l'expression de ses besoins (Claveau, 2018). Si la personne fait face à une plainte, l'équipe clinique peut l'accompagner dans ce processus (Claveau, 2018).

La psychothérapie ou la sexothérapie

Le traitement devrait inclure, dans certains cas, de la psychothérapie ou de la sexothérapie par un professionnel habilité (Claveau, 2018). La thérapie peut aborder, entre autres, les préférences sexuelles et les attirances sexuelles ainsi que l'autorégulation et le contrôle de soi relativement à ces aspects (Craig *et al.*, 2010). De plus, travailler sur les distorsions cognitives donnerait de bons résultats, ainsi que sur le lien entre les pensées, les émotions et les comportements (Roy, 2013). Le développement de l'empathie pour la victime est une composante importante d'un programme de traitement pour les délinquants sexuels (Michie et Lindsay, 2012; Wormald et Melia, 2021). La thérapie permet également de développer le jugement moral de la personne (Claveau, 2012). Les interventions thérapeutiques, psychologiques ou sexologiques peuvent également inclure divers autres aspects comme la compréhension et la reconnaissance de la problématique sexuelle, la restructuration cognitive, le travail sur les résistances au changement et les mécanismes de défense, le travail sur l'excitation sexuelle appropriée et l'actualisation des besoins intimes et sexuels, la mise en place et l'encadrement de moyens alternatifs aux pratiques sexuelles inappropriées ou déviantes, la gestion du matériel pornographique s'il y a lieu, la prévention de la récidive et la gestion du risque en collaboration écosystémique, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, etc. (Claveau, 2012).

Le Tableau 3 résume des interventions recommandées auprès des personnes présentant une DI et des CSI, selon les différentes catégories présentées.

Tableau 3*Synthèse des interventions recommandées auprès des personnes présentant une DI et des CSI*

Catégorie	Recommandations
Générales	Interventions et traitements misant sur la qualité de vie Interventions multidimensionnelles Travail interdisciplinaire Attention positive accordée à la personne Mesures de contrôle ou hébergement spécialisé si requis Interventions d'une durée d'un an et plus Développement de nouvelles habiletés adaptatives Soutien de la part de l'entourage Plan d'intervention individualisé Collaboration de l'entourage
Prévention	Prévention dans le milieu de vie concernant le respect des besoins, l'encadrement et l'assurance d'un milieu favorisant le développement des habiletés sociales et sociosexuelles Prévention auprès de la famille, du milieu de vie et des partenaires : sensibilisation, formation, accompagnement <u>Formation des parents au sujet de la sexualité en DI</u>
Évaluation	Analyse fonctionnelle de la situation en équipe Évaluation du trouble sexuel ou de la problématique sexuelle Estimation du risque de récidive <u>Utilisation du modèle d'analyse multimodale</u>
Interventions de réadaptation psychosociales	Interventions comportementales telles que le rehaussement des compétences et des capacités adaptatives Éducation sexuelle adaptée Développement des habiletés sociales et des habiletés sociosexuelles Développement des habiletés de résolution de problème Structurer les loisirs et assurer des activités de jour valorisantes Développement de l'autonomie et des habiletés fonctionnelles Reconnaissance, expression et gestion des émotions Affirmation de soi et développement des aptitudes de communication Développement d'un réseau social et amical <u>Livre ou cahier de vie : individualité</u>
Psychothérapie ou sexothérapie	Autorégulation Préférences et attractions sexuelles Contrôle de soi Distorsions cognitives Empathie pour la victime Jugement moral Mécanismes de défense Besoins intimes et sexuels

L'Analyse et intervention multimodales

L'AIMM représente un modèle clinique d'identification des causes probables des TGC pour les personnes présentant une DI ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (Sabourin et Lapointe, 2014). Ce modèle est soutenu par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC), un service favorisant le partage de connaissances et l'élaboration d'outils d'évaluation et d'intervention pour la clientèle en se basant sur les travaux des chercheurs et des cliniciens experts dans le domaine (Roberge *et al.*, 2014). Il s'agit d'un cadre clinique et théorique inspiré des pratiques basées sur les données probantes afin d'expliquer les causes des TGC pour les personnes présentant une DI ou un TSA (Sabourin et Lapointe, 2014). Il intègre des méthodologies d'évaluation fonctionnelle des comportements, des méthodologies d'interventions comportementales, écosystémiques et biopsychosociales, ainsi qu'un travail transdisciplinaire (Sabourin et Lapointe, 2014). De plus, il intègre les principes de l'approche positive et de la qualité de vie (Sabourin et Lapointe, 2014). Ce modèle vise la réduction de la gravité des TGC et l'amélioration de la qualité de vie de la personne (Sabourin et Lapointe, 2014). Selon ce modèle, il faut intervenir sur la cause et non seulement sur le comportement sans le comprendre. Ainsi, il faut considérer que les TGC sont déterminés par l'interaction de plusieurs causes, et la grille d'analyse multimodale permet d'élaborer des hypothèses en ce sens en utilisant la chaîne temporelle des causes des TGC suivante : facteurs de vulnérabilité → facteurs contextuels → traitement de l'information → TGC → facteurs de renforcement. Le processus clinique associé à ce modèle comporte sept grandes étapes : 1) décrire le ou les troubles du comportement; 2) recueillir et organiser l'information pertinente sur les causes; 3) formuler des hypothèses globales et causales; 4) élaborer des interventions sur mesure; 5) organiser le suivi de ces interventions; 6) intervenir; 7) faire le suivi des interventions (Sabourin et Lapointe, 2014).

L'analyse multimodale représente l'intégration dans une grille des facteurs influençant l'apparition et le maintien du TGC. Sur l'axe horizontal de la grille se trouvent les facteurs de la chaîne temporelle (reliés à l'approche comportementale), puis, l'axe vertical se décline selon les aspects biopsychosociaux. Ces derniers sont divisés en contexte externe (environnement

physique, environnement social, habitudes et style de vie) et interne (santé physique, santé mentale, considérations psychologiques, habiletés déficitaires et caractéristiques neurologiques). Les facteurs de vulnérabilité sont les premiers facteurs de la chaîne. Ils représentent les caractéristiques liées à la personne, associées à une plus grande probabilité d'apparition du TGC, telles que des aspects de la personnalité, des déficits, certaines difficultés vécues, etc. Les facteurs contextuels représentent ensuite les stimuli qui se présentent et augmentent les risques d'apparition du TGC. Ils se divisent en contributeurs et déclencheurs. Les déclencheurs se produisent habituellement immédiatement avant le TGC. Puis, le traitement de l'information réfère au processus d'interprétation de la personne concernant la situation et justifie pour celle-ci l'adoption du comportement. Cette catégorie inclut, entre autres, les distorsions cognitives. Finalement, les facteurs de renforcement réfèrent à des événements qui surviennent après le comportement et qui rendent la réapparition du comportement plus probable dans le même contexte. Une fois les différents facteurs identifiés, l'objectif est de formuler des hypothèses globales en intégrant plusieurs facteurs de la chaîne comportementale pour expliquer le TGC (Sabourin et Lapointe, 2014).

Une fois l'analyse multimodale complétée, le modèle AIMM prévoit l'élaboration d'un plan d'action multimodal en troubles graves du comportement (PAMTGC). Ce plan d'action est basé sur les hypothèses globales identifiées dans l'analyse multimodale et comporte trois parties. La première partie détermine les aménagements préventifs à mettre en place. Un aménagement préventif réfère à un aménagement de l'environnement ayant pour but de réduire la probabilité d'apparition d'un comportement problématique (SQETGC, 2014b). Pour ce faire, cinq stratégies peuvent être appliquées, soit : 1) le retrait d'un facteur contextuel; 2) la modification d'un facteur contextuel; 3) la modification d'un facteur de renforcement; 4) l'introduction de conditions favorisant l'apparition d'un comportement adéquat incompatible avec le comportement problématique; 5) la modification du style de vie de la personne (SQETGC, 2014b). La deuxième partie du plan précise les interventions de prévention active, c'est-à-dire les interventions visant à empêcher l'escalade des comportements vers les manifestations les plus graves (SQETGC, 2014b). Plus précisément, les signes précurseurs sont identifiés et des interventions y sont

associées afin de soutenir la personne pour revenir à un état de calme ou de fonctionnement habituel. Il est également prévu d'identifier les interventions à proscrire dans cette partie du plan. La troisième partie du plan présente les interventions de traitement et de réadaptation visant à changer certains aspects ou certaines caractéristiques de la personne qui contribuent à l'adoption du comportement problématique (SQETGC, 2014b). Elles incluent, entre autres, l'apprentissage d'habiletés, le traitement de problèmes médicaux ou psychiatriques, l'apprentissage de comportements alternatifs et le développement de la communication.

L'intégration des modèles probants dans l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales

L'utilisation de l'AIMM pour les personnes présentant une DI et des CSI s'inscrit en continuité avec le processus clinique reconnu dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux concernant l'utilisation du modèle pour les personnes présentant une DI et un TC ou TGC. En considérant les CSI en tant que sous-catégorie des TC-TGC, cette orientation prend tout son sens. De plus, ce modèle est également en cohérence avec les recommandations scientifiques et les modèles probants retrouvés dans la littérature concernant l'intervention auprès des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. En effet, il est possible de faire plusieurs liens entre l'AIMM et les recommandations issues de la littérature, les modèles d'intervention reconnus et les principaux programmes recensés dans la littérature et présentés précédemment.

Tout d'abord, le modèle d'AIMM correspond à plusieurs recommandations générales concernant les interventions pour les personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. Le modèle permet d'utiliser une variété d'approches et de techniques afin de travailler sur divers aspects à la fois. Il se base sur l'approche positive. Le modèle permet également de considérer à la fois la diminution du risque de récidive et l'augmentation des habiletés de la personne. La partie du plan d'action sur les aménagements préventifs permet, entre autres, de gérer les risques de récidive, alors que la partie sur le traitement et la réadaptation permet de travailler l'augmentation des habiletés de la personne. Cette partie du plan d'action peut intégrer un travail sur la gestion des émotions, la résolution de

problème, la tolérance à la frustration, les habiletés sociales, l'autocontrôle, les distorsions cognitives, le traitement relié aux abus vécus, l'éducation sur les connaissances et les attitudes reliées à la sexualité, etc. La collaboration de l'entourage est encouragée, voire essentielle.

Un premier aspect commun entre le modèle d'AIMM, le modèle RBR, le GLM et le modèle comportemental de gestion de la récidive concerne l'importance accordée au plan de traitement individualisé comportant de multiples composantes afin de bien accompagner la personne et de répondre à ses besoins. De plus, des modalités individuelles, de groupe et familiales peuvent être intégrées au PAMTGC selon la pertinence.

En comparant l'AIMM plus spécifiquement au modèle RBR, il est possible d'intégrer le principe du risque afin d'avoir une évaluation fidèle et valide du risque réel de récidive lors de l'analyse multimodale pour adapter l'intensité de la prise en charge dans le plan d'action en fonction du niveau de risque. De cette façon, le PAMTGC devrait répondre au principe des besoins en considérant les besoins de façon individualisée et en planifiant des interventions en lien avec les facteurs dynamiques systématiquement associés au risque de récidive (p. ex., intérêt sexuel déviant, préoccupations sexuelles envahissantes ou difficultés de gestion des conflits). De plus, les besoins non criminogènes sont facilement considérés dans l'AIMM, puisqu'ils devraient être identifiés lors de l'analyse multimodale, plus particulièrement en poussant la réflexion sur les facteurs de renforcement et en faisant le lien avec les besoins de la personne. Puis, concernant le principe de réceptivité, il est tout à fait possible et souhaité de planifier les modalités et les stratégies du PAMTGC en fonction des caractéristiques de la personne. Aussi, la volonté du modèle RBR voulant assurer une prise en charge globale incluant les dimensions socioprofessionnelles, sanitaires et psychologiques correspond également à une volonté de l'AIMM.

Pour ce qui est de la comparaison plus précise avec le GLM, la nouvelle version du PAMTGC met davantage l'accent sur le projet de vie de la personne, ses forces et ses intérêts. De plus, une des bases de l'AIMM est l'approche positive. La vision du GLM est donc tout à fait en

correspondance avec les principes sous-jacents à l'AIMM concernant une vision de réadaptation globale et positive. Les deux modèles postulent que la violence (le comportement problématique) est un moyen inapproprié pour répondre à des besoins primaires (Sabourin, 2020). Les deux modèles prévoient ainsi une réponse à ces besoins.

La comparaison entre le modèle comportemental de gestion du risque de récidive (Ward et Bosek, 2002) et l'AIMM met en lumière la similitude des deux modèles. Tout d'abord, les deux modèles présentent une approche multidimensionnelle mettant de l'avant l'interaction entre la personne et son environnement. Ils ciblent à la fois le développement des habiletés de la personne et la mise en place d'aménagements environnementaux. Plus précisément, l'analyse des risques présentée dans le modèle de Ward et Bosek (2002) correspond à plusieurs éléments de l'analyse multimodale. Les deux processus souhaitent mieux comprendre le contexte dans lequel les comportements se produisent et font appel à l'interaction de plusieurs facteurs personnels et environnementaux pour y arriver. L'identification des précurseurs aux comportements problématiques correspond à l'identification des facteurs de vulnérabilité et des facteurs contextuels. L'identification des habiletés déficitaires fait partie des deux processus. Puis, les deux processus d'analyse cherchent à déterminer les facteurs de maintien des comportements. De plus, les évaluations proposées dans le modèle de Ward et Bosek (2002) peuvent très bien faire partie des évaluations complémentaires bonifiant l'analyse multimodale. Les aménagements préventifs de l'AIMM sont comparables au plan de soutien à la gestion des risques. L'objectif est le même : diminuer la probabilité que le comportement survienne. La stratégie est également comparable, soit de déterminer les moyens à mettre en place afin d'éviter ou de gérer la présence d'un facteur de risque spécifique identifié. Dans les deux cas, les moyens peuvent inclure l'aménagement de l'environnement ou la supervision. Par la suite, le plan de traitement et de réadaptation de l'AIMM correspond à l'enseignement de nouvelles habiletés et de nouveaux comportements alternatifs du modèle de Ward et Bosek (2002). Finalement, les deux modèles insistent sur l'importance du suivi continu de la situation et de l'ajustement du plan d'action ou du plan de soutien.

En lien avec les programmes reconnus, il est tout à fait possible d'intégrer dans la partie de traitement et de réadaptation plusieurs aspects des divers programmes, en totalité ou à la pièce. Tout d'abord, un premier objectif de réadaptation pourrait être en lien avec l'augmentation des connaissances reliées à la sexualité et proposer une éducation sexuelle adaptée comme moyen d'intervention comme prévu dans le programme de Griffiths *et al.* (1989), le programme *Old Me, New Me*, le programme SOTSEC-ID, le programme SAFE-ID et le projet STOP. Les objectifs de réadaptation peuvent ensuite viser le développement d'habiletés d'adaptation ou de stratégies de gestion des émotions comme prévu dans le programme SOTSEC-ID et SAFE-ID, ou inclure diverses stratégies et techniques cognitives comportementales prévues dans le projet STOP dont la résolution de problème, la gestion de la colère, la gestion du stress, la restructuration cognitive, le développement des habiletés interpersonnelles, l'éducation sexuelle et la relaxation. La partie de réadaptation et de traitement peut également intégrer le programme *Becoming New Me* (ou l'ancien moi, nouveau moi) ou le programme de Lindsay (2009) dans son intégralité ou en s'inspirant de différents thèmes qui y sont inclus tels que les distorsions cognitives et les attitudes, le cheminement vers les agressions, la résolution de problème, les abus vécus, le cycle des agressions, l'empathie pour la victime, l'utilisation de la pornographie, vivre avec des fantasies sexuelles, l'attachement et la relation, le changement de style de vie, la prévention de la récidive et la qualité de vie. Il est toutefois à noter que la prévention de la récidive et la qualité de vie s'intègrent davantage dans les aménagements préventifs.

Évaluation des effets du modèle

Concernant le modèle d'AIMM, deux études ($N=15$; $N=15$) ont porté sur les interventions en TGC au CRDITED MCQ-IU en 2013 et 2014 (Roberge *et al.*, 2014). Les interventions étaient basées sur le modèle d'AIMM. Les résultats ont montré une diminution moyenne de la fréquence des comportements problématiques de 54 % (É.T. 0,38), incluant une diminution des TGC pour 90 % des participants (Roberge *et al.*, 2014). Ces études préliminaires sont encourageantes, mais il serait nécessaire d'évaluer les effets de ce modèle pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI plus précisément. La présente étude répond à ce besoin.

L'intervention psychoéducative

Dans le cadre de cette thèse en psychoéducation, il convient de devenir l'intervention psychoéducative, puisque l'étude fera référence à ce concept. L'intervention psychoéducative est «une intervention spécialisée qui, en utilisant le milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation, accompagne et soutient ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage» (Gendreau, 2001, p.15). Il s'agit d'une conception qui voit la personne comme un être global, se développant en interaction entre ses capacités internes et les possibilités d'expérimentation que lui offre son environnement (Gendreau, 2001). L'intervention psychoéducative consiste à favoriser des interactions appropriées entre la personne et son milieu pour lui permettre de retrouver un équilibre dynamique entre ses capacités et les exigences de son environnement (Gendreau, 2001). Le psychoéducateur intervient auprès de personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation se manifestant sur le plan comportemental dans leurs différents milieux de vie. Le psychoéducateur privilégie l'action sur le terrain. Il est présent dans le quotidien des personnes qu'il accompagne. Il mise sur les forces de la personne et les ressources de son environnement (OPPQ, 2023). Dans le cadre de son travail, il évalue différentes problématiques et propose des solutions propres aux besoins de chacun à qui il vient en aide (OPPQ, 2023).

Cette définition de l'intervention psychoéducative permet de comprendre sa plus-value pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Tout d'abord, elle permet une vision globale de la personne, telle que le recommande le GLM (Ward et Stewart, 2003). Aussi, les problèmes d'adaptation au niveau comportemental représentent la cible d'intervention des psychoéducateurs, ce qui correspond à la définition des CSI. L'évaluation psychoéducative implique habituellement une analyse fonctionnelle afin de mieux comprendre la fonction des comportements, les facteurs qui augmentent la probabilité de leur apparition et les facteurs qui les maintiennent, comme prévu dans l'AIMM (Sabourin et Lapointe, 2014). Puis, ce type d'intervention encourage le travail dans les milieux de vie de la personne, en collaboration avec l'entourage, comme recommandé dans la littérature (Ward et Bosek, 2002). Le psychoéducateur prend en considération non seulement les caractéristiques de la personne, mais également celles

des milieux de vie, ce qui lui permet de mettre en place des aménagements dans le milieu, comme prévu dans les aménagements préventifs de l'AIMM (SQETGC, 2014a). De plus, la vision psychoéducative vise à diminuer l'accent mis sur les comportements inappropriés pour mettre davantage l'accent sur le développement de comportements alternatifs prosociaux.

Objectifs de recherche

L'objectif général de la thèse consiste à évaluer les effets de l'utilisation de l'AIMM pour l'intervention psychoéducative sur les CSI des personnes présentant une DI. Afin de répondre à cet objectif général, des objectifs spécifiques sont élaborés et divisés en fonction des grands volets de l'étude. Les trois grands volets concernent respectivement les études de cas, le volet quantitatif et le volet qualitatif. En premier lieu, les études de cas visent à :

- 1) Décrire l'évolution des CSI, des comportements alternatifs ainsi que des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage durant l'utilisation de l'AIMM.
- 2) Documenter le déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'AIMM auprès des participants à l'étude.

Puis, le volet quantitatif vise à :

- 3) Évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des CSI.
- 4) Évaluer les effets de l'AIMM sur l'augmentation des comportements alternatifs.
- 5) Évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage.

Ce volet de la recherche permet de vérifier les hypothèses de recherche suivantes :

- 1) l'utilisation de l'AIMM permet de diminuer les CSI; 2) l'utilisation de l'AIMM permet d'augmenter les comportements alternatifs; 3) l'utilisation de l'AIMM permet de diminuer les conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage.

Ensuite, un volet qualitatif complémentaire vise à :

- 6) Identifier les variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs, selon la perception des intervenants.
- 7) Décrire les avantages, les inconvénients et les défis concernant l'utilisation du modèle d'AIMM pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI, selon la perception des intervenants.

Méthode

Le présent chapitre expose la démarche méthodologique utilisée pour répondre aux objectifs du projet de recherche. Tout d'abord, le devis de recherche est explicité, puis la méthode d'échantillonnage et les caractéristiques des participants sont présentées. Ensuite, les variables sont définies ainsi que les techniques et les instruments de mesure utilisés, le déroulement et le plan d'analyse des données. Finalement, les stratégies pour assurer une rigueur scientifique et les considérations éthiques sont exposées.

Devis de recherche

Le projet de recherche a utilisé un devis de recherche mixte, à la fois quantitatif et qualitatif, en combinant un protocole à un cas unique et l'étude de cas. La combinaison de ces devis a entraîné la collecte de données quantitatives et qualitatives tout au long de la démarche afin de permettre une analyse globale de la situation et soutenir l'interprétation des résultats. L'étude se divise ainsi en trois grands volets en fonction des études de cas, du volet quantitatif et du volet qualitatif.

Études de cas

Le premier volet de la recherche a permis de répondre aux deux objectifs spécifiques suivants : 1) décrire l'évolution des CSI, des comportements alternatifs ainsi que des conséquences et impacts des comportements inappropriés pour la personne et son entourage; et 2) documenter le déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'AIMM auprès des participants à l'étude. Pour ce faire, l'étude de cas a été privilégiée.

L'étude de cas a été ciblée pour détailler l'expérience des participants à l'étude et étudier les changements susceptibles de se produire dans le temps pour chaque individu (Fortin, 2006). La réadaptation des personnes présentant une DI et des CSI est complexe. Afin de bien comprendre le phénomène à l'étude, une vision holistique de la situation était nécessaire. Les méthodes de recherche qualitatives sont les seules permettant une vision holistique du phénomène ou de la situation à l'étude (Gagnon, 2012). Selon Gagnon (2012), l'étude de cas permet « une compréhension profonde des phénomènes, des processus, des composants et des

personnes y prenant part » (p. 2). Bien que certains auteurs postulent que l'étude de cas sert davantage à construire une théorie, d'autres soutiennent qu'elle est appropriée pour la vérification de théories ou la combinaison des deux (Gagnon, 2012). Plus précisément, Fortin (2006) indique que l'étude de cas peut servir à vérifier l'efficacité d'un traitement, établir des relations entre des variables et former des hypothèses sur la base des résultats obtenus. Une des grandes forces de l'étude de cas est d'analyser les phénomènes dans leur contexte (Gagnon, 2012). L'étude de cas voit sa pertinence dans les questions pratiques où l'expérience des acteurs et leurs contextes sont des éléments importants à connaître (Gagnon, 2012). Dans ce cas-ci, l'étude a servi de projet pilote pour l'utilisation d'un nouveau modèle d'analyse et d'intervention auprès d'une clientèle cible sur une période de 12 mois, dans leurs différents milieux de vie, puisque les recommandations des études recensées suggéraient une durée minimale de 12 mois. L'étude de cas trouvait ainsi sa pertinence pour détailler l'expérience de la personne tout au long du processus et étudier les changements de comportement au cours de l'année afin de vérifier l'efficacité du modèle d'intervention.

L'étude de cas peut intégrer des données qualitatives et des données quantitatives (Fortin, 2006). En ce sens, les présentes études de cas ont intégré à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont permis de suivre l'évolution des CSI et l'évolution des comportements alternatifs. Quant à elles, les données qualitatives ont permis de décrire la perception des équipes cliniques concernant l'évolution des comportements et l'évolution des conséquences et impacts.

Relativement au deuxième objectif spécifique de cette partie de l'étude, un monitoring de l'implantation a été intégré aux études de cas (Chen, 2015). Ce monitoring permet de vérifier la conformité et la qualité de l'implantation du modèle afin d'ajouter des éléments explicatifs aux résultats obtenus (Chen, 2015). La mesure de conformité de l'implantation est importante lors d'études de cas lorsque l'on souhaite vérifier les résultats d'une intervention. Le monitoring permet de regarder le contexte, ce qui est nécessaire lors d'une étude sur une aussi longue période avec une clientèle à risque de changer de milieu de vie, d'être judiciarialisée, d'être exclue de son

milieu de jour ou autre. Enfin, le monitoring a contribué à augmenter la validité écologique de l'étude en décrivant le contexte d'implantation du modèle d'AIMM.

Volet quantitatif

Le volet quantitatif de la recherche a permis de répondre aux trois objectifs spécifiques suivants : 1) évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des CSI; 2) évaluer les effets de l'AIMM sur l'augmentation des comportements alternatifs; 3) évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage.

Ce volet de la recherche a d'abord utilisé un protocole à cas unique avec comparaison entre les participants et entre les comportements (Kazdin, 2021). Il s'agit d'un protocole quasi expérimental étant donné l'impossibilité d'atteindre les critères du devis expérimental dans le cadre de la présente recherche. Kazdin (2021) recommande l'utilisation d'un protocole à cas unique quasi expérimental lorsque des raisons cliniques rendent impossible la planification d'un protocole expérimental. Les protocoles à cas unique quasi expérimentaux sont fréquemment utilisés pour évaluer les résultats ou les effets d'une intervention (Kazdin, 2021). Il s'agit d'une méthode de recherche de type résolution de problème où il est possible de s'ajuster en cours de route selon les aléas de la réalité (Kazdin, 2021). Les protocoles à cas unique quasi expérimentaux peuvent intégrer les caractéristiques des protocoles expérimentaux, les ajuster et les jumeler, au besoin (Kazdin, 2021). Ainsi, deux caractéristiques ont été retenues pour la présente étude, soit la comparaison entre les participants et la comparaison entre les comportements. La comparaison entre les participants a permis de comparer l'évolution des comportements des participants entre eux, alors que la comparaison entre les comportements a permis de comparer l'évolution de différents comportements pour chacun (Kazdin, 2021). Dans le cadre du présent projet de recherche, ce devis a permis de comparer l'évolution des CSI comparativement à l'évolution du comportement adéquat à développer. Puisque l'objectif de l'AIMM veut diminuer un type de comportement et en augmenter un second, cette comparaison a servi à vérifier l'évolution inversée de ces comportements. Le protocole élaboré incluait deux phases (A et B) représentant respectivement le niveau de base et la phase d'intervention. Il

intégrait à la fois des données en continu et des données avant-après pour différentes variables afin de bonifier l'analyse.

Pour augmenter la qualité des inférences, une mesure directe et continue des comportements est recommandée (Kazdin, 2021). Ainsi, la présente étude a prévu une mesure continue des comportements ciblés. Selon Kazdin (2021), il est possible de considérer l'information de la performance du passé donnée par narration de façon approximative lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir une mesure objective du niveau de base. Cet aspect a également été utilisé dans le cadre de cette étude, puisque des raisons cliniques ont empêché la mesure objective du niveau de base pour certains participants. En effet, dans plusieurs cas, lorsque des CSI de type agression sexuelle ont été rapportés pour une personne, certaines interventions ont été immédiatement mises en place afin de réduire le risque de récidive du comportement. Il devenait ainsi impossible de mesurer la fréquence du comportement sans intervention.

Volet qualitatif

Le volet qualitatif a permis de répondre aux deux derniers objectifs spécifiques de la recherche, soit : 1) identifier les variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs, selon la perception des intervenants; et 2) décrire les avantages, les inconvénients et les défis concernant l'utilisation de ce modèle pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI, selon la perception des intervenants.

Pour ce volet qualitatif de la recherche, une approche interprétative de base a été utilisée (Merriam, 2002). Cette approche vise à comprendre le sens donné à une situation par les acteurs (Merriam, 2002). Elle s'intéresse, entre autres, à l'interprétation des individus de leurs expériences (Merriam, 2002). Son but est de décrire une situation afin de mieux la comprendre. En ce sens, les résultats présentent une description riche du phénomène à l'étude (Merriam, 2002). Étant donné que l'étude comprenait un petit nombre de participants, cette approche qualitative a permis de décrire en détail l'expérience de chaque participant afin de bonifier les

résultats quantitatifs et aller chercher la perception des intervenants et du milieu de vie de la personne.

Participants

Les prochains paragraphes présentent la technique d'échantillonnage utilisée, les critères de sélection établis pour les participants, la taille de l'échantillon ainsi que la stratégie de recrutement et le portrait des participants.

Échantillonnage

La technique d'échantillonnage ayant été utilisée est l'échantillon typique (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Cette technique consiste à choisir des personnes qui correspondent aux critères de sélection fixés (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Par exemple, il est possible de choisir des participants qui représentent les divers aspects d'un problème ou encore qui présentent certaines similitudes (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Ce type de méthode n'est pas basé sur la théorie des probabilités et ne relève pas du hasard, mais plutôt de choix faits en fonction de certaines caractéristiques de la population cible (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Cette technique a été utilisée pour la sélection des personnes présentant une DI et des CSI.

Des critères de sélection plus précis ont servi à identifier les participants potentiels. L'étude ciblait des hommes âgés de 16 ans et plus présentant une DI légère à moyenne, ayant eu des CSI de type agression sexuelle envers autrui (impliquant une victime) dans les 12 derniers mois. Les personnes devaient être âgées de 16 ans et plus pour correspondre aux recommandations soulevées dans la littérature concernant les traitements et les interventions probantes à ce jour. En effet, les études recensées ciblaient les jeunes adultes et les adultes. Les résultats sont partiellement différents concernant les jeunes adolescents, ce pour quoi ceux-ci ne sont pas inclus dans la présente recherche. Bien qu'il aurait été préférable de cibler les personnes de 18 ans et plus, le critère de sélection a été abaissé à 16 ans pour faciliter le recrutement des participants. Dans le même ordre d'idées, les interventions recommandées pour les personnes présentant une DI sévère ou profonde diffèrent étant donné les difficultés cognitives plus

importantes. En ce sens, ces dernières ont été exclues de la présente recherche. Dans le cadre du projet de recherche, les comportements ciblés devaient être observables par autrui. Ensuite, les participants devaient avoir la possibilité d'être desservis par une équipe interdisciplinaire du programme en DI des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec acceptant de participer au projet de recherche. L'équipe devait être composée de plus de deux intervenants ayant des fonctions différentes, inclure au moins un intervenant du milieu de vie et favoriser la participation d'un ou deux parents, si possible. De plus, les intervenants devaient avoir une connaissance de base de l'AIMM ou l'obtenir avant le début de l'étude, et être en mesure de s'exprimer en français afin de pouvoir participer aux groupes de discussion.

Pour ce qui est de la taille de l'échantillon, quatre personnes présentant une DI et des CSI ont participé à l'étude ainsi que les équipes interdisciplinaires entourant ces personnes. Le nombre d'intervenants variait en fonction des équipes interdisciplinaires ciblées. Pour chaque participant, l'équipe interdisciplinaire était composée de trois à quatre personnes (éducateur, psychoéducateur, spécialiste TGC, psychologue, parents, responsable du milieu de vie, intervenant du milieu scolaire). Le devis de recherche justifie la taille de l'échantillon par l'ampleur des mesures effectuées auprès des participants et la durée de l'expérimentation. Comme le mentionne Gagnon (2012), pour les études de cas, le nombre de cas doit permettre de procéder à une analyse suffisamment approfondie de chaque cas. De plus, il fallait considérer les caractéristiques spécifiques des participants. Il s'agit d'une clientèle bien précise, peu nombreuse, mais ayant une problématique causant de lourdes répercussions pour la personne et son entourage. Le recrutement des participants a donc été limité par le nombre de participants potentiels, ce qui justifie également la taille de l'échantillon.

Accès au milieu et recrutement

Le processus de recrutement des participants incluait, dans un premier temps, la collaboration de la communauté de pratique du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Suite à une présentation au SQETGC, les membres de la

communauté de pratique intéressés à participer au projet dans leur établissement devaient faire valoir leur intérêt à la chercheuse et des démarches officielles ont ensuite été effectuées avec leur établissement. Dans le cadre d'études de cas demandant un certain investissement des milieux, le fait d'être parrainé par une personne du milieu connaissant les intervenants est un facilitateur (Gagnon, 2012). La répartition des participants dans différents milieux permet d'ajouter de la force à l'étude de cas (Fortin, 2006). Pour chaque établissement, le projet de recherche fut présenté par la transmission d'une lettre d'invitation à participer au projet de recherche (voir Appendice A). Puis, les documents d'information ont été transmis par courriel à la conseillère en éthique ou la personne de référence identifiée. Des échanges téléphoniques ou par courriel ont pu venir fournir des précisions lorsque nécessaire. Après une première réponse positive, les personnes identifiées dans chaque établissement ont été contactées par la doctorante afin de présenter les critères de sélection et, ainsi, cibler les clients et les intervenants potentiels. Par la suite, la lettre d'information et le formulaire de consentement ont été transmis aux personnes présentant une DI (voir Appendice B) ou leur représentant (voir Appendice C) ainsi qu'aux intervenants ciblés (voir Appendice D) en leur demandant de confirmer leur intérêt ou de décliner l'offre le cas échéant. Par la suite, des démarches plus spécifiques à chacun ont été entreprises par la chercheuse pour vérifier la concordance avec les critères d'inclusion. La confidentialité a été assurée du début à la fin de ce processus, autant pour les clients que les intervenants ciblés. Les participants avaient la possibilité de se retirer sans préjudice à n'importe quel moment de la recherche. Une procédure de retrait était disponible, au besoin.

Étant donné le caractère spécifique de la clientèle cible et les difficultés de recrutement rencontrées dans les premiers mois de recrutement, divers scénarios ont été planifiés pour assurer la faisabilité de l'étude. Outre le plan actuel présenté dans ce chapitre, un deuxième scénario était planifié dans l'éventualité où moins de quatre participants étaient recrutés. Dans ce cas, un second volet était ajouté à la recherche afin de bonifier la réflexion en allant chercher la perception d'intervenants ayant déjà utilisé le modèle d'AIMM pour intervenir auprès de personnes présentant une DI et des CSI. Puis, dans le cas où aucun participant présentant une DI et des CSI n'aurait été recruté dans un délai raisonnable à une démarche de thèse doctorale, un

ultime scénario était prévu. Celui-ci aurait impliqué seulement des intervenants ayant déjà utilisé le modèle d'AIMM pour la clientèle afin de connaître leur perception quant aux avantages, aux inconvénients et aux défis que représente l'utilisation de ce modèle pour la clientèle. En conclusion, ces scénarios ont été élaborés, mais n'ont pas été utilisés, puisque quatre participants présentant une DI et des CSI ont été recrutés, ce qui représentait le seuil minimum établi par l'équipe de recherche pour conserver le protocole de recherche initial. Le seuil avait été fixé à quatre participants, afin de contrecarrer le risque relié à la perte de participants en cours de processus.

Portrait des participants

Les premiers groupes de discussion menés auprès des équipes cliniques ont permis de colliger certaines informations afin de dresser le portrait sociodémographique des quatre participants de l'étude. L'échantillon était composé de quatre hommes entre 16 et 63 ans, dont la moyenne d'âge est de 38,5 ans. Concernant leur milieu de vie, deux participants vivaient dans une ressource intermédiaire, un participant vivait dans une ressource de type familial et un participant vivait avec sa famille naturelle. Un seul participant était en couple au moment de l'étude, les trois autres étaient célibataires. Sur le plan de leur occupation, un participant fréquentait un milieu scolaire à temps plein, un autre fréquentait un milieu de stage à temps plein, puis les deux autres fréquentaient des milieux offrant des activités occupationnelles à temps partiel.

Concernant les équipes cliniques, l'appellation intervenants regroupent les éducateurs, les spécialistes en activités cliniques, les spécialistes TGC et les personnes responsables de la ressource d'hébergement. Au début de l'étude, deux équipes cliniques étaient composées de quatre intervenantes et deux autres équipes cliniques étaient composées de trois intervenantes, pour un total de 14 intervenantes. L'ensemble des intervenantes étaient formées pour l'utilisation du modèle AIMM, mais aucune n'avait utilisé ce modèle pour l'intervention en lien avec des CSI. Concernant leur expérience en lien avec l'AIMM, plusieurs intervenantes (10) avaient déjà utilisé l'AIMM dans plusieurs dossiers, deux intervenantes l'avaient utilisé dans quelques

dossiers et deux intervenantes ne l'avaient jamais utilisé. Pour ce qui est de leur expérience avec les CSI, la majorité des intervenantes (8) n'avaient aucune expérience, alors que trois intervenantes avaient travaillé avec quelques personnes manifestant des CSI et trois intervenantes avaient travaillé avec plusieurs personnes manifestant des CSI. Certaines intervenantes se sont absentes du travail en cours d'année ou ont changé de fonctions. Celles-ci ont abandonné leur participation à l'étude. À la fin de l'étude, huit intervenantes étaient encore présentes et participaient au projet.

Variables quantitatives et dimensions qualitatives

Concernant l'évaluation des effets, la variable indépendante était le modèle d'AIMM. Les trois variables dépendantes étaient les CSI, les comportements alternatifs et les conséquences et impacts des comportements inadéquats pour la personne et pour autrui.

Les dimensions qualitatives reprenaient d'abord les CSI, les comportements alternatifs et les conséquences et impacts des comportements inadéquats pour la personne et pour autrui, puis s'ajoutaient les effets inattendus, les variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs, les avantages à utiliser l'AIMM, les inconvénients et les défis reliés à son utilisation auprès de la clientèle.

Concernant plus précisément le monitoring de l'implantation, certaines dimensions supplémentaires se sont ajoutées afin de vérifier la qualité de l'implantation du modèle AIMM. Il s'agit de l'analyse multimodale, des aménagements préventifs, de la prévention active, des interventions de traitement et de réadaptation, et du suivi des interventions. De façon plus précise, l'analyse multimodale devait se traduire par la complétion de la grille d'analyse multimodale incluse dans le PAMTGC et être basée, entre autres, sur des observations directes ou indirectes (SQETGC, 2014a). Puis, elle devait mener à la formulation d'hypothèses globales liées aux CSI. Ensuite, un objectif spécifique de réadaptation devait être rédigé en lien avec les CSI. Celui-ci devait être observable et mesurable. Pour ce qui est des aménagements préventifs, les facteurs contextuels et les facteurs de renforcement des hypothèses globales devaient être repris et les

interventions devaient servir à les éliminer ou à les modifier pour en réduire l'impact (SQETGC, 2014a). La prévention active devait présenter les signes précurseurs des crises et prévoir les interventions préventives associées pour empêcher l'escalade des comportements vers des comportements plus graves (SQETGC, 2014a). La prévention active ne devait pas intégrer d'apprentissage. Par la suite, le PAMTGC devait intégrer au moins un objectif de réadaptation relié à un comportement alternatif ainsi que des interventions reliées aux facteurs de vulnérabilité et au traitement de l'information inclus dans les hypothèses globales (SQETGC, 2014a). L'élaboration du PAMTGC devait se faire en équipe interdisciplinaire (SQETGC, 2014a). Ensuite, des aménagements préventifs devaient être mis en place dans le milieu de vie de la personne, la prévention active devait être utilisée au besoin et au moins une intervention de traitement ou de réadaptation devait être travaillée (SQETGC, 2014a). Par la suite, le suivi des interventions devait se faire mensuellement en équipe interdisciplinaire et des révisions devaient avoir lieu aux 3 mois. Les rencontres devaient permettre de faire le suivi de la dernière rencontre, le suivi de l'implantation du PAMTGC et le suivi des objectifs. À la suite des rencontres de suivi des interventions, le PAMTGC devait être mis à jour. Ces variables correspondent à l'ensemble des éléments essentiels de l'AIMM (SQETGC, 2014a).

