

L'efficacité de deux programmes d'éducation socio-sexuelle pour personnes avec une déficience intellectuelle légère ou moyenne

Keri Wilton*
Jan Bambury**
Andrea Boyd*

Nous avons étudié les effets de programmes expérimentaux s'appuyant sur des diapositives et sur des cassettes vidéo sur le niveau de connaissances et sur les comportements d'un échantillon d'adultes avec une déficience intellectuelle légère ou moyenne en Nouvelle Zélande. Les programmes de formation ont porté sur une période de 8 semaines et les connaissances et les comportements des personnes handicapées ont été testés avant ces sessions et immédiatement après la fin de celles-ci. Le programme basé sur des diapositives a provoqué une augmentation significative des connaissances socio-sexuelles et un changement positif des comportements mais le programme vidéo n'a été suivi d'aucun effet visible, ni sur les connaissances ni sur les comportements. Les résultats ont confirmé la valeur du programme s'appuyant sur les diapositives pour ce groupe de personnes ce qui renforce grandement l'idée qu'il serait utile et nécessaire d'élaborer des programmes dans ce domaine important.

Au cours de ces dernières années il faut noter l'importance de la prise de conscience croissante des droits de l'homme pour les personnes avec une déficience intellectuelle ainsi que de la nécessité de sauvegarder soigneusement ces droits y compris le droit à l'éducation et à la formation. Ce sujet a en effet été traité spécialement par les Nations Unies (1983) dans leur «Déclaration des Droits des Personnes avec un Handicap Mental». La reconnaissance de ces droits a sans aucun doute été à la base du développement, dans les pays occidentaux, de dispositions d'intégration sociale et d'éducation en faveur des personnes avec une déficience intellectuelle. Ces politiques ont été fortement influencées par le «principe de normalisation»

(Nirje, 1969) qui préconisait que les «projets de vie et les conditions de vie quotidienne des personnes avec un handicap mental... (devraient être)... aussi proches que possibles des normes de la société en général» (Kebbon, 1997, p.123). Le plus souvent, le résultat de ces politiques a consisté en l'élaboration d'un dispositif éducatif et social permettant à la plupart des personnes avec une déficience intellectuelle de vivre et d'avoir accès à l'éducation dans leur contexte ordinaire local.

Le fait que les personnes avec une déficience intellectuelle soient davantage présentes dans la société ainsi que la prise de conscience par la société des droits de l'homme de ces personnes a mis en évidence la nécessité de s'assurer qu'elles ont bien les connaissances et les

* School of education, the university of Auckland, private Bag 92019 Auckland, Nouvelle Zélande.

** School of languages, UNITEC, Auckland, Nouvelle Zélande.

aptitudes nécessaires pour arriver à une qualité de vie la plus satisfaisante possible (et, on peut l'espérer, une meilleure qualité de vie). La sexualité et les besoins sexuels constituent un des aspects de la vie humaine qui risque fort de poser des problèmes à cet égard. De toute évidence, pour les personnes avec une déficience intellectuelle qui essayent de mener une vie autonome dans la société il est extrêmement important qu'elles puissent exprimer leur sexualité mais il faut en même temps éviter toute déviation par rapport aux attentes de la société et également éviter qu'elles soient exposées à des abus ou à de l'exploitation sexuelle.

Il n'est pas étonnant, étant donné le faible niveau cognitif des personnes avec une déficience intellectuelle, que de nombreuses études aient indiqué que leur niveau de connaissances en matière de sexualité soit en général insuffisant, ceci étant vrai tant pour les personnes avec un handicap léger (Brantlinger, 1985) que pour celles avec un handicap moyen ou sévère (McCabe, 1993). En outre, les recherches ont également montré que les personnes avec une déficience intellectuelle légère ont souvent un comportement sexuel qui risque fort de poser des problèmes au cours de leur vie (Brantlinger, 1985). Les personnes avec une déficience intellectuelle qui vivent en petits foyers en milieu ordinaire semblent constituer un groupe ayant des besoins particuliers dans ce domaine. Les politiques d'institutionnalisation pratiquées autrefois dans presque tous les pays ont sûrement augmenté les difficultés de développement des résidents dans un bon nombre de domaines, dont celui de la sexualité. Malgré l'arrivée de politiques de prise en charge mieux étayées pour ce groupe de personnes, le fait de vouloir prendre en compte les besoins en matière de sexualité et de bien-être des personnes avec une déficience intellectuelle qui vivent dans des foyers intégrés dans la société demeure une tentative difficile, délicate mais décisive pour la suite des politiques sociales et d'éducation.

Plusieurs études ont déjà montré que les personnes avec un handicap mental léger ou moyen peuvent améliorer leurs connaissances en matière de sexualité à partir de programmes d'éducation sexuelle spécialement élaborés pour elles (voir Lindsay, Bellshaw, Culross, Staines et Michie, 1992 ; Penny et Chataway, 1982) mais dans ces études et dans d'autres similaires, les différentes «méthodes de mesures» des connaissances en matière de