Collecte de données

Comme recommandé dans le cadre d'études de cas, une combinaison de plusieurs techniques a été utilisée (Gagnon, 2012). Tout d'abord, une grille d'observation continue était mise en place tout au long du projet. Puis, des groupes de discussion ont eu lieu au début et à la fin de l'étude. Une grille de cotation a été complétée tous les trois mois. Finalement, deux échelles de mesure ont été utilisées au début et à la fin du projet.

Observation continue

Afin d'obtenir des données en continu pour les CSI et les comportements alternatifs, de l'observation quotidienne a été effectuée par les équipes cliniques et les gens des milieux de vie auprès des personnes présentant une DI et des CSI, avant et pendant l'intervention à l'aide de la grille *Sommaire* et du logiciel *Somnet*. La grille *Sommaire* permet d'indiquer la présence d'un

comportement à un moment précis de la journée (toutes les demi-heures). L'observateur peut être une éducatrice ou des intervenantes présentes dans le milieu de vie de la personne. L'observateur devait simplement indiquer si les comportements ciblés étaient présents au cours de la demi-heure. Une seule cotation par demi-heure est nécessaire pour chaque comportement, soit le comportement inadéquat que l'on cherche à diminuer (comportement 1) et le comportement adéquat que l'on cherche à augmenter (comportement 2). Si aucun comportement n'est présent, aucune cote n'est nécessaire. Il était également possible d'indiquer une gradation de comportements selon leur gravité, en fonction des niveaux de la grille de prévention active élaborée dans le PAMTGC. À ce moment, les équipes indiquaient si les comportements de niveau 1, 2, 3 ou 4 étaient présents pendant la demi-heure. Le niveau 1 représente des comportements d'une gravité moindre, par exemple une trop grande proximité avec autrui ou des propos sexuels inappropriés dans le contexte. Le niveau 4 représente les comportements les plus graves que la personne commet. Dans le cadre de cette étude, ce niveau référait en majorité à un attouchement sexuel non consenti ou une autre forme d'agression sexuelle. Les niveaux 2 et 3 pouvaient, par exemple, représenter des comportements comme une fixation sur les parties génitales d'autrui, une tentative de voyeurisme ou d'exhibitionnisme, etc. La description précise de chaque niveau se fait par l'équipe clinique lors de l'élaboration du PAMTGC de la personne. La division des CSI en différents niveaux dans la prévention active permet non seulement d'observer la fréquence des comportements, mais également la gravité des comportements observés. Le logiciel *Somnet* permet, quant à lui, de compiler les données et de les extraire dans un tableau et un graphique. Les données recueillies devaient être entrées dans le logiciel par un intervenant, puis l'intervenant saisissait les consignes suivantes pour le graphique : fréquence du comportement 1 et fréquence du comportement 2, par semaine, pour le dernier mois lors des rencontres de suivi de l'intervention et pour les trois derniers mois lors des rencontres de révision trimestrielle.

Groupes de discussion

Deux groupes de discussion ont eu lieu avec chaque équipe clinique, soit un premier groupe de discussion avant l'implantation de l'AIMM et un second groupe de discussion après un

an d'implantation de l'AIMM, afin de discuter des CSI et de leurs conséquences, des comportements alternatifs en développement, en plus d'aborder les services antérieurs offerts pour la personne sur le plan de la sexualité comparativement aux services offerts pendant l'implantation de l'AIMM. Pour ce qui est des groupes de discussion, il s'agit « d'une rencontre de recherche ayant pour but de générer des discussions sur des thèmes particuliers ou un ensemble de thèmes, en mettant l'accent sur l'interaction entre les participants » (traduction libre, Kitzinger, 2005, p. 57). Lors des groupes de discussion avant l'implantation de l'AIMM, les thématiques discutées concernaient les CSI du participant, la perception des intervenants quant aux conséquences et impacts des comportements et leur perception de la pertinence de l'utilisation de ce modèle d'analyse et d'intervention pour la clientèle visée. Les groupes de discussion après l'implantation de l'AIMM ont permis d'aborder les thématiques concernant leur perception de l'évolution des CSI, des comportements alternatifs et des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage, les effets inattendus de l'utilisation de l'AIMM, les variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs, les avantages et les inconvénients d'utiliser ce modèle pour l'intervention auprès de cette clientèle ainsi que les défis rencontrés concernant l'utilisation de l'AIMM pour la clientèle visée. Puis, ces derniers groupes de discussion abordaient les thématiques liées au monitoring de l'implantation telles que l'élaboration du PAMTGC, l'implantation des interventions multimodales et le suivi des interventions. Chaque groupe incluait les membres d'une équipe interdisciplinaire travaillant auprès d'un participant. Un premier canevas d'entrevue a servi à l'animation des groupes de discussion avant l'implantation de l'AIMM (voir Appendice E) et un deuxième à l'animation des groupes de discussion après un an d'implantation de l'AIMM afin de discuter de l'ensemble des thématiques (voir Appendice F). L'entrevue semi-structurée est une « interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laisse guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux » (Savoie-Zajc, 2009, p. 340). Elle est suggérée, entre autres, lorsqu'on cherche à comprendre le sens que l'individu donne à une expérience (Savoie-Zajc, 2009). Elle sert à décrire de façon détaillée et nuancée l'expérience de la personne, à comprendre des comportements complexes ou des perspectives individuelles, à produire un savoir en situation et à approfondir

certains thèmes dans un but émancipateur pour le participant en lui proposant des réflexions et des prises de conscience (Savoie-Zajc, 2009). Afin d'élaborer les canevas d'entrevue semi-structurée, des questions ont été formulées à partir des thématiques à l'étude afin de correspondre à l'objet d'étude, au contexte théorique et aux objectifs de recherche (Savoie-Zajc, 2009). Les groupes de discussion se déroulaient dans des salles de rencontre. Ce lieu assurait la confidentialité et le calme. Étant donné la dispersion géographique de certaines équipes cliniques, des groupes de discussion se sont déroulés en virtuel, à l'aide de l'application Zoom. Chaque membre était dans une salle de rencontre assurant la confidentialité des échanges. Les groupes de discussion duraient environ une heure et étaient animés par la doctorante.

Grille de cotation

À la suite des rencontres de révision trimestrielle, la personne ayant le rôle de spécialiste TGC dans chaque équipe remplissait une grille de cotation afin de faire le monitoring de l'implantation (Chen, 2015). La grille de cotation a permis de faire de l'observation structurée. Cette dernière permet d'observer de façon systématique les évènements en lien avec le problème de recherche (Fortin, 2006). La grille de cotation comportait des indicateurs qui correspondent aux modalités d'implantation de l'AIMM, soit les variables suivantes : PAMTGC, aménagements préventifs, prévention active, interventions de réadaptation, suivi des interventions et travail en équipe interdisciplinaire (voir Appendice G). Les critères de qualité étaient énoncés pour chaque partie du PAMTGC. La première partie de la grille concernait l'élaboration du PAMTGC, puis la deuxième partie de la grille correspondait à l'implantation des interventions. Cette partie permettait de faire un suivi du nombre d'interventions mises en place pour chacun des volets du PAMTGC. La dernière section de la grille concernait la qualité du suivi des interventions. L'intervenant devait simplement indiquer la présence de l'indicateur selon les catégories fournies dans la grille, il remplissait la grille en fonction des observations faites pendant les rencontres de suivi de l'intervention et la rencontre de révision trimestrielle. Il pouvait consulter le PAMTGC et les documents de suivi de l'intervention, au besoin. Cette modalité a permis de bonifier les résultats concernant les effets de l'utilisation de l'AIMM en validant la qualité de l'implantation pendant l'année d'expérimentation.

Échelles de mesure

Deux échelles de mesure ont été utilisées avant l'introduction de l'intervention multimodale et un an après le début de son implantation afin de mesurer la gravité des CSI ainsi que les conséquences et impacts des CSI. Il s'agit de l'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II - Révisée (EGCP-II-R) (Sabourin *et al.*, 2016) et de l'Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC) (Sabourin, 2016a). Les résultats à ces évaluations ont été consignés dans des compilateurs qui illustrent graphiquement les résultats en les situant dans un échantillon normatif (Sabourin *et al.*, 2016). Les échelles de mesure ont été complétées par les éducatrices et les spécialistes en activités cliniques pour chaque participant.

L'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II - révisée

L'EGCP-II-R vise à obtenir la perception des intervenants concernant la gravité des comportements problématiques présents au cours des trois derniers mois (Sabourin *et al.*, 2016). L'échelle permet d'abord d'identifier les comportements problématiques présents parmi neuf catégories de comportements. Il faut comprendre qu'il s'agit de différentes catégories de TC et non de CSI. Les CSI se retrouvent dans la catégorie des comportements sexuels aberrants, qui est une des catégories. Les catégories de comportements sont divisées entre les comportements problématiques de type externalisé et les comportements problématiques de type internalisé. Les comportements problématiques de type externalisé incluent les comportements sociaux perturbateurs, les comportements destructeurs dirigés vers les objets, les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui, les comportements sociaux offensants et les comportements de non-coopération. Les comportements problématiques de type internalisé incluent l'automutilation, les comportements de retrait et les comportements stéréotypés. Finalement, les comportements sexuels aberrants se retrouvent dans les deux divisions. Les comportements de cette catégorie regroupent autant des comportements liés à l'immaturité du développement psychosexuel (ex. : se déshabiller au mauvais endroit, exhiber son corps dans des lieux publics) que des comportements nettement agressifs sexuellement (ex. : attouchement sexuel forcé, gestes

sexuellement déplacés, se masturber devant les autres). Il n'est cependant pas nécessaire qu'il y ait une excitation sexuelle ou une intention associée à ces manifestations pour les considérer comme des comportements à caractère sexuel. Le simple fait qu'ils soient présents dans le répertoire de la personne est suffisant. Pour chaque comportement ciblé, la fréquence est établie par une cote de 0 à 5, puis une cote doit être attribuée concernant les impacts négatifs pour la personne (aucun, léger, modéré, sévère, extrême) et une troisième cote concernant les impacts négatifs pour l'environnement de la personne (aucun, léger, modéré, sévère, extrême). L'échelle présente les consignes de passation pour les intervenants et un manuel de l'utilisateur est disponible; aucune formation n'est nécessaire. La validité de construit a été vérifiée par des analyses factorielles avec un échantillon global de 730 usagers et elle s'avère très satisfaisante (Sabourin *et al.*, 2016). Concernant la fidélité, la cohérence interne est suffisante avec des alphas variant entre 0,80 et 0,90, puis la fidélité test-retest est également suffisante avec des coefficients de corrélation de Pearson entre 0,61 et 0,92 (Sabourin *et al.*, 2016).

L'Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement

L'ECI-TC est une échelle de dépistage des TGC chez les personnes présentant une DI (Sabourin, 2016a). Elle permet d'identifier le niveau de gravité des comportements et de mesurer le niveau de gravité des conséquences ou impacts des comportements (Sabourin, 2016a). L'instrument vise à obtenir la perception de l'ensemble des personnes gravitant autour de la personne évaluée concernant les trois catégories de comportements les plus problématiques identifiés à l'aide de l'EGCP-II-R. L'échelle se décline en 14 catégories de conséquences et impacts : 1) nuit à la santé ou à l'intégrité physique de la personne, 2) suscite l'utilisation de moyens de contrôle physiques de la personne, 3) compromet le niveau d'intégration résidentielle de la personne, 4) compromet le niveau d'intégration communautaire de la personne dans les sphères autres que résidentielles, 5) compromet les liens sociaux de la personne pertinents à son réseau de soutien, 6) nuit à l'adaptation de la personne ou à ses apprentissages, 7) amène des conséquences sur le plan légal et judiciaire pour la personne, 8) amène une hospitalisation dans une unité fermée de psychiatrie, 9) nécessite une surveillance accrue de la personne, 10) nuit à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui, 11) perturbe les activités d'autrui, 12) génère chez autrui

du stress et de la détresse, 13) génère des conflits dans son réseau social (familial et de services), 14) porte atteinte à la propriété (de la personne ou celle d'autrui). Pour chaque catégorie, les intervenants doivent attribuer une cote de 0 à 2, référant au niveau de gravité des conséquences et impacts vécus pour chaque catégorie, où 0 est associé à aucune conséquence ou impact, 1 est associé à des conséquences ou impacts modérés et 2 à des conséquences ou impacts graves (Sabourin, 2016a). L'échelle présente la description de chaque niveau de gravité pour chaque catégorie de conséquences et impacts. Les consignes de passation sont présentes sur le questionnaire et aucune formation n'est nécessaire. Une étude sur les qualités psychométriques de validité interne et concurrente ($N=166$) a été conduite auprès d'usagers desservis par cinq centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) présentant des comportements problématiques complexes (Sabourin, 2010). L'indice d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin est excellent (KMO : 0,800) et le test de Bartlett est significatif. Concernant la fidélité, la cohérence interne est suffisante pour le score total avec un alpha de Cronbach de 0,80 (Sabourin, 2010). La conclusion de cette étude suggère que l'outil permet diverses applications cliniques telles que l'évaluation de l'ampleur des conséquences et impacts associés aux TGC de la personne afin de prioriser les cibles d'intervention.

Journal de bord

Un journal de bord de la doctorante a permis de suivre le cours de la planification de la recherche, les raisons des décisions, les perceptions de la doctorante tout au long de la recherche, les difficultés rencontrées et les possibles biais engendrés. Comme Martineau (2005) le mentionne, cet outil permet de consigner les impressions des chercheurs. De plus, le journal de bord a permis de décrire le contexte d'implantation de l'AIMM dans chaque milieu visé, ce qui permet d'augmenter la transférabilité de l'étude (Savoie-Zajc, 2004).

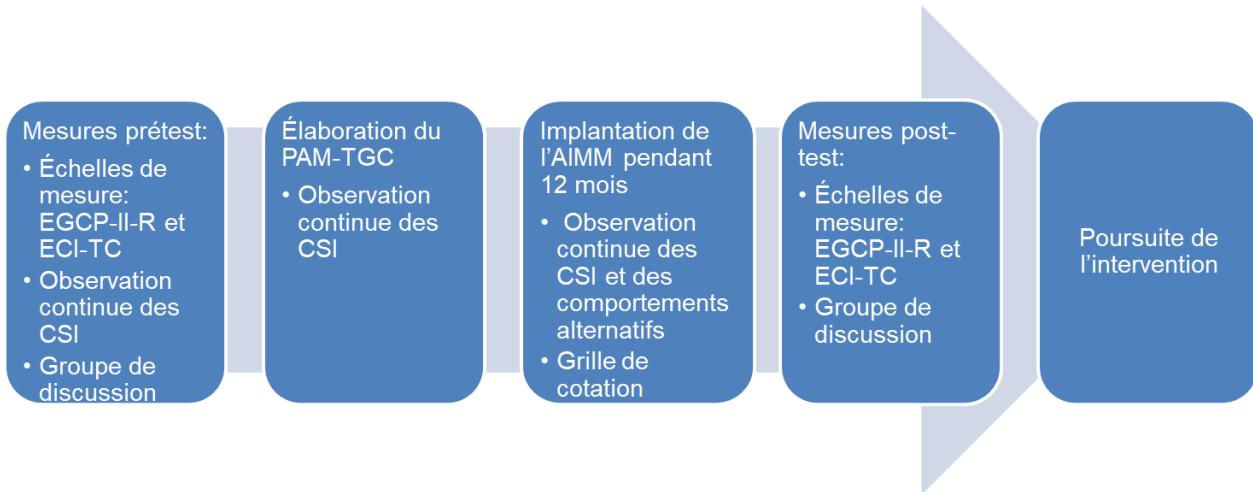
Déroulement

Une fois les participants ciblés, une rencontre de groupe avec les intervenants a permis de présenter la recherche et d'expliquer son fonctionnement. Par la suite, les groupes de discussion avant l'implantation ont eu lieu. Les intervenants ont ensuite procédé à une première passation

des échelles EGCP-II-R et ECI-TC et l'observation des comportements a débuté à l'aide de la grille *Sommaire* pour déterminer un niveau de base, lorsque possible, ou simplement pour débuter les observations des CSI si des interventions mises en place rendaient impossible l'observation d'un niveau de base. Pendant ce temps, les intervenants ont procédé à l'analyse multimodale et à l'élaboration du PAMTGC. Aucune intervention ne devait être retirée pendant la mesure du niveau de base et seulement le temps de planification des interventions a été utilisé pour cette mesure afin d'offrir les meilleurs services le plus rapidement possible. Cette considération éthique et clinique a mené à l'impossibilité d'observer un niveau de base pour trois participants, puisque des aménagements préventifs ont été mis en place dès que les CSI ont été rapportés à l'équipe clinique. Une fois le PAMTGC prêt à être implanté, l'intervention a débuté pour une durée d'environ 12 mois. Pendant ce temps, une compilation des données se faisait quotidiennement, des rencontres de suivi mensuellement et des rencontres de révisions trimestriellement. Après 12 mois, une deuxième passation des échelles EGCP-II-R et ECI-TC a été réalisée. Les dernières données pour cette étude ont alors été analysées, mais l'intervention auprès de la personne présentant une DI et des CSI pouvait se poursuivre selon la volonté de la personne ou de son représentant. Finalement, les groupes de discussion après un an d'implantation ont eu lieu afin d'échanger sur l'implantation de l'AIMM et d'aller chercher la perception de l'équipe clinique quant à la contribution de l'AIMM auprès de cette clientèle. Les prochaines étapes se sont faites en dehors des milieux d'intervention, c'est-à-dire l'analyse des données quantitatives et qualitatives ainsi que la diffusion des résultats. Toutefois, une présentation des résultats est prévue dans les milieux participant à l'étude. La figure 2 présente un résumé des différentes étapes de la recherche.

Figure 2

Étapes du processus de recherche



Plan d'analyse des données

Le plan d'analyse des données se divise en deux parties, une première pour les données qualitatives et une seconde pour les données quantitatives.

Les données qualitatives

Les données qualitatives réfèrent aux données ressorties des groupes de discussion et du journal de bord de la chercheuse. Ces données sont associées à la fois aux études de cas et au volet qualitatif plus global de l'étude. L'analyse des données qualitatives se fait par une analyse de contenu (L'Écuyer, 1987). L'analyse de contenu est définie par l'Écuyer (1987) comme :

Une méthode scientifique, systématisée et objectivée de traitement exhaustif de matériel très varié par l'application d'un système dit de codage/décodage conduisant à la mise au point d'un ensemble de catégories [...] dans lesquelles les divers éléments du matériel analysé sont systématiquement classifiés au cours d'une série d'étapes rigoureusement suivies dans le but de faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel dont une description scientifique détaillée amène à comprendre la signification exacte du point de vue de l'auteur à l'origine du matériel analysé [...]. (p. 62)

Plus précisément, un modèle de catégorisation mixte a été utilisé. De cette façon, certaines catégories étaient prédéfinies dans la grille d'analyse, mais certaines catégories ont été ajoutées

ou modifiées au cours de l’analyse. Pour ce faire, les groupes de discussion ont été enregistrés en format audionumérique, puis retranscrits mot à mot (*verbatim*) afin de procéder à l’analyse à l’aide du logiciel QSR *Nvivo* et d’une grille d’analyse. La grille d’analyse a été élaborée en fonction des catégories déjà prévues par les thématiques des canevas d’entretien (voir appendices E et F), puis elle a été bonifiée en cours de processus. Les catégories ajoutées sont : la description des autres comportements problématiques et la division des facteurs contributeurs selon les thématiques abordées.

Après quelques lectures de la retranscription, le contenu a été analysé une première fois afin d’identifier les unités de sens. Procéder à plusieurs lectures complètes et attentives permet de se familiariser avec le contenu et d’en comprendre le sens global (Gagnon, 2012). Ensuite, les unités de sens ont été attribuées à des catégories, existantes ou nouvelles. Puis, un second exercice de catégorisation a servi à attribuer les unités de sens à des sous-catégories, existantes ou nouvelles. Ce processus de codage permet de trier et d’organiser les données pour faciliter l’analyse (Gagnon, 2012). Il permet d’identifier les informations pertinentes relatives aux dimensions de l’étude (Gagnon, 2012). Ces premières étapes ont été effectuées par la doctorante. Une fois ces étapes effectuées, une stratégie de contre-codage a été réalisée par une assistante de recherche. La stratégie de contre-codage a été utilisée en visant 15 % du matériel avec un accord de 80 %. La première étape consistait en un contre-codage de 5 % du matériel devant être catégorisé dans les grandes catégories de la grille d’analyse. Ensuite, la deuxième étape du contre-codage consistait en la catégorisation des unités de sens reliées à deux catégories vers les sous-catégories respectives pour 10 % du matériel. Comme le pourcentage d’accord obtenu était seulement de 65 %, une révision de la grille d’analyse a permis une meilleure définition de chaque catégorie et sous-catégorie. Puis, une troisième étape de contre-codage a repris le même exercice avec un autre 10 % du matériel. Ce deuxième tour a permis d’obtenir un accord de 86 %, ce qui correspondait au critère établi. Une dernière étape a permis de vérifier les trois autres catégories avec un autre 10 % du matériel. Le pourcentage d’accord pour cette étape variait entre 88,8 % et 93,3 % selon les catégories. Le critère d’atteinte était ainsi rejoint, ce qui a permis de clore le processus de contre-codage.

L’interprétation des données s’est poursuivie en deux processus consécutifs. Une analyse de chaque cas a permis de comprendre le sens de chaque étude de cas individuellement. Cette analyse a conduit à la rédaction d’études de cas. Cette rédaction a permis de remettre les données en contexte et leur donner la profondeur souhaitée (Gagnon, 2012). Elle a également permis de guider l’interprétation subséquente (Gagnon, 2012). Celle-ci concernait l’analyse intercas permettant de dégager les tendances en regardant les similarités et les différences entre les cas (Gagnon, 2012). Ces tendances ont permis d’induire des explications pour répondre aux objectifs de la recherche (Gagnon, 2012). En ce sens, le processus d’interprétation consistait également à comparer les théories existantes avec les données obtenues pour expliquer chacun des cas dans leur contexte (Gagnon, 2012).

Les données quantitatives

Les données quantitatives réfèrent aux données provenant de l’observation continue des comportements, de l’EGCP-II-R, de l’ECI-TC et de la grille de cotation reliée au monitoring de l’implantation.

Les données quantitatives provenant de l’observation continue des comportements ont d’abord été présentées dans des graphiques illustrant l’évolution de la fréquence des comportements au cours de l’étude. Pour chaque étude de cas, les fréquences des CSI et des comportements alternatifs ont été calculées et présentées dans des graphiques afin d’illustrer l’évolution des comportements au cours de l’année d’implantation de l’AIMM. Ensuite, une analyse visuelle des graphiques effectuée par la doctorante a permis une première analyse clinique de l’évolution des comportements, en fonction des objectifs cliniques ciblés pour chaque participant. Dans le cadre d’une étude en psychoéducation, l’objectif est d’observer un changement socialement significatif, autant pour la personne que son environnement, afin d’améliorer l’adaptation et le fonctionnement de la personne dans son environnement (Lanovaz, 2013). En ce sens, l’analyse visuelle des graphiques est généralement adéquate pour identifier un changement cliniquement significatif (Lanovaz, 2013). Ce premier niveau d’analyse a permis de

vérifier si une diminution ou une augmentation des comportements s'est produite au cours de l'année d'expérimentation pour chacun des participants. L'analyse visuelle a également permis de constater certaines réussites cliniques. Dans le cadre de la présente étude, l'absence de récidive d'agression sexuelle a été considérée comme une réussite clinique, puisqu'il s'agit d'un objectif majeur sur le plan clinique. Puis, l'absence de CSI sur une période de plusieurs mois a également été considérée comme une réussite clinique.

Dans un second temps, des graphiques ont servi à comparer l'évolution des participants entre eux et l'évolution des types de comportements au cours de l'année d'implantation de l'AIMM. Encore une fois, une analyse visuelle de ces graphiques faite par la doctorante a permis un premier niveau d'analyse. Puis, les données ont été entrées dans SPSS (version 28.0) pour procéder à une analyse statistique. Un test *t* pour échantillon unique a été réalisé pour chaque participant. Pour ce faire, les données provenant de l'observation continue des comportements ont été comparées à une valeur fixe référant au niveau de base estimé par les équipes cliniques lors des groupes de discussion, étant donné l'absence de niveau de base observé quantitativement pour certains participants. Dans le présent contexte, le N représentait le nombre de semaines pour les mesures postintervention. Ainsi, le degré de liberté référait au nombre de semaines d'observation (-1) pour chaque participant.

Pour ce qui est des deux échelles de mesure, une description des scores prétest et post-test a été réalisée pour chaque participant. La différence entre la mesure prétest et post-test pour chaque participant a servi à l'analyse des données. Pour la gravité des comportements évaluée par l'EGCP-II-R, chaque mesure a permis de situer les comportements de la personne dans une des catégories suivantes au moment de l'évaluation : aucun TC, TC spécifique léger, TC spécifique modéré, TGC spécifique. Les résultats individuels permettaient ainsi de constater si les comportements étaient d'une gravité moindre après un an d'utilisation de l'AIMM. Concernant l'évaluation de la gravité des conséquences et impacts des comportements problématiques par l'ECI-TC, les résultats correspondaient à la somme des conséquences et impacts pour chaque participant aux deux temps de mesure et permettaient de comparer la situation de la personne à

un échantillon de référence afin d'évaluer l'ampleur des conséquences et impacts. Pour chaque participant, il était donc possible de vérifier si l'ampleur des conséquences et impacts avait diminué après un an d'utilisation de l'AIMM. Étant donné que l'échantillon de référence pour l'élaboration de l'outil était faible et que la distribution n'était pas normale, les percentiles sont utilisés pour une interprétation plus précise des résultats (Sabourin, 2016b). La moyenne est de 50 et un écart-type correspond environ à un percentile de 16 ou 84. Puisque l'échantillon de référence est un échantillon clinique extrême, incluant les usagers les plus complexes ayant des TC, il est suggéré d'utiliser le percentile de 50 comme seuil critique pour déterminer une situation comportementale grave (Sabourin, 2016b). Un percentile de 50 et plus suggère que la personne et son environnement subissent des préjudices et des méfaits psychosociaux importants (Sabourin, 2016b).

Pour ce qui est de l'analyse de la grille de cotation pour le monitoring de l'implantation, une comparaison a été faite entre les résultats obtenus et les critères de qualité souhaités afin de déterminer si le processus clinique utilisé par les équipes correspondait au processus attendu de l'AIMM. Les écarts ont été relevés pour contribuer à l'explication des résultats concernant l'évolution des comportements.

Rigueur scientifique du volet qualitatif

Différentes stratégies ont été utilisées afin d'augmenter la rigueur scientifique de l'étude. Tout d'abord, puisque l'étude consistait en un projet de thèse de doctorat, la chercheuse a été soutenue par son directeur, sa codirectrice et un comité de thèse, ce qui contribue à la crédibilité de l'étude par la triangulation du chercheur en assurant un regard extérieur de la part d'autres chercheurs (Savoie-Zajc, 2004). De plus, deux autres techniques de triangulation ont été utilisées dans l'étude et contribuent à la crédibilité, soit la triangulation des sources en allant chercher l'opinion de différentes personnes (éducateurs, psychoéducateurs, les autres professionnels de l'équipe, les gens du milieu de vie de la personne) et la triangulation des méthodes en faisant des entrevues et de l'observation (Savoie-Zajc, 2004). Le critère de crédibilité vient confirmer que

« le sens attribué au phénomène est plausible et corroboré par diverses instances » (Savoie-Zajc, 2004, p. 143).

Pour ce qui est du critère de transférabilité, une attention particulière a été portée pour la description des milieux impliqués dans l'étude, ainsi que des caractéristiques des participants, en assurant toutefois la confidentialité de chacun. Le critère de transférabilité permet de vérifier si les résultats de l'étude peuvent être adaptés à d'autres contextes semblables (Savoie-Zajc, 2004).

Un troisième critère de rigueur est la fiabilité. Ce critère vérifie la cohérence entre les résultats et le déroulement de l'étude (Savoie-Zajc, 2004). Dans le cadre de la présente étude, le journal de bord tenu par la chercheuse a permis de suivre les démarches ayant mené à la recherche et de comprendre les décisions et les choix ayant eu lieu en fonction des justifications fournies, ce qui augmente la fiabilité de l'étude (Savoie-Zajc, 2004). De plus, encore une fois, le soutien des directeurs de recherche et du comité de thèse contribue à la fiabilité de l'étude par la triangulation du chercheur, puisque le fait d'avoir la participation de plus d'un chercheur assure qu'il y a eu des discussions et des ententes pour en venir aux décisions et, donc, une justification pertinente des choix (Savoie-Zajc, 2004).

Le dernier critère de rigueur selon Savoie-Zajc réfère à la confirmation, ce qui indique que « les données produites sont objectivées » (2004, p. 143). L'objectivation des données se fait, entre autres, par l'entremise d'une justification adéquate des instruments de collecte de données et une application rigoureuse de l'analyse des données (Savoie-Zajc, 2004). Ces éléments ont été documentés par le journal de bord de la chercheuse et exposés dans les paragraphes précédents.

Considérations éthiques

En ce qui a trait aux considérations éthiques, plusieurs éléments ont été mis en place. Premièrement, l'étude a été soumise au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-17-240-10.03), en plus d'être soumise au comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CÉRC-0237). Puis, une

convenance institutionnelle a été obtenue de la part de chaque CISSS ou CIUSSS participant à la recherche. Deuxièmement, un formulaire de consentement a été signé par les participants ou leur représentant légal. Les renseignements nécessaires pour un consentement libre et éclairé ont été fournis dans la lettre d’information ainsi que sur le formulaire de consentement. La description de leur implication, l’anonymat et la confidentialité dans le traitement et la diffusion des résultats, les avantages et les risques de participer à l’étude et la possibilité de se retirer de l’étude à tout moment étaient précisés dans le formulaire de consentement.

Afin de préserver la confidentialité des participants à l’étude, les données nominatives et descriptives ont été modifiées. Entre autres, des noms fictifs ont été utilisés dans la présentation des résultats et des études de cas. Les génériques féminins ont aussi été utilisés en référence aux membres des équipes cliniques pour éviter de distinguer le genre masculin ou féminin et ainsi favoriser la confidentialité. Ensuite, les titres professionnels ont été uniformisés dans le même objectif de confidentialité. Ainsi, l’ensemble des membres de l’équipe clinique sont nommés des intervenantes et un numéro est associé à chacune pour favoriser la confidentialité et éviter les risques de préjudice associés à l’identification d’une personne de l’équipe étant la seule à porter ce titre professionnel. De plus, l’acronyme CISSS / CIUSSS est utilisé pour représenter chaque établissement afin de ne pas spécifier s’il s’agit d’un CISSS ou d’un CIUSSS et ainsi protéger davantage la confidentialité.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche en trois grandes parties en fonction des études de cas, du volet quantitatif et du volet qualitatif. La première partie présente les quatre études de cas afin de porter un premier regard sur les résultats en présentant le vécu de la personne et de son équipe clinique et de suivre l'évolution des comportements et l'évolution des conséquences et impacts des CSI. Cette partie présente également le monitoring de l'implantation de l'AIMM pour en évaluer la conformité. La deuxième partie présente l'analyse des résultats quantitatifs reliés à l'évaluation des effets de l'AIMM concernant la diminution des CSI, l'augmentation des comportements alternatifs et la diminution des conséquences et impacts des CSI. La dernière partie des résultats présente l'analyse qualitative des variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs ainsi que des avantages, inconvénients et défis reliés à l'utilisation du modèle d'AIMM auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

Études de cas

L'analyse des études de cas a permis de présenter les résultats en lien avec les deux objectifs de la recherche suivants : 1) décrire l'évolution des CSI, des comportements alternatifs ainsi que des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage durant l'utilisation de l'AIMM ; 2) documenter le déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'AIMM auprès des participants à l'étude. Cette première partie des résultats présente les résultats de chaque participant de façon individuelle. Pour chaque cas, les données présentées permettent de suivre l'évolution des comportements de la personne et l'évolution des conséquences et impacts. Puis, le monitoring de l'implantation est présenté pour vérifier la qualité de l'implantation du modèle d'AIMM. Finalement, la synthèse résume les résultats en fonction du vécu de la personne et de son équipe clinique.

Participant 1 : Jonathan

Avant l'étude, Jonathan identifiait parfois une personne comme sa copine, mais celle-ci ne le savait pas ou ne voulait pas. Il lui arrivait également de tenter de poser des gestes sexuels inappropriés envers autrui (p.ex. attouchements non consentis, s'exhiber en public ou chercher à voir des personnes nues). Ces comportements étaient rapportés par l'équipe d'intervenants

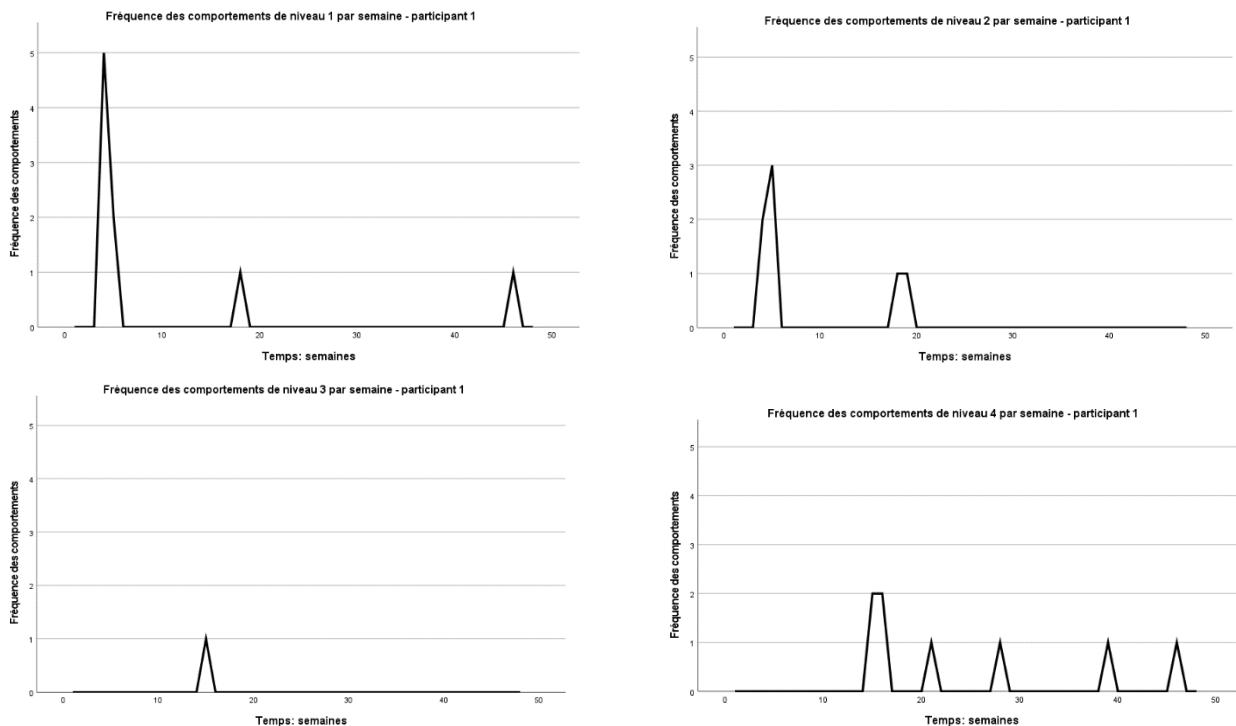
comme étant présents tous les jours avant le début de l'étude. Ces comportements sont tous représentés dans les différents niveaux de la grille de prévention active et donc tous observés pendant l'étude.

Évolution des comportements

L'équipe clinique a choisi d'observer les comportements en fonction des niveaux de la prévention active du PAMTGC. La Figure 3 illustre les données quantitatives recueillies pour suivre l'évolution des comportements pour chacun des niveaux décrits dans sa prévention active. Le premier graphique, en haut à gauche, représente le niveau 1 de la prévention active, celui en haut à droite, le niveau 2, en bas à gauche le niveau 3 et en bas à droite le niveau 4. Les graphiques indiquent le nombre de comportements observés (fréquence) chaque semaine. Par exemple, cinq comportements de niveau 1 ont été observés pendant la troisième semaine.

Figure 3

Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 1



Il faut noter que les observations ont débuté de façon concomitante avec la mise en place du PAMTGC, ce qui a empêché l'observation du niveau de base. L'analyse visuelle des graphiques a permis de constater le très petit nombre de comportements observés au cours de l'année. Une légère diminution a été observée pour les trois premiers niveaux. Le niveau 4 présente un résultat plutôt stable dans le temps.

Les données qualitatives recueillies lors des groupes de discussion ont apporté des précisions sur l'évolution des CSI. Une légère amélioration a été constatée pour l'évolution des CSI. L'amélioration est plutôt observée concernant la gravité des comportements adoptés, puisqu'aucun incident d'agression sexuelle avec contact n'a été observé. Cliniquement, il s'agit d'un résultat important. Le participant a toutefois continué de tenter des contacts sexuels sans y parvenir, grâce aux aménagements préventifs mis en place et à l'application de la prévention active.

[...] Au niveau sexo, j'ai l'impression que ç'a stagné ou amélioré un peu, à cause du contrôle externe, principalement. [...] j'ai pas entendu d'incidents comme on avait mettons l'année passée. (Intervenante 2, participant 1)

Pis tsé, on a mis en [niveau 4] essaie ou parvient à embrasser ou à attoucher une personne sans son consentement. Mais c'est des essais plus que des réels attouchements. (Intervenante 1, participant 1) / Y a pas eu de réels attouchements. (Intervenante 2, participant 1)

Concernant l'évolution du comportement alternatif, aucune donnée quantitative n'était disponible. L'équipe a mentionné qu'elle n'a jamais réussi à intégrer une cotation pour un comportement alternatif, puisqu'elle travaillait encore à la formulation d'un objectif à ce sujet. À ce propos, l'équipe considérait qu'il n'y avait pas eu d'amélioration importante au cours de l'année concernant le comportement alternatif qu'elle souhaitait travailler.

[...] On n'a jamais réussi à mettre de comportements positifs. / On n'a jamais réussi à coter une amélioration [...]. (Intervenante 1, participant 1)

Évolution des conséquences et impacts

Lors du groupe de discussion réalisé avant l'implantation de l'AIMM, l'équipe a précisé que le participant avait subi les conséquences et impacts de ses comportements pendant plusieurs années déjà et cela avait diminué sa qualité de vie. Il a vécu des changements de ressources qui sont en partie dus à ses comportements, il a perdu de la liberté, l'accès à des milieux socioprofessionnels et à des services de la collectivité, certaines activités ainsi que la confiance de certaines intervenantes.

Les impacts, donc, sont présents depuis plusieurs années également. Donc pour lui, je pense que c'est vraiment la qualité de vie, [...] aussi plus de liberté, mettons qui peut pas être seul / (Intervenante 2, participant 1)

C'est des pertes de liberté, personnelle, qualité de vie, pis confiance aussi, y, les gens eh, y font pas confiance tsé qui peut partir seul pis qui aura pas de problème pis tsé.
(Intervenante 1, participant 1)

Une des conséquences majeures était l'augmentation de la surveillance. Le participant ne pouvait pas aller où il voulait sans être accompagné, même dans son milieu de vie. Pour les intervenants, l'impact majeur des comportements était la méfiance et la vigilance continues. Cela demandait également la mise en place de plusieurs aménagements préventifs, ce qui augmentait la gestion quotidienne. De plus, le sujet de la sexualité venait déstabiliser un peu le milieu de vie, ce qui lui apportait de l'insécurité dans les interventions et demandait une gestion différente. Pour l'équipe clinique, cela demandait une intensité de services plus imposante.

On est tout le temps sur nos gardes, les demandes qu'il va faire, y a tu quelque chose en dessous, y a tu un comportement sexuel qui va suivre ou c'est juste parce que bon, y veut faire ça ou y veut aller là. (Intervenante 4, participant 1)

En regardant les conséquences et impacts nommés après un an d'implantation de l'AIMM, bien que la majorité des aménagements étaient encore présents, l'équipe soulevait davantage les impacts sur le plan social. Jonathan aime les activités sociales. De plus, il souhaitait avoir une amoureuse, mais cela ne lui était pas permis à ce moment. Pour l'équipe clinique, l'hypervigilance était encore mentionnée ainsi que les craintes reliées à l'anticipation des comportements.

Pour moi, c'est vraiment la diminution de la qualité de vie. Y a vraiment moins de possibilités d'avoir des interactions sociales pis ce qui dit le plus au monde là, c'est je veux une amoureuse pis l'aménagement le plus, le plus au monde, c'est tu rencontreras pas d'amoureuse. Fak on passe direct à côté de sa demande. (Intervenante 2, participant 1)

Monitoring de l'implantation

La première grille de cotation complétée au début du projet de recherche a permis de constater que la grille d'analyse multimodale était déjà complétée à ce moment, mais que les hypothèses globales n'étaient pas élaborées. Cependant, un objectif en lien avec les CSI était déjà ciblé et les premiers aménagements préventifs étaient élaborés, tout comme la prévention active. Ces deux derniers éléments ont été le fruit d'un travail interdisciplinaire. Une seconde grille de cotation a été complétée après 4 mois et présentait des résultats similaires, avec l'ajout d'interventions de traitement et de réadaptation élaborées en équipe interdisciplinaire. Une note a été ajoutée par l'équipe mentionnant qu'il y a eu deux changements d'éducatrices dans les trois derniers mois. Les données qualitatives précisaient que certains objectifs et moyens étaient élaborés pour le plan de traitement, mais que l'objectif comportemental n'était pas bien écrit pour le moment.

Dans le plan de traitement, on a quand même les moyens là. L'objectif, c'était qu'il soit à l'écoute pendant le contenu de l'activité, qu'il reconnaisse les parties de son corps, qu'il se situe par rapport à son âge chronologique et là c'était : comment je vais faire ça? (Intervenante 2, participant 1)

Les grilles suivantes indiquaient que les hypothèses avaient été formulées avant la grille de 8 mois. Puis, un objectif de réadaptation relié à un comportement alternatif a été rédigé avant la complétion de la dernière grille. Une grille de cotation présentait une note de l'équipe indiquant que des enjeux étaient présents avec la ressource et que l'équipe adressait ces enjeux avant de poursuivre l'élaboration du plan de traitement et de réadaptation.

Quant à la qualité globale de l'élaboration du PAMTGC, l'absence d'hypothèses globales lors de l'élaboration des aménagements préventifs et de la prévention active ne correspondait pas

au processus normal de l'AIMM. Puis, une fois élaborées, les hypothèses globales n'étaient pas complètes. Ensuite, aucune confirmation des hypothèses n'a eu lieu pendant l'année.

Concernant le monitoring de l'implantation des interventions, il était possible de constater que quatre aménagements préventifs étaient déjà implantés dans le milieu au début du projet. La prévention active était également déjà utilisée. Puis, quatre objectifs de traitement et de réadaptation étaient travaillés. Ces premiers constats concernant l'avancement du processus au début du projet viennent expliquer l'absence de mesure du niveau de base concernant l'évolution des CSI.

Concernant l'implantation des aménagements préventifs, l'équipe a expliqué que les aménagements en lien avec la surveillance ont bien été implantés dans le milieu, mais qu'il n'a jamais été possible de mettre en place les aménagements reliés à la structure du temps, comme un horaire individuel, les éléments permettant d'éviter l'oisiveté et les sorties.

Fak les aménagements, les premiers qui sont en lien avec la surveillance, atteints sans problème. On n'a jamais pu passer aux aménagements pour éviter l'oisiveté, l'horaire individuel pis les sorties pis tsé, tout ça là. (Intervenante 2, participant 1)

Pour ce qui est de l'application de la prévention active, les intervenantes avaient l'habitude de travailler avec cet outil, donc elle était utilisée dans le milieu. Toutefois, elles ne respectaient pas nécessairement les interventions établies selon la perception de l'équipe. L'hypothèse de l'équipe clinique était que les intervenantes agissaient ainsi par crainte qu'un comportement plus grave se produise, donc, dès l'apparition des premiers signes (représentant un niveau 1), elles ramenaient le participant à sa chambre alors que cette intervention était prévue pour les niveaux 3 ou 4.

Ça oui. Ça, ça fait partie de leurs forces je dirais, d'appliquer la prévention active, eh, parce qu'ils sont très réactifs aux comportements, très réactifs. Je te dis pas, par exemple, qu'ils l'appliquent telle quelle, tsé, en niveau 4, quand il essaie ou parvient d'embrasser ou de toucher quelqu'un sans son consentement, l'intervention qui est prévue c'est un retrait immédiat, ben peut-être que cette intervention là ils la font en niveau 1-2.
(Intervenante 2, participant 1)

Ensuite, le plan de traitement était suivi dès qu'une éducatrice était présente en poste pour travailler avec le participant. Les rencontres se déroulaient chaque semaine afin de travailler l'objectif de réadaptation.

Ben les rencontres avec les éducatrices se sont maintenues. Dès qu'il y avait une éducatrice, peu importe c'était qui, elle a maintenu les rencontres individuelles avec l'usager. Chaque semaine, les lundis matin, pendant une heure. (Intervenante 2, participant 1)

Pour ce qui est du monitoring de l'implantation concernant les rencontres de suivi des interventions, il était possible de constater que les rencontres se sont espacées dans le temps dans les derniers mois de l'étude. De façon générale, les objectifs de suivi des interventions n'ont pas été atteints à chaque rencontre.

Synthèse

Dès le début de l'analyse multimodale, plusieurs aménagements préventifs ont été mis en place dans le milieu de vie, surtout en ce qui concerne les aménagements physiques et la surveillance. Entre autres, Jonathan avait un intervenant attitré à lui en tout temps. Ces aménagements préventifs ont permis de diminuer les CSI; aucun incident relié à des attouchements n'a eu lieu depuis la mise en place de ces interventions. Des tentatives de contact sexuel se sont produites au cours de l'année, mais le contrôle externe a permis de diminuer grandement le risque, autant par les aménagements préventifs que par la prévention active.

Pour ce qui est du plan de réadaptation, une intervenante spécialisée sur le sujet a rapidement été intégrée dans le plan de traitement et des rencontres hebdomadaires avec son éducatrice ont permis de faire de l'éducation sexuelle. L'éducation sexuelle lui a permis d'acquérir certaines connaissances, telles que les parties du corps, en plus de travailler certaines habiletés sociales. En contrepartie, les multiples changements d'éducatrices ont ralenti la mise en place d'un objectif concernant une habileté compensatoire à développer ainsi que le travail de réadaptation prévu relativement à l'éducation sexuelle. De plus, l'équipe clinique a rencontré diverses difficultés de collaboration avec le milieu de vie, ce qui a influencé l'application de

certains éléments du PAMTGC et le suivi des interventions. Dans ce contexte, il a été difficile de travailler un comportement alternatif.

En conclusion, la gravité des CSI de Jonathan a diminué pendant l'année d'expérimentation de l'AIMM, majoritairement à cause du contrôle externe mis en place. Il n'a malheureusement pas été possible de travailler suffisamment à l'intégration d'un comportement alternatif pendant les 12 mois de suivi pour en voir l'évolution.

Participant 2 : Sébastien

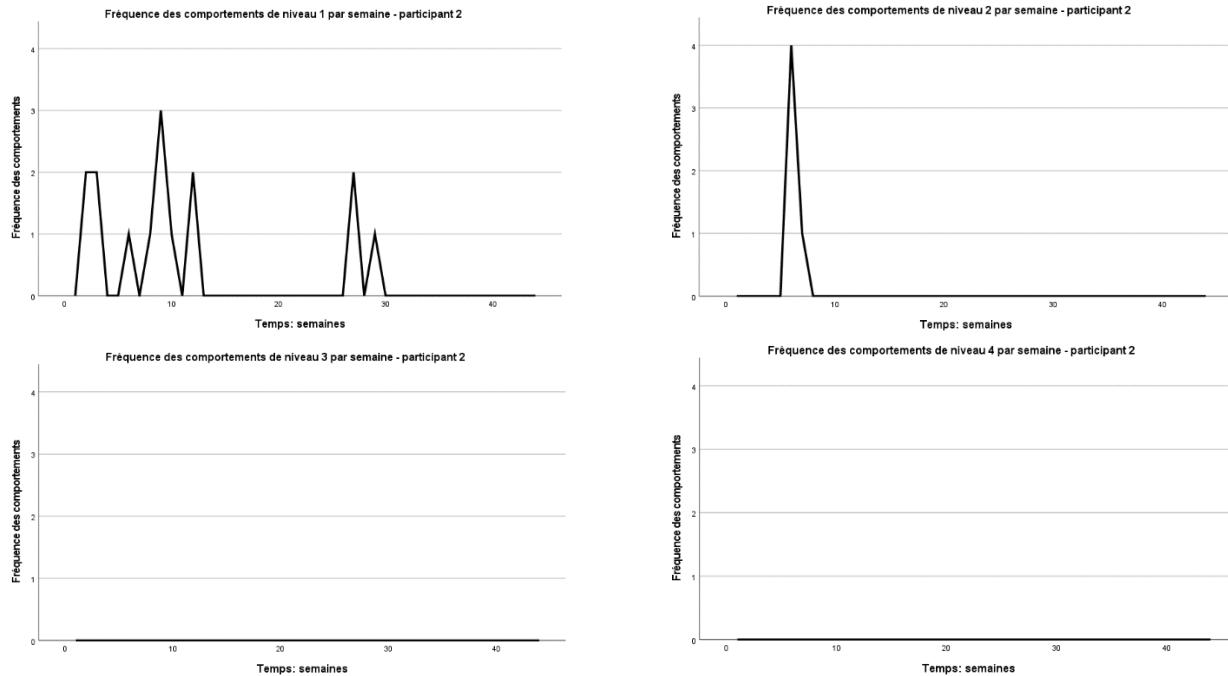
Avant le début du projet, Sébastien avait commis des attouchements sexuels auprès de personnes de son entourage. Il lui arrivait aussi de tenter de voir les parties intimes d'autrui. Ces comportements étaient présents toutes les semaines. De façon générale, Sébastien avait de la difficulté à respecter une distance socialement acceptable avec autrui. L'ensemble de ces comportements sont représentés dans les différents niveaux de la prévention active de Sébastien.

Évolution des comportements

La Figure 4 illustre les graphiques présentant la fréquence des CSI pour chacun des niveaux décrits dans sa prévention active. Le premier graphique en haut à gauche représente le niveau 1 de la prévention active, celui en haut à droite le niveau 2, en bas à gauche le niveau 3 et en bas à droite le niveau 4. Les observations ont débuté en même temps que l'implantation du PAMTGC, ce qui n'a pas permis d'observer le niveau de base. Les graphiques indiquent le nombre de comportements observés (fréquence) à chaque semaine. Par exemple, deux comportements de niveau 1 ont été observés pendant la semaine 2.

Figure 4

Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 2



Le premier constat concerne l’absence totale de comportements associés aux niveaux 3 et 4 au courant de l’année, ce qui a été considéré comme une réussite clinique. Les comportements de niveau 2 se sont produits à quelques reprises au début de l’implantation du projet, puis ils se sont rapidement estompés pour être absents depuis la septième semaine, ce qui représente une réussite clinique. Les comportements de niveau 1 présentent également une diminution au cours de l’année, avec une absence de comportements lors des trois derniers mois. Dans l’ensemble, l’analyse visuelle a permis d’observer à la fois une diminution de la fréquence des comportements et une diminution de la gravité des comportements au cours de l’année.

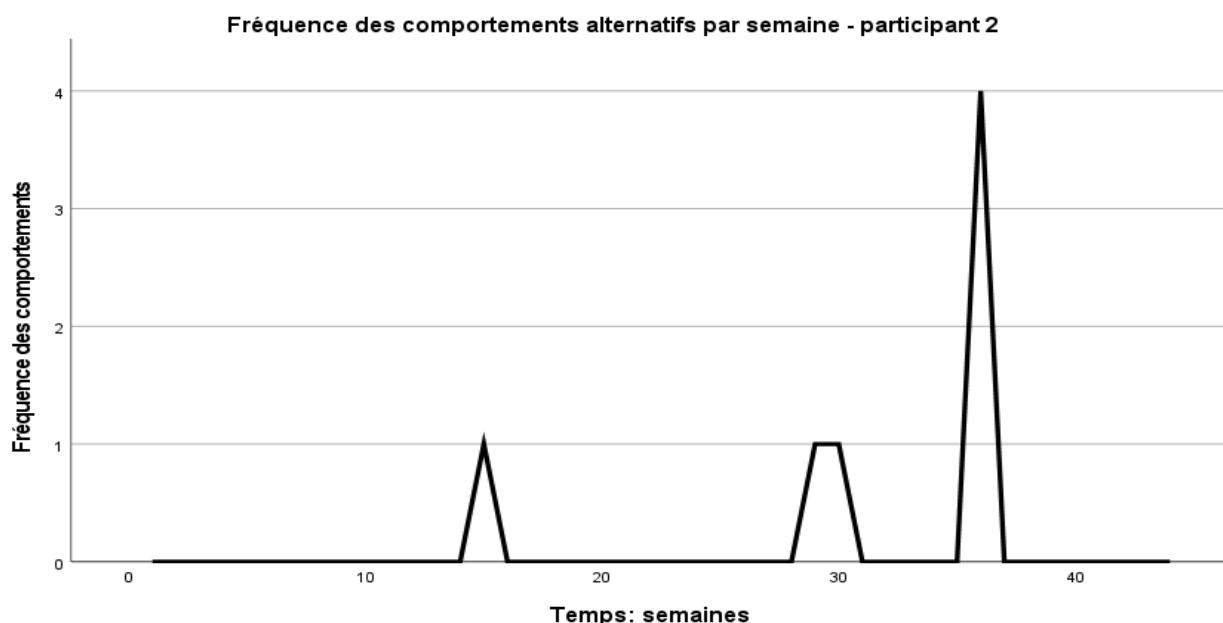
L’analyse des données qualitatives est venue appuyer l’analyse des données quantitatives en confirmant une diminution des CSI, autant en termes de fréquence que de gravité. Une intervenante de l’équipe a confirmé qu’il y a eu seulement quelques événements isolés au cours de l’année et qu’il y a une réelle différence importante quant à la fréquence et la gravité des comportements après un an d’utilisation de l’AIMM.

Ben, c'a été vraiment une super belle évolution en fait. Moi c'est un des dossiers dans lequel je suis plus que satisfaite des progrès faits, de la méthode de travail, c'a vraiment été payant. Tsé, les données parlent, il y a eu quelques évènements isolés, mais sinon là on n'est vraiment pas dans la même fréquence et intensité que l'année dernière. (Intervenante 1, participant 2)

Concernant l'évolution du comportement alternatif, la Figure 5 présente les résultats. Le graphique présente la fréquence des comportements par semaine. Par exemple, 1 comportement a été observé à la semaine 14. Le comportement observé était relatif à la capacité de la personne de nommer son émotion en contexte. Une légère tendance à la hausse a été observée.

Figure 5

Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 2



Toutefois, l'analyse des données qualitatives a permis d'apprendre que très peu de données ont été recueillies à ce sujet au cours de l'année. L'équipe explique qu'il aurait dû y avoir plus de cotations dans les grilles *Sommaire* concernant le comportement alternatif, mais que les intervenantes n'étaient pas habituées d'observer ce type de comportement, alors ce fut plus difficile de recueillir les données.

Ben oui, je pense, dans le sens que ça c'est nouveau pour notre équipe [...] de porter attention, de porter des observations aussi sur un comportement comme positif. J'ai l'impression, en fait, qu'il doit en manquer plusieurs dans les grilles parce que eh ça été une notion qui a été comme plus difficile à assimiler, surtout au début de l'année [...], on a comme mis ça de côté un peu, on est revenues avec ça, on l'a expliqué quand même à quelques reprises, hein S (01) / J'ai senti que c'était comme un peu moins maîtrisé, mais en même temps, je pense qui en a eu plus que ce qu'on retrouve dans les feuilles sommaires là. (Intervenante 1, participant 2)

Selon leur perception, le participant s'est amélioré de façon significative concernant sa capacité de nommer son émotion en contexte réel et poursuivre ses activités. Leur perception a permis de mieux saisir l'évolution du comportement alternatif.

Ben je pense que ç'a bien évolué pour plein de raisons différentes. Je pense qu'il a eu, lui, en cours d'année, à cause des notions apprises et tout ça, des apprentissages qui ont été faits, je pense que lui aussi a été plus sensibilisé à ce qui peut être un élément, soit, c'est ça, qu'il le travaille, qu'il le tente, c'est ça, j'ai senti qu'il était plus sensibilisé. Pis quand ce facteur-là se produisait en lui, il était plus capable de s'arrêter, de mettre ses mains dans ses poches, avoir une réaction, de dire à son intervenante : « je ne suis pas bien, j'ai un malaise ». Ça c'est revenu souvent quand on décortiquait les situations, fak je crois percevoir qu'il y a eu une amélioration à ce niveau-là. (Intervenante 3, participant 2)

En plus du comportement alternatif, l'équipe a soulevé un apprentissage important fait au cours de l'année. Le participant a compris la différence entre le contrôle interne et le contrôle externe. Il s'agissait d'un apprentissage important en lien avec son comportement alternatif. Ainsi, il a appris à se contrôler, nommer son émotion, trouver une stratégie pour gérer la situation et poursuivre ses activités.

Il comprend le contrôle interne, il a vraiment développé son contrôle interne et il connaît c'est quoi le contrôle interne versus le contrôle externe, il a vraiment fait de bons apprentissages. (Intervenante 3, participant 2)

Un autre aspect positif inattendu a été observé. La démarche utilisée par l'équipe en lien avec le modèle d'AIMM a permis d'impliquer Sébastien dans sa réadaptation et de le valoriser en lien avec les progrès réalisés. Cela lui a permis d'améliorer sa confiance en lui. De plus, il s'est senti écouté et considéré, puisqu'il pouvait proposer des aménagements préventifs à retirer en

fonction de son évolution et de ses apprentissages. L'équipe a mentionné que ce cheminement lui a permis de prendre de la maturité.

[...] mais reste qu'avec tous les aménagements qu'on a pu retirer en cours d'année, moi je pense que, pour lui, pour la dernière portion de l'année [...], je pense qu'il a retrouvé de la confiance en lui. Je pense qu'il s'est senti quand même valorisé pis écouté pis considéré parce qu'on a réussi à retirer certains éléments de contrôle qu'il nous demandait de retirer ou qu'on y proposait d'enlever, ça y était super content, fak je pense que, eh, c'est valorisant pour lui aussi d'avoir vu le progrès qu'il a fait tsé. (Intervenante 1, participant 2)

Évolution des conséquences et impacts

Lors du groupe de discussion avant l'implantation de l'AIMM, l'équipe clinique indiquait que Sébastien avait subi de nombreuses conséquences à la suite de ses comportements et ceux-ci avaient eu des répercussions personnelles importantes. Tout d'abord, plusieurs restrictions et limitations mises en place avaient eu pour effet de diminuer la liberté de Sébastien lors de ses déplacements, ce qui lui occasionnait de la frustration. De plus, Sébastien vivait de l'anxiété à cause de ses comportements. Il devenait anxieux lorsqu'on le réprimandait et lorsqu'un retour était fait sur ses comportements.

[...] au niveau de la liberté, il est suivi par une TES tout le temps. [...] il est un peu marginalisé à ce niveau-là [...]. (Intervenante 3, participant 2)

Eh, il parle des malaises qu'il fait. Ça le rend très anxieux [...] il prend conscience qu'il a perdu le contrôle, c'est de même qu'il le nomme. Il dit : « j'ai eh, faut j'apprenne à me contrôler parce que je me ramasse dans le trouble ». Il le sait ça, c'est pas ça qu'il cherche, mais sa pulsion est trop forte. Elle l'emporte sur la conséquence. Même s'il sait qu'il va se ramasser dans le trouble, c'est plus fort que lui. (Intervenante 3, participant 2)

Concernant l'entourage, un des milieux de vie a dû trouver des ressources supplémentaires pour être en mesure d'assurer la surveillance adéquate du participant. De plus, les intervenantes nommaient une insécurité dans leurs interventions.

Eh, sinon, [le milieu de vie] en tout cas a vraiment très bien réagi face aux démarches qu'on a mis en place, pis j'ai senti que c'était comme : enfin on peut se concerter pour en discuter et tout ça. Tsé, comme je disais au début, oui ils avaient mis certaines choses en place [dans le milieu de vie], mais je pense qu'ils se sentaient un peu seuls là-dedans et ils avaient des craintes à savoir s'ils intervenaient de la bonne façon, pis comment, qu'est-ce qu'on pouvait faire face à [l'usager]. Donc je pense que [le milieu de vie] se sentait un

peu démuni face à ses comportements et je pense que ça venait un peu les chercher dans leurs valeurs de voir que [l'usager] pouvait eh, que c'était des gens qui étaient plus vulnérables que lui sur lesquels il commettait ses gestes. (Intervenante 3, participant 2)

Après un an d'utilisation de l'AIMM, les intervenantes mentionnaient qu'une des incidences encore présentes concernait la perception des intervenantes à son sujet et la vigilance ou la méfiance qui y était reliée.

Des impacts négatifs, en ce moment-là, je n'en vois pas beaucoup, autre que le stigma qui colle encore là. (Intervenante 3, participant 2)

Ben, tsé je pense que c'est ça, un peu comme [l'intervenante 3] vient d'aborder, c'est tous les intervenants dans le réseau, ben tous savent ce qui s'est déjà passé avec lui, fak tout le monde est quand même assez vigilant à ce niveau-là comme je vous dis, ça peut se reproduire, fak c'est sûr que ça laisse eh, ça laisse cet élément-là. Si on pense à ce jeune-là, si on demandait aux intervenants [du milieu de vie] de nous décrire le jeune, je pense que cette particularité-là de lui sortirait quand même, donc je pense que ç'a laissé des traces au niveau de son entourage d'être vigilant par rapport à ça, à ces comportements-là [...]. (Intervenante 1, participant 2)

Sinon, de façon générale, plusieurs éléments qui limitaient sa liberté ont été retirés en cours d'année. Entre autres, il n'est plus accompagné lors de ses déplacements.

Qu'est-ce qui reste au niveau de ces éléments-là... Eh, y a encore des déplacements [...], qui sont... Ben, la surveillance de ses déplacements, c'est moins encadré qu'au début, dans le sens que je crois qu'il doit s'annoncer à l'intervenant ou l'intervenant y permet son déplacement, eh on sait dans le temps à peu près comment ça va lui prendre à revenir, pis y a des déplacements en groupe qui se font, mais sans intervenant [...] c'est sûr que les toilettes communes, ça ça ne lui était pas encore permis [...], ça va reprendre ça aussi [...]. C'est un souhait qu'il a, c'est, je pense, quelque chose qu'on voudrait qu'il soit en mesure de faire, mais pour le moment ce n'est pas permis. [...]. (Intervenante 1, participant 2)

Monitoring de l'implantation

Au début du projet, l'élaboration du PAMTGC était déjà bien débutée, avec une grille d'analyse multimodale complète, des hypothèses, un objectif pour le suivi des comportements, des aménagements préventifs, la prévention active et des éléments de traitement de l'information. À l'exception de l'analyse multimodale, tous les autres aspects ont été travaillés en équipe

interdisciplinaire. Dans les notes, l'équipe mentionnait que l'objectif était trop général à ce stade, mais que les moyens ciblés étaient très précis.

Les grilles de cotation suivantes indiquaient que l'élaboration du plan de traitement et de réadaptation s'était poursuivie et qu'il avait été bonifié au cours de l'année pour y ajouter des interventions en lien avec chaque facteur de vulnérabilité ciblé. De plus, bien que l'objectif relié à un comportement alternatif ait été élaboré seulement dans les derniers mois de suivi, un comportement était suivi à l'aide des grilles *Sommaire* depuis quelques mois.

Quant à la qualité de l'élaboration du PAMTGC, les hypothèses étaient reliées à un ou deux facteurs seulement, puisqu'il s'agissait de la façon de faire habituelle de l'équipe, ce qui s'écarte du critère de qualité suggéré par les experts demandant d'intégrer un facteur contextuel, un facteur de vulnérabilité ou un facteur relié au traitement de l'information, le comportement et un facteur de renforcement. L'objectif relié aux CSI n'était pas observable ni mesurable. L'ensemble des autres aspects semblaient conformes.

Le monitoring de l'implantation des interventions a permis de constater que cinq aménagements préventifs étaient implantés dès le début du projet, ainsi que huit interventions de réadaptation. La prévention active était utilisée par le milieu de vie. Deux objectifs du plan de traitement et de réadaptation étaient travaillés. Ce constat vient expliquer l'absence d'observations du niveau de base pour le deuxième participant concernant l'évolution des CSI. Après 3 mois, le nombre total d'aménagements préventifs et d'interventions de réadaptation était implanté. Puis, à partir de 6 mois, l'équipe a indiqué qu'elle travaillait à diminuer progressivement les aménagements préventifs grâce à l'évolution positive du participant. Pour ce qui est du monitoring des rencontres de suivi des interventions, celles-ci semblent s'être déroulées selon la norme, en répondant majoritairement aux critères établis.

Synthèse

L’analyse multimodale a tout d’abord révélé que Sébastien n’avait pas toutes les connaissances et les habiletés sociales pour avoir un comportement sociosexuel adéquat. Puis, l’analyse a soulevé le fait que les comportements se produisaient dans un contexte où il n’y avait pas de surveillance. Sébastien avait besoin de comprendre les changements dans son corps, d’apprendre les comportements acceptables sur le plan sociosexuel, de maîtriser la notion de consentement et d’améliorer son contrôle interne.

La mise en place d’aménagements préventifs a rapidement été faite dans le milieu de vie afin de diminuer les risques. Sébastien devait être transporté de façon individuelle, il devait être accompagné pour certaines activités et la surveillance avait été accrue. Une prévention active était également en place pour soutenir les interventions en cas de comportements inappropriés. Rapidement, deux objectifs de réadaptation ont été introduits afin de développer ses connaissances concernant la sexualité et les comportements sociosexuels adéquats, et de développer ses habiletés sociales avec les personnes de son âge. Une intensité de deux ou trois rencontres par semaine a été mise en place avec l’éducatrice dans les premiers mois, puis un suivi régulier toutes les semaines a été maintenu.

Une fois ces interventions mises en place, aucun attouchement sexuel n’a été observé pendant les 12 mois d’implantation de l’AIMM. De plus, aucune tentative de voir les parties intimes d’autrui ni aucune incitation envers d’autres personnes n’a été observée par le milieu de vie. Pour ce qui est des comportements d’intrusion (p. ex., entrer dans la bulle des gens), une diminution a été observée au cours de l’année pour atteindre une absence de ce comportement pendant les trois derniers mois de suivi du projet. La fréquence et la gravité des comportements ont donc grandement diminué. De plus, le travail de réadaptation avec les éducatrices a permis à Sébastien de faire des apprentissages, de développer ses connaissances sur le plan de la sexualité et son contrôle interne. Il faisait ensuite la différence entre son contrôle interne et le contrôle externe. Le travail de réadaptation a également permis d’observer que Sébastien a développé sa capacité à nommer ses émotions dans son quotidien.

Sébastien s'est impliqué dans sa réadaptation. Il comprenait que plusieurs éléments de contrôle externe étaient mis en place au début, puis qu'il serait possible d'en retirer une fois certains apprentissages faits. Ainsi, en cours d'année, il lui est arrivé de demander de retirer certains éléments de contrôle externe et de recevoir une réponse positive de l'équipe clinique. À la fin de l'expérimentation, il restait quelques éléments assurant un contrôle externe pour diminuer le risque qu'un comportement sexuel inapproprié se produise. La réadaptation devait donc se poursuivre. L'évolution de sa situation a également permis à Sébastien d'améliorer son estime de soi. Au début du projet, il vivait de la culpabilité face à ses comportements et il s'inquiétait à savoir s'il était pédophile. Ces inquiétudes ne semblaient plus présentes à la fin du projet.

Participant 3 : Rémi

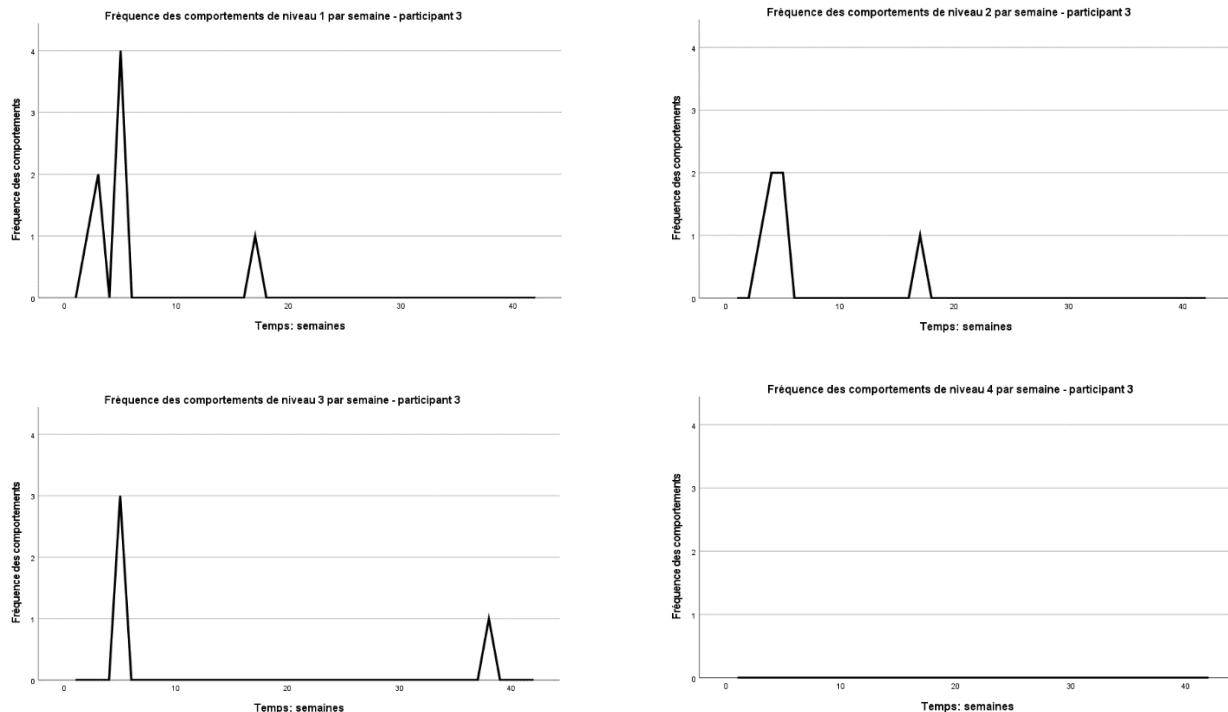
Rémi a un historique de comportements qui se sont reproduits à quelques reprises dans les dernières années. Il lui arrivait fréquemment d'avoir des comportements inappropriés en présence de femmes. La description des différents niveaux de la prévention active décrit ces comportements.

Évolution des comportements

La Figure 6 présente les graphiques de fréquence pour chacun des niveaux décrits dans sa prévention active. Le premier graphique en haut à gauche représente le niveau 1 de la prévention active, celui en haut à droite le niveau 2, en bas à gauche le niveau 3 et en bas à droite le niveau 4. Les graphiques indiquent le nombre de comportements observés (fréquence) chaque semaine. Par exemple, deux comportements de niveau 1 ont été observés pendant la semaine 2.

Figure 6

Graphiques de fréquence des CSI pour chaque niveau de la prévention active : participant 3



Tout d'abord, l'absence complète de comportements de niveau 4 observée est considérée une réussite clinique pour ce participant, en fonction de ses objectifs cliniques. En effet, aucun événement d'attouchements sexuels non consentis n'a été rapporté. Ensuite, le niveau 3 rapportait très peu de données, soit trois comportements au courant de la même semaine en début d'année et un seul autre comportement vers la fin de l'année. Le peu de données a rendu difficile toute analyse, mais le peu de comportements observés reste un résultat clinique intéressant. L'analyse visuelle des niveaux 1 et 2 rapportait une diminution intéressante des comportements, dont une absence totale de ces comportements pour les six derniers mois de l'étude. Globalement, les comportements ont diminué au cours de l'année quant à la fréquence.

L'analyse des données qualitatives a confirmé l'amélioration observée par les graphiques présentant les données quantitatives. Il s'agissait d'une diminution importante selon l'équipe clinique.

Ç'a diminué beaucoup. La gravité a diminué beaucoup. (Intervenante 3, participant 3)

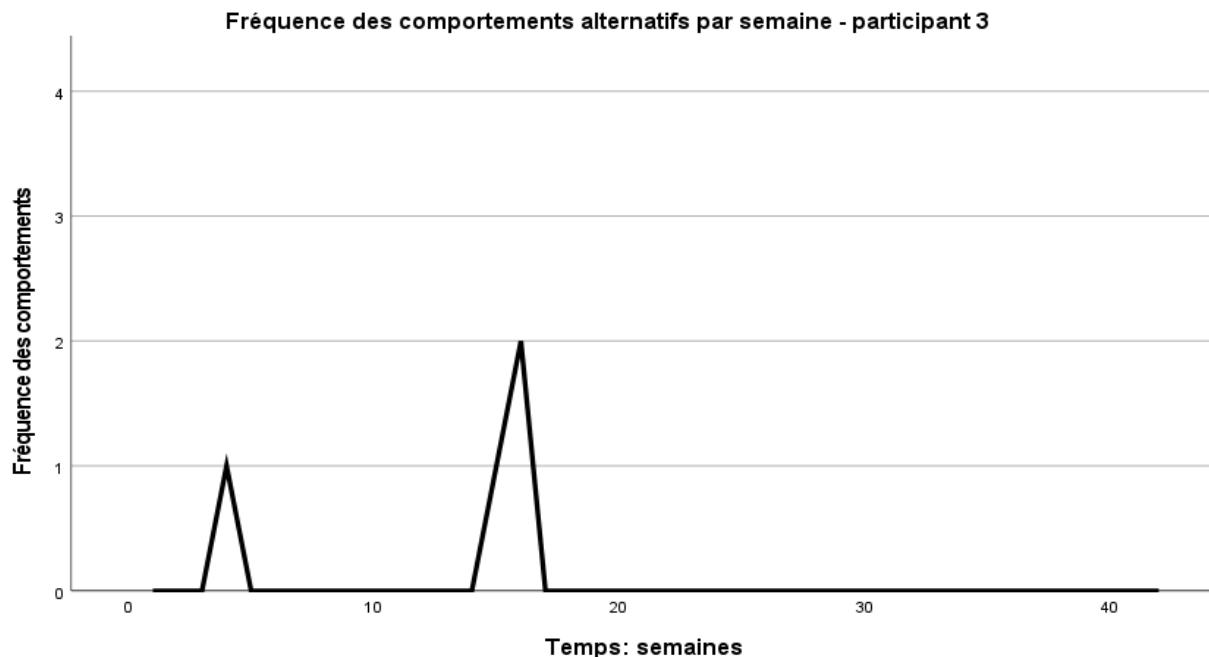
Plus précisément, le dernier comportement de niveau 3 observé a été détaillé afin d'expliquer la diminution de la gravité des comportements malgré la présence de cette cotation.

C'est une tentative d'attouchement, mais en même temps, y a demandé, y a des notions, fak c'est pour ça que, y a des notions qui, on voit qui a été apprises, mais y manque comme le peaufinage. (Intervenante 3, participant 3)

La Figure 7 présente les résultats concernant l'évolution d'un comportement alternatif. Le graphique présente la fréquence des comportements par semaine. Par exemple, un comportement a été observé à la semaine 3. Le comportement alternatif choisi était relatif à sa capacité à respecter une distance socialement acceptable lorsqu'il rencontrait une nouvelle personne (ne produire aucun comportement relié aux CSI décrits dans sa prévention active).

Figure 7

Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 3



Le faible nombre de données recueillies a rendu difficile toute analyse. L'équipe clinique ne remettait pas en doute le nombre de comportements observés, puisqu'elle l'expliquait

davantage par le contexte de stabilité du personnel dans la ressource et le faible nombre de sorties du client dû à son état de santé. Il n'a donc pas été possible pour l'équipe d'observer le comportement souhaité par manque d'occasion.

Ah oui, y'en a pas des masses là, / Et je suis presque certaine que ça, c'est dans nos locaux en plus. Les fois qu'on a fait les tentatives. (Intervenante 3, participant 3)

Évolution des conséquences et impacts

Avant le projet, Rémi a été rencontré par une personne représentant l'autorité, car il avait manifesté des CSI. Cette rencontre lui a fait comprendre les conséquences potentielles que cette situation pourrait apporter sur ses conditions de vie. Il ne voulait pas changer de milieu de vie. Aussi, un impact important pour lui concernait le fait qu'il ne pouvait plus voir cette personne, alors qu'il la voyait régulièrement.

C'a pris quand même une intervention [d'une personne représentant l'autorité], après l'incident avec [une personne] il a été rencontré [...] tout ça, ça c'est un élément qui lui fait très peur. Eh, ça vient vraiment mettre un frein là, ça il l'a verbalisé. (Intervenante 3, participant 3)

L'impact c'est qu'il voit pu [cette personne], qui faisait partie du décor. Dans le fond, il a perdu le contact avec [cette personne]. (Intervenante 2, participant 3)

Puis, il a perdu l'accès à un de ses milieux de vie et il était difficile de le remplacer par un autre qui permette une surveillance adéquate. Il devra probablement être intégré dans un nouveau milieu qui diminuera son intégration sociale dans la communauté. Aussi, il n'avait plus accès à certaines activités sociales. Il ne pouvait plus se promener seul en ville pour aller marcher ou faire du vélo.

Il avait des activités estivales chez nous [...] là c'est fini. (Intervenante 1, participant 3)

Il allait en ville, il prenait sa marche, il allait en vélo. Il était à une distance quand même raisonnable de la maison, pas partir marcher tout seul, mais sur le long de la rue, il était capable d'aller à un kilomètre, aller jusqu'au bord pis revenir, mais depuis l'incident, c'est comme, c'est extrêmement risqué. Il faut qui soit en ma compagnie. (Intervenante 1, participant 3)

Pour la personne responsable de la ressource, les comportements de Rémi avaient des impacts financiers importants. Par exemple, une intervenante était ajoutée spécifiquement pour lui lors de certaines activités pour permettre sa participation. Outre les impacts financiers, l'augmentation de la surveillance demandait plus d'organisation pour la ressource. Ces impacts ont amené la personne responsable de son milieu de vie à remettre en question le maintien de Rémi dans cet environnement. De plus, pour une intervenante, cela représentait également une augmentation de l'intensité de service qu'elle devait offrir.

Dans ce genre d'activité tsé, [la personne responsable] elle met du un pour un pour lui permettre de faire des activités quand même, fak ç'a des impacts financiers aussi pour [le milieu de vie]. (Intervenante 2, participant 3)

Je le rencontre deux fois par semaine, deux rencontres d'une heure, pis autant ça demande du temps, pis autant du temps de planification là de mes rencontres. (Intervenante 2, participant 3)

Après un an, les intervenantes mentionnent qu'il s'ennuyait étant donné qu'il n'avait toujours pas de travail. Il se valorisait beaucoup par son travail auparavant. Et comme la même surveillance était encore appliquée, il ne pouvait pas partir se balader pour se changer les idées quand il voulait, ce qui avait également un effet négatif sur lui.

C'est un monsieur qui se valorisait beaucoup par le travail, énormément, donc ça a un impact là, le fait de ne pas lui trouver quelque chose. Il dit qu'il s'ennuie, qui veut travailler, un homme s'est fait pour travailler, c'est ancré dans ses valeurs. (Intervenante 3, participant 3)

Ça a des impacts encore, parce que eh, le niveau de surveillance est encore là, donc pour pouvoir faire, pis là, le fait qu'il aille plus son emploi, qui soit pu occupé, c'est sûr qu'on a demandé au responsable : « est-ce que vous pouvez sortir avec lui quand même, pour augmenter sa qualité de vie » et le fait qu'il faut une surveillance à monsieur. Ben avant y partait à vélo, monsieur, tout seul et tout ça et il est obligé d'avoir un staff. (Intervenante 3, participant 3)

Concernant son milieu de vie, il y avait encore des questionnements à savoir s'il allait demander un déplacement, entre autres à cause des impacts financiers.

Fak financièrement, ç'a un impact et il nous en parle beaucoup et là il demande peut-être un déplacement, fak on est encore avec tout ça au-dessus de notre tête. Ça fait 1 an qu'on est là-dedans, puis on le connaît bien le monsieur. Il veut le garder, il trouve toujours des

moyens de financièrement être OK, ce qui fait en sorte qu'il peut pas faire grand-chose.
(Intervenante 3, participant 3)

Monitoring de l'implantation

Dès le début du projet, il était indiqué que le PAMTGC était bien amorcé. La grille d'analyse multimodale était complétée, des hypothèses expliquaient les comportements et les trois volets du PAMTGC étaient débutés. L'équipe mentionnait en commentaires que l'objectif et le plan de traitement et de réadaptation restaient à finaliser. Après 5 mois, l'objectif était finalisé, les aménagements préventifs avaient été bonifiés et une ébauche était faite pour l'objectif de réadaptation en lien avec un comportement alternatif, mais celui-ci devait être mieux défini. Après 10 mois, l'objectif de réadaptation en lien avec un comportement alternatif était élaboré.

Quant à la qualité de l'élaboration du PAMTGC, les hypothèses globales n'étaient pas complètes et l'objectif relié aux CSI n'était pas observable ni mesurable. De plus, aucune révision des objectifs et aucune confirmation des hypothèses ne semblait avoir été faite au cours de l'année. Les autres aspects du PAMTGC étaient conformes.

Pour ce qui est de l'implantation des interventions, la grille de cotation complétée au début du projet indiquait que cinq aménagements préventifs étaient déjà en place, que la prévention active était utilisée par le milieu, qu'un objectif de réadaptation était travaillé et que six interventions de réadaptation étaient en place. Ce constat explique l'absence d'observation du niveau de base pour ce participant concernant les CSI. Puis, la dernière grille indiquait qu'aucun objectif de traitement n'était travaillé à cette étape, puisqu'aucune éducatrice n'était assignée au dossier pendant cette période.

Le monitoring des rencontres de suivi des interventions indiquait que seulement quatre rencontres de suivi des interventions avaient eu lieu pendant l'année, dont seulement une après les cinq premiers mois. Les rencontres ne respectaient pas les critères pour les rencontres de suivi des interventions, elles ressemblaient davantage à des rencontres multidisciplinaires, mais cela permettait de faire le suivi des comportements.

Synthèse

L’analyse multimodale a entre autres amené l’hypothèse que Rémi avait de la difficulté à généraliser les apprentissages. De plus, il avait besoin de mieux comprendre différentes notions reliées aux habiletés sociosexuelles telles que les frontières sociales, l’âge et le consentement.

Des aménagements ont été mis en place afin de lui offrir plus d’intimité dans son milieu de vie, d’éviter la proximité physique avec certaines personnes, d’éviter de banaliser les évènements et de diminuer le risque lors de la présence d’une nouvelle personne et de sorties dans la communauté. Une prévention active a également été déployée rapidement dans la ressource. Des rencontres hebdomadaires avec son éducatrice ont été mises en place pour l’apprentissage de notions reliées aux habiletés sociosexuelles et l’éducation sexuelle.

La mise en place des aménagements préventifs a bien fonctionné et le travail de réadaptation semble avoir apporté des résultats rapidement. Rémi gardait une distance relationnelle adéquate avec les personnes et il ne harcelait plus comme il le faisait avant le début du projet. De façon qualitative, une diminution de la gravité des comportements a été observée. Certains CSI ont été observés à quelques reprises au courant de l’année, mais une diminution de la fréquence est observée. Ces observations montrent certains acquis.

Pour ce qui est de l’apprentissage d’un comportement alternatif adéquat, Rémi a eu peu d’occasions pour le mettre en pratique. De plus, il a vécu plusieurs changements d’éducatrices pendant l’année du projet, ce qui a ralenti le travail de réadaptation, car il avait besoin de temps pour créer un lien de confiance avec la nouvelle éducatrice avant d’être à l’aise de parler de sexualité.

Participant 4 : Jules

Avant le début de l’étude, Jules pouvait avoir une trop grande proximité physique avec autrui. Il était accaparant et approchait les personnes de façon inappropriée et ne respectait pas

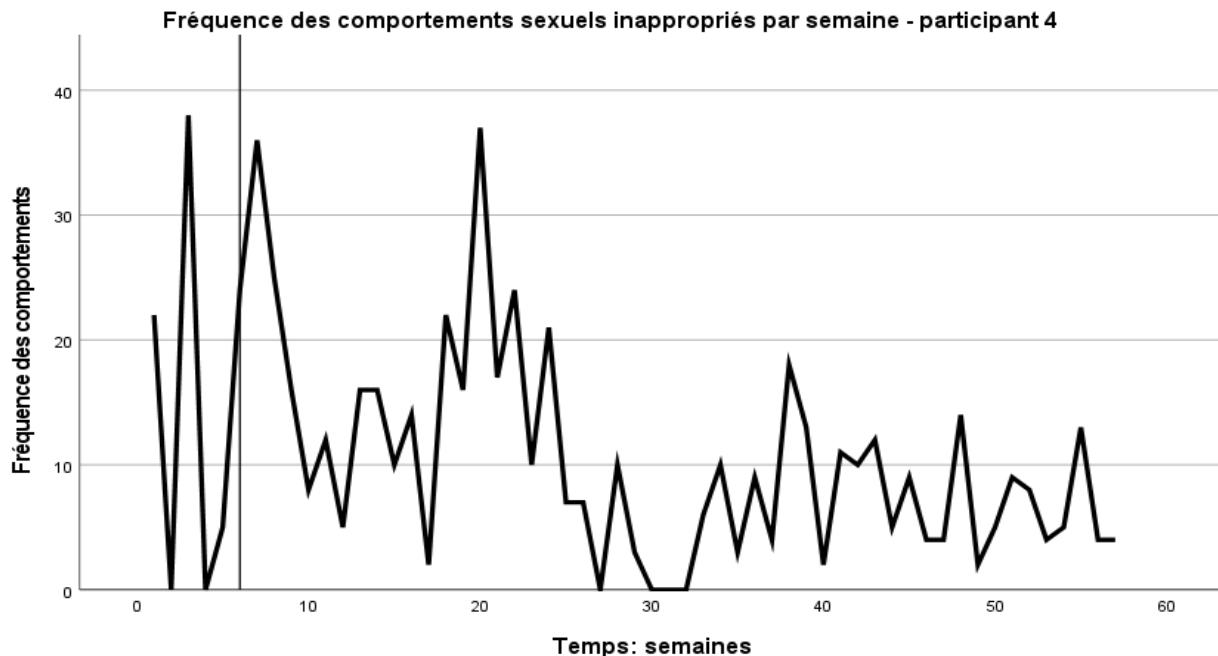
une distance sociale adéquate. Il avait tendance à être très accaparant auprès des personnes avec qui il souhaitait développer une relation intime. L'objectif du plan d'action était donc de diminuer les comportements d'accaparement de Jules.

Évolution des comportements

Contrairement aux autres participants, l'observation des CSI ne s'est pas effectuée en fonction des niveaux de la prévention active, mais en fonction de la description du CSI principal élaboré par l'équipe clinique avant l'élaboration de leur PAMTGC. La Figure 8 illustre l'évolution des CSI au cours de l'étude. Le graphique présente la fréquence du comportement sexuel inapproprié par semaine. Le niveau de base réfère aux cinq premières semaines. La délimitation verticale dans le graphique indique le moment où se termine le niveau de base. Par exemple, 22 comportements ont été observés pendant la première semaine.

Figure 8

Graphique de fréquence des CSI : participant 4



L'analyse visuelle du graphique a permis de constater une diminution du comportement. En effet, il fut possible d'observer que les comportements étaient généralement beaucoup plus fréquents au début de l'étude qu'à la fin, malgré une variabilité constante.

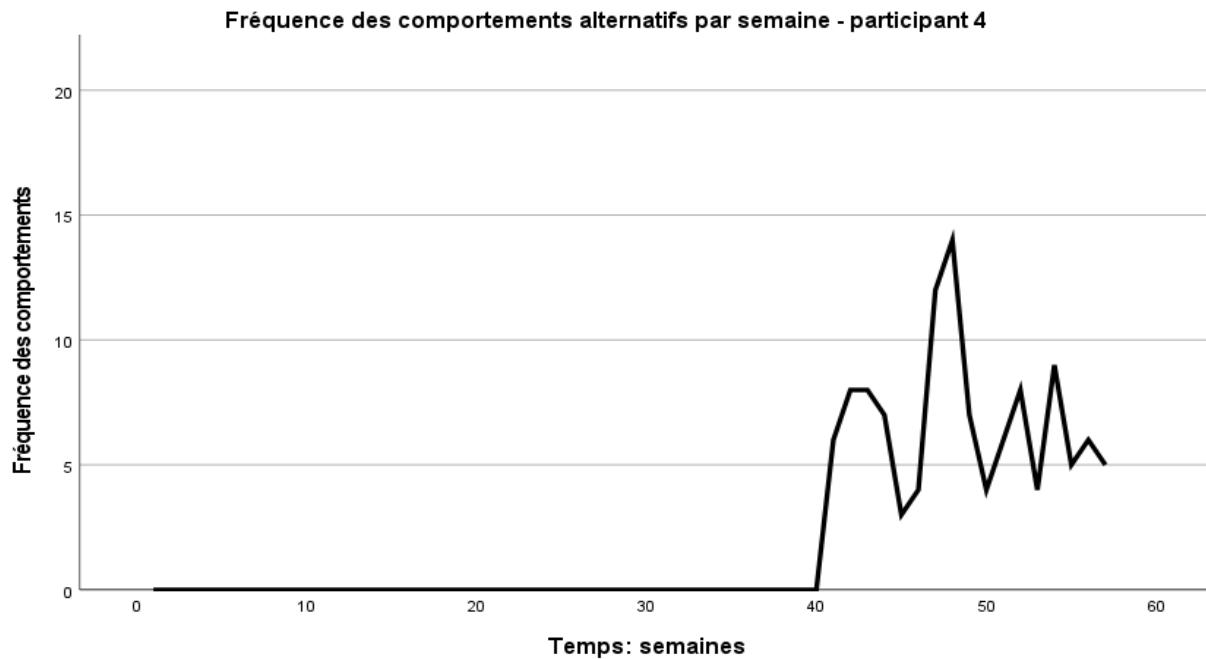
Les données qualitatives recueillies lors des groupes de discussion sont venues bonifier les résultats quantitatifs présentés. L'équipe clinique a confirmé qu'il y a eu une diminution du comportement. Les comportements étaient beaucoup moins fréquents, passant d'une moyenne d'environ 40 à 60 demi-heures par semaine au début du projet à environ 4-5 demi-heures par semaine à la fin du projet.

[...] pendant l'été où il y a moins d'éléments stressants, on est capable d'expliquer chacun des peeks [...] sinon il se maintient plus entre 4-5 demi-heures par semaine, comparativement qui a déjà été entre 40-60 demi-heures. / Pis je veux dire qu'on s'entend qu'on est rendu à quelque chose de bien là. (Intervenante 3, participant 4)

La Figure 9 illustre l'évolution du comportement alternatif. Le graphique présente la fréquence des comportements observés chaque semaine. Par exemple, six comportements ont été observés à la semaine 41. Le comportement alternatif était relatif à la capacité du participant à respecter la bulle de la personne lorsqu'il souhaitait entrer en relation avec celle-ci.

Figure 9

Graphique de fréquence du comportement alternatif : participant 4



Tout d'abord, il faut mentionner que l'absence de données pour les premiers mois ne réfère pas à une mesure de niveau de base, mais simplement au fait que les observations n'étaient pas débutées pour ce comportement. L'analyse visuelle a proposé une augmentation rapide au début, puis une certaine stabilité semblait présente dans les dernières semaines.

L'analyse des données qualitatives a permis d'améliorer la compréhension de l'évolution du comportement alternatif. L'équipe a précisé qu'elle a commencé à coter le comportement à la fin septembre et que l'éducatrice au dossier a quitté en novembre, ce qui correspondait au moment où la stabilité semblait s'installer. En guise de résultat, le participant réussissait à respecter la bulle d'autrui environ 50 % du temps selon la perception de l'équipe clinique.

Fin septembre. Donc tsé, ce qu'on voit, c'est qu'il ne faisait pas d'étape pantoute à y faisait 4 étapes sur 4, ou trois sur quatre, deux sur trois, trois sur trois, deux sur trois. Il se maintient quand même bien et quand il avait des éléments d'anxiété, ben là, as-tu vu ? Maintenant, il fait, soit qu'il en fait pas pantoute d'étapes, soit il fait deux étapes sur trois, fak là c'est que ça depuis le départ de [l'éducatrice spécialisée], mais il est quand même à

50 % parce que les lignes vertes c'est les lignes où il fait au moins deux étapes sur trois, donc quand il fait ses approches, il les fait quand même eh... (Intervenante 3, participant 4)

En plus du comportement alternatif ciblé et mesuré, un second comportement alternatif était travaillé. Le participant devait apprendre à mettre fin à une discussion avec autrui adéquatement. Après un an d'utilisation du PAMTGC, le participant avait atteint son objectif. Il s'agit donc d'un autre comportement qui présente une belle amélioration cliniquement.

C'est vraiment mieux là, avec [l'éducatrice spécialisée], elle a fait beaucoup de travail avec et moi aussi, tsé à la maison, couper le lien à chaque fois. Tsé, c'est toujours à prévoir encore, maintenant je te dirais qu'il fait deux bye bye. Quand il est plus anxieux, il va en faire trois, mais au début il pouvait en faire 20. Ça avait aucun bon sens.
(Intervenante 4, participant 4)

Outre l'évolution des comportements ciblés, l'utilisation de l'AIMM auprès du participant a apporté d'autres effets positifs qui n'étaient pas nécessairement ceux attendus par l'équipe clinique. Tout d'abord, la démarche d'analyse multimodale a permis à l'équipe de mieux saisir la dynamique et le fonctionnement du participant. Cette compréhension plus approfondie leur a permis d'adapter leurs interventions afin de mieux répondre à ses besoins.

Ben, je pense en termes de qualité de vie. Je pense qu'on a mieux compris eh, autant ses besoins que qui il est, donc d'y aller en lien avec ses éléments stresseurs, du pourquoi il ne va pas à l'école et de plus l'écouter là-dedans aussi là. (Intervenante 3, participant 4)

Évolution des conséquences et impacts

Au début de l'étude, un des impacts majeurs concernait la difficulté à l'intégrer dans un milieu de travail. Concernant son entourage, ses comportements demandaient plus de surveillance et il pouvait rendre les gens mal à l'aise à cause de ses comportements.

Ben, je te dirais l'impact majeur ç'a été au niveau du travail, parce que quand il est arrivé ici, on a voulu l'intégrer dans un travail, pis finalement, tsé, c'est ça, ça fonctionnait pas à cause de ça. (Intervenante 2, participant 4)

Pis ç'a été recommandé aussi, parce qu'il allait en vélo [...]. Bon, ben y était peut-être pas nécessairement sécuritaire, mais ça ç'a été recommandé qui prenne le transport.
(Intervenante 1, participant 4)

Un an plus tard, le seul impact identifié pour Jules concernait l'intimidation qu'il vivait dans un de ses milieux de vie, en raison de ses comportements. Pour les intervenantes, cela demandait parfois beaucoup d'énergie et il arrivait qu'il suscite des malaises chez des inconnus à cause de ses comportements.

La seule chose que je peux voir, c'est l'intimidation [...] qui peut peut-être avoir un lien avec ça, parce que si y en a un ou deux qui a dit qui est vraiment fatiguant et qu'il n'arrête pas, ben là y ont commencé à se parler et là, ils l'ont pris de travers. C'est peut-être là que je peux voir que ça peut avoir un impact néfaste. (Intervenante 4, participant 4)

[...] quand on s'en va à l'extérieur, c'est des nouvelles personnes, tsé [parlant d'une personne de son entourage] il le sait qu'il ne faut pas qui la fixe, il connaît les règles, ça va bien. Je te dirais que l'impact, ben sur moi c'est pas, à part que ça demande de l'énergie, parce que c'est accaparant, à part des inconnues des fois, des malaises, des inconforts, se faire fixer, se faire eh, tsé comme trop coller ou des fois, juste dire bye 7-8 fois, la personne ne sait pu comment réagir, elle se dit : « voyons qu'est-ce qu'il veut ? ». (Intervenante 4, participant 4)

Monitoring de l'implantation

Après 4 mois, l'analyse multimodale et l'élaboration du PAMTGC étaient complétées et répondraient aux critères de qualité selon la grille de cotation complétée. Le plan a ensuite été bonifié au cours de l'année, entre autres en confirmant des hypothèses et en ajoutant un objectif sur un comportement alternatif qui était suivi à l'aide de la grille *Sommaire*. Ensuite, les grilles de cotation indiquaient que huit aménagements préventifs étaient implantés après 4 mois, et ensuite 13 après 7 et 12 mois. La prévention active était utilisée dans le milieu à tous les temps de mesure. Pour ce qui est du plan de traitement et de réadaptation, deux objectifs étaient travaillés jusqu'à la fin du 7^e mois, puis l'équipe mentionnait en commentaires qu'un troisième objectif avait été ajouté à ce moment. Le nombre d'interventions de traitement et de réadaptation était également passé de trois à quatre à ce moment. L'implantation des interventions semblait s'être déroulée conformément au processus de l'AIMM selon les grilles de cotation. Pour ce qui est des rencontres de suivi de l'intervention, l'ensemble des rencontres ont eu lieu pendant l'année d'expérimentation. Le déroulement des rencontres semblait avoir suivi le processus prévu selon les critères de qualité établis.

Synthèse

L’analyse multimodale suggérait que les comportements se produisaient, entre autres, lorsque l’adulte responsable était occupé, lorsque Jules se sentait ignoré ou que l’on n’était pas à l’écoute de ses besoins, lorsque certaines personnes étaient présentes dans son environnement et lors de transitions. Ces comportements lui permettaient d’obtenir de l’attention et de la sécurité.

Les aménagements préventifs ont eu comme conséquence de restreindre ses déplacements, mais également de structurer sa routine du soir, faciliter les moments de transitions et prévoir des moments exclusifs entre la personne responsable du milieu et lui afin de lui offrir de l’attention positive. La prévention active a également été mise en place dans son milieu de vie. Les interventions de réadaptation suivaient trois objectifs afin d’apprendre à respecter le temps prévu pour les discussions, à entrer en relation avec autrui et à couper le lien de façon adéquate lors d’une transition. Certaines interventions ont pu être généralisées dans plusieurs milieux, mais il était difficile de généraliser dans tous les milieux.

Les interventions mises en place ont aidé à faire diminuer les problèmes de comportement. Pendant l’année de suivi, les comportements reliés à une trop grande proximité physique ont diminué continuellement. Les comportements étaient très fréquents au début du projet, soit une trentaine de fois par semaine. À la fin du projet, l’équipe clinique rapportait que la fréquence des comportements avait grandement diminué et qu’ils étaient observés uniquement lorsque des stresseurs étaient présents. Le suivi des comportements pendant l’année avait permis d’identifier les causes, dont les éléments qui le préoccupaient et lui causaient de l’anxiété, ce qui a permis de travailler à les éliminer. Une médication pour l’anxiété a été intégrée et un léger effet positif a été observé sur la fréquence des comportements. Par ailleurs, Jules a vécu un changement de milieu d’occupation de jour et le déménagement d’une personne très proche de lui, ce qui a eu une incidence sur la diminution des CSI. Il s’agissait de deux stresseurs importants ayant été identifiés au cours du suivi des interventions. Le comportement alternatif de respecter la bulle d’autrui a été observé seulement dans les dernières semaines, mais une tendance

à la hausse a été observée. Le comportement de couper le lien de façon adéquate lors de transitions s'était grandement amélioré au cours de l'année, selon la perception des intervenantes.

L'éducatrice de Jules a été absente pendant les trois derniers mois du projet. Les comportements inappropriés ont continué de diminuer, mais son absence a semblé avoir fait ralentir ses apprentissages des comportements adéquats, puisque les rencontres avaient cessé. Tout au long du projet, le suivi des interventions a permis de mieux ajuster l'environnement aux besoins de Jules. Entre autres, il a cessé de fréquenter certains milieux qui lui causaient de l'anxiété. Jules était en accord avec cette décision. De façon générale, la démarche a permis de mieux connaître Jules et de mieux le comprendre, ce qui a permis d'améliorer sa qualité de vie au quotidien en répondant mieux à ses besoins.

Résultats quantitatifs

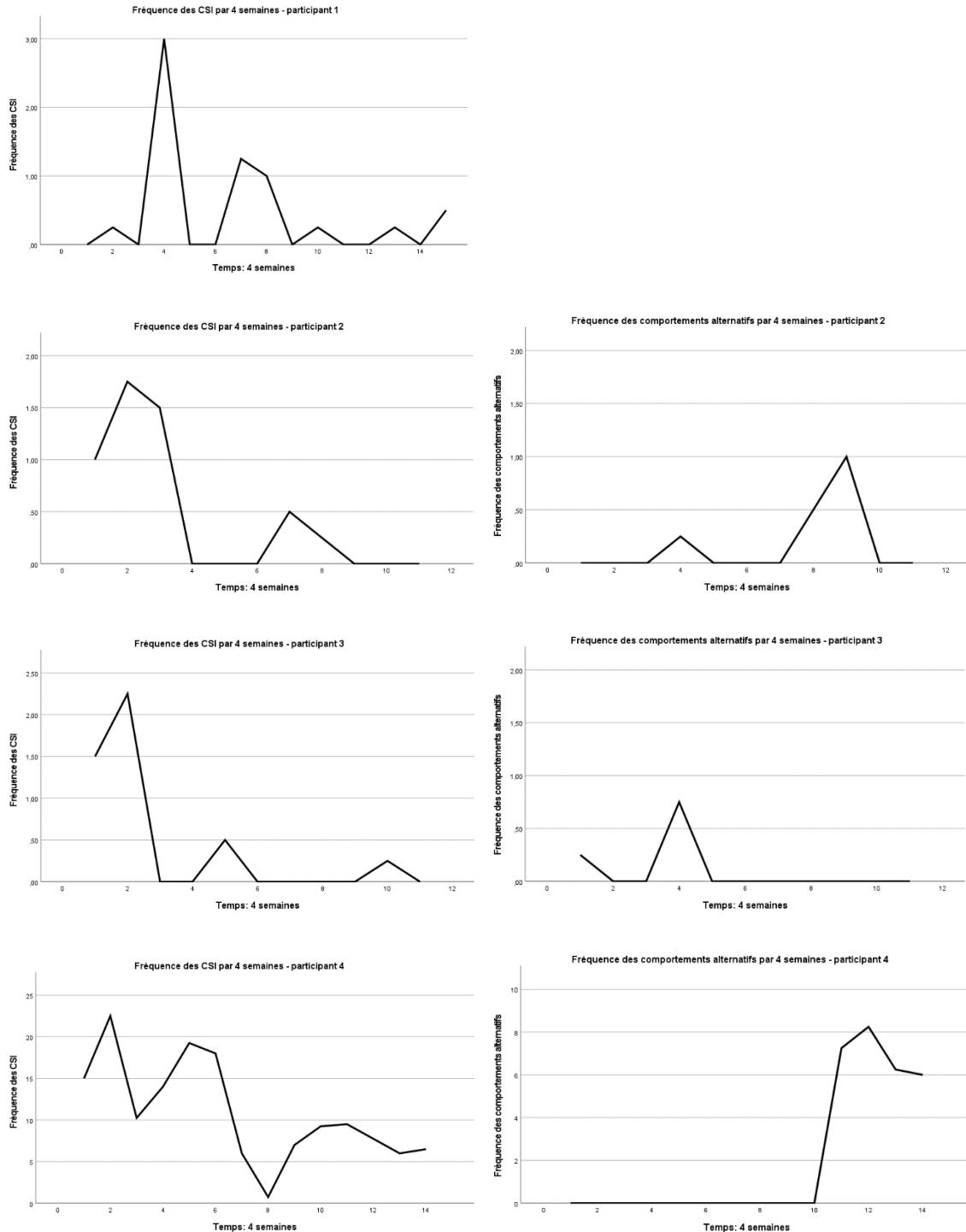
L'analyse des résultats quantitatifs a permis de présenter les résultats en lien avec les trois objectifs de la recherche suivants : 1) évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des CSI ; 2) évaluer les effets de l'AIMM sur l'augmentation des comportements alternatifs ; et 3) évaluer les effets de l'AIMM sur la diminution des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage.

Évolution des comportements

La Figure 10 illustre les graphiques pour chacun des participants à l'étude, relativement à l'évolution des CSI et l'évolution des comportements alternatifs. Les graphiques de gauche illustrent l'évolution des CSI alors que les graphiques de droite illustrent l'évolution des comportements alternatifs. Les graphiques de la première ligne illustrent les résultats du premier participant, les graphiques de la deuxième ligne illustrent les résultats du deuxième participant et ainsi de suite. Les graphiques présentent la fréquence des comportements, par quatre semaines. Pour les CSI, il importe de préciser qu'il s'agit de la somme des comportements observés, tous niveaux confondus. Par exemple, pour le premier participant, trois CSI ont été observés entre le début de la semaine 13 et la fin de la semaine 16.

Figure 10

Graphiques de comparaison de l'évolution des CSI et des comportements alternatifs pour chaque participant



L'analyse visuelle des graphiques a permis un constat général concernant la diminution des CSI observés au cours des 12 mois de l'utilisation de l'AIMM. Bien qu'une certaine fluctuation des données ait été observée pour chacun des participants, une tendance à la baisse a été observée pour chacun. Pour ce qui est de l'évolution des comportements alternatifs, l'analyse visuelle des graphiques ne pouvait être concluante étant donné le trop petit nombre de données recueillies pour les participants 2 et 3. Le participant 4 présentait une augmentation intéressante de son comportement alternatif dans les dernières semaines.

Une analyse statistique a été réalisée dans SPSS (version 28.0) avec un test t pour échantillon unique afin de vérifier s'il existait une diminution statistiquement significative entre le niveau de base estimé par les équipes cliniques lors des groupes de discussion et la moyenne hebdomadaire des CSI pendant l'utilisation de l'AIMM pour chaque participant. Le Tableau 4 présente les résultats de cette analyse. Pour chaque participant, le tableau présente le niveau de base estimé équivalent à la valeur fixe avant l'intervention, la fréquence hebdomadaire moyenne des comportements pendant l'utilisation de l'AIMM, le nombre d'observations (nbre obs.) ayant servi au calcul de la moyenne pendant l'intervention et le résultat du test t . Le nombre d'observations ayant servi au calcul de la moyenne réfère au nombre de semaines d'observation effectuées auprès de chaque individu. Par exemple, pour le participant 1, la moyenne « Pendant » réfère à la moyenne de la fréquence des CSI de chacune des 55 semaines d'observation.

Tableau 4

Comparaison de moyennes sur la fréquence hebdomadaire des CSI avant et pendant l'utilisation de l'AIMM

	Avant (niveau de base)	Pendant (phase d'intervention)	Nbre obs.	t
Participant 1	7	0,47	55	-37,98**
Participant 2	2	0,45	44	-10,03**
Participant 3	1	0,43	42	-2,47*
Participant 4	40	10,72	57	-23,93**

*p < 0,01 ** p < 0,001

Pour le premier participant, l'analyse statistique a démontré que la moyenne pendant ($b = 0,47$) se différencie significativement de la valeur de référence représentant la moyenne avant ($a = 7$) l'utilisation du modèle d'AIMM ($t(54) = -37,98, p < 0,001$). L'analyse statistique pour le deuxième participant a démontré que la moyenne pendant ($b = 0,45$) se différencie significativement de la valeur de référence représentant la moyenne avant ($a = 2$) l'utilisation du modèle d'AIMM ($t(43) = -10,03, p < 0,001$). Concernant le troisième participant, l'analyse statistique a démontré que la moyenne pendant ($b = 0,43$) se différencie significativement de la valeur de référence représentant la moyenne avant ($a = 1$) l'utilisation du modèle d'AIMM ($t(41) = -2,47, p < 0,01$). Finalement, l'analyse statistique du quatrième participant a démontré que la moyenne pendant ($b = 10,72$) se différencie significativement de la valeur de référence représentant la moyenne avant ($a = 40$) l'utilisation du modèle d'AIMM ($t(56) = -23,93, p < 0,001$). En conclusion, l'ensemble des participants ont présenté une diminution statistiquement significative de leurs CSI pendant l'utilisation de l'AIMM comparativement au niveau de base estimé par les équipes cliniques.

Aucune analyse statistique n'a pu être effectuée concernant les comportements alternatifs étant donné le faible nombre de données recueillies et l'absence de données antérieures (niveau de base) à l'observation des comportements ciblés.

Concernant l'évolution de la gravité des CSI, le Tableau 5 présente les résultats associés à la catégorie comportementale *comportements sexuels aberrants* de l'EGCP-II-R. Plus précisément, le percentile de chaque participant est présenté aux deux temps de mesure prévus, soit avant l'utilisation de l'AIMM (prétest) et un an plus tard (post-test). Le percentile est utilisé pour établir les seuils critiques indiquant la présence de TGC ou TC spécifiques reliés à chaque catégorie comportementale de l'EGCP-II-R. Le seuil pour identifier un TC spécifique léger est un résultat entre le 50^e et le 68^e percentile, celui pour identifier un TC spécifique modéré est un résultat entre le 69^e et le 83^e percentile, puis un résultat situé au 84^e percentile et plus suggère un TGC spécifique (Sabourin *et al.*, 2016).

Tableau 5

Percentiles associés à la catégorie comportementale « comportements sexuels aberrants » de l'EGCP-II-R

	Prétest	Post-test
Participant 1	93 Grave	78 Modéré
Participant 2	97 Grave	10 Aucun
Participant 3	91 Grave	63 Léger
Participant 4	95 Grave	63 Léger

L'analyse des résultats a démontré la présence d'un TGC spécifique relié à la catégorie comportementale *comportements sexuels aberrants* pour chaque participant à l'étude lors du prétest (percentiles : 93, 97, 91, 95). Pour ce qui est des résultats lors de l'évaluation

postintervention, les résultats ont démontré une diminution de la gravité pour l'ensemble des participants (percentiles : 78, 10, 63, 63). Le premier participant affichait un résultat situant ses comportements sexuels aberrants dans la catégorie du TC spécifique modéré avec un percentile de 78. Le deuxième participant ne présentait plus de TC spécifique à la catégorie de comportements sexuels aberrants avec son percentile de 10. Les deux derniers participants se retrouvaient dans la catégorie des TC spécifiques légers avec un percentile de 63. Globalement, une diminution a été observée quant à la gravité des comportements sexuels aberrants pour l'ensemble des participants.

Évolution des conséquences et impacts

En plus de la collecte de données qualitatives concernant l'évolution des conséquences et impacts effectuée lors des groupes de discussion et présentée dans la section des études de cas, L'ECI-TC sert à mesurer quantitativement le niveau de gravité des conséquences et impacts des comportements (Sabourin, 2016a). Les équipes cliniques devaient d'abord cibler les trois catégories comportementales de l'EGCP-II-R référant aux comportements les plus graves. Dans le cadre de cette étude, une vérification a donc été faite afin de s'assurer que les CSI étudiés faisaient bel et bien partie des comportements évalués par l'ECI-TC pour chaque participant.

Le Tableau 6 présente les résultats de chaque participant à l'ECI-TC. Plus précisément, les percentiles reliés à la somme des conséquences et impacts (Somme CI) pour chaque participant sont présentés pour les deux temps de mesure, soit avant l'utilisation de l'AIMM (prétest) et après un an (post-test). Un percentile de 50 est utilisé comme seuil critique pour déterminer une situation comportementale grave (Sabourin, 2016b). Un percentile de 50 et plus associé au résultat « Somme CI » suggère que la personne et son environnement subissent des préjudices et des méfaits psychosociaux importants (Sabourin, 2016b).

Tableau 6*Percentiles associés au résultat « Somme CI » de l'ECI-TC*

	Prétest	Post-test
Participant 1	50	40
Participant 2	50	5
Participant 3	45	10
Participant 4	30	5

Tout d’abord, l’analyse clinique a indiqué que les participants 1 et 2 atteignaient le seuil critique indiquant qu’ils vivaient des préjudices et des méfaits importants relativement à leur TC avant l’expérimentation (percentile 50). Le troisième participant était légèrement sous ce seuil (percentile 45). Il se situait dans la moyenne de la population de référence, à moins d’un écart-type. Le quatrième participant se situait également près de la moyenne, à moins d’un écart-type, avec un percentile de 30. Puisque la moyenne réfère à un échantillon d’usagers complexes ayant des TC, cela ne signifie pas que les conséquences et impacts sont peu importants, mais plutôt qu’ils n’étaient pas suffisamment importants pour atteindre le seuil critique demandé pour correspondre à la définition d’un TGC. Concernant les résultats postintervention, il est intéressant de noter qu’aucun participant n’atteignait le seuil critique. Seul le premier participant se situait à moins d’un écart-type sous la moyenne (percentile 40). Les trois derniers participants présentaient des résultats se situant à plus d’un écart-type sous la moyenne (percentile 5-10-5).

Résultats qualitatifs

Les résultats qualitatifs présentent l’analyse des données qualitatives reliées aux deux derniers objectifs de la recherche, soit 1) d’identifier les variables influençant l’évolution des CSI et des comportements alternatifs selon la perception des intervenants ; et 2) de décrire les avantages, les inconvénients et les défis reliés à l’utilisation de ce modèle pour l’intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI selon la perception des intervenants.

Les variables influençant l'évolution des comportements

Les données recueillies lors des groupes de discussion ont été divisées en quatre grandes catégories : 1) les variables soutenant l'amélioration des CSI ; 2) celles venant nuire à l'évolution des CSI ; 3) les variables soutenant l'évolution des comportements alternatifs ; 4) celles nuisant à l'évolution des comportements alternatifs.

Les variables soutenant l'amélioration des comportements sexuels inappropriés

Diverses variables ayant aidé à la diminution des CSI ont été identifiées par les intervenants, autant en lien avec le processus d'AIMM en soi qu'en lien avec les caractéristiques de la personne ou de son environnement.

Les aménagements préventifs. La mise en place des aménagements préventifs était une des variables qui, selon la perception des intervenants, a aidé à faire diminuer les comportements, puisque cela élimine ou diminue les contextes à risque. La surveillance, l'accompagnement dans les déplacements, l'élimination de certaines activités ou de certains contextes sont des exemples d'aménagements préventifs ayant permis de diminuer les CSI.

C'a été assez payant de le faire comme ça, mais c'a été correct d'aller mettre les [aménagements préventifs] au départ, d'aller limiter ce qui était permis et pas permis et d'aller le faire de cette façon-là, autant par la suite on a pu aller élaborer plus et faire un espèce de back-track. (Intervenante E)

Mais nous qu'est-ce qu'on fait, on sait qu'il ne doit pas être en contact avec [les personnes vulnérables], on fait le maximum, on sort au parc, où il n'y a pas [de personnes vulnérables], même s'il va à la toilette, on l'accompagne, on attend devant la porte, on l'accompagne et on revient voir le groupe. Tu veux marcher, il n'y a pas de problème, vas-y, mais y a quelqu'un qui va te suivre. (Intervenante C)

Le contrôle externe. Parmi les aménagements préventifs, un facteur qui semble avoir eu un effet important était le contrôle externe mis en place autour de la personne pour diminuer les risques de passage à l'acte. Par exemple, la personne devait être accompagnée pour aller prendre une marche, elle ne pouvait pas fréquenter des parcs, elle doit être accompagnée pour ses

déplacements dans son milieu de jour, etc. Plusieurs ont identifié un lien direct entre la mise en place d'un contrôle externe et la diminution des comportements.

Le risque est diminué, il n'est pas éliminé, il est diminué / Parce qu'il y a un contrôle externe. (Intervenante A)

De un, les aménagements pour mettre en place le contrôle externe là, eh, ça, pour moi, ça fait partie, c'est un des gros facteurs. (Intervenante C)

Le plan de traitement et de réadaptation. Une autre variable reliée au processus d'AIMM était la mise en place du plan de traitement et de réadaptation ainsi que son suivi régulier. Plus précisément, l'individualisation des interventions et de l'éducation sexuelle offerte aux participants était une des clés de réussite selon les intervenantes. Des intervenantes ont mentionné que les comportements étaient probablement en partie dus à un manque de connaissances et à une curiosité naturelle. Alors, le travail sur les objectifs de réadaptation a permis de répondre à ces besoins, ce qui a permis l'évolution.

Ben, je pense que c'est vraiment notre travail auprès de notre plan de traitement, auprès de, le matériel adapté qui lui a été présenté, l'intensité aussi, eh y a eu quand même du gros travail de fait, / il a quand même eu un gros travail là pour aller normaliser un peu le sujet avec lui, pour qu'il puisse être à l'aise / je pense que tous les apprentissages et le fait que ce soit très individualisé, moi, à ma connaissance, on n'avait jamais offert ça à ce jeune-là, fak je pense que ça, principalement, c'a été ce qui a permis l'évolution.
(Intervenante E)

[...] mais y a aussi eh, tout l'enseignement qui a été fait. L'éducatrice a fait de l'enseignement, des mises en situation, a été chercher d'autres éducatrices dans les bureaux pour venir mettre en application, capter des trucs aussi. Donc ça c'est des approches auprès des inconnus, ça c'est venu jouer là-dessus aussi. (Intervenante C)

L'intensité de service. L'intensité de service offerte par les éducatrices était également une variable qui a été mentionnée pour la majorité des participants. Un participant a même eu une intensité de deux ou trois rencontres par semaine au début du projet afin de travailler les objectifs de réadaptation. Cette intensité aurait donc contribué à l'amélioration de la situation des participants selon les intervenants interrogés.

Pleins d'images différentes, normaliser c'est quoi, parce qu'on avait une hypothèse en lien avec le fait de découvrir ça ressemblait à quoi. Fak on y en a montré dans un contexte

adéquat. Fak y a eu beaucoup beaucoup d'apprentissages à ce niveau-là et quand on parle d'intensité, c'était, des fois au départ, deux à trois fois par semaine. (Intervenante B)

Tsé, jusqu'à mars, y a eu une fois par semaine du travail avec l'éducatrice, plusieurs notions qui ont été abordées. (Intervenante C)

L'implication de la personne. Le deuxième participant a été particulièrement impliqué dans le processus clinique et dans les décisions le concernant tout au long de sa réadaptation et cela a été un élément gagnant selon les intervenantes. Celui-ci pouvait participer aux décisions et faire des demandes, mais surtout connaître les raisons des décisions. De plus, il collaborait bien et il participait bien à ses rencontres avec son éducatrice.

J'avais vraiment trouvé ça intéressant cette partie-là, je trouve effectivement qu'il a été bien impliqué et autant que des fois il a fait des demandes qui étaient très légitimes et on disait en équipe : « oui, tu as raison, on est rendu à enlever tel élément de contrôle externe », autant des fois il en nommait, il avait vraiment un désir d'enlever un élément qu'on disait : « ouf, attends, on n'est pas rendus là », mais on était capable d'expliquer pourquoi on se sent pas encore rendus là, voici les prochaines étapes avant de pouvoir se rendre là et, finalement, ça fait qu'il a voulu participer. J'ai pas l'impression que des fois il a été en colère après [son milieu de vie] ou après son intervenante d'y avoir dit non ou d'avoir limité certaines choses, il a toujours bien participé et c'a toujours été intéressant là. (Intervenante E)

Les variables venant nuire à l'évolution des comportements sexuels inappropriés

Conformément à la perception des intervenants, d'autres variables sont venues influencer les résultats, cette fois en apportant des obstacles supplémentaires. Certaines variables étaient reliées aux caractéristiques des participants, puis d'autres étaient davantage reliées à leur environnement.

Les caractéristiques de la personne. Parmi les caractéristiques des participants qui sont identifiées comme ayant eu un effet négatif sur l'évolution de leur CSI, il y avait, entre autres, des difficultés cognitives, une dégradation de la condition physique ou médicale d'un participant et l'âge d'un participant.

Pis même en sexo, [la sexologue] pouvait pas réussir à aller chercher ça. On s'est rendu compte qu'il a plus de difficultés cognitives que, tsé, c'est un nouveau dossier. On le connaissait pas tant que ça l'année passée là. Un an plus tard, oui on se questionne c'est

quoi ses portes d'entrée pour l'apprentissage, de là pourquoi on a demandé une éval neuropsy qui a été acceptée là, dans notre budget, qui va avoir lieu cet automne, autant les éducatrices, nous autres, que [la sexologue] aussi dans son suivi en sexo là, cerner y a tu des problèmes de dysfonctions exécutives, tsé y a tu des choses qui nous échappent qui fait en sorte qu'on a l'impression qui intègre pas tant tout ce qui a été enseigné.
(Intervenante F)

C'est pour ça que là, présentement, avec le peu d'activités qu'il a, pis c'est pas parce qu'on veut pas, c'est des conditions physiques là, qui fait qu'il peut moins travailler. Il travaillait énormément, à temps plein, il est dans l'investigation médicale importante là, en ce moment. (Intervenante C)

Pis à son âge, c'est pas facile. De venir mettre en place les applications que ça fait des années ... Comment je pourrais dire ça... Y part tellement loin au niveau de ses connaissances sociosexuelles, c'est ce qu'on s'est rendu compte, à l'âge qu'il a, que notre plan de traitement est encore vraiment long. Y nous reste beaucoup d'apprentissages. Et pendant ce temps-là, on continue de mettre nos aménagements là. Y vieillit, c'est de plus en plus dur faire les rencontres, eh, physiquement, je le sais pas. Si on va réussir à les (...). C'est rare tout ça là / Il vient d'accepter d'entendre parler de masturbation. Il vient d'accepter d'avoir une revue pour lui, les personnes de son âge, c'est ça. C'est tellement long, c'est pour ça que je me demande si on va se rendre où on veut se rendre.

(Intervenante C)

Puis, le stress et l'anxiété ont été soulevés comme des facteurs importants pour un participant. L'analyse multimodale et le suivi des interventions a permis à l'équipe de confirmer une hypothèse expliquant le lien entre le stress et les comportements pour ce participant. Dans ce contexte, une des interventions a été de le retirer de l'un de ses milieux de vie, puisque cette occupation lui causait beaucoup de stress. Les intervenantes ont par la suite remarqué une diminution importante des comportements.

Parce que je pourrais dire que le plus gros impact que ç'a eu, c'est quand il a arrêté [de fréquenter un de ses milieux de vie] et quand sa blonde a déménagé. Deux gros impacts qu'on a vus, ç'a été comme drastique. (Intervenante D)

Les difficultés de collaboration avec le milieu. Une équipe clinique a mentionné avoir vécu des difficultés de collaboration avec la ressource. La relation s'est effritée au cours de l'année et l'équipe a observé que les interventions n'étaient pas mises en place comme souhaité. Entre autres, les données recueillies n'étaient peut-être pas fidèles à la réalité. Un écart de valeurs était observé quant à la croyance au potentiel de réadaptation de la personne.

Je pense que ça prend des conditions de base pour pouvoir venir mettre en place un PAM pis on les a pas. On a une job admin, TS résidentiel à faire, qu'on n'arrive pas à faire, qu'on continue de travailler dans le vide en ce moment. Le clinique travaille dans le vide en ce moment. (Intervenante F)

On a vraiment une, je pense qu'on a un problème de valeurs, de croyance en le potentiel de la personne. On est pris là-dedans pis on pensait pas être pris tant que ça là-dedans. (Intervenante F)

Une autre équipe a mentionné certaines difficultés de collaboration avec la famille.

L'équipe a observé une banalisation des CSI et la non-permission d'une saine sexualité. Au début, la collaboration était difficile et un proche niait certains comportements. Il ne voulait plus que la personne parle de sexualité avec ses intervenantes.

On a vraiment perdu ce lien de confiance là et [le proche] a demandé [au participant] de ne plus parler. [Le proche] souhaitait qu'il ne parle plus de rien, nous on l'a su à travers [lui], parce qu'il nous le dit, mais oui. (Intervenante E)

Les variables soutenant l'amélioration des comportements alternatifs

Dans le même ordre d'idées, plusieurs variables sont venues influencer l'évolution des comportements alternatifs selon les intervenantes. Parmi les variables ayant exercé une influence positive sur l'évolution des comportements, la majorité relevait des approches et des stratégies d'intervention mises en place.

Les aménagements préventifs. Bien que la grande majorité des aménagements préventifs était davantage reliée directement à la diminution des CSI, certains aménagements peuvent également avoir favorisé la disponibilité de la personne pour faire de nouveaux apprentissages. Par exemple, pour un participant, un aménagement était relié au fait de lui faire nommer ses émotions le matin à son arrivée dans son milieu de jour pour l'aider à gérer les émotions négatives vécues avant son arrivée, ce qui lui permettait d'être davantage disponible et réceptif au cours de la journée. Puisque son comportement alternatif était relié à sa capacité de nommer ses émotions lorsqu'il les ressent, cet aménagement lui a servi de pratique quotidienne pour lui permettre de développer cette compétence.

J'allais juste dire qui un aménagement de plus qu'on s'est rendus compte qu'il fallait faire. Chaque matin, avec lui, on prenait un temps avant de rentrer dans [le milieu de vie] pour comme tout défaire l'état dans lequel il arrivait, parce que souvent il arrivait dans un état eh, pas bien, eh le reste de la journée se passait pas super bien. Ça le mettait à risque, veut veut pas, parce qu'il n'était pas en contrôle de ses émotions, fak oui il a le fait qu'il puisse nommer ses émotions, mais y a eu un temps qui a été pris chaque matin pour essayer de le faire redescendre et qu'il soit très disponible au reste de la journée.

(Intervenante E)

Le plan de traitement et de réadaptation. Le plan de traitement et de réadaptation incluait divers objectifs pour l'ensemble des participants. Les objectifs concernant le développement des connaissances se rapportant à la sexualité ont influencé les objectifs en lien avec le développement d'un comportement alternatif, selon les intervenantes.

Ben je pense que ç'a bien évolué pour plein de raisons différentes. Je pense qu'il a eu, lui, en cours d'année, à cause des notions apprises et tout ça, des apprentissages qui ont été faits. (Intervenante E)

L'approche positive. Outre les interventions mises en place, l'approche positive utilisée et toujours présente en trame de fond a exercé une influence positive selon les intervenantes. Les valeurs de base de l'approche, comme la croyance et la considération, teintaient le choix des interventions et le fait d'impliquer la personne dans sa réadaptation. Cela a, entre autres, permis de répondre adéquatement aux besoins de la personne concernant son développement sexuel.

Moi je pense que c'est par l'approche positive aussi. / Pis tsé, on a permis [dans son milieu de vie] qu'il ait accès à son espace. (Intervenante B)

Le temps de vieillir, le considérer comme son âge, avec des besoins sexuels adéquats. (Intervenante E)

La sensibilisation de la personne, des proches et des intervenantes. Un des participants a été très impliqué dans le processus d'intervention et il a également été sensibilisé au sujet de la sexualité et de son développement sexuel. Selon les intervenantes, cette sensibilisation a soutenu ses apprentissages et le développement de ses compétences. De plus, un milieu de vie a également été sensibilisé au sujet de la sexualité en DI. Cela leur a permis de mieux comprendre la problématique et a fort probablement contribué à leur implication et leur participation dans le

processus d'intervention. De plus, un participant vivait dans son milieu naturel et la sensibilisation des parents a fait une différence selon les intervenantes. Au début de l'année, les parents étaient réticents à ce que le sujet de la sexualité soit abordé avec leur fils. Ceux-ci ne voyaient pas les besoins de leur fils à ce niveau. Puis, au fil des rencontres de suivi des interventions, des changements à la maison ont été observés par l'équipe clinique. Par exemple, le participant peut maintenant fermer la porte de sa chambre, ce qui n'était pas permis au départ.

[...] je pense que lui aussi a été plus sensibilisé à ce qui peut être un élément, soit, c'est ça, qu'il le travaille, qu'il le tente, c'est ça, j'ai senti qu'il était plus sensibilisé.
(Intervenante E)

[...] mais je sens aussi que [le milieu de vie] a été plus sensibilisé probablement à ça qu'auparavant. Quand on est arrivé, dans toute notre démarche de l'année précédente, veut veut pas on était face à [un milieu de vie] qui était craintif, qui avait peur pour la sécurité des autres, fak le discours autour de lui n'était pas des plus positifs évidemment, mais je pense qu'avec tout le travail fait et le soutien, j'ai vu aussi un changement de perception dans [le milieu de vie] de voir les beaux côtés de cette personne-là, ses forces et de voir quand il était capable de se contrôler et de nommer ses émotions ou quoi que ce soit justement. / Un moment donné c'est devenu une pratique plus courante. Fak tsé, le jeune a été plus sensibilisé, mais je pense que l'équipe aussi. (Intervenante E)

Oui, pis effectivement, comme tu dis, je pense qu'en cours d'année on a réussi à intégrer [le proche] à travers tout ça, parce qu'au début il n'était pas du tout là-dedans. Puis eh, à force de venir aux monitorings et qu'on lui explique un peu notre approche, j'ai l'impression qu'à la maison aussi il y a eu des retombées et un changement pour lui, pis ça je pense que ç'a aidé là. (Intervenante E)

Les variables venant nuire à l'évolution des comportements alternatifs

À l'inverse, d'autres variables sont venues ajouter des obstacles au cheminement des participants concernant l'évolution de leurs comportements alternatifs. Cette fois, la majorité des variables étaient reliées à des difficultés vécues par l'équipe clinique dans leur processus d'analyse et d'intervention.

Les changements ou l'absence d'intervenante. Tous les participants à l'étude ont vécu des changements d'intervenantes ou l'absence de leur intervenante au cours de l'année. Bien que cette réalité ne semble pas avoir influencé l'évolution des comportements de tous, certaines

équipes ont mentionné que les changements d'intervenantes ou l'absence de l'éducatrice ralentissaient le processus d'apprentissage.

C'est sûr que ç'a eu un impact parce qu'il avait des apprentissages à chaque semaine avec ses éducatrices, c'est juste que de tomber dans le vif du sujet, à chaque fois fallait recommencer à parler de d'autres choses avant d'arriver là aussi, fak on a perdu du temps. Y a eu des fois où on était en bris de service parce qu'on n'avait pas d'éducatrice. On avait une TS avec nous au début qu'on n'a plus. (Intervenante C)

[...] c'est peut-être plus au niveau de l'objectif d'apprentissage, en lien avec les techniques de comment entrer en relation, pis là avant y avait plus de capture, 3/3 étapes, ½, là soit il ne les fait pas ou y en a un sur deux. C'est vraiment depuis l'arrêt. Il n'y a pas d'entre-deux, il n'a pas le 4/4 qu'on avait avant parce qu'elle reprenait des situations quand même avec à toutes les semaines. (Intervenante G)

Les difficultés de collaboration avec la ressource. L'équipe d'un participant a mentionné surtout les difficultés de collaboration avec le milieu de vie pour expliquer l'impossibilité d'avancer vers le développement de comportements alternatifs. Le manque de croyance envers le potentiel de la personne a nui à la mise en place du plan de traitement. Il était difficile de prévoir des sorties dans la communauté permettant d'expérimenter dans un contexte réel. Plusieurs intervenantes impliquées ont fait face à ces difficultés. Une professionnelle a mis son suivi sur pause, puisqu'elle ne pouvait plus progresser sans que le participant fasse des apprentissages en communauté. L'équipe a expliqué en partie ces difficultés par le fait que le TC soit relié à la sexualité.

[...] la perception [du milieu de vie], selon moi, c'est que ça va toujours prendre un 1 pour 1, pis qui aura jamais d'avancement dans ce dossier-là. Tsé dans sa capacité de faire de nouvel avancement, y a plein de choses que, effectivement, on était bloqué au niveau du plan de traitement. (Intervenante A)

C'est son premier dossier comme sexo. TGC là, aucun problème, automutilation, violence envers les autres, provocation, trouble d'opposition, amène-s'en, parce que c'est sa zone de confort, mais ce sujet-là, peut-être par ses valeurs ou par crainte, tsé les impacts sont comme plus graves je pense dans sa perception, si y a des abus, tout ça. Ça là, [...] ça l'effraie beaucoup. Fak elle aime mieux mettre une cloche sur ses problèmes que de régler autour. (Intervenante A)

Le manque d'occasions. L'évolution des comportements alternatifs d'un participant a été expliquée principalement par le manque d'occasions de rencontrer de nouvelles personnes. Son objectif était relié à ce contexte. Étant donné le peu de mouvements de personnel dans la ressource, les occasions ne se sont pas présentées. De plus, le peu de sorties en communauté ajoutait à la problématique.

Exactement, c'est ça. Le fait qu'il n'ait pas de nouveau personnel [dans son milieu de vie]. Y a eu d'autres années où ç'a changé beaucoup, beaucoup, pas cette année, parce qu'on voyait beaucoup ça avec des nouvelles intervenantes [dans le milieu de vie], eh, là c'est pas le cas. (Intervenante C)

Les difficultés d'élaboration de l'objectif de réadaptation. Une des embûches rencontrées par certaines équipes cliniques se situait dans le choix et le libellé de leur objectif de réadaptation pour obtenir un objectif observable et mesurable. Ce défi a nui à leur capacité d'observer le comportement et donc à obtenir des données fiables sur l'évolution du comportement.

Effectivement. Et par rapport au comportement, de pouvoir nommer ses émotions et poursuivre son, de fonctionner comme on s'attendait de lui, c'est ça. On a eu de la misère autant à libeller ce comportement-là, autant à l'observer. (Intervenante E)

[...] pis comme t'as pu voir, on n'a jamais réussi à mettre de comportements positifs. / On n'a jamais réussi à coter une amélioration, à coter / (Intervenante F) Il avait invoqué que ça pourrait être, chaque fois qu'il croise un inconnu et qu'il agit de façon appropriée, à ce qu'on s'attend de lui / Mais, comme tu peux voir, on l'a pas / (Intervenante A)

Le manque de compréhension de la problématique. Une équipe clinique s'est vue confrontée à un questionnement quant au fonctionnement cognitif d'un participant. L'équipe a ressenti le besoin de demander une évaluation complémentaire par un spécialiste et elle était toujours en attente de cette évaluation lors du dernier groupe de discussion. L'objectif de cette évaluation était, entre autres, de mieux comprendre son fonctionnement cognitif et de savoir si le participant présentait des atteintes frontales afin de connaître les stratégies potentielles pour les apprentissages.

Synthèse

Afin de présenter de façon plus visuelle les variables influençant l'évolution des comportements, la Figure 11 présente la division de ces variables entre les facteurs de risque et les facteurs de protection. En résumé, les facteurs de risque venant ajouter un obstacle quant à l'évolution de la personne incluent, entre autres, des caractéristiques de la personne telles que des difficultés cognitives, l'âge avancé et une mauvaise condition physique ou médicale. Les autres facteurs de risque sont les suivants : la présence de stresseurs dans l'environnement de la personne, les difficultés de collaboration avec le milieu de vie, les changements d'intervenantes ou l'absence prolongée d'une intervenante, le manque d'occasions pour la personne de pratiquer les apprentissages faits en contexte réel, les difficultés d'élaboration de l'objectif de réadaptation ainsi que le manque de compréhension de la problématique clinique de la personne. Les facteurs de protection favorisant une amélioration de la situation de la personne quant à la diminution des CSI et l'augmentation des comportements alternatifs sont : la mise en place des aménagements préventifs venant réduire le risque de récidive du comportement, la présence de contrôle externe en début de processus, un plan de traitement et de réadaptation venant structurer le travail des intervenantes, l'utilisation de l'approche positive, une intensité de service permettant minimalement un suivi hebdomadaire, l'implication de la personne dans son processus clinique et dans les décisions, puis la sensibilisation de la personne et de son milieu quant à la saine sexualité en général et au développement sexuel des personnes présentant une DI.

Figure 11

Représentation de la division des facteurs de risque et de protection influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs



Les avantages, les inconvénients et les défis

Cette dernière partie des résultats présente la perception des intervenantes concernant les avantages, les inconvénients et les défis reliés à l'utilisation de l'AIMM pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

Les avantages de l'analyse et intervention multimodales

Plusieurs avantages ont été identifiés concernant l'utilisation de l'AIMM pour intervenir auprès d'une personne présentant une DI et des CSI.

C'est sécurisant. Plusieurs intervenantes ont abordé le fait que la démarche d'AIMM a permis de sécuriser l'équipe ou les partenaires. De plus, le partage de la responsabilité en cas de récidive était un aspect qui a enlevé un poids important à une des équipes cliniques.

Moi je trouve ça sécurisant d'avoir les aménagements préventifs d'écrits dans un document. Je trouve que c'est sécurisant, plutôt qu'on en rajoute un pis qui soit écrit nulle part, plutôt que oui on fait ça, mais que ce soit pas vraiment su parce qui peut arriver un paquet de changements, comme on sait tellement ! Fak je trouve que ç'a vraiment un aspect sécurisant. (Intervenante A)

Oui, pis qu'on dise tout le monde ensemble c'est correct là. Tsé, c'est OK oui pour le moment, effectivement je donne un exemple là, on lui permettra pas de circuler seul [dans un de ses milieux de vie]. Il va être accompagné d'un intervenant, oui vous faites bien de faire comme ça et c'est ce qu'on vous propose maintenant. Pis ça, oui, t'as raison [intervenante B], j'ai senti que de se faire valider dans ce qu'ils faisaient déjà finalement. (Intervenante E)

Ah, y a l'aspect eh... On dirait que quand on travaille en équipe, tout autour, c'est ça aussi qu'on a voulu partager [avec un des milieux de vie], quand on travaille en équipe tout autour d'un PAM, la responsabilité advenant un autre évènement n'appartient pas à cette personne, c'est comme tout le monde ensemble, on en a parlé, on a parlé que le risque zéro existait pas, que probablement qui allait encore avoir des évènements. On souhaite que ça aille en diminuant, mais... C'est comme si là, ça vient camper un peu plus le travail d'équipe, que tout le monde est au même niveau, on partage les informations entre tous les membres de l'équipe. J'aime bien cet aspect-là autour du PAM aussi là. (Intervenante B)

Ensuite, le fait que des aménagements préventifs étaient mis en place pour réduire le risque de récidive, mais qu'en parallèle on venait également travailler au niveau des connaissances et du développement des comportements alternatifs était rassurant pour les partenaires.

Oui, pis l'autre aspect que j'ai senti, je pense qu'on les sécurisait beaucoup, oui l'aspect des aménagements, mais en parallèle, on leur a tout de suite présenté ce que notre éducatrice allait faire en plan de traitement. Pis on a tout de suite présenté pourquoi on pensait qu'on n'était pas rendus à aller voir une sexologue, qu'on n'avait pas besoin de (...) dans notre équipe, parce que voici ce qu'on veut faire d'abord. Si ç'a pas d'impact, on ira, mais on a vraiment bon espoir qu'en faisant ça dans notre plan de traitement, on va voir une différence. On va pouvoir enlever des aménagements. Fak d'emblée, le plan de traitement aura été présenté aussi. Fak c'est pas juste de mettre des aménagements en place. (Intervenante B)

De plus, l'aspect sécurisant du PAMTGC a même influencé le maintien d'un participant dans sa ressource.

C'a amené un plan, c'est venu sécuriser la ressource aussi qui a décidé qui le gardait. (Intervenante C)

Structure, planification et organisation. Un deuxième avantage soulevé fréquemment dans les discussions pour l'ensemble des participants était la structure qu'apportait la démarche d'AIMM. Le PAMTGC permettait de tout noter à la même place, autant l'analyse multimodale que les aménagements préventifs, la prévention active et les interventions de traitement et de réadaptation. Une fois le PAMTGC complété, tout y était, dans un même document. Cela permettait d'orienter exactement le contenu du plan d'intervention et les interventions à faire auprès de la personne. Le plan était fait, il restait à le suivre. L'équipe savait où elle s'en allait, il y avait une planification à court, moyen et long terme. Puisque la démarche incluait également les rencontres de suivi des interventions mensuelles, cela structurait aussi les suivis.

Ben, le PAM en général, pour moi ça amène une structure, ça amène eh, un début, un milieu, une fin, C'est comme un PTR. Tsé, on *prevent*, on *teach* pis on *reenforce*, quand ça marche bien. Pour moi, la recette est là. Si, mettons, je ne connaissais pas cet usager-là, je prends ça pis je sais pas mal comment m'enligner. Je trouve ça bien ça, alors que quand on l'avait pas, y a beaucoup d'éléments / (Intervenante A)

C'est de la structure que c'est venu donner à l'équipe, la structure que c'est venu donner [au milieu de vie] aussi. Eh, le fait qu'on pouvait pu eh, on pouvait pu oublier nos aménagements parce qu'on les avait mis là. Eh, après ça c'est plus difficile de les oublier et qu'on reste là *ad vitam aeternam* aussi, fak on se fie beaucoup à notre PAM quand même pour les enlever, fak je te dirais que le plus grand, c'est la structure, parce qu'en sexo, auparavant, tsé on travaillait un peu à vue de nez, si je peux dire ça comme ça, au départ. Parce qu'après ça, ce qui était fait, c'était juste dans nos notes d'évolution, c'était pas, y avait pas de rapport, y avait pas de plan, c'était juste par nos notes d'évolution par nos consultations. Fak avec un PAMTGC, ça permet de tout avoir au même endroit. C'est vraiment intéressant pour ça. (Intervenante B)

Moi je me rappelle qu'au début, l'équipe était en peur, en crainte, responsable de ressources aussi, et quand je suis venue proposer ce médium-là j'ai eu une adhérence tout de suite avec la SAC de l'époque, l'éducatrice de l'époque, le responsable [du milieu de vie] aussi, on avait un plan, c'était pu flou mou, qu'est-ce qu'on fait avec monsieur, ç'a pas de bon sens. (Intervenante C)

Oui, le temps que ça prend, mais tsé, personnellement, eh, y a des dossiers qu'on a des rencontres une fois par mois, des fois aux deux semaines, parce que ça pète ici et là, on se pose une question, la fois d'après on se repose une question, fak c'est une démarche qui est structurée, on met tout dans la même patente. Fak moi, de le faire, ça prend un temps, mais sinon, je trouve que pour la suite, c'est plus facilitant. (Intervenante G)

La continuité des interventions. Un autre aspect soulevé par les équipes cliniques était l'avantage que présente le PAMTGC pour assurer la continuité des interventions. Les équipes ayant vécu des changements d'intervenantes au cours de l'année ont confirmé cet aspect.

L'équipe d'un participant a mentionné que les changements d'éducatrices en cours d'année n'ont pratiquement pas eu d'impact, puisque les interventions étaient bien décrites et planifiées. Puis, une autre intervenante a confirmé qu'elle avait utilisé le PAMTGC comme outil de transfert de dossier.

Si je me casse une jambe et que je ne suis pas là pour deux mois, ben c'est rassurant pour la personne qui arrive, pour l'équipe qui est déjà là, que l'intervenante qui va me remplacer va juste avoir à lire, ou je sais pas moi, dans 3 mois, si on a à le déplacer, ben le contexte va suivre tsé, la base va suivre dans, tsé dans la suite des choses. Donc je pense que ça, ça va être bénéfique pour que d'équipe en équipe, parce qu'on voit que les autres équipes on était pas capable de s'aider vraiment, quels gestes y avait eus, qu'est-ce qui avait été fait, tandis qu'avec ça, ça va nous aider à suivre les choses. (Intervenante A)

Tsé, je pense vraiment que le monitoring et le PAM a permis d'avoir une continuité entre les intervenantes. Le fait que ce soit si bien campé qu'est-ce que les éducatrices travaillaient, ç'a pas eu d'impact, le changement d'éducatrice n'a pas eu d'impact, je pense, qu'entre autres, une partie à cause de ce niveau-là. (Intervenante B)

Oui, pour une nouvelle SAC, pas beaucoup d'expérience en sexo, fak pour la continuité, moi ça va être plus facile avec la nouvelle SAC aussi. (Intervenante C)

L'historique écrit des interventions. Dans le même ordre d'idées, le PAMTGC permettait de garder un historique des interventions faites auprès de la personne dans un document qui perdure. Il a permis de garder une trace écrite des interventions qui ont été tentées ainsi que le résultat de ces interventions. Le PAMTGC est un document qui suit habituellement bien le dossier de la personne, il ne se perd pas. Certaines intervenantes ont expliqué qu'autrement les informations sont souvent floues concernant les CSI de la personne et les interventions ayant été mises en place.

Ça fait aussi un lien : ah, ç'a tu déjà été essayé ou non ? Souvent, c'est le questionnement dans chaque dossier. Qu'est-ce qui a déjà été fait avant, est-ce que ç'a fonctionné ou ç'a pas fonctionné ? Même si ça avait été essayé, pis que ça aurait pas fonctionné, ça veut pas dire de pas le réessayer, mais on peut Ah ! Ben il a été essayé, ç'a pas fonctionné, on va le refaire, mais on va rajouter un petit plus. Fak c'est une ligne directrice qui, je trouve, est ben intéressante pour savoir où on s'en va. (Intervenante A)

On entendait plein de choses des autres ressources d'avant, sans savoir exactement ce qui faisait. Il est arrivé dans votre *caseload*, c'était tout flou mou au niveau de la sexualité ce qui avait. (Intervenante F)

Pis c'est pas le genre de documents qu'on perd. C'est quelque chose qui est transféré parmi les transferts d'intervenant, un PAM. Un PAM ça se transfert automatiquement. C'est pas quelque chose qui est perdu ça (Intervenante C)

Le travail d'équipe. Plusieurs intervenantes ont soulevé l'avantage du travail d'équipe autour du PAM. Ainsi, toute l'équipe se concertait autour du plan d'action et tout le monde connaissait les orientations. Le travail en équipe interdisciplinaire a aussi facilité l'adhésion de l'ensemble des membres de l'équipe, puisque les décisions étaient prises de concert lors des rencontres. De plus, le fait que tout était consigné dans le PAMTGC a facilité le travail d'équipe avec les ressources. Le plan était disponible dans les milieux de vie, donc il était possible de s'y

référer pour expliquer certaines interventions. Cela permettait d'avoir une synthèse de dossier à portée de main.

Ben l'avantage c'est qu'on soit, avec un PAM je trouve qu'on suit, on est tous sur la même longueur d'onde, on fait tous ça. (Intervenante A)

Le suivi des objectifs. Une équipe clinique a mentionné qu'un des avantages de l'utilisation de l'AIMM pour des CSI est le suivi objectif des comportements et des objectifs d'intervention. L'équipe a expliqué que la description de ce type de comportements reste souvent floue, qu'il est donc difficile d'observer le comportement et d'en faire un suivi. En utilisant le PAMTGC, le comportement était décrit de façon objective et il était observé au quotidien. Cela a permis de s'ajuster selon son évolution.

Je trouve que quand on fait un PAM, toute cette lourdeur clinique là, souvent on le fait plus quand le comportement est avancé dans le temps, dans le sens que là c'est problématique, ça pète de partout et on ne sait plus quoi faire. Celui-là, on l'a fait plus en prévention. Ça nous a permis aussi, de mois en mois, de se réajuster avec toi et ça nous a permis de se dire OK on embarque et on le fait. Ça c'a été aidant dans le processus, de construire en fait, ensemble. (Intervenante D)

Un outil connu. Le dernier avantage identifié lors des groupes de discussion est que le PAMTGC représentait un outil connu de plusieurs éducatrices, de la spécialiste en activités cliniques, de la responsable des ressources et des partenaires, tout comme les outils d'observation qui y sont fréquemment associés. Cela a facilité l'adhésion des équipes et des partenaires à la démarche. De plus, cela permettait un langage commun entre les partenaires pour ceux qui sont habitués de l'utiliser en TC-TGC.

Pis c'est ça, même au niveau [d'un autre milieu de vie] comme j'ai mentionné au début, y avait des gens dans cette équipe-là qui avaient déjà eu à travailler avec des grilles sommaires dans le passé, pour d'autres [usagers] qu'on a desservis en TC-TGC, fak même pour eux, pour la plupart, c'est 50-50 dans l'équipe, mais y en a que pour eux, on leur présentait les documents et que c'était : ben oui, j'ai déjà travaillé avec ça. Fak on partait pas de zéro pis y ont embarqué immédiatement là-dedans là. (Intervenante E)

Non, j'en ferai pas d'adaptation, on est capable de l'utiliser comme tel, parce que (...) ça devient encore un autre outil, là j'aime le fait qui a tellement de personnes qui sont capables de l'utiliser que si c'est un nouvel éduc, ça vaut la peine de l'expliquer, parce qu'on est capable de l'utiliser dans plein de dossiers différents. (Intervenante B)

C'est rendu un langage courant entre les [milieux de vie]. (Intervenante C)

Les inconvénients de l'analyse et intervention multimodales

Tout d'abord, certaines intervenantes ont mentionné qu'elles n'y voyaient aucun inconvénient, seulement des avantages.

Pis le PAMTGC est plus appliqué que le PAM-TGS par exemple, pour le même... Mais je vois pas d'inconvénient, de désavantage. (Intervenante A)

En lien avec les comportements sexuels, ben je te dirais que j'ai pas trouvé d'inconvénient à le travailler comme ça, même au contraire. (Intervenante G)

Moi, je vois juste des plus là. Je ne vois pas de côté négatif. (Intervenante H)

Le besoin de formation. Un inconvénient qui a été soulevé était le besoin de formation pour bien comprendre le processus d'AIMM ainsi que le contenu du PAMTGC et la logique clinique derrière chaque partie de cet outil. Ainsi, lorsqu'une éducatrice n'était pas formée, il fallait souvent attendre plusieurs mois avant qu'elle ait accès à la formation complète sur l'AIMM. Il était donc nécessaire de prendre un temps avec elle pour lui expliquer globalement en quoi consiste l'AIMM pour qu'elle puisse poursuivre son travail.

Ben l'inconvénient que je vois, c'est les éducs qui ont contourné l'AIMM, qui tomberaient avec un dossier, ben peu importe en TC ou en TGS, dans les deux cas le temps d'avoir la formation c'est quand même plusieurs jours de formation, ça se donne deux fois par année, c'est tout, fak t'arrives entre ça, faut que tu prennes l'information aux autres pour comprendre c'est quoi. (Intervenante B)

Le temps. Le deuxième et dernier inconvénient mentionné référait au temps nécessaire pour compléter la démarche d'analyse multimodale, élaborer le PAMTGC et en faire un suivi régulier pour le garder à jour.

Le seul que moi je vois, présentement là, c'est pas au niveau clinique, parce que je suis très vendue démarche, c'est point de vue plus temps, haha ! Eh, dans un contexte où, pour ma part, je suis comme sur deux chaises, c'est comme quelque chose qui se rajoute à mes tâches. (Intervenante H)

Les défis de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales auprès de la clientèle

Finalement, certains défis ont été soulevés concernant l'utilisation de l'AIMM.

Mettre à jour le plan d'action multimodal. Un premier défi soulevé concernait les difficultés entourant le fait de tenir à jour, en continu, le PAMTGC. La majorité des équipes ne faisait pas les changements directement dans le document lors des rencontres, alors un membre de l'équipe devait faire ces changements par la suite. Plusieurs intervenantes ont mentionné que cela représentait un défi de le faire chaque fois et de ne rien oublier. Toutefois, toutes étaient d'accord que le défi était tout à fait le même en TC-TGC ou face à des CSI. Il s'agit d'un défi relié au processus d'AIMM en soi.

C'est sûr que le défi c'est l'intensité que ça apporte de tout le temps le mettre à jour, quand qui a une nouvelle affaire de le mettre. (Intervenante A)

Eh, ben comme n'importe quel dossier TC-TGC, y a le défi de toujours le mettre à jour, tsé on n'a pas confirmé ou infirmé l'ensemble de nos hypothèses, tsé toujours ça, on fait toujours les gros morceaux, mais c'est le défi de peaufiner et de ne jamais lâcher. Tsé, on était beaucoup sur nos aménagements, OK ça on va aller l'écrire, le plan de traitement on va le bonifier, mais juste nos hypothèses de base, j'ai réalisé tantôt, OK. On n'a pas fini là. (Intervenante B)

Libeller les niveaux de la prévention active. Certaines intervenantes ont mentionné qu'elles anticipaient l'étape de l'élaboration de la prévention active en lien avec les CSI. Elles craignaient avoir de la difficulté à libeller les comportements et les niveaux. Cependant, une fois le processus fait, toutes s'entendaient pour dire que l'anticipation était pire que la réalité et que le processus s'était bien déroulé.

C'est-à-dire eh, il fallait passer par-dessus notre barrière de comment on allait l'apporter, comment on allait libeller nos trucs, je pense que ç'a été ça le plus difficile. Comment mettre à niveau eh, y a tu vraiment des niveaux, on s'est posé cette question-là. Niveau veut pas dire la même chose eh, tout à fait, en TC-TGC, mais une fois qu'on a trouvé notre aise là-dedans on était sur une lancée, vraiment, l'anticipation était pire que l'utilisation. (Intervenante B)

Eh, y avait pour moi, on a eu le défi un petit peu de qu'est-ce qu'on met dans nos niveaux pis, un coup parti, ç'a quand même bien été. Moi j'avais plus d'anticipation sur comment je vais le faire au niveau de la sexualité. Pis finalement, quand on s'est assis et on a essayé de la faire, c'était plus facile que qu'est-ce qu'on avait anticipé. (Intervenante C)

Temps nécessaire. Un autre défi mentionné était le temps nécessaire pour l’élaboration du PAMTGC en équipe au début du processus. À titre d’exemple, une intervenante a expliqué que c’était un défi de mettre à son horaire une première journée pour la lecture de dossier et le début de l’analyse multimodale avant les rencontres en équipe pour l’élaboration du PAMTGC.

Parce que la première grosse partie de trois jours c'est tout le monde ensemble, moi, pour ma part, une journée à juste me booker moi-même, juste ça, cette première journée-là, il va falloir que j'y tienne et que je ne bouge pas ça de mon horaire mettons. (Intervenante G)

Conflits de valeurs. L’autre défi soulevé référait aux conflits de valeurs auxquels les équipes cliniques faisaient parfois face lorsqu’il était question de CSI. Certaines intervenantes et certaines personnes responsables de ressources étaient plus ou moins ouvertes face à la sexualité des personnes présentant une DI. Parfois, l’ouverture était présente, tant que cela ne se vivait pas sous leur toit. L’équipe faisait alors face à un défi de taille pour sensibiliser tous et chacun.

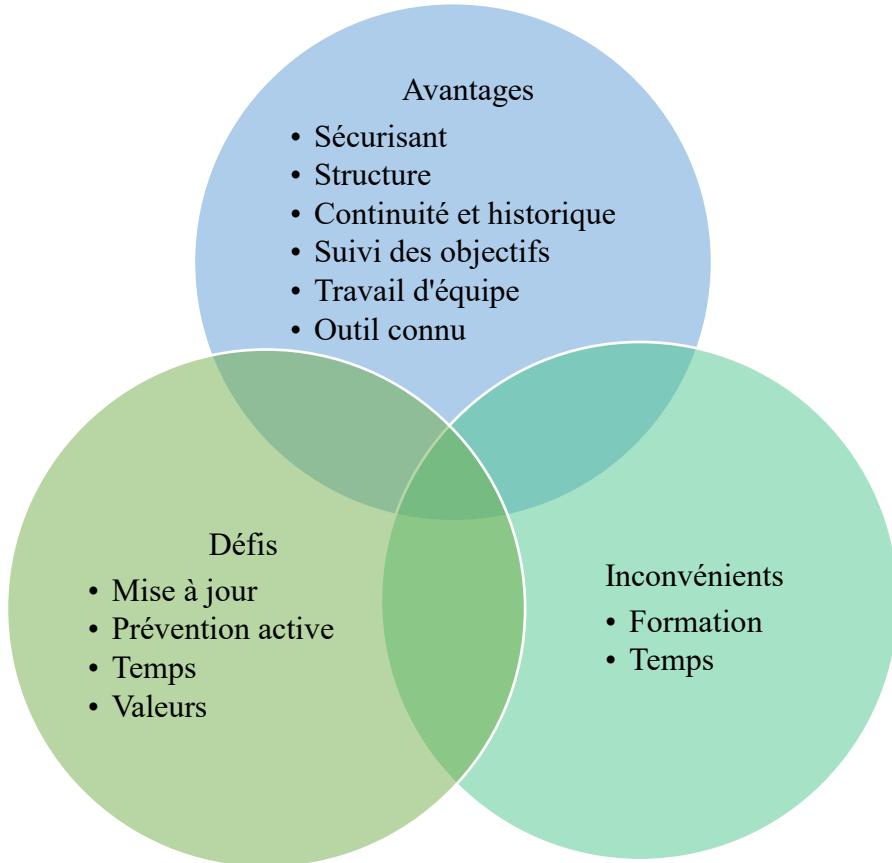
Ok. Ben, moi je pense que quand on étend toute cette démarche-là avec la clientèle TGS, des fois on peut être confronté à tsé, les valeurs des gens. Y en a qui voudront pas embarquer dans ce processus-là parce qu’ils ne sont pas rendus là, et un parce qu’ils n’ont pas d’intérêt là, mais eh, tsé mettons par rapport au client, je pense que ça va être positif, parce que les gens avec qui on travaille, tant l’école, le communautaire, la famille d’accueil et ici, ça va être correct pour ce client-là. Mais, pour d’autres clients, je ne suis pas sûre qu’on soit capable de faire cette démarche-là / À cause de l’environnement, eh qui, tsé des fois on a des familles d’accueil qu’on a déjà essayé des choses, essayé, que c’était un couple, c’était pas problématique là, la relation allait bien, pis on voulait justement éviter que ça se rende en TGS, parce qu’il n’y avait pas de milieu, exemple, pour avoir des relations sexuelles tsé, on a essayé de travailler des choses avec des familles d’accueil, on les a assis tsé, on a travaillé plein de choses, c’est comme : « c’est correct qu’il ait une sexualité, mais pas chez nous ». Tsé, on est confronté. (Intervenante G)

Synthèse

La Figure 12 présente de façon visuelle les avantages, les inconvénients et les défis reliés à l’utilisation de l’AIMM auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

Figure 12

Synthèse des avantages, des inconvénients et des défis de l'utilisation de l'AIMM auprès des personnes présentant une DI et des CSI



En résumé, plusieurs avantages ont été mentionnés par les intervenants ainsi que quelques défis. Deux inconvénients ont été nommés. De façon globale, les intervenants ont mentionné que les avantages surpassaient les inconvénients et les défis.

Discussion

Ce chapitre de la thèse présente d'abord une discussion des résultats en fonction des objectifs de la recherche. Puis, les forces, les limites et les difficultés rencontrées sont exposées pour ensuite clore avec les retombées de la thèse et les recommandations pour la recherche et la pratique.

Déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'analyse et intervention multimodales

Un des objectifs de l'étude était de documenter le déroulement de l'implantation et de l'utilisation du modèle d'AIMM auprès des participants à l'étude. Avant de discuter des effets de l'utilisation de l'AIMM, le monitoring de l'implantation est discuté pour valider la pertinence de l'évaluation des effets de l'AIMM. Dans le cadre d'une étude d'évaluation des effets d'une intervention, il convient de faire une analyse du monitoring de l'implantation afin de statuer sur l'adéquation de l'implantation du modèle auprès des participants (Chen, 2015).

De façon globale, le monitoring de l'implantation a permis de constater que la démarche a été respectée dans les grandes lignes pour l'ensemble des participants, bien que certains éléments ne correspondaient pas à la démarche prévue par les experts (Sabourin et Lapointe, 2014 ; SQETGC, 2014a).

Tout d'abord, pour le premier participant, l'absence d'hypothèses globales lors de l'élaboration des aménagements préventifs et de la prévention active ne correspondait pas au processus normal de l'AIMM (SQETGC, 2014a). Toutefois, lorsqu'une équipe clinique fait face à des comportements ayant des conséquences et impacts majeurs (comme confirmé par les résultats de l'ECI-TC dans ce cas-ci), il est parfois observé que de premiers aménagements préventifs soient mis en place rapidement afin de diminuer le risque de récidive. De plus, si les comportements sont difficiles à gérer pour le milieu de vie de la personne, la prévention active est régulièrement le premier outil mis en place pour soutenir les intervenants et le milieu de vie.

Ensuite, l'objectif de réadaptation a été complété 8 mois après le début du processus. Le processus habituel prévoit la planification d'un objectif de traitement dès l'élaboration du PAMTGC, en début de processus (SQETGC, 2014a). Cet écart est observé pour trois participants. Cela peut contribuer à expliquer l'absence d'observation concernant un comportement alternatif pour ces participants et donc nuire aux résultats de l'étude concernant les effets de l'AIMM sur l'augmentation des comportements alternatifs. Il sera donc impératif de considérer cette lacune dans l'implantation du modèle AIMM lors de la discussion sur les effets de ce modèle. De plus, cet écart s'oppose à certaines recommandations pour l'intervention, dont celle de mettre l'accent sur la réadaptation et non sur la restriction (Boucher, 2014 ; Hollomotz, 2021 ; Ward et Bosek, 2002).

Un autre écart avec les normes a été observé pour trois participants en lien avec la formulation des hypothèses globales. Les hypothèses formulées ne contiennent pas un ensemble de facteurs comme recommandé par les critères de qualité : facteur contextuel, facteur de vulnérabilité ou de traitement de l'information, comportement et facteur de renforcement (SQETGC, 2014a). De plus, les hypothèses ne sont pas toujours confirmées au cours de l'année. Le cadre théorique de l'AIMM postule que les TGC sont multifactoriels et que les facteurs interagissent entre eux pour générer ou maintenir le TGC (Sabourin et Lapointe, 2014). Les hypothèses globales devraient alors être élaborées en fonction de la chaîne causale temporelle du TGC (Sabourin et Lapointe, 2014). Cet écart peut entraîner une omission de certains facteurs contribuant à l'apparition ou au maintien des CSI, ce qui peut nuire ou ralentir le processus de réadaptation. Par contre, l'addition des hypothèses partielles pour ces participants peut aider à contrecarrer ce risque. Falligant et Pence (2020) mentionnent que l'analyse fonctionnelle est nécessaire, mais qu'elle peut inclure seulement une analyse des antécédents des comportements ou une analyse basée sur les renforcements pour comprendre la fonction du comportement.

Une autre difficulté vécue par les équipes cliniques concerne la formulation d'objectifs observables et mesurables dans le plan de traitement et de réadaptation dès l'élaboration du PAMTGC. La première équipe a mentionné qu'elle n'avait toujours pas réussi à élaborer un

objectif de réadaptation observable et mesurable en lien avec un comportement alternatif. La deuxième équipe avait d'abord un objectif qu'elle qualifiait de trop général avant de formuler un objectif de réadaptation plus spécifique dans les derniers mois de l'étude, ce qui a pu contribuer aux difficultés vécues en lien avec l'observation des comportements alternatifs. La troisième équipe a expliqué qu'une ébauche était faite pour l'objectif de réadaptation en lien avec un comportement alternatif après 5 mois, mais celui-ci devait être mieux défini, ce qui était fait après 10 mois. La quatrième équipe avait, quant à elle, élaboré un objectif de réadaptation en lien avec un comportement alternatif après quelques mois. Cette difficulté vécue par l'ensemble des équipes peut nuire à l'observation des comportements alternatifs, donc aux résultats quantitatifs obtenus pour l'évolution de ces comportements. Toutefois, cette difficulté ne réfère pas à une lacune du modèle d'AIMM. De plus, encore une fois, cette lacune s'oppose aux recommandations de mettre l'accent sur la réadaptation et non sur la restriction (Boucher, 2014 ; Hollomotz, 2021 ; Ward et Bosek, 2002).

Concernant l'implantation et l'utilisation du PAMTGC, des difficultés ont été rapportées en lien avec le milieu de vie du premier participant, ce qui a mené à des écarts entre les interventions effectuées et les interventions prévues. Comme les interventions prévues dans le plan de traitement et de réadaptation n'ont pu être appliquées, il est évident que cela a eu une incidence sur les effets de l'utilisation de l'AIMM.

De plus, les rencontres de suivi des interventions se sont espacées dans le temps au cours de l'année pour deux participants. La raison d'être de ces rencontres est le suivi des comportements, des objectifs et de l'implantation du PAMTGC (SQETGC, 2014a). Il est probable que cet aspect ait nui à l'évolution des comportements pour les participants visés. De plus, cela peut également avoir nui à la fiabilité des données recueillies par l'observation continue. Pour limiter ce biais potentiel, une question ciblait précisément la fiabilité des données recueillies dans les groupes de discussion après un an d'implantation de l'AIMM.

Cela dit, la démarche globale fut suffisamment bien implantée pour en mesurer les effets tout en tenant compte des facteurs explicatifs mentionnés.

Les effets sur la diminution des comportements sexuels inappropriés

Un des objectifs de la recherche visait l'évaluation des effets de l'utilisation de l'AIMM sur la diminution des CSI. À ce sujet, les résultats montrent une diminution de la fréquence des CSI, quoique plus nuancée pour un participant. En ajout à cette analyse clinique, une diminution statistiquement significative de la fréquence des CSI manifestés par l'ensemble des participants est observée pendant l'utilisation de l'AIMM, comparativement au niveau de base estimé par les équipes cliniques. De plus, une diminution de la gravité des CSI est constatée pour l'ensemble des participants.

Les résultats viennent également confirmer qu'aucune récidive d'agression sexuelle avec contact n'a eu lieu pour les participants à l'étude. L'analyse clinique de l'absence d'agression sexuelle avec contact pour l'ensemble des participants à l'étude n'est pas à négliger, puisque la réduction du risque de récidive d'une agression sexuelle, comme des attouchements sexuels non consentis, est un objectif majeur sur le plan clinique. De plus, la majorité des recherches sur le traitement des problèmes de comportement de nature sexuelle en DI s'attarde principalement à cet aspect (Barron *et al.*, 2002 ; Lindsay, 2002 ; Lindsay *et al.*, 2007 ; Lindsay, 2011 ; Wilcox, 2004). L'absence de récidive appuie les résultats d'autres études sur l'utilisation d'un modèle ou d'un programme d'intervention utilisant une variété d'approches et travaillant divers aspects à la fois (Benbouriche *et al.*, 2015 ; Craig *et al.*, 2010 ; Hajbi et Robin, 2013 ; Nezu *et al.*, 2005).

Les résultats concernant la diminution des CSI viennent appuyer l'hypothèse de recherche voulant que l'utilisation de l'AIMM entraîne une diminution des CSI, autant pour la fréquence que la gravité de ces comportements. Malgré l'absence de données quantitatives représentant le niveau de base, le fait que l'ensemble des participants aient présenté une diminution de leurs CSI pendant l'expérimentation de l'AIMM suggère qu'une association est probable entre ces deux variables. Ces résultats vont dans le même sens que la littérature concernant l'utilisation d'un

modèle ou d'un programme d'intervention utilisant une variété d'approches, de techniques et travaillant divers aspects à la fois pour diminuer les CSI chez les personnes présentant une DI (Greenberg et Nezu, 2005 ; Hajbi et Robin, 2013 ; Lindsay *et al.*, 2007 ; Lindsay, 2011 ; Sakdalan et Collier, 2012).

L'analyse de ces résultats ne doit toutefois pas exclure l'influence de certaines variables qui ont été rapportées comme expliquant en partie la diminution des CSI pour certains participants, dont le contrôle externe. Par exemple, la surveillance continue mise en place pour un participant explique en grande partie la diminution de ses CSI.

Les effets sur l'augmentation des comportements alternatifs

Un autre objectif de la thèse concernait l'évaluation des effets de l'utilisation de l'AIMM sur l'augmentation des comportements alternatifs. Cet objectif est relié à la volonté de l'AIMM de travailler certaines difficultés de la personne afin de modifier les facteurs de vulnérabilité contribuant aux comportements problématiques (SQETGC, 2014a). Les interventions de traitement et de réadaptation incluent en partie l'apprentissage de nouveaux comportements (SQETGC, 2014a). Cette partie correspond à un des trois volets du PAMTGC : 1) aménagements préventifs, 2) prévention active, 3) plan de traitement et de réadaptation.

À propos de l'évolution d'un comportement alternatif, les résultats présentent une évolution plutôt nuancée. Tout d'abord, les données quantitatives permettent une analyse visuelle des graphiques seulement pour le quatrième participant. Aucune statistique n'a pu être réalisée étant donné le faible nombre de données pour la majorité des participants. Sur le plan clinique, deux participants présentent une amélioration, alors qu'aucune amélioration n'est observée concernant le comportement ciblé pour les deux autres participants. En revanche, bien que l'évolution du comportement ciblé soit nuancée, les résultats qualitatifs montrent le développement de connaissances, d'habiletés sociales ou de compétences adaptatives pour l'ensemble des participants.

Ainsi, malgré les difficultés vécues par les équipes pour formuler un objectif de réadaptation observable et mesurable permettant d'en faire le suivi par des observations, le plan de réadaptation semble avoir permis de développer des connaissances et des compétences pour chaque participant. Ce résultat irait dans le même sens que les études mettant l'accent également sur l'aspect de la réadaptation de la personne et non seulement sur le comportement sexuel problématique (Holden, 2000 ; Lindsay *et al.*, 2007 ; Lindsay, 2011 ; Nezu *et al.*, 2006 ; Nezu *et al.*, 2005 ; Sakdalan et Collier, 2012).

Plus précisément, l'ensemble des participants ont amélioré leurs habiletés sociales selon les membres de leur équipe clinique. Cette amélioration n'a toutefois pas été mesurée de façon quantitative. L'étude de Nezu *et al.* (2005) concernant le projet STOP rapporte un résultat similaire en indiquant que les participants ont augmenté leurs habiletés à différents niveaux sans que ce soit statistiquement significatif. Cette étude conclut tout de même que le projet STOP apparaît efficace considérant également la diminution du risque de récidive (Nezu *et al.*, 2005). Dans un autre ordre d'idées, cette étude rapporte également une augmentation de la motivation et de la participation au traitement, tout comme cela a été observé pour le deuxième participant de la présente étude. La motivation de la personne et son engagement dans son processus clinique sont un avantage considérable sur le plan clinique. Il serait intéressant de s'attarder davantage aux répercussions de l'utilisation d'un modèle ou d'un programme travaillant sur divers aspects à la fois sur la motivation et l'engagement de la personne.

Concernant le développement des connaissances en lien avec la sexualité, les équipes cliniques ont rapporté une augmentation des connaissances pour trois participants de l'étude. Pour ces participants, des modalités d'éducation sexuelle individualisée était intégrées au plan de traitement et de réadaptation. Ce résultat va dans le même sens que diverses études évaluant des programmes d'intervention intégrant diverses composantes, dont l'éducation sexuelle, et rapportant une augmentation des connaissances reliées à la sexualité (Holden, 2000 ; Lindsay, 2002 ; Lindsay, 2011 ; Sakdalan et Collier, 2012).

Il faut également considérer que l'absence d'amélioration d'un des participants peut être expliquée en partie par la dégradation de son état de santé, qui a nui à sa démarche de réadaptation. Comme présenté dans les résultats, celui-ci bénéficiait de peu de sorties à cause de sa condition physique. De plus, il y a eu très peu de roulement de personnel dans son milieu de vie, ce qui ne lui a pas permis de rencontrer de nouvelles personnes et donc de mettre à l'essai le comportement alternatif identifié dans son plan de réadaptation.

Dans le cadre de cette étude, le plan de réadaptation pour l'amélioration d'un comportement alternatif a été plus difficile à mettre en place pour les équipes cliniques. Comme discuté dans le monitoring de l'implantation, trois équipes cliniques ont élaboré leur objectif spécifique en lien avec l'apprentissage d'un comportement alternatif seulement plusieurs mois après le début du processus d'AIMM. De plus, une équipe n'a jamais réussi à travailler cet objectif et une autre a vécu des difficultés quant à la mesure de cet objectif. Ces éléments expliquent en partie la pauvreté des résultats observés pour cet objectif de la recherche.

Les effets sur la diminution des conséquences et impacts des comportements sexuels inappropriés

L'objectif suivant de la thèse concernait l'évaluation des effets de l'utilisation de l'AIMM sur la diminution des conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage. Cet objectif est relié aux connaissances sur les TC et leur gravité. En effet, la définition même d'un TGC aborde l'aspect des conséquences et impacts pour la personne et autrui. Le TC « est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux » (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010, p.68). Étant donné le modèle d'AIMM choisi pour l'étude et son lien avec les TGC en DI, la considération de cet aspect prend tout son sens sur le plan clinique.

Les conséquences et impacts soulevés par les équipes cliniques dans les groupes de discussion avant l'implantation de l'AIMM peuvent facilement être associés aux conséquences et

impacts décrits dans la définition du TGC (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010). La diminution de la liberté de la personne a été relevée pour l'ensemble des participants et il s'agit d'une des conséquences majeures pour chaque participant. De plus, les conséquences relatives à l'intégration dans la communauté ont également été relevées pour l'ensemble des participants, que ce soit concernant l'intégration socioprofessionnelle ou communautaire. Finalement, les répercussions des comportements sur les rapports sociaux avec les proches ont été rapportées pour trois participants. Plusieurs autres conséquences relevées pendant l'étude peuvent être reliées au cadre conceptuel de l'ECI-TC (Sabourin, 2010). Tout d'abord, le risque de compromettre l'intégration résidentielle de la personne a été soulevé pour deux participants. Puis, deux participants ont vécu des conséquences sur le plan légal. Ensuite, tous les participants ont nécessité une surveillance accrue.

Globalement, une diminution des conséquences et impacts est observée pour l'ensemble des participants, malgré qu'elle soit de moins grande ampleur pour le premier participant. Ce constat appuie l'hypothèse de recherche mentionnant que l'utilisation du modèle d'AIMM permet de diminuer les conséquences et impacts des CSI pour la personne et son entourage. De façon plus précise, il est intéressant de noter qu'à la fin de l'étude aucun participant n'atteint le seuil critique de conséquences et impacts pour répondre aux critères du TGC. Seul le premier participant s'en approche. À l'opposé, avant l'expérimentation de l'AIMM, deux des participants atteignaient ce critère et les deux autres étaient à moins d'un écart-type. Cette diminution fait le lien avec la diminution observée de la gravité des CSI.

Ce résultat est intéressant, car il vient appuyer l'importance des trois volets du PAMTGC. Le premier volet concernant les aménagements préventifs inclut les interventions visant la diminution du risque de voir apparaître le comportement. Certaines interventions vont donc apporter une diminution de la liberté de la personne, certaines contraintes, etc. Cependant, le troisième volet abordant les interventions de traitement et de réadaptation ajoute la mise en place d'interventions visant la réduction des facteurs de vulnérabilité (habiletés déficitaires, caractéristiques psychologiques, problèmes de santé, etc.) et l'apprentissage de nouveaux

comportements et d'habiletés adaptatives (SQETGC, 2014a). Sans le troisième volet, la diminution du risque de récidive serait seulement associée au contrôle externe mis en place. Il serait donc impossible de retirer les aménagements préventifs, sans quoi le risque de récidive augmenterait. Ainsi, la personne vivrait avec des conséquences et impacts qui perdurent, sans possibilité de les voir diminuer à court ou moyen terme. Le travail de réadaptation permet cette possibilité (SQETGC, 2014a). Dans le cadre de cette recherche, l'étude de cas du deuxième participant (Sébastien) illustre très bien cette avenue. Les apprentissages qu'il a faits et le développement de nouvelles capacités adaptatives lui ont permis de retirer graduellement les aménagements préventifs ayant été mis en place au début de l'année. Ainsi, les conséquences et impacts de ses comportements diminuaient progressivement, ce qui augmentait sa qualité de vie et sa participation sociale. Dans le même ordre d'idées, le développement des habiletés adaptatives et des comportements alternatifs est la voie de passage pour diminuer le risque de récidive dans un contexte normatif sans aménagements préventifs, ce qui permettra de cesser les services spécialisés à moyen long terme.

Les variables influençant l'évolution des comportements sexuels inappropriés et des comportements alternatifs

Un autre objectif de la thèse concernait l'identification des variables influençant l'évolution des CSI et des comportements alternatifs. Lors d'une démarche clinique s'échelonnant sur une période de plusieurs mois, il est évident que plusieurs variables risquaient d'exercer une influence sur les résultats obtenus et non seulement l'expérimentation du modèle d'AIMM. Dans ce contexte, les groupes de discussion après l'intervention ont permis de questionner les membres des équipes cliniques pour connaître leur perception quant aux variables ayant potentiellement influencé les résultats. Ces variables ont ensuite été interprétées comme des facteurs de risque et de protection, ce qui permet de bonifier les connaissances quant aux facteurs de risque et de protection pour les personnes présentant une DI et des CSI.

Tout d'abord, parmi les variables influençant positivement la situation figurent les aménagements préventifs et le plan de traitement et de réadaptation du PAMTGC. Ce résultat

indique que les intervenantes suggèrent que l'utilisation du PAMTGC permet d'améliorer la situation, ce qui vient appuyer les hypothèses de recherche en ce sens. Ensuite, les autres principaux facteurs de protection soulevés sont le contrôle externe, l'approche positive, l'intensité de service ainsi que la sensibilisation et l'implication de la personne et de son milieu. En comparant ceux-ci avec les facteurs de protection soulevés dans la littérature, nous trouvons l'utilisation de l'approche positive et l'importance de la sensibilisation et de l'implication de la personne et de ses proches (Claveau, 2018).

Concernant les facteurs de risque, certaines caractéristiques de la personne ont été soulevées telles que l'âge, la condition physique ou médicale, les difficultés cognitives, le stress et l'anxiété. D'autres facteurs de risque sont reliés au milieu tels que les difficultés de collaboration avec le milieu et le manque d'occasions offertes à la personne pour développer ses habiletés adaptatives. Des facteurs de risque sont spécifiquement reliés aux équipes cliniques tels les changements ou l'absence d'intervenants, les difficultés d'élaboration des objectifs et le manque de compréhension de la problématique de la personne. Certains de ces facteurs de risque sont en effet soulevés dans la littérature à ce sujet tels que les problèmes de santé physique de la personne, les difficultés cognitives, le manque de possibilités de rencontres sociosexuelles et les relations conflictuelles entre les parents et les intervenants (Dupras et Dionne, 2013; Dupras, 2014 ; Keller, 2016).

Pour ce qui est des changements ou de l'absence d'intervenants, il est important de spécifier que cette variable a été soulevée en tant que variable venant freiner la progression des comportements alternatifs, mais que les intervenantes rencontrées dans les groupes de discussion après un an d'implantation de l'AIMM ont mentionné que cette variable n'avait pas influencé la diminution des CSI. Les intervenantes expliquent ce constat par le fonctionnement de l'AIMM, plus précisément en lien avec les aménagements préventifs. Les aménagements préventifs sont implantés dans les différents milieux de vie de la personne, par les personnes présentes dans ces milieux, ce qui assure la continuité de ces interventions malgré l'absence de l'intervenante pivot

par exemple. Ce constat est fort intéressant dans un contexte de mouvance de personnel, car il appuie l'applicabilité de ce modèle dans ce contexte.

Les avantages, les inconvénients et les défis

Le dernier objectif de la thèse visait à décrire les avantages, les inconvénients et les défis concernant l'utilisation de l'AIMM pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

Tout d'abord, plusieurs avantages ont été soulevés par tous les membres des équipes cliniques alors que plusieurs ont indiqué n'y voir aucun inconvénient. Parmi les avantages, l'aspect sécurisant de la démarche est revenu à plusieurs reprises, autant pour les intervenants que les partenaires. Comme mentionné dans la littérature, le stress causé par les comportements fait partie des impacts observés chez les intervenants, tout comme leur manque de connaissances et leur faible sentiment de compétence pour intervenir auprès de la personne présentant des CSI (Fanstone et Thompson, 2010; Leclerc, 2020). En ce sens, la démarche d'AIMM et son PAMTGC viennent accompagner les intervenants et les guider dans leur processus clinique. Comme il s'agit d'un modèle connu de ceux qui travaillent déjà auprès de personnes présentant des TGC, ils se sentent plus à l'aise de suivre cette démarche clinique structurée. D'ailleurs, la structure et l'organisation qu'apporte l'AIMM sont également mentionnées comme des avantages. En plus d'apporter une structure, le PAMTGC est un document clinique qui permet d'assurer la continuité des interventions. Que ce soit lors d'un changement d'éducatrice, de spécialiste en activités cliniques ou lors d'un déménagement, le PAMTGC est un document qui facilite les transferts. Il permet de connaître les CSI que la personne a déjà commis ainsi que tous les aménagements qui permettent de réduire ce risque. De plus, il permet de documenter l'historique des interventions pour connaître ce qui a déjà été tenté, ce qui fonctionne et ce qui n'a pas donné de résultat dans le passé. Cet avantage est considérable pour faciliter la mise en place de ce modèle dans un contexte de mouvement de personnel. Finalement, un autre aspect sécurisant du processus de l'AIMM est le travail en équipe interdisciplinaire qui y est associé.

Entre autres, une équipe a mentionné que cela permettait de diminuer le stress relié au risque de récidive pour l'intervenante.

Un des inconvénients soulevés concerne le besoin de formation pour bien maîtriser le processus d'AIMM et la disponibilité offerte pour la formation de quatre jours. La fréquence de la dispensation de la formation varie selon les établissements. Ainsi, il est possible qu'une nouvelle intervenante n'y ait pas accès rapidement. Le besoin de formation et les difficultés d'accès à celle-ci font partie des défis relevés dans la littérature, tout comme la mouvance de personnel qui amplifie ce défi (Ward et Bosek, 2002). Un autre inconvénient mentionné représente également un des principaux défis de l'utilisation de ce modèle. Le temps nécessaire pour la démarche d'analyse multimodale, l'élaboration du PAMTGC et son suivi ne sont pas à négliger pour l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire. Ce défi est en partie soulevé dans la littérature par Sakdalan et Collier (2012) qui mentionnent que les professionnels doivent composer avec un temps limité pour effectuer une analyse approfondie de la situation.

Parmi les défis mentionnés, la mise à jour du PAMTGC semble être un défi généralisé auprès des équipes cliniques. Le processus d'AIMM demande de mettre à jour le document après chaque rencontre de suivi des interventions (SQETGC, 2014a). Cela permet d'avoir un document complet, incluant les interventions tentées, les résultats obtenus, la confirmation des hypothèses émises en début de processus et le suivi des objectifs d'intervention. Encore une fois, ce défi est relié à celui du temps à investir dans la démarche. Un autre défi concerne les conflits de valeurs auxquels peuvent être confrontées les équipes cliniques lorsqu'il est question de CSI, d'éducation sexuelle et de conditions favorisant la santé sexuelle. Ce défi est confirmé par la littérature. Selon Ward et Bosek (2002), les conflits de valeurs, les divergences dans les croyances et les désaccords avec certains aspects du programme proposé sont fréquents entre les intervenants et le milieu familial, ce qui peut nuire aux services. D'ailleurs, comme il est mentionné dans la problématique, un désaccord entre ces personnes représente un facteur de risque associé à l'adoption de CSI (Dionne et Dupras, 2014). Le dernier défi nommé est relié à l'élaboration de la prévention active. Certaines intervenantes étaient craintives face à cette étape de l'élaboration du

PAMTGC. Toutefois, elles ont toutes affirmé que le processus s'était très bien déroulé et que leurs craintes ne s'étaient pas actualisées.

Finalement, les équipes cliniques ont soulevé le fait que les inconvénients et les défis mentionnés sont en majorité reliés à l'utilisation générale de l'AIMM et non spécifiquement aux personnes présentant des CSI, à l'exception des défis reliés aux différences de valeurs et à l'anticipation de l'élaboration des niveaux de la prévention active.

De façon générale, l'analyse multimodale et les trois parties du PAMTGC permettent de répondre aux recommandations des études en lien avec l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Les aménagements préventifs combinés au plan de réadaptation semblent prometteurs pour la diminution du risque de récidive. Le plan de réadaptation devrait permettre de travailler à l'amélioration d'un comportement alternatif, en plus de soutenir le développement de différentes habiletés adaptatives déficitaires chez la personne. Par exemple, les quatre études de cas ont intégré une modalité d'éducation à la sexualité dans leur plan de réadaptation, tel que suggéré dans l'ensemble des programmes recensés dans la littérature (Claveau, 2012 ; Griffiths *et al.*, 1989; Haaven *et al.*, 1990 ; Hollomotz et Schmitz, 2018 ; Lindsay, 2009b ; Lindsay *et al.*, 2010 ; Nezu *et al.*, 2005 ; Sakdalan et Collier, 2012 ; SOTSEC-ID, 2010 ; Williams et Mann, 2010). De plus, les interventions de réadaptation correspondent à des interventions cognitives comportementales, autre recommandation soulevée par la littérature (Heppell *et al.*, 2020 ; Jones et Chaplin, 2020 ; Lindsay, 2009a ; Marotta, 2017 ; Wilcox, 2004 ; Wormald et Melia, 2021). De plus, bien que l'étude ne précise pas en détail les thématiques abordées dans les plans de réadaptation, il est possible d'y intégrer les thématiques des programmes recensés dans la littérature, telles que le développement des habiletés sociales et la responsabilisation de la personne du programme de Griffiths *et al.* (1989), le développement d'habiletés d'adaptation ou de stratégies de gestion des émotions comme prévu dans le programme SOTSEC-ID (2010) et SAFE-ID (Sakdalan et Collier, 2012), la résolution de problème, la gestion de la colère, la gestion du stress, la restructuration cognitive, le développement des habiletés interpersonnelles, l'éducation sexuelle et la relaxation prévues dans

le projet STOP (Nezu *et al.*, 2005) ou les distorsions cognitives et les attitudes, le cheminement vers les agressions, la résolution de problème, les abus vécus, le cycle des agressions, l'empathie pour la victime, l'utilisation de la pornographie, vivre avec des fantaisies sexuelles, l'attachement et la relation, ainsi que le changement de style de vie comme prévu dans le programme de Lindsay (2009b). Le plan de réadaptation et de traitement peut également intégrer le programme *Becoming New Me* (Williams et Mann, 2010) dans sa totalité. La prévention active est une plus-value comparativement aux autres modèles et programmes recensés dans la littérature, puisqu'aucun d'entre eux ne semble prévoir les interventions à effectuer si un CSI se manifeste. Ces constats soutiennent l'utilité du modèle d'AIMM dans sa forme actuelle, sans aucune modification, pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des CSI.

Bien que chaque partie du plan d'action ait son utilité, l'enjeu principal avec ce modèle est qu'il propose un cadre vide de contenu. Les intervenantes doivent développer leurs connaissances en lien avec l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI pour intégrer les recommandations dans le modèle tel que présenté dans le paragraphe précédent. En contrepartie, le fait de ne pas avoir de contenu préétabli permet d'intégrer seulement les thématiques qui sont reliées à un besoin ou une habileté déficiente chez la personne, afin d'avoir un plan individualisé. Ce dernier constat amène la réflexion sur la pertinence de travailler en collaboration avec des professionnels spécialisés en délinquance sexuelle, afin d'éviter de devoir former les intervenants spécialisés en DI sur les modèles et programmes probants en délinquance sexuelle.

Forces de l'étude

La présente étude comporte différentes forces. Tout d'abord, le devis de recherche mixte combine à la fois des études de cas et un protocole à cas unique, ce qui permet d'étudier l'implantation et les effets du modèle d'AIMM de différentes façons pour mieux comprendre les éléments contextuels et mieux décrire les résultats par la complémentarité des stratégies de collecte et d'analyse des données. Les données issues du monitoring de l'implantation et des groupes de discussion sont tout particulièrement contributives dans cette thèse. Elles permettent

de circonscrire le contexte dans lequel sont produits les résultats, d'en nuancer la portée et de dégager des recommandations basées sur une compréhension plus approfondie du sujet à l'étude. De plus, le protocole à cas unique inclut des observations quotidiennes pendant une période de 12 mois pour chaque participant, ce qui a permis d'obtenir une quantité de données suffisante pour procéder à des analyses statistiques pour chaque cas.

La recension sur les modèles et les programmes d'intervention est particulièrement riche, tout comme la section sur les recommandations pour l'intervention, ce qui peut être intéressant pour les cliniciens qui souhaitent développer les connaissances en lien avec l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Il en est de même pour l'ajout de tableaux et figures synthèses qui permettent de rassembler certaines connaissances pertinentes pour les cliniciens, telles que les facteurs de risque et de protection, les recommandations pour l'intervention et les variables influençant l'évolution des comportements. En ce sens, les retombées de la thèse s'opèrent autant sur le plan scientifique que clinique. Cette thèse contribue assurément au développement des connaissances sur le thème de l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI et a déjà des retombées cliniques importantes (diminution des CSI et interventions visant la réadaptation dans une approche positive). L'étude aura potentiellement une contribution significative pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI et ultimement influencera la qualité de vie des personnes faisant face à cette problématique complexe. En somme, le projet de recherche réalisé permet non seulement de mieux comprendre cet objet de recherche, mais aussi d'offrir, aux différentes parties prenantes, des pistes d'intervention permettant d'intervenir sur les CSI manifestés par certaines personnes présentant une DI.

Limites et difficultés

La présente étude comporte quelques limites à considérer dans l'analyse des résultats. Les limites et les difficultés reliées au devis de recherche, à l'échantillonnage et aux participants ainsi qu'aux groupes de discussion sont présentées.

Devis de recherche

Le devis de recherche choisi n'est pas un devis expérimental, puisqu'il n'y a pas la présence d'un groupe contrôle (Fortin, 2006). Un choix éthique explique cet élément, puisqu'il n'est pas approprié de ne pas offrir ce service à certaines personnes alors que l'utilisation de l'AIMM pour intervenir auprès des personnes présentant une DI correspond aux recommandations soulevées dans la recension des écrits.

Le devis utilisé combine l'étude de cas et un protocole à cas unique quasi expérimental. L'étude de cas comme méthode de recherche comporte certaines faiblesses, dont une quant à la généralisation des résultats (Gagnon, 2012). Les conclusions des études peuvent toutefois servir de base pour de futures recherches intégrant des méthodes quantitatives et un échantillon représentatif de la population permettant de viser une généralisation des résultats (Gagnon, 2012). Dans le cas présent, les études de cas ont permis d'appuyer les résultats du protocole à cas unique en détaillant l'expérience des participants afin de mieux saisir leur évolution au cours de l'année. Quant au protocole à cas unique quasi expérimental, outre l'absence d'un groupe de contrôle, il n'était pas possible non plus de prévoir un protocole expérimental incluant une phase de retrait de l'intervention (p. ex., ABAB), puisqu'il ne serait pas éthique de retirer les aménagements préventifs reliés à la gestion du risque de récidive. En ce sens, la phase de retrait de l'intervention pourrait mettre à risque la personne, son entourage ou la société, ce qui inclut de potentielles victimes d'agressions sexuelles. De plus, diverses considérations cliniques ont mené à l'impossibilité de mesurer quantitativement le niveau de base pour trois participants. En effet, comme il a été mentionné précédemment, la gestion du risque de récidive entraîne la mise en place immédiate de certaines interventions dès la constatation des premiers comportements. Cette dernière limite est en partie compensée par l'utilisation de la perception des intervenants quant à la performance du passé, comme proposé par Kazdin (2021), pour les protocoles à cas unique quasi expérimentaux. De plus, la mesure répétée des comportements compense en partie l'absence de niveau de base quantitatif (Kazdin, 2021). Le protocole à cas unique quasi expérimental vient bonifier la rigueur scientifique du projet de recherche, comparativement aux études de cas, afin de rendre possibles certaines inférences concernant l'efficacité de

l'intervention (Kazdin, 2021). En résumé, la combinaison des deux méthodes de recherche est complémentaire afin d'augmenter la rigueur scientifique de l'étude.

Échantillonnage et participants

Il importe de considérer que le type d'échantillonnage choisi et le nombre de participants ciblés ne sont pas statistiquement représentatifs, donc que la généralisation est également limitée par ces aspects (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Malgré les efforts pour augmenter la généralisation des résultats, il demeure important de ne pas prétendre que les résultats peuvent s'appliquer à tout milieu. L'utilisateur potentiel des résultats doit s'interroger sur la pertinence, la plausibilité et la ressemblance qui peuvent exister entre le contexte décrit et son propre milieu (Savoie-Zajc, 2004). La particularité des caractéristiques recherchées chez les participants explique le type d'échantillonnage choisi et le nombre de participants. De plus, le recrutement fut une tâche fastidieuse et divers scénarios ont dû être mis en place pour contrecarrer le manque potentiel de participants, comme présenté dans la méthode. Il faut dire que l'étude s'adresse à une population bien précise, représentée en faible nombre. De plus, certains critères d'inclusion nécessaires à la réalisation de l'étude venaient restreindre davantage les participants potentiels tels que l'obligation que le comportement cible en soit un observable afin de pouvoir recueillir des données, et l'obligation que le participant puisse recevoir les services d'une équipe clinique composée d'au moins trois intervenants et prête à suivre le processus clinique relié au modèle d'AIMM. En ajout à ces critères, le contexte du réseau de la santé et des services sociaux au début des démarches de recrutement des participants est venu ajouter un défi supplémentaire. En effet, le réseau était en pleine transformation à la suite du projet de loi 10 « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » (MSSS, 2015). Les difficultés rencontrées ne sont pas inconnues des études de cas (Gagnon, 2012). Trouver les participants pour des études de cas demande généralement beaucoup d'efforts, puisqu'il ne s'agit pas d'un investissement banal (Gagnon, 2012).

Concernant l'échantillon, une autre limite peut être apportée en lien avec le départ de certaines intervenantes au sein des équipes cliniques au cours de la recherche. Ainsi, lors des groupes de discussion à la fin de l'étude, certaines équipes étaient incomplètes. Cet aspect a pu nuire à la diversité des informations recueillies, puisque les intervenantes absentes appartenaient majoritairement aux mêmes catégories, soit les éducatrices et les personnes responsables du milieu de vie. De ce fait, la représentation équitable des participants dans la présentation des résultats postintervention n'a pu être assurée, malgré l'importance de cet aspect lors de l'analyse des groupes de discussion (L'Écuyer, 1987).

Groupes de discussion

Les groupes de discussion peuvent amener d'autres limites ou difficultés. Dans leur ouvrage de 2000, Ouellet et Mayer nomment, entre autres, le risque d'un monopole des discussions par certains participants et l'influence de l'animateur sur la discussion. La relation professionnelle unissant certaines intervenantes avec la doctorante peut avoir exercé une influence sur le cours des discussions. De plus, certaines intervenantes démontraient une plus grande aisance avec le sujet et se permettaient davantage de donner leur opinion. En parallèle, la désirabilité sociale doit aussi être considérée dans l'analyse des données, car elle peut influencer la crédibilité des informations divulguées (Savoie-Zajc, 2009). Comme prévu dans cette étude, une façon d'y remédier est de recourir à diverses formes de triangulation (Savoie-Zajc, 2009).

Retombées de la thèse

Les retombées de la thèse concernent autant la recherche que la pratique. Ainsi, les retombées plus théoriques en lien avec l'avancement des connaissances sont d'abord présentées. Puis, l'accompagnement des milieux de pratique pour le déploiement d'une nouvelle pratique est discuté. Ensuite, les retombées de la thèse en lien avec la psychoéducation sont présentées et divisées en fonction de l'apport pour le savoir, le savoir-être et le savoir-faire des psychoéducateurs.

Contribution de la thèse à l'avancement des connaissances

La thèse s'inscrit dans l'avancement des connaissances concernant les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI et les interventions recommandées. La recherche effectuée a permis de bonifier les connaissances existantes concernant l'utilisation d'une approche ou d'un modèle d'intervention multicomposantes permettant de travailler divers aspects à la fois, dans une approche positive et écosystémique. Le devis mixte permet non seulement d'obtenir des résultats quantitatifs pour appuyer les données actuelles de la littérature à ce sujet, mais également d'obtenir la perception des intervenants impliqués auprès de personnes présentant une DI et des CSI afin de connaitre leur avis sur l'utilisation de ce type de modèle d'analyse et d'intervention et ses effets. En ce sens, les études de cas réalisées permettent de décrire plus en détail les différents effets de l'utilisation du modèle ciblé.

Les résultats permettent également un éclairage supplémentaire sur les facteurs de risque et les facteurs de protection à considérer pour la prévention et l'intervention auprès de personnes présentant une DI et des CSI. Les avantages, les inconvénients et les défis soulevés permettent d'obtenir des connaissances de base pour faciliter le déploiement de cette pratique. Finalement, la thèse vient proposer un modèle d'analyse et d'intervention déjà connu et utilisé au Québec et ailleurs afin de faciliter le déploiement de cette pratique.

Accompagnement des milieux de pratique

Concernant le déploiement de cette pratique, le projet de recherche a permis d'accompagner quelques milieux pour les soutenir dans l'utilisation de l'AIMM pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des CSI. Le simple fait d'expliquer le raisonnement derrière l'utilisation du modèle AIMM pour la clientèle, et de proposer aux équipes de l'essayer dans le cadre d'un projet de recherche, aura permis de les soutenir dans l'implantation de cette nouvelle pratique selon les informations recueillies lors des groupes de discussion. Il faut mentionner que plusieurs centres y réfléchissaient depuis quelques années étant donné les difficultés vécues sur le plan clinique pour cette clientèle, mais aucun centre ne s'était lancé dans l'expérimentation. Certaines intervenantes ont mentionné que le présent projet de recherche avait

constitué une opportunité pour elles de mettre en place cette pratique. Aujourd’hui, les deux centres ayant participé à la recherche ont intégré l’utilisation de l’AIMM dans leur processus clinique pour répondre aux besoins des personnes présentant une DI et des CSI.

Les recommandations cliniques issues de la thèse devraient permettre de soutenir le déploiement à plus grande échelle. Entre autres, les résultats présentent les enjeux et les défis à considérer pour planter l’utilisation de ce modèle auprès de la clientèle. De plus, ces recommandations incluent des propositions concrètes pour les intervenants afin de les aider à améliorer cette pratique émergente, ainsi que des éléments de sensibilisation des acteurs afin de les amener à réfléchir sur les pratiques actuelles, voire les valeurs véhiculées au sujet de la sexualité des personnes présentant une DI.

Apport de la thèse à la psychoéducation

Le projet de recherche effectué dans la thèse aborde une problématique bien spécifique que les psychoéducateurs peuvent rencontrer dans le cadre de leur pratique, soit des problèmes de comportement de nature sexuelle chez les personnes présentant une DI.

L'avancement du savoir des psychoéducateurs

Les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI sont étudiés depuis plusieurs années maintenant, mais les connaissances sont embryonnaires. À ce jour, les connaissances sur le sujet permettent de mieux comprendre le développement psychosexuel des personnes présentant une DI, leur vie affective, amoureuse et sexuelle, les facteurs de risque pouvant entraîner un problème de comportement de nature sexuelle, la description des problèmes de comportement de nature sexuelle chez ces personnes, la prévalence et le risque de récidive. Ces connaissances sont essentielles comme base afin de soutenir les psychoéducateurs dans l’analyse de la situation. Elles peuvent leur permettre de déterminer si un comportement peut être considéré comme normal dans le cadre du développement psychosexuel de la personne ou s’il est possible que les comportements soient inappropriés et qu’ils nécessitent une intervention bien différente, voire une évaluation spécialisée par un professionnel habilité.

La contribution de la thèse se situe davantage sur le plan de l'intervention auprès de ces personnes, puisqu'un manque est observé dans la littérature. Les interventions proposées reposent sur un faible corpus de données scientifiques, peu de programmes d'intervention ont fait l'objet d'une évaluation et peu d'entre eux sont utilisés dans la pratique (Dionne et Dupras, 2014). La présente étude apporte des données scientifiques quant à l'efficacité potentielle d'un programme connu et utilisé au Québec et ailleurs et répondant aux recommandations pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. De plus, ce modèle permet une vision psychoéducative de la réadaptation des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle en visant à la fois la diminution du risque de récidive, mais également l'augmentation des comportements adaptatifs de la personne comme le proposent les programmes les plus probants à ce jour (Claveau, 2012 ; Lindsay, 2009; Nezu *et al.*, 2005; Sakdalan et Collier, 2012).

La contribution pour le savoir-être des psychoéducateurs

Sans contredit, le savoir-être est un aspect central de l'intervention lorsque nous abordons le sujet de la sexualité. La thèse présente les croyances, les mythes et les stéréotypes relativement à la sexualité des personnes présentant une DI, en plus d'aborder les retombées de l'attitude des intervenants concernant la sexualité sur les résultats de l'intervention. Également, l'importance de l'utilisation de l'approche positive est documentée. Cela permet de placer les bases concernant le savoir-être attendu des psychoéducateurs lorsqu'ils interviennent auprès des personnes présentant une DI et un problème de comportement de nature sexuelle. Le fait d'augmenter leurs connaissances vise aussi le développement d'une aisance avec le sujet et le développement de leur sentiment de compétence pour l'intervention.

La contribution pour le savoir-faire des psychoéducateurs

Le projet de recherche mis en place dans le cadre de la thèse implique une considération importante pour les retombées pratiques, entre autres pour les psychoéducateurs. En ce sens, et comme il est mentionné précédemment, des recommandations cliniques sont formulées pour

soutenir l'implantation de cette pratique. Ces recommandations concernent à la fois les enjeux à considérer (avantages, inconvénients, défis), l'importance de sensibiliser les acteurs ainsi que des pistes concrètes pour l'intervention. Le psychoéducateur, dans son rôle-conseil, peut bénéficier de ces recommandations pour accompagner ses pairs et son milieu dans l'implantation de cette pratique émergente. De plus, la thèse met de l'avant les interventions recommandées auprès des personnes présentant une DI et des CSI afin d'appuyer le psychoéducateur dans ses interventions directes.

À ce sujet, la thèse permet une réflexion sur le rôle potentiel du psychoéducateur auprès de la clientèle et sa contribution potentielle dans l'évaluation et l'intervention en complémentarité avec les autres professionnels. Tout d'abord, la proposition d'utiliser le modèle AIMM vient offrir une place de choix aux psychoéducateurs qui ont l'habitude de s'impliquer dans cette démarche clinique auprès des personnes présentant un TC ou un TGC. Ce modèle met en place les bases de la contribution du psychoéducateur pour l'analyse de la situation. En effet, l'analyse multimodale demande une cueillette de données biopsychosociales auprès de la personne et des proches, des observations directes des comportements dans le milieu et une analyse fonctionnelle des données recueillies. Ces éléments peuvent très bien se faire par un psychoéducateur. Pour faire le lien avec le modèle d'évaluation psychoéducative, celui-ci se fonde sur les situations problématiques avec les facteurs de risque et de protection associés, puis sur le fonctionnement adaptatif de la personne, incluant les ressources individuelles et environnementales (OPPQ, 2014). L'ensemble de ces éléments doit être considéré dans l'analyse multimodale. Ce modèle permet ensuite d'intégrer les différentes évaluations professionnelles nécessaires (p. ex., évaluation du trouble sexuel par un sexologue) ainsi que leurs résultats, ce qui permet à l'équipe d'avoir une vision globale de la situation. Il prévoit que la planification des interventions se fasse en équipe interdisciplinaire, ce qui implique le psychoéducateur. Celui-ci peut donc proposer des interventions psychoéducatives qui permettront à la personne d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, de développer ses capacités adaptatives et de diminuer la fréquence ou l'intensité des comportements problématiques. Comme le mentionne Gendreau (2001), l'intervention psychoéducative vise à favoriser des interactions appropriées entre la

personne et son milieu et à retrouver un équilibre entre ses capacités et son environnement. Le modèle d'interventions multimodales s'adapte très bien à cette vision, en considérant à la fois les caractéristiques de la personne et les facteurs environnementaux.

Recommandations

Les retombées de la thèse mènent à des recommandations cliniques et scientifiques. Les recommandations cliniques pour soutenir le déploiement de la pratique sont d'abord présentées, puis les avenues pour des recherches futures sont proposées.

Recommandations cliniques

Le processus et les résultats de l'étude permettent d'émettre quelques recommandations pour soutenir la réflexion des cliniciens et des organisations souhaitant mettre en place cette pratique dans leur milieu pour intervenir auprès des personnes présentant une DI et des CSI, voire certaines pistes de réflexion concernant l'utilisation du modèle AIMM auprès des personnes présentant un TGC en général.

Tout d'abord, certains préalables devraient être analysés avant même de mettre en place ce modèle d'intervention auprès d'une personne présentant une DI et des CSI. D'abord, la sensibilisation des intervenants et des milieux de vie concernant la sexualité des personnes présentant une DI devrait faire partie des préalables à la démarche. Ainsi, le travail en équipe interdisciplinaire sera facilité et les enjeux relatifs aux différences de valeurs pourront être adressés plus facilement. De plus, la sensibilisation est une première étape vers l'augmentation du sentiment de compétence des intervenants pour œuvrer auprès des personnes présentant des problèmes de comportement de nature sexuelle.

Outre la formation de l'AIMM qui est une base incontestable pour l'équipe clinique, il serait intéressant de développer une formation plus poussée pour le plan de traitement et de réadaptation afin de former davantage les équipes sur l'élaboration des objectifs pour l'amélioration des comportements adaptatifs de la personne, ce qui inclut les comportements

alternatifs, et le suivi de ces objectifs. Cette recommandation est reliée aux difficultés vécues par les équipes cliniques concernant ce volet du PAMTGC et l'influence potentielle de cet aspect sur l'évolution des comportements alternatifs. Une autre option serait de réviser la formation actuelle sur le modèle d'AIMM pour aborder plus en profondeur la rédaction d'objectifs observables et mesurables dans le plan de réadaptation. De plus, en complément à la formation de base, il serait également intéressant de développer une suite à la formation concernant la planification, l'implantation et le suivi du retrait des interventions (dont les aménagements préventifs) afin d'optimiser la qualité de vie et la participation sociale de la personne. En résumé, la formation adresserait l'enjeu suivant : comment se sortir d'un PAMTGC. Cette recommandation fait suite à l'observation du maintien des interventions, dont les aménagements préventifs, malgré la diminution importante des comportements pour certains participants. Ces deux recommandations pourraient s'appliquer également aux personnes présentant un TGC autre qu'un problème de comportement de nature sexuelle, puisqu'elles réfèrent à l'utilisation générale du PAMTGC. Cet enjeu est central pour améliorer la qualité de vie des personnes, en plus d'être le chemin à suivre pour éventuellement permettre à la personne de ne plus nécessiter de services spécialisés.

Lors de l'analyse multimodale, une attention particulière devrait être portée sur les facteurs de risque et de protection présents dans la situation, en se référant aux facteurs de risque et de protection documentés pour les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI et ceux ressortis dans la thèse. Cette analyse devrait permettre d'ajuster le plan d'action afin de maximiser les chances de réussite de l'intervention.

Lors de l'élaboration du PAMTGC, l'utilisation d'une liste de vérification des critères de qualité de l'AIMM pourrait soutenir les équipes dans leur démarche. Cette recommandation provient des intervenantes ayant utilisé la grille de cotation pour le monitoring de l'implantation. Celles-ci ont mentionné que la grille leur permettait de constater les lacunes de leur démarche ou de leur plan et de les rectifier, au besoin. Encore une fois, cette recommandation pourrait s'appliquer pour l'utilisation générale de l'AIMM.

Ensuite, il est pertinent d'intégrer l'éducation sexuelle individualisée dans le plan de traitement et de réadaptation comme il est recommandé dans la littérature (Lindsay, 2002). De plus, il est préconisé d'élaborer un objectif de réadaptation en lien avec l'amélioration d'un comportement adaptatif dès l'élaboration initiale du PAMTGC et de planifier comment il sera mesuré et suivi. Finalement, une dimension soulevée pour faciliter l'amélioration de la situation concerne l'intensité de services. Il est donc recommandé d'ajuster l'intensité de services selon les besoins de la personne et le niveau de risque, en maximisant l'intensité dans les premières semaines.

Avenues de recherche

Cette recherche représente davantage un projet pilote pouvant laisser place à des études de plus grande envergure avec un nombre plus élevé de participants. En effet, il serait intéressant de poursuivre les études pour évaluer les effets de l'AIMM auprès des personnes présentant une DI et des CSI. En amont, il serait intéressant de poursuivre les études visant l'évaluation des effets de l'AIMM pour les personnes présentant un TGC et une DI ou un TSA. Puis, il serait pertinent de s'intéresser à l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant des CSI et un TSA. Cela permettrait également de vérifier si des modifications ou des ajustements seraient nécessaires auprès de cette clientèle. Dans un souci d'inclusion, il serait intéressant, voire primordial, que les futures recherches incluent autant les personnes s'identifiant comme des hommes, des femmes ou toute autre identité du genre. Sachant que la motivation et l'engagement de la personne sont des éléments favorisant la réussite de l'intervention, une autre avenue de recherche émanant de ce projet concerne les effets de l'utilisation d'un modèle ou d'un programme d'intervention travaillant sur divers aspects à la fois sur la motivation et l'engagement de la personne. Finalement, une étude exploratoire concernant les facteurs et les stratégies à utiliser pour « se sortir d'un PAMTGC » permettrait d'appuyer le développement d'une formation spécifique sur ce sujet.

Conclusion

Les personnes présentant une DI et des CSI ont besoin de soutien pour diminuer leurs difficultés comportementales, augmenter leurs comportements adaptatifs et ainsi diminuer les conséquences et les répercussions qu’elles vivent au quotidien afin d’augmenter leur qualité de vie et d’améliorer leur participation sociale. Toutefois, les CSI des personnes présentant une DI causent leur lot de défis pour les intervenants, dont les psychoéducateurs. Les appuis théoriques pour les soutenir dans leurs interventions sont en émergence et peu de programmes sont évalués, encore moins disponibles en français et utilisés au Québec. Cependant, le modèle d’AIMM semble un modèle prometteur correspondant aux recommandations retrouvées dans la littérature. Ce modèle propose une intervention en trois volets : 1) la gestion du risque de récidive ; 2) la gestion des comportements lorsqu’ils surviennent ; et 3) un plan de traitement et de réadaptation afin de développer les compétences de la personne.

En résumé, les résultats suggèrent que l’AIMM contribue à la diminution des CSI, autant pour la fréquence que la gravité. Les résultats présentent également une diminution de la gravité des conséquences et impacts des CSI après un an. En revanche, l’évolution des comportements alternatifs est plutôt nuancée. Certaines variables influençant positivement l’évolution des comportements ont été soulevées telles que les aménagements préventifs et le plan de traitement et de réadaptation faisant partie du PAMTGC, l’approche positive, l’intensité de services ainsi que la sensibilisation et l’implication de la personne et de son entourage. À l’opposé, certaines autres variables ont été identifiées comme néfastes pour l’évolution de la situation : une mauvaise condition physique, des difficultés cognitives, le stress et l’anxiété, les difficultés de collaboration avec le milieu, le manque d’occasions offertes à la personne pour développer ses habiletés adaptatives, les changements d’intervenants, les difficultés d’élaboration des objectifs observables et mesurables et le manque de compréhension de la problématique de la personne.

Les intervenantes ont soulevé plusieurs avantages concernant l’utilisation de l’AIMM pour intervenir auprès d’une personne présentant une DI et des CSI : 1) l’aspect sécurisant du modèle; 2) la structure du travail apportée par le modèle; 3) l’amélioration de la continuité des interventions et de son historique; 4) le suivi des objectifs comportementaux; 5) le travail

d'équipe; 6) le fait que l'AIMM soit un outil de travail connu des intervenants et des milieux œuvrant auprès des personnes présentant une DI et des TC ou TGC. Les inconvénients soulevés sont la formation nécessaire pour bien comprendre le modèle et le temps que l'équipe clinique doit consacrer pour l'élaboration et le suivi du PAMTGC. Les défis de l'utilisation de l'AIMM auprès de la clientèle visée par l'étude concernent l'appréhension des intervenantes pour l'élaboration de la prévention active et les conflits de valeurs entre les personnes et les milieux. Deux autres défis sont reliés à l'utilisation générale de ce modèle, toutes clientèles confondues, soit la mise à jour du PAMTGC en continu et le temps à consacrer à la démarche.

En conclusion, le modèle d'AIMM est un modèle prometteur pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des CSI pour diminuer les CSI tout en travaillant au développement de leurs comportements adaptatifs. Ce modèle correspond tout à fait aux recommandations générales ainsi qu'aux modèles et programmes d'intervention reconnus présentement dans la littérature. De plus, l'AIMM utilise une approche positive et individualisée. L'aspect individualisé correspond à un des grands avantages de l'AIMM comparativement à certains programmes disponibles. Il est possible d'intégrer les différents aspects à travailler selon les facteurs de risque, les besoins et la situation de la personne, comparativement à un programme proposant une structure plus rigide et un contenu préétabli. Cet aspect rejoue d'autres modèles d'intervention comme le modèle RBR et le GLM. De plus, l'AIMM permet une vision psychoéducative de la réadaptation des personnes en visant à la fois la diminution du risque de récidive et l'augmentation des comportements adaptatifs de la personne. Cependant, l'avantage de pouvoir individualiser les approches, les techniques et les thèmes d'intervention représente le plus grand défi de l'utilisation de l'AIMM pour les professionnels. Ces derniers doivent être au fait des recommandations concernant l'intervention et bien maîtriser le sujet afin de procéder à une analyse multimodale pertinente et élaborer un plan d'action répondant à la fois aux besoins de la personne et de son environnement tout en correspondant aux bonnes pratiques concernant l'intervention auprès de cette clientèle spécifique. Cela dit, la formation des professionnels sur différents sujets devrait être prévue en plus de la formation AIMM : la sexualité des personnes

présentant une DI, les problèmes de comportement de nature sexuelle en DI, l'éducation sexuelle adaptée, la gestion du risque de récidive, le modèle RBR et le GLM.

Références

Ailey, S. H., Marks, B. A., Crisp, C. et Hahn, J. E. (2003). Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Nursing Clinics of North America*, 38(2), 229-252. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(02\)00056-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00056-7)

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson.

Andrews, D. A. et Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3^e éd.). Anderson.

Andrews, D. A., Bonta, J., et Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52.
<https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>

Aylard, L. et West, B. (2006). The Good Way model: A strengths-based approach for working with young people, especially those with intellectual difficulties, who have sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 189-201.
<https://doi.org/10.1080/13552600600841680>

Barron, P., Hassiotis, A., et Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 454-463.

Benbouriche, M., Vanderstukken, O. et Guay, J. P. (2015). Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques*, 21, 219-234. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.002>

Billette, V., Guay, S., et Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 101-120.

Block, P. (2000). Sexuality, fertility and danger: twentieth-century images of women with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(4), 239–254.

Bonta, J. et Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Sécurité publique Canada.

Boucher, C., et Claveau, Y. (2012). Les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Dans M. Jacob, J. Proulx, R. Quenneville et M. Tardif (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs* (p. 403-431). Les Presses de l'Université de Montréal.

Boucher, C., Claveau, Y. et Tremblay, G. (2007). *Les troubles graves de la sexualité en déficience intellectuelle*. La Myriade : Centre de réadaptation.
<http://www.crlamyriade.qc.ca/introduction>.

Boucher, C., Côté, C., Tremblay, G. et Labbé, L. (2016). *Programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle*. Centre intégré de

santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec : Collections de l’Institut universitaire en déficience.

- Boucher, S. (2014). Comportements sexuels problématiques et déficience intellectuelle : étude d'un cas de déviance contrefaite. *Sexologies*. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.07.007>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation. Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2^e éd.). SAGE Publications.
- Claveau, Y. (2012). *Les comportements sexuels problématiques et les troubles graves de la sexualité*. [Diaporama]. Service québécois d’expertise en troubles graves du comportement.
- Claveau, Y. (2018). *Guide d’orientations cliniques concernant les problématiques sexuelles chez les personnes présentant une DI ou un TSA*. Service québécois d’expertise en troubles graves du comportement.
- Coleman, E. M. et Haaven, J. (1998). Adult intellectually disabled sexual offenders: Program considerations. Dans W. L. Marshall (dir.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (p. 273-285). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cook, D. A. G., Fox, C. A., Weaver, G. et Looman, J. (2000). The Berkeley Group: Ten years' experience of a group for non-violent offenders. *British Journal of Psychiatry*, 158, 238-243.
- Craig, L. A., Lindsay, W. R. et Browne, K. D. (2010). *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities*. Wiley-Blackwell.
- Delville, J., Mercier, M. et Merlin, C. (2000). *Des femmes et des hommes*. Presses universitaires de Namur.
- Desaulniers, M.-P., Boucher, C., Boutet, M. et Voyer, J. (2007). *Programme d’éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles modérées*. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.
- Dionne, H., et Dupras, A. (2014). Sexual health of people with an intellectual disability: An ecosystem approach. *Sexologies*. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.004>
- Dufrene, B. A., Watson, T. S., et Weaver, A. (2005). Response blocking with guided compliance and Inappropriate Sexual Behavior reinforcement for a habitative replacement behavior: Effects on public masturbation and on-task behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, 27(4), 73–84. https://doi.org/10.1300/j019v27n04_04

- Dupras, A. (2014). Sexualité et déficience intellectuelle : quelle émancipation ? *Sexologies*.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.07.009>
- Dupras, A., et Dionne, H. (2013). Les préoccupations des parents à l'égard de la sexualité de leur enfant ayant une déficience intellectuelle légère. *Sexologies*, 9(2).
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.09.002>
- Falligant, J. M. et Pence, S. T. (2020). Interventions for inappropriate sexual behavior in individuals with intellectual and developmental disabilities: A brief review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(3), 1316-1320. <https://doi.org/10.1002/jaba.716>
- Fanstone, C. et Thompson, D. (2010). People with learning disabilities, sex and the law. Dans M. McCarthy et D. Thompson (dir.), *Sexuality and learning disabilities: A handbook* (p. 25-40). Pavillon Publishing and Media Ltd.
- Fergusson et al. (1996). *Sexo-trousse*. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement Pavillon du Parc.
- Fitzgerald, S. (2012). Evaluation of the Risk Assessment Protocol for Intellectual Disabilities in community services for adults with a learning disability.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Éducation.
- Fyffe, C. E., Kahng, S., Fitro, E., et Russell, D. (2004). Functional analysis and treatment of inappropriate sexual behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(3), 401–404.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2004.37-401>
- Fyson, R. (2007). Working with children and young people who show sexually abuse: Taking the field forward. Dans M. C. Calder (dir.), *Young people with learning disabilities who sexually abuse: Understanding, identifying and responding from within generic education and welfare services* (p.110-1220). Russed House.
- Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. PUQ.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Béliveau éditeur.
- Giami, A. et De Colomby, P. (2008). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête «Handicaps, incapacités, dépendance»(HID). *Alter*, 2(2), 109-132.
- Gilmore, L. et Chambers, B. (2010). Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 22-28.

- Gray, E., Beech, A. et Rose, J. (2019). Using biofeedback to improve emotion regulation in sexual offenders with intellectual disability: a feasibility study. *International Journal of Developmental Disabilities*, 65(3), 195-204.
<https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1565003>
- Griffiths, D. M., Gardner, W. I., et Nugent, J. (1989). *Behavioral supports: Individual centered interventions, a multimodal functional approach*. NADD Press.
- Griffiths, D. M., Hingsburger, D., Hoath, J., et Ioannou, S. (2013). 'Counterfeit deviance' revisited. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 471–480.
<https://doi.org/10.1111/jar.1203>
- Griffiths, D. M., Quinsey, V. L. et Hingsburger, D. (1989). *Changing Inappropriate Sexual Behaviour: A Community Based Approach for Persons with Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes.
- Haaven, J., Petre-Miller, D. et Little, R. (1990). *Treating Intellectually Disabled Sex Offenders: A Model Residential Program*. The Safer Society Press.
- Hajbi, M., et Robin, N. (2013). Approche psychothérapeutique groupale des majeurs déficients mentaux auteurs de violences sexuelles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.021>
- Hays, S. J., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Rose, D. et Reed, T. (2007). Group treatment for men with intellectual disability and sexually abusive behaviour: Service user views. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(2), 106-116.
<https://doi.org/10.1080/13668250701413715>
- Heaton, K. M. et Murphy, G. H. (2013). Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: A follow-up. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 489-500. <https://doi.org/10.1111/jar.12038>
- Heffernan, R. et Ward, T. (2019). The Good Lives Model and rehabilitation of individuals convicted of sexual offending. Dans W. T. O'Donohue et P. A. Schewe (dir.), *Handbook of sexual assault and sexual assault prevention*. Springer Nature.
- Heppell, S., Jones, C. et Rose, J. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioural therapy group-based interventions for men with intellectual disabilities and sexual offending histories: a meta-analysis. *International Journal of Developmental Disabilities*.
<https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1845933>
- Hingsburger D., Griffiths D. et Quinsey V. (1991) Detecting counterfeit deviance: differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *Habilitation Mental Health Care Newsletter*, 10, 51–4.

- Holden, K. J. (2000). Effectiveness of treatment for cognitively impaired adolescent sexual offenders in a residential school. Dissertation Abstracts International, Section B. *The Sciences & Engineering*, 61 (5-B).
- Hollomotz, A. (2021). Ensuring long-term success of personalized support for a young man with intellectual disability and harmful sexual behaviour: a Swiss case study. *Journal of Sexual Aggression*. <https://doi.org/10.1080/13552600.2021.2001064>
- Hollomotz, A. et Greenhalgh, J. (2018). A realist analysis of treatment programmes for sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 729–738.
- Hollomotz, A. et Schmitz, S.C. (2018) Forio: a Swiss treatment program for young sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 9(3), 117-127. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-05-2018-0007>
- Jones, E. et Chaplin, E. (2020). A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 79-100.
<https://doi.org/10.1111/jar.12345>
- Joyal, M., Provencher, K., Krikorian, J., Boily, S., Leduc, T., Ouimet, A.-M. et Courchesne, A. (2015). *ADOPRO : un programme de développement des habiletés sociales pour les adolescents de 12 à 17 ans présentant une déficience intellectuelle*. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de Montréal.
- Karatas, N. et Dalgic, A. I. (2022). Experiences of parents of adolescents with intellectual disabilities regarding the transition to sexual development: A transitions theory-based qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(3), 250-264. <https://doi.org/10.1111/jir.12908>
- Kazdin, A. E. (2021). *Single-case research designs - Methods for clinical and applied settings* (3^e éd.). Oxford University Press.
- Keeling, J. A., Rose, J. L. et Beech, A. R. (2008). What do we know about the efficacy of group work for sexual offenders with an intellectual disability? Where to from here? *Journal of Sexual Aggression*, 14(2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/13552600802267106>
- Keller, J. (2016). Improving practices of risk assessment and intervention planning for persons with intellectual disabilities who sexually offend. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(1), 75-85.
- Kempton, W. et Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: a historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9(2), 93–111.

- Kerbage, H. et Richa, S. (2011). Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(8), 478-483. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.07.004>
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. Dans I. Holloway (dir.), *Qualitative research in health care* (p. 56-70). Open University Press.
- Lambrick, F., et Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(4), 381-392.
- Lanovaz, M. (2013). L'Utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 161-183.
- LeBlanc, L. A., Hagopian, L. P., et Maglieri, K. A. (2000). Use of a token economy to eliminate excessive inappropriate social behavior in an adult with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 15(4), 135–143. <https://doi.org/10.1002/1099-078x>
- Leclerc, M. J. (2020). *Facilitateurs et obstacles liés au rôle de l'intervenant dans le soutien à la sexualité d'adultes ayant une DI* [Essai doctoral, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada].
- Leclerc, M.-J., et Morin, D. (2022). Factors affecting residential staff's role in supporting the sexuality of adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(4), 1028-1036. <https://doi.org/10.1111/jar.12935>
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion et étapes. Dans J.-P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 54-65). Presses de l'Université du Québec.
- Lindsay, W. R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (sup.1), 74–85.
- Lindsay, W. R. (2005). Model underpinning treatment for sex offenders with mild learning disability: Current theories of sex offending. *Mental Retardation*, 43(6), 428–441. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2005\)432.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2005)432.0.CO;2)
- Lindsay, W. R. (2009a). Adaptations and Developments in Treatment Programmes for Offenders with Developmental Disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16 (sup1), S18-S35. <https://doi.org/10.1080/13218710802471784>
- Lindsay, W. R. (2009b). *The Treatment of Sex Offenders with Developmental Disabilities*. Wiley-Blackwell.
- Lindsay, W. R. (2011). People with intellectual disability who offend or are involved with the criminal justice system. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 377-381.

- Lindsay, W. R., Hamilton, C., Moulton, S., Scott, S., Doyle, M. et McMurran, M. (2011). Assessment and treatment of social problem solving in offenders with intellectual disability. *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 181-197. <https://doi.org/10.1080/10683160903392756>
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., et Lambrick, F. (2010). Community-based treatment programmes for sex offenders with intellectual disabilities. Dans L. A. Craig, W. R. Lindsay et K. D. Browne (dir.), *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: A handbook*, 271-292.
- Lindsay, W. R., Smith, A. H., Law, J., Quinn, K., Anderson, A., Smith, A., ... et Allan, R. (2002). A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: characteristics of referrals and evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 166-174.
- Lindsay W. R., Whitefield E. & Carson D. (2007) An assessment for attitudes consistent with sexual offending for use with offenders with intellectual disability. *Legal and Criminological Psychology*, 12, 55–68.
- Marotta, P. L. (2017). A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 29(2), 148–185.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives, Hors Série*(2), 5-17.
- Merriam, S. B. (2002). Assessing and Evaluating Qualitative Research. Dans S. B. Merriam (dir.), *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis* (p. 18-33). Jossey-Bass.
- Michie, A. M., et Lindsay, W. R. (2012). A treatment component designed to enhance empathy in sex offenders with an intellectual disability. *The British Journal of Forensic Practice*, 14(1), 40-48. <https://doi.org/10.1108/14636641211204450>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale*. Gouvernement du Québec.
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F. et Fortenberry, D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *The Lancet Public Health*, 6(8), 608-613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
- Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M. et Hays, S. J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 902-912.

- Nezu, C. M., Fiore, A. A., et Nezu, A. M. (2006). Problem Solving Treatment for Intellectually Disabled Sex Offenders. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(2), 262-276.
- Nezu, C. M., Greenberg, J. et Nezu, A. M. (2005). Project STOP: Cognitive behavioral assessment and treatment for sex offenders with intellectual disability. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(3), 191–203.
- O'Connor, W. (1996). A problem-solving intervention for sex offenders with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Development Disability*, 21, 219-235.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*.
- Organisation mondiale de la santé. (2015). Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1
- Organisation des Nations unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Récupéré de <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.
- Ouellet, F., et Saint-Jacques, M. C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R.E.A. Mayers (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 79-88). Gaëtan Morin.
- Peckham, N. G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 131-137. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2006.00428.x>
- Reyes, J. R., Vollmer, T. R., et Hall, A. (2011). The influence of presession factors in the assessment of deviant arousal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(4), 707–717. <https://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-707>
- Roden, R. C., Schmidt, E. K. et Holland-Hall, C. (2020). Sexual health education for adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities: recommendations for accessible sexual and reproductive health information. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4, 699–708.
- Roberge, M., Bigras, M., et Guimond, R. (2014). L'intervention auprès de personnes avec des troubles graves du comportement : des résultats probants dans un CRDITED. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 10(1).

- Rose, J., Jenkins, R., O'Connor, C., Jones, C. et Felce, D. (2002). A group treatment for men with intellectual disabilities who sexually offend or abuse. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 138-150.
- Roy, J. (2013). *Les troubles graves de la sexualité en déficience intellectuelle* [Rapport de maitrise], Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada.
- Sabourin, G. (2010). *Dépistage de troubles graves du comportement : validité et structure factorielle de l'EGTC-CI, version courte* [Diaporama]. Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement.
- Sabourin, G. (2016a). *Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC)*. Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement.
- Sabourin, G. (2016b). *Interprétation de l'ECI-TC*. Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement.
- Sabourin, G. (2020). *Séminaire sur l'évaluation et la gestion des risques de violence chez les personnes présentant une DI ou un TSA* [Diaporama].
- Sabourin, G., et Lapointe, A. (2014). *AIMM en troubles graves du comportement - grille et lexique*. Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement.
- Sabourin, G., Senécal, P., et Paquet, M. (2016). EGCP-II-R – Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée [Manuel de l'utilisateur]. Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec.
- Sakdalan, J. A., et Collier, V. (2012). Piloting an evidence-based group treatment programme for high risk sex offenders with intellectual disability in the New Zealand setting. *New Zealand Journal of Psychology*, 41(3), 6-12.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétagtive en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3^e éd., p. 142-148). CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale - de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., et Tassé, M. J. (2021). *Intellectual Disability: definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12^e éd.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. (2014a). *Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement : Formation des formateurs* [Diaporama].

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. (2014b). *Plan d'action multimodal en troubles graves du comportement (PAMTGC)*.

Sex Offender Treatment Services Collaborative—Intellectual Disabilities. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities at risk of sexual offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 537–551.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. W., Singh, A. N., Adkins, A. D., et Singh, J. (2011). Can adult offenders with intellectual disabilities use mindfulness-based procedures to control their deviant sexual arousal? *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 165–179.

Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 26(2), 75–81.

Taylor Gomez, M. (2012). The S words: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 30, 237–245.
<https://doi.org/10.1007/s11195-011-9250-4>.

Walker, S. F., Joslyn, P. R., Vollmer, T. R. et Hall. A. (2014). Differential suppression of arousal by sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 639-644.

Ward, K. M. et Bosek, R. L. (2002). Behavioral risk management: Supporting individuals with developmental disabilities who exhibit inappropriate sexual behaviors. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27(1), 27–42.

Ward, T., et Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>

West, B. (2007). Using the Good Way model to work positively with adults and youth with intellectual difficulties and sexually abusive behaviour. *Journal of sexual aggression*, 13(3), 253-266.

Wilcox, D. T. (2004). Treatment of intellectually disabled individuals who have committed sexual offences: A review of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 85–100.

Williams, F., et Mann, R. E. (2010). The treatment of intellectually disabled sexual offenders in the national offender management service: The adapted sex offender treatment programmes. Dans L. A. Craig, W. R. Lindsay, et K. D. Browne (dir.), *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities* (p. 293–315). John Wiley & Sons Ltd.

Willis, G. M., Prescott, D. S. et Yates, P. M. (2013). The Good Lives Model (GLM) in theory and practice. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 5(1), 3-10.

- Willis, G. M., Ward, T. et Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An evaluation of GLM operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 26(1), 58-81.
<https://doi.org/10.1177/1079063213478202>
- Wilson, R. J., Prescott, D. S. et Burns, M. K. (2015). People with special needs and sexual behavior problems: balancing community and client interests while ensuring effective risk management. *Journal of Sexual Aggression*, 21(1), 86-99.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11^e éd.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wormald, C. et Melia, Y. (2021). How effective are interventions at enhancing empathy for service users with an intellectual disability who engage in sexually abusive behaviour? A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34, 1373-1392. <https://doi.org/10.1111/jar.12883>
- Yates, P. M., Kingston, D. A. et Ward, T. (2009). *The Self-Regulation Model of the offence and re-offence process: A guide to assessment and treatment planning using the integrated Good Lives / Self- Regulation Model of sexual offending*. Pacific Psychological Assessment Corporation.
- Yates, P. M. et Prescott, D. S. (2011). Applying the Good Lives Model to clinical practice: Redefining primary human goods. *Newsletter of the National Organisation for the Treatment of Abusers (NOTA)*, 68.
- Yates, P. M., Prescott, D. S., et Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self Regulation Models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians*. Safer Society Press.

Appendice A

Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche

Amos, le 15 novembre 2017

Membres de la communauté de pratique en troubles graves de comportement
Services québécois d'expertise en troubles graves du comportement
ET
Directeurs des programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme
et déficience physique
Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux
ET
Conseillers en éthique
Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux

Invitation à participer au projet de recherche : Évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je sollicite votre participation à un projet de recherche. Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je m'intéresse à la problématique des comportements sexuels inappropriés chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI). Les recherches démontrent l'importance d'utiliser une approche d'intervention multidimensionnelle permettant d'intervenir sur divers plans à la fois. Dans ce contexte, l'application de l'analyse et intervention multimodales (AIMM) auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés a été retenue, afin de diminuer leurs comportements sexuels inappropriés, augmenter leurs habiletés compensatoires et diminuer les impacts des comportements pour la personne et son entourage.

Je joins à cette lettre une version détaillée du projet de recherche, afin que vous puissiez en prendre connaissance et me faire part de votre décision quant à votre participation. Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi au 819-732-6696 poste 4325.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Sophie Legras

Sophie Higgins

Sophie Higgins@uogtr.ca

Renseignements généraux sur le projet de recherche

Titre du projet

Évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle

Coordonnées de la doctorante

Prénom et nom : Sophie Higgins

Adresse de correspondance : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Téléphone au bureau : 819-732-6696 poste 4325

Courriel : sophie.higgins@uqtr.ca ; sophie.higgins@ssss.gouv.qc.ca

Établissements sollicités

Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux, programme DI-TSA.

Direction de thèse

Dany Lussier-Desrochers, Université du Québec à Trois-Rivières, directeur

Problématique

De façon globale, l'étude s'intéresse à la clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI) et des comportements sexuels inappropriés. Cette clientèle représente un défi de taille pour les intervenants puisqu'elle est peu documentée sur le plan de l'intervention (Dionne & Dupras, 2014). La présente étude vise donc à proposer un modèle d'intervention afin de soutenir les intervenants en lien avec cette problématique.

Les personnes présentant une déficience intellectuelle doivent composer avec différentes limites cognitives qui entravent de façon significative leur fonctionnement quotidien (Tassé & Morin, 2003). Ces limitations ont un impact sur leur intégration et leur participation sociale. Parmi les aspects fondamentaux liés à l'intégration et la participation sociales des personnes, on retrouve la dimension de la vie affective et amoureuse (Dupras, 2014). Cependant, la vie affective, amoureuse et sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle est souvent mise de côté, et ce, pour plusieurs raisons, dont les mythes et stéréotypes qui perdurent dans la société et le malaise causé par le sujet pour les familles et les intervenants (Nezu, Fiore, & Nezu, 2006 ; Dionne & Dupras, 2014). Pour ajouter à cette problématique, certaines personnes présentant une DI peuvent avoir des comportements sexuels inappropriés, c'est-à-dire des comportements sexuels inadaptés, hors normes ou hors contexte (Claveau, 2012), ce qui complexifie l'accompagnement psychoéducatif pour les intervenants. Si ces comportements sont graves et ont des impacts importants pour la personne ou son entourage, cette problématique s'inclut comme sous-catégorie dans les troubles graves de comportements. Lorsque nous parlons

d'intégration ou de participation sociale, la présence d'un trouble de comportement chez certaines personnes a un impact majeur sur leur participation sociale (Roberge, Bigras & Guimond, 2013). Il devient donc évident que la présence d'un trouble de comportement au niveau de la sexualité amène des difficultés majeures au plan de l'intégration et de la participation sociale.

Bien que ces personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés aient besoin d'accompagnement, peu d'interventions psychoéducatives sont mises en place par les intervenants pour répondre à ce besoin (Dionne & Dupras, 2014). Les programmes en déficience intellectuelle dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont appelés à intervenir auprès de cette clientèle spécifique, mais peu de programmes sont disponibles pour l'intervention sur les comportements sexuels inappropriés (Dionne & Dupras, 2014). Certains établissements offrent les services d'un sexologue, mais d'autres ne disposent pas de ces professionnels dans leur équipe. Par conséquent, les intervenants peinent à réaliser le mandat qui leur est confié, se sentent démunis et par conséquent, interviennent peu sur cet aspect. Pourtant, l'implication des intervenants a un impact majeur sur le processus de changement (Boucher & Claveau, 2012). Il est primordial de former les intervenants afin d'augmenter leurs connaissances et leur confiance pour intervenir auprès de cette clientèle (Gilmore & Chambers, 2010). Il serait donc pertinent pour la participation sociale des personnes d'approfondir ce sujet et de soutenir les intervenants en leur fournissant des appuis théoriques sur lesquels baser leurs interventions psychoéducatives afin qu'ils puissent répondre au besoin d'accompagnement des personnes présentant des comportements sexuels inappropriés.

Objectifs du projet

L'objectif général consiste à évaluer les effets de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales pour l'intervention psychoéducative sur les comportements sexuels inappropriés des personnes présentant une déficience intellectuelle. De cet objectif général découlent cinq objectifs spécifiques :

- 1) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur la diminution des comportements sexuels inappropriés
- 2) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur l'augmentation des comportements alternatifs
- 3) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur la diminution de l'impact des comportements inappropriés pour la personne et son entourage.
- 4) Décrire la perception des intervenants concernant les effets attendus et inattendus liés à la mise en place de l'analyse et intervention multimodales.
- 5) Identifier les facteurs contributeurs pour les effets de ce modèle d'analyse et d'intervention pour les personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés selon la perception des intervenants.

Questions et hypothèses de recherche

Le volet quantitatif permet de vérifier les trois hypothèses de recherche suivantes : 1) l'utilisation de l'AIMM dans l'intervention psychoéducative auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés diminue la fréquence des comportements sexuels problématiques ; 2) l'utilisation de l'AIMM dans l'intervention psychoéducative auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés augmente la fréquence de l'utilisation d'une habileté adéquate socialement comme moyen alternatif au comportement sexuel inapproprié ; 3) l'utilisation de l'AIMM dans l'intervention psychoéducative auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés diminue l'impact des comportements sexuels problématiques sur la personne et sur autrui.

Le volet qualitatif comporte deux questions de recherche : 1) selon les intervenants, quels sont les effets attendus et inattendus de l'utilisation de l'AIMM pour la clientèle présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés? 2) Quels facteurs ont contribué aux effets observés selon les intervenants?

Nombre de participants

Pour ce qui est de la taille de l'échantillon, six personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés seront choisies, ainsi que les équipes interdisciplinaires entourant ces personnes. Le nombre d'intervenants variera en fonction des équipes interdisciplinaires ciblées. Pour se faire, plusieurs centres intégrés (universitaires) en santé et services sociaux seront sollicités, par l'entremise du service québécois d'expertise en troubles graves du comportement.

Critère d'inclusion et d'exclusion

L'échantillon cible des hommes âgés de 18 ans et plus, présentant une DI légère à moyenne, ayant eu des comportements sexuels inappropriés de type agression sexuelle envers autrui (impliquant une victime) dans les douze derniers mois et ayant la possibilité d'être desservi par une équipe interdisciplinaire acceptant de participer au projet de recherche. Puis, pour ce qui est des équipes interdisciplinaires, l'équipe doit être composée de plus de deux intervenants ayant des fonctions différentes, inclure au moins un intervenant du milieu de vie et favoriser la participation d'un ou deux parents si possible. De plus, les intervenants doivent avoir une connaissance de base de l'AIMM ou l'obtenir avant le début de l'étude et être en mesure de s'exprimer en français afin de pouvoir participer aux groupes de discussions.

Brève description des modalités de recrutement prévues

Le recrutement des participants se fait en collaboration avec les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux. Premièrement, une lettre d'information est remise aux membres de la communauté de la pratique en troubles graves de comportement, puis à la direction de l'éthique et à la direction des programmes DI-TSA. Après une première réponse positive, la lettre d'information et de demande de participation est transmise aux intervenants

potentiellement visés, puis aux clients interpellés. Les intervenants intéressées par le projet pourront contacter la doctorante afin de procéder à des démarches plus spécifiques à chacun pour vérifier la concordance avec les critères d'inclusion. La confidentialité est assurée du début à la fin de ce processus, autant pour les clients que les intervenants ciblés.

Méthode utilisée

Devis. Un devis de recherche mixte quantitatif et qualitatif est utilisé. Le devis de recherche pour le volet quantitatif consiste en un devis à cas unique à niveaux de base multiples avec comparaison entre les participants et entre les comportements (Kazdin, 2010). Pour le volet qualitatif, une approche interprétative de base est utilisée (Merriam, 2002). Puis, étant donné que l'étude de cas impliquera une année complète de collecte de données, un monitoring d'implantation de l'AIMM sera mis en place pour vérifier la qualité de l'implantation afin d'ajouter des éléments explicatifs aux résultats obtenus (Chen, 2015).

Techniques et instruments de collecte de données. Afin d'obtenir des données en continu pour les comportements sexuels inappropriés et les habiletés compensatoires, de l'observation quotidienne est effectuée auprès des personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés avant et pendant l'intervention à l'aide de la grille *Sommaire* et du logiciel *Somnet*. De plus, deux échelles de mesure sont utilisées avant l'introduction des interventions multimodales et un an après le début de son implantation, afin de mesurer les conséquences et impacts de ces comportements. Il s'agit de l'*Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II, volet sur la sexualité (EGCP-II)* (Sabourin, 2004) et de l'*Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC)* (Sabourin, 2007). En addition à ces éléments, une grille de cotation doit être complétée aux 3 mois pour faire le suivi de l'implantation. Afin d'obtenir la perception des intervenants, des groupes de discussion ont lieu avant l'implantation de l'approche, puis après un an d'implantation.

Déroulement. Le déroulement du projet est prévu sur une période d'un an. Une fois les équipes rencontrées pour la présentation du projet, les premiers groupes de discussion avec les intervenants ont lieu. Ceux-ci procèdent ensuite à une première passation des échelles EGCP-II et ECI-TC et l'observation des comportements débute à l'aide de la grille sommaire pour déterminer un niveau de base (pendant huit semaines). Pendant ce temps, les intervenants procèdent à l'analyse multimodale et à l'élaboration du plan d'action multimodal (PAM-TGC). Une fois le PAM-TGC prêt à être implanté, l'intervention débute pour une durée de 12 mois. Pendant ce temps, une compilation des données se fait au quotidien et des rencontres de suivi ont lieu mensuellement, ainsi que des rencontres de révisions trimestrielles. Après 12 mois, une deuxième passation des échelles EGCP-II et ECI-TC a lieu. Les dernières données pour cette étude sont analysées, mais l'intervention auprès du client se poursuit. Finalement, des groupes de discussion ont lieu afin d'aller chercher la perception de l'équipe interdisciplinaire.

Implication requise des participants

Les clients ciblés (avec leur consentement) seront sollicités entre autres pour développer de nouvelles compétences relativement à une habileté compensatoire à leur comportement sexuel

inapproprié. Ils devront accepter de participer à leur plan d'intervention et collaborer avec les intervenants pour la mise en place des interventions. Quant aux équipes interdisciplinaires ciblées, chaque intervenant (avec son consentement) devra participer à deux groupes de discussion (avant et après). Ceux-ci devront également développer un PAM-TGC pour leur(s) client(s). Puis, ils devront collaborer pour les cotations des comportements ciblés pendant un an, ainsi que la cotation des échelles de mesure à deux reprises. De plus, des rencontres mensuelles sont prévues en équipe interdisciplinaire. Évidemment, si un intervenant quitte l'équipe et est remplacé au cours de l'année, son remplaçant peut poursuivre dans le projet s'il le désire.

Échéancier prévu

Date du début : décembre 2017

Fin du projet : mai 2019

Il est à noter que ce délai inclut toutes les démarches préalables au projet, l'expérimentation, ainsi que les démarches subséquentes avec le milieu. Pour ce qui est l'expérimentation, un délai de douze mois est nécessaire.

Retombées anticipées

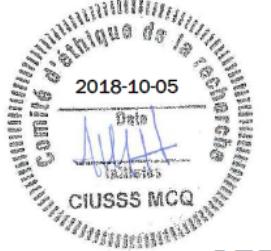
L'utilisation de l'AIMM pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés devrait faire diminuer les comportements sexuels inadéquats, faire augmenter des habiletés compensatoires adéquates et ainsi diminuer les impacts négatifs des comportements inadéquats pour la personne et son entourage. De plus, l'utilisation de l'AIMM devrait permettre de diminuer le malaise ressenti par les intervenants dû au sujet et au manque dans la littérature en leur offrant un modèle déjà connu pour la clientèle en trouble grave de comportement. Ceci devrait également permettre d'augmenter les services offerts en lien avec cette problématique. Pour les personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés, l'utilisation de ce modèle d'analyse et d'intervention devrait permettre de diminuer leurs comportements sexuels problématiques et d'augmenter une habileté compensatoire, ce qui devrait leur permettre de mieux s'intégrer dans la société et ainsi d'augmenter leur participation sociale active. Pour l'entourage de ces personnes, l'utilisation de l'AIMM devrait permettre de diminuer les impacts reliés aux comportements sexuels problématiques. De façon globale, l'utilisation de l'AIMM devrait donc avoir des effets positifs autant pour la personne, son entourage et les intervenants.

Modalité de diffusion des résultats de recherche envisagée

Pour la communauté scientifique, je diffuserai les résultats de ma thèse dans un article, dans une revue qui reste à déterminer pour l'instant. Afin de rejoindre les différents milieux de pratique, je compte publier des articles de vulgarisation dans la revue du CNRIS de même que dans les journaux des établissements qui participent à ma recherche. Je proposerai également des communications lors du colloque du Service québécois d'expertise en trouble grave de comportement, afin de rejoindre les intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle.

Appendice B

Lettre d'information et formulaire de consentement : participant



LETTER D'INFORMATION POUR LE PARTICIPANT

Invitation à participer au projet de recherche : *Évaluation des effets de méthodes d'analyse et d'interventions psychoéducatives de type multimodales ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle*

Sophie Higgins, doctorante en psychoéducation
Département de psychoéducation
Directeur : Dany Lussier-Desrochers

Bonjour, je m'appelle Sophie. J'aimerais que vous participiez à un projet de recherche que je réalise présentement. Je vais vous expliquer mon projet.

Certaines personnes ont parfois des difficultés à bien vivre leur sexualité. J'aimerais développer de nouveaux moyens pour aider les personnes à bien vivre leur sexualité.

Si vous êtes d'accord, vos intervenants pourraient utiliser un modèle particulier avec vous pour vous aider à bien vivre votre sexualité. Ce modèle qu'on appelle multimodal aide vos intervenants et vos proches à vous aider pour avoir des comportements sexuels positifs. Le modèle d'intervention met en place des moyens dans votre milieu de vie. Le modèle met aussi en place des moyens pour vous permettre de développer de nouveaux comportements positifs. Les interventions vous aide à gérer vos comportements au quotidien.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Vous pouvez me poser des questions si vous ne comprenez pas bien le projet. Vous pouvez aussi en parler avec votre intervenant ou vos parents avant de me répondre.

Numéro du certificat : CERC-0237
Date de version : 2018-10-04

Objectifs

- Je veux savoir si le modèle d'intervention peut vous aider à diminuer vos comportements sexuels inappropriés.
- Je veux savoir si le modèle d'intervention peut vous aider à développer de nouvelles habiletés.
- Je veux aussi savoir si le modèle d'intervention peut vous aider à la maison, à l'école ou au travail.

Tâches

- Participer à votre plan d'intervention comme vous le faites d'habitude et signer votre plan d'intervention s'il est correct pour vous.
- Participer à la révision de votre plan d'intervention aux 3 mois.
- Travailler vos objectifs avec votre intervenant pendant 1 an.
- J'aimerais voir votre plan d'intervention. Vous pouvez dire à votre intervenant si vous acceptez de me donner une copie de votre plan. Vous n'êtes pas obligé d'accepter pour participer au projet.
- Le projet commencera dans les prochaines semaines et durera 1 an, comme le plan d'intervention.

Inconvénients possibles de participer au projet

- Il n'y a pas de danger à participer au projet.
- Si les moyens de votre plan d'intervention ne vous aident pas, vous pouvez le dire à votre intervenant et il trouvera d'autres moyens pour vous aider.
- Si les rencontres sont trop longues, vous pouvez aussi le dire à votre intervenant et il pourra arrêter la rencontre et poursuivre une autre journée.

Avantages possibles de participer au projet

- Améliorer vos comportements sexuels inappropriés.
- Développer de nouvelles habiletés.
- Avoir de nouveaux moyens et de nouveaux outils.
- Améliorer votre intégration à l'école ou au travail.
- Donner des moyens à votre famille ou votre milieu de vie pour vous aider à gérer vos comportements.

Confidentialité

Numéro du certificat : CÉRC-0237
Date de version : 2018-10-04

- Votre plan d'intervention, vos résultats et tout ce que votre intervenant nous dira pendant le projet resteront confidentiels.
- Toutes les données seront écrites dans un dossier avec un faux nom pour que personne ne sache que c'est vous.
- Seulement la chercheuse et son directeur pourront lire le dossier.
- Le dossier sera placé dans un classeur barré à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Le dossier sera utilisé seulement pour cette recherche.
- Les données de votre dossier seront utilisées pour présenter les résultats de la recherche, mais votre nom ne sera jamais nommé.
- Le dossier sera déchiqueté 5 ans après la fin du projet.

Participation volontaire

- Vous participez au projet seulement si vous le voulez.
- Vous pouvez dire à la chercheuse que vous ne voulez pas participer à la recherche.
- Il n'y a aucune punition si vous refusez de participer au projet.
- Vous pouvez arrêter de participer au projet n'importe quand sans donner de raison.
- Si vous arrêtez de participer au projet de recherche, vous continuerez à recevoir des services.

Responsable de la recherche

Si vous avez des questions, vous pouvez m'appeler au 819-732-6696 poste 4325.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Si vous voulez faire une plainte, vous pouvez appeler :

- 1) le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS-MCQ
 - 819-372-3133 poste 32303
- 2) le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
 - 1-888-764-5531
- 3) la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières
 - (819) 376-5011, poste 2129



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTICIPANT

Consentement du participant

Voici quelques questions pour vérifier si vous avez bien compris le projet et vérifier si vous voulez participer. Vous pouvez répondre aux questions par oui ou non en mettant un « X » dans la case.

	Oui	Non
Avez-vous des questions?		
Maintenant, comprenez-vous le projet?		
Acceptez-vous de faire les tâches demandées?		
Pouvez-vous demander à votre intervenant de changer les moyens de votre plan d'intervention s'ils ne vous conviennent pas?		
Pouvez-vous demander d'arrêter de participer au projet quand vous voulez?		
Serez-vous puni si vous voulez arrêter de participer au projet?		
Serez-vous obligé de participer à toutes les rencontres?		
Avez-vous eu assez de temps pour faire votre choix de participer ou non?		
Acceptez-vous de participer au projet?		

Nom du participant	Signature	Date (JJ/MM/AA)

Témoin au consentement

Je certifie avoir été témoin de la signature de ce document par le participant. Les explications fournies par la chercheure et les réponses aux questions étaient compréhensibles pour le participant. Le chercheur a expliqué les

Numéro du certificat : CÉRC-0237
Date de version : 2018-10-04

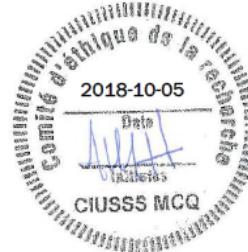
désavantages de la participation de même que les règles de confidentialité. À titre de témoin, je confirme que _____ accepte librement de participer au projet.

Nom du témoin	Lien avec la personne	Signature du témoin	Date (JJ/MM/AA)

Engagement de la chercheure

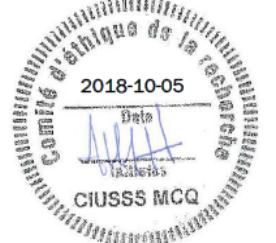
Je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Nom du chercheur	Signature	Date (JJ/MM/AA)



Appendice C

Lettre d'information et formulaire de consentement : représentant légal



LETTER D'INFORMATION POUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU PARTICIPANT

Invitation à participer au projet de recherche : *Évaluation des effets de méthodes d'analyse et d'interventions psychoéducatives de type multimodales ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle*

**Sophie Higgins, doctorante en psychoéducation
Département de psychoéducation
Directeur : Dany Lussier-Desrochers**

Monsieur ou Madame, je me nomme Sophie Higgins, étudiante au Doctorat en psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je m'intéresse à la problématique des comportements sexuels inappropriés chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI). Les recherches démontrent l'importance d'utiliser une approche d'intervention multidimensionnelle permettant d'intervenir sur divers plans à la fois. Dans ce contexte, l'application de l'analyse et intervention multimodales (AIMM) auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés a été retenue, afin de diminuer leurs comportements sexuels inappropriés, augmenter leurs habiletés compensatoires et diminuer les impacts des comportements pour la personne et son entourage. Jusqu'à présent, l'analyse et intervention multimodales a été mise en place auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble grave de comportement. Toutefois, étant donné le peu de documentation sur l'intervention pour les comportements sexuels inappropriés, je crois pertinent de tester ce modèle d'analyse et d'intervention auprès de cette clientèle. Nous communiquons avec vous aujourd'hui afin de vérifier si vous accepteriez de participer à un projet visant à évaluer ce modèle dans un tel contexte.

Ces renseignements vous sont fournis pour vous aider à bien comprendre ce qu'impliquerait sa participation et à prendre une décision éclairée. De plus, nous vous demandons de prendre connaissance du formulaire de consentement et, au besoin, de nous poser toutes questions que vous vous posez. Nous aimerions, selon votre décision, recevoir un appel de votre part pour des

Numéro du certificat : CERC-0237
Date de version : 2018-10-04

éclaircissements, ou un retour du formulaire nous faisant part de votre décision dans les prochaines semaines.

Objectifs

L'objectif de la recherche est d'évaluer les effets de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales pour la diminution des comportements sexuels inappropriés, l'augmentation des comportements alternatifs et la diminution de l'impact des comportements inappropriés pour la personne et son entourage.

Tâche du participant

Le participant ne sera pas sollicité directement pendant cette étude. Il sera invité à participer à son plan d'intervention au même titre qu'à l'habitude.

Votre tâche

Pour ce projet, votre tâche se résume à informer l'usager du projet et s'assurer de son accord.

Contribution volontaire

Pendant le projet, l'équipe clinique vous invitera à participer à des rencontres de révision trimestrielle (1h/3mois). Il sera libre à vous de participer ou non, sans que cela influence la participation au projet.

Dans le même ordre d'idées, nous vous inviterons à participer à deux groupes de discussion avec l'équipe interdisciplinaire. Le premier groupe, réalisé avant la mise en place du modèle d'analyse et d'intervention auprès des participants, vise à discuter des services actuels offerts, des impacts des comportements et de votre perception de la pertinence de l'utilisation de ce modèle pour la clientèle visée. Le second groupe aura lieu après un an d'implantation et abordera les effets attendus de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales, les effets inattendus, les facteurs ayant contribué à ces effets, les avantages et inconvénients à utiliser ce modèle ainsi que les défis reliés. Chaque groupe de discussion dure une heure.

En somme, la réalisation du projet sera réalisée de mai 2018 à novembre 2019.

Risques, inconvénients, inconforts

Les risques associés à la participation du participant sont faibles. Toutefois, l'utilisation du modèle pourrait ne pas apporter les résultats escomptés, ce qui pourrait engendrer une poursuite des conséquences et impacts du trouble de la sexualité pour la personne et son entourage. À ce titre, il importe de considérer que des mesures alternatives seront mises en place si la situation de la personne ne s'améliore pas ou se dégrade. D'ailleurs, l'AIMM permet l'utilisation d'une multitude d'approches et de techniques, ce qui ne limite pas les interventions auprès de la personne dans le cadre de l'étude. Les intervenants peuvent inclure d'autres modalités d'interventions, afin de résoudre la situation problématique pour la personne ou son entourage. De plus, le temps consacré

Numéro du certificat : CERC-0237

Date de version : 2018-10-04

au projet, pour la compréhension du projet et les rencontres pourraient constituer un inconvénient. La doctorante tentera de vous accommoder et de déterminer les moments de rencontre qui vous conviendront le mieux.

Bénéfices

En terme de bénéfices, l'aide que pourrait apporter l'analyse et intervention multimodale à l'équipe et à l'usager et l'accès à un outil d'intervention pour la gestion de certains comportements problématiques sont les premiers bénéfices. La participation au projet vous permettra également de mieux connaître le potentiel de ce modèle et ainsi soutenir le développement de l'expertise dans ce secteur. Aucune compensation d'ordre monétaire ne peut être accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification du participant. La confidentialité sera assurée par l'utilisation de noms fictifs. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de thèse, d'articles scientifiques ou de vulgarisation et sous forme de communication orale lors de congrès ou colloque, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur à l'UQTR et les seules personnes qui y auront accès seront la doctorante et les co-directeurs de recherche. Elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire et vous êtes entièrement libre d'accepter ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

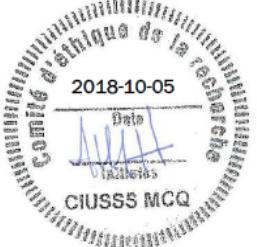
Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Sophie Higgins au 819-732-6696 poste 4325.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-17-240-10.03 a été émis. La recherche a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche conjoint déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme (CERC DI-TSA) et un certificat portant le numéro CERC-0237 a été émis.

Numéro du certificat : CERC-0237
Date de version : 2018-10-04

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec 1) le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS-MCQ au numéro de téléphone suivant 819-372-3133 poste 32303 ou 2) le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 1-888-764-5531. Vous pouvez aussi communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU PARTICIPANT

Engagement de la chercheure

Moi, Sophie Higgins, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du représentant légal du participant

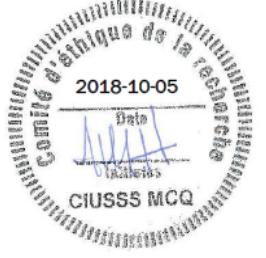
Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Évaluation des effets de méthodes d'analyse et d'interventions psychoéducatives de type multimodales ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de la participation de la personne que je représente. J'ai également bien saisi que je ne suis pas obligé de participer aux rencontres qui me seront suggérées lors du projet même si je signe ce formulaire de consentement pour la participation à la recherche. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision d'accepter ou non qu'il (elle) participe à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire. Je comprends aussi que sa participation est volontaire et que nous pouvons nous retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement que _____ (*nom du participant*) participe à ce projet de recherche.

Représentant légal du participant	Doctorante
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice D

Lettre d'information et formulaire de consentement : intervenants



LETRE D'INFORMATION POUR L'ÉQUIPE CLINIQUE DU PARTICIPANT

Invitation à participer au projet de recherche : *Évaluation des effets de méthodes d'analyse et d'interventions psychoéducatives de type multimodales ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle*

**Sophie Higgins, doctorante en psychoéducation
Département de psychoéducation
Directeur : Dany Lussier-Desrochers**

Monsieur ou Madame, je me nomme Sophie Higgins, étudiante au Doctorat en psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je m'intéresse à la problématique des comportements sexuels inappropriés chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI). Les recherches démontrent l'importance d'utiliser une approche d'intervention multidimensionnelle permettant d'intervenir sur divers plans à la fois. Dans ce contexte, l'application de l'analyse et intervention multimodales (AIMM) auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés a été retenue, afin de diminuer leurs comportements sexuels inappropriés, augmenter leurs habiletés compensatoires et diminuer les impacts des comportements pour la personne et son entourage. Jusqu'à présent, l'analyse et intervention multimodales a été mise en place auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble grave de comportement. Toutefois, étant donné le peu de documentation sur l'intervention pour les comportements sexuels inappropriés, je crois pertinent de tester ce modèle d'analyse et d'intervention auprès de cette clientèle. Nous communiquons avec vous aujourd'hui afin de vérifier si vous accepteriez de participer à un projet visant à évaluer ce modèle dans un tel contexte.

Objectifs

L'objectif général consiste à évaluer les effets de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales pour l'intervention psychoéducative sur les

Numéro du certificat : CERC-0237
Date de version : 2018-10-04

comportements sexuels inappropriés des personnes présentant une déficience intellectuelle. De cet objectif général découlent huit objectifs spécifiques :

- 1) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur la diminution des comportements sexuels inappropriés.
- 2) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur l'augmentation des comportements alternatifs.
- 3) Évaluer les effets de l'analyse et intervention multimodales sur la diminution de l'impact des comportements inappropriés pour la personne et son entourage.
- 4) Décrire la perception des intervenants concernant les effets attendus et inattendus liés à la mise en place de l'analyse et intervention multimodales.
- 5) Identifier les facteurs contributeurs pour les effets de ce modèle d'analyse et d'intervention pour les personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés selon la perception des intervenants.
- 6) Décrire les avantages à utiliser ce modèle pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés.
- 7) Décrire les inconvénients à utiliser ce modèle pour l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés.
- 8) Décrire les défis pour l'utilisation de ce modèle, avant, pendant et après et les interventions.

Tâche

En acceptant de participer au projet, vous aurez à réaliser les tâches suivantes :

1. Participer à deux groupes de discussion avec votre équipe interdisciplinaire. Le premier groupe, réalisé avant la mise en place de l'AIMM auprès des participants, vise à discuter des services actuels offerts, des impacts des comportements et de votre perception de la pertinence de l'utilisation de ce modèle pour la clientèle visée. Le second groupe aura lieu après un an d'implantation et abordera les effets attendus de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales, les effets inattendus, les facteurs ayant contribué à ces effets, les avantages et inconvénients à utiliser ce modèle ainsi que les défis reliés. Chaque groupe de discussion dure une heure.
2. Développer, en équipe, un plan d'action multimodal pour votre client (environ 10-12h).
3. Procéder à la cotation des comportements ciblés pendant un an, à l'aide de la grille Sommaire et du logiciel de compilation de données Somnet, afin de faire le suivi de l'évolution des comportements de votre client (environ 20 minutes par semaine).
4. Compléter, aux trois mois, une grille de cotation pour le monitoring de l'implantation de l'AIMM (10 minutes).

5. De plus, des rencontres mensuelles de suivi de l'intervention sont prévues en équipe interdisciplinaire (1h par mois).
6. Une dernière mesure devra être prise au début et à la fin du projet concernant la gravité des comportements et l'impact de ceux-ci, à l'aide des échelles de mesure *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II, volet sur la sexualité (EGCP-II)* et de *l'Évaluation des conséquences et impacts des troubles du comportement (ECI-TC)* (2x 30 minutes).

En somme, la réalisation du projet sera réalisée de mai 2018 à novembre 2019, sur votre temps de travail.

Risques, inconvénients, inconforts

Les risques associés à votre participation sont faibles. Toutefois, l'AIMM pourrait ne pas apporter les résultats escomptés, ce qui pourrait engendrer une poursuite des conséquences et impacts des comportements sexuels inappropriés pour la personne et son entourage. Il importe de considérer que des mesures alternatives seront mises en place si la situation de la personne ne s'améliore pas ou se dégrade. D'ailleurs, l'AIMM permet l'utilisation d'une multitude d'approches et de techniques, ce qui ne limite pas les interventions auprès de la personne dans le cadre de l'étude. Les intervenants peuvent inclure d'autres modalités d'interventions, afin de résoudre la situation problématique pour la personne ou son entourage. De plus, le temps consacré au projet, pour la compilation des données, les rencontres de suivi et les entrevues, peut constituer un inconvénient. À ce titre, la doctorante tentera de vous accommoder et de déterminer les moments de rencontre qui vous conviendront le mieux.

Bénéfices

En terme de bénéfices, l'aide que pourrait apporter l'analyse et intervention multimodale à votre équipe et au client et l'accès à un outil d'intervention pour la gestion de certains comportements problématiques sont les premiers bénéfices. La participation au projet vous permettra également de mieux connaître le potentiel de ce modèle et ainsi soutenir le développement de l'expertise dans ce secteur. Aucune compensation d'ordre monétaire ne peut être accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification, ni à celle du client. La confidentialité sera assurée par l'utilisation de noms fictifs. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de thèse, d'articles scientifiques, de documents vulgarisés et de communications lors de congrès ou colloques, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur à l'UQTR et les seules personnes qui y auront accès seront la doctorante et les directeurs de recherche. Elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire et vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

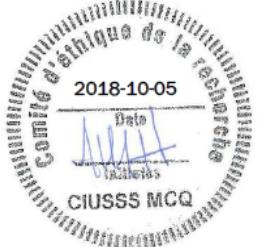
Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Sophie Higgins au 819-732-6696 poste 4325.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-17-240-10.03 a été émis. La recherche a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche conjoint déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme (CERC DI-TSA) et un certificat portant le numéro CERC-0237 a été émis.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec 1) le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS-MCQ au numéro de téléphone suivant 819-372-3133 poste 32303 ou 2) le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 1-888-764-5531. Vous pouvez aussi communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ÉQUIPE CLINIQUE DU PARTICIPANT

Engagement de la doctorante

Moi, Sophie Higgins, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Évaluation des effets de méthodes d'analyse et d'interventions psychoéducatives de type multimodales ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Intervenant	Doctorante
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat : CERC-0237
Date de version : 2018-10-04

Appendice E

Canevas d'entrevue de groupe : avant l'implantation

Évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle

Canevas d'entrevue de groupe

Version avant l'implantation

Version : 2018.02.02

Présentation de l'outil

La présente entrevue de groupe se déroule dans le cadre du projet de recherche sur l'évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle. Il s'agit d'une entrevue préalable à l'implantation du projet. Une seconde entrevue aura lieu à la fin du dit projet.

Objectif de l'entrevue: L'objectif consiste à décrire la perception des intervenants concernant l'effet de ce modèle d'analyse et d'intervention pour les personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés, afin de répondre aux questions de recherche suivantes :

- 1) Selon les intervenants, quels sont les effets attendus et inattendus de l'utilisation de l'AIMM pour la clientèle présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés?
- 2) Selon les intervenants, quels facteurs ont contribué aux effets observés?

Consignes : L'entrevue abordera les comportements sexuels inappropriés de la personne et les impacts de ceux-ci, en plus d'aborder les services actuels offerts pour la personne sur le plan de la sexualité, ainsi que l'objectif actuel s'il y a lieu. Les questions servent à aborder les thématiques sous différents angles. Toutefois, n'hésitez pas à ajouter vos commentaires ou votre opinion de façon plus large.

Questions préalables

Les premières questions servent à vous identifier et connaître votre expérience.

- 1) Qui est présent pour le groupe de discussion (titre d'emploi ou lien avec la personne, rôle dans l'équipe)?
- 2) Comment décririez-vous votre connaissance de l'AIMM?
- 3) Quelles sont vos expériences auprès de la clientèle présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés?

Thème 1 : comportements sexuels inappropriés et impacts de ceux-ci

La première thématique permet de discuter des comportements sexuels inappropriés de la personne et des impacts de ces comportements pour la personne et pour autrui.

- 1) Quels sont les comportements sexuels inappropriés de la personne?
- 2) Selon vous, quels sont les impacts négatifs vécus par la personne relativement à ces comportements?
- 3) Selon vous, quels sont les impacts des comportements sur l'environnement de la personne?
- 4) Selon vous, qu'est-ce qui est le plus dérangeant de ce comportement?

Thème 2 : services actuels offerts et objectif

La deuxième thématique permet de discuter des services actuels offerts à la personne concernant sa problématique sexuelle, ainsi que les objectifs travaillés s'il y a lieu.

- 1) Présentement, quelles interventions sont faites relativement à la problématique sexuelle de la personne?

- 2) Quel est l'objectif à long terme concernant les comportements sexuels inappropriés de la personne?
- 3) Comment fonctionne l'équipe interdisciplinaire?
- 4) Quels sont les résultats jusqu'à maintenant?
- 5) Selon vous, les services offerts sont-ils suffisants?

Thème 3 : perception de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodale

La troisième thématique permet de discuter de votre perception quant à l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés.

- 1) Que pensez-vous de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodale pour intervenir auprès de cette personne?
- 2) Quels avantages et inconvénients y voyez-vous?

De façon générale, avez-vous d'autres commentaires sur les thématiques abordées?

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.

Appendice F

Canevas d'entrevue de groupe : après l'implantation

**Évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les
comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle**

Canevas d'entrevue de groupe

Version après l'implantation

Version : 2018.02.02

Présentation de l'outil

La présente entrevue de groupe se déroule dans le cadre du projet de recherche sur l'évaluation des effets d'une méthode d'intervention psychoéducative ciblant les comportements sexuels inappropriés en déficience intellectuelle. Il s'agit d'une entrevue post-intervention, faisant suite à une première entrevue s'étant déroulée avant le début du projet.

Objectif de l'entrevue: L'objectif consiste à décrire la perception des intervenants concernant l'effet de ce modèle d'analyse et d'intervention pour les personnes présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés, afin de répondre aux questions de recherche suivantes :

- 1) Selon les intervenants, quels sont les effets attendus et inattendus de l'utilisation de l'AIMM pour la clientèle présentant une DI et des comportements sexuels inappropriés?
- 2) Selon les intervenants, quels facteurs ont contribué aux effets observés?

Consignes : L'entrevue abordera les effets attendus et inattendus de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales pour l'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des comportements sexuels inappropriés, ainsi que les facteurs ayant contribué à ces effets. Les questions servent à aborder les thématiques sous différents angles. Toutefois, n'hésitez pas à ajouter vos commentaires ou votre opinion de façon plus large.

Questions préalables

Les premières questions servent à vous identifier.

- 1) Auprès de quel client travaillez-vous (initiales, âge, type de milieu de vie, CISSS)?
- 2) Qui est présent pour le groupe de discussion (titre d'emploi ou lien avec la personne)?
- 3) L'équipe de travail a-t-elle changé depuis le début du projet?

Thème 1 : conformité de l'implantation

Tout d'abord, avant d'évaluer les effets de l'AIMM, il importe de vérifier la conformité de son implantation. Les questions servent à vérifier si les éléments essentiels de l'AIMM ont été implantés tel que prévu.

- 1) Comment s'est déroulé le processus d'analyse multimodale?
- 2) Comment s'est déroulé le processus pour la mise en place du plan d'action multimodal et le suivi des interventions?

Thème 2 : effets attendus et facteurs contributeurs

La deuxième thématique permet de discuter des effets attendus de l'intervention, c'est-à-dire les effets sur l'évolution des comportements de la personne et sur les impacts de ces comportements pour la personne et pour autrui. Puis, elle permet d'aborder les facteurs ayant contribué à ces effets.

- 1) Comment décririez-vous l'évolution des comportements sexuels inappropriés?
 - a. Qu'est-ce qui a permis cette évolution?
 - b. S'il n'y a pas d'évolution, comment l'expliquez-vous?
- 2) Aujourd'hui, quels sont les impacts négatifs reliés à ces comportements pour la personne?
- 3) Aujourd'hui, quels sont les impacts des comportements sur l'environnement de la personne?
- 4) Selon vous, actuellement, qu'est-ce qui est le plus dérangeant de ces comportements?

- 5) Comment décririez-vous l'évolution de l'habileté compensatoire travaillée?
 - a. Qu'est-ce qui a permis cette évolution?
 - b. S'il n'y a pas d'évolution, comment l'expliquez-vous?
 - c. Quels sont les impacts positifs du développement de cette habileté pour la personne et son environnement?
- 6) Comment décririez-vous la relation entre le participant et les personnes qui appliquent les interventions (lien de confiance, engagement et appréciation mutuelle)?
 - a. Quels sont les impacts de cette ou ces relations?

Thème 3 : effets inattendus

La troisième thématique permet de discuter des effets inattendus de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodales ayant survenue au cours de l'année, ainsi que des facteurs ayant contribués à ces effets.

- 1) Y a-t-il des effets inattendus de l'utilisation de l'AIMM que vous avez observés pendant la dernière année? Quels sont-ils?
 - a. Qu'est-ce qui a apporté ce résultat selon vous?

Thème 4 : effet global de l'utilisation de l'AIMM dans l'intervention

La dernière thématique discute de votre perception de l'effet de l'utilisation de l'analyse et intervention multimodale pour l'intervention sur les comportements sexuels inappropriés.

- 1) Selon vous, quelle a été la contribution de l'AIMM dans l'intervention :
 - a. Pour la personne?
 - b. Pour son environnement?
 - c. Pour les intervenants?
- 2) Dans l'avenir, pensez-vous l'utiliser à nouveau auprès de cette clientèle? Pourquoi?

De façon générale, avez-vous d'autres commentaires à formuler en lien avec les thématiques?

Merci de votre participation

Appendice G

Grille de cotation : monitoring de l'implantation

**Grille de cotation
Monitoring de l'implantation
Analyse et intervention multimodales**

Personne concernée (initiales, âge) : _____

Intervenant (nom, titre) : _____

Date : _____

Élaboration du PAM-TGC

Veuillez indiquer les modalités complétées en date d'aujourd'hui par votre équipe interdisciplinaire pour l'élaboration du plan d'action multimodal. Si la démarche est en cours pour une modalité, indiquer le dans les commentaires.

Sections du PAM-TGC	Modalités	Commentaires
Grille d'analyse multimodale (incluant les outils d'observation utilisés pour remplir la grille multimodale)	fiches d'observation <input checked="" type="checkbox"/> lecture de dossier <input checked="" type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Grille complète <input type="checkbox"/>	
Formulation des hypothèses globales	Minimum 3 hypothèses <input type="checkbox"/> Hypothèses complètes <input type="checkbox"/> Hypothèses reliées au comportement sexuel inapproprié <input type="checkbox"/>	
Objectif	Relié au comportement sexuel inapproprié <input type="checkbox"/> Observable et mesurable <input type="checkbox"/> Minimum un objectif <input type="checkbox"/>	
Aménagements préventifs	Présence de tous les facteurs contextuels des hypothèses <input type="checkbox"/> Présence de tous les renforçateurs des hypothèses <input type="checkbox"/> Aménagements prévus servent à éliminer le facteur ou réduire l'impact <input type="checkbox"/> Présence de diverses interventions pour chaque facteur <input type="checkbox"/>	

Prévention active	Signes distinctifs <input type="checkbox"/> Interventions servent au retour au calme <input type="checkbox"/> Intervention pour gérer la crise <input type="checkbox"/> Sans apprentissage <input type="checkbox"/>	
Traitement et adaptation	Présence d'un moins un objectif complet relié à une habileté compensatoire comportementale <input type="checkbox"/> Présence de tous les éléments de traitement de l'information et facteurs de vulnérabilité des hypothèses <input type="checkbox"/> Présence de divers éléments de traitement pour chaque aspect <input type="checkbox"/>	
Mise à jour du PAM-TGC	Modifications prévues lors des rencontres faites <input type="checkbox"/> Révision des objectifs <input type="checkbox"/> Analyse des aménagements préventifs <input type="checkbox"/> Confirmation des hypothèses <input type="checkbox"/>	
Travail en interdisciplinarité (pour chaque aspect, indiquer si le travail a été fait en interdisciplinarité)	Analyse <input type="checkbox"/> Hypothèses <input type="checkbox"/> Aménagements préventifs <input type="checkbox"/> Prévention active <input type="checkbox"/> Traitement et adaptation <input type="checkbox"/>	

Implantation des interventions

Veuillez indiquer les modalités complétées en date d'aujourd'hui par votre équipe interdisciplinaire pour l'implantation des interventions prévues dans le plan d'action.

Parties de l'intervention à implantées	Suivi de l'implantation	Commentaires
Aménagements préventifs	Nombre d'aménagements préventifs implantés : _____	
Prévention active	Utilisation de la prévention active par le milieu <input type="checkbox"/>	

Traitement et réadaptation	Nombre d'objectifs de réadaptation travaillés : _____ Nombre d'interventions mises en place : _____
----------------------------	--

Suivi des interventions

Veuillez indiquer les modalités complétées en date d'aujourd'hui par votre équipe interdisciplinaire pour le suivi des interventions.

Aspects du monitoring	Modalités	Commentaires
Suivi mensuel (indiquer les dates de rencontres)	Dates : _____ _____ _____ _____ _____	
Suivi du dernier compte-rendu	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Suivi de l'implantation du PAM-TGC	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Suivi des objectifs	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Nouveaux éléments du PAM-TGC à implanter	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Modifications au PAM-TGC	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	
Travail en interdisciplinarité (l'équipe interdisciplinaire est-elle représentée par plus de 2 personnes?)	À toutes les rencontres <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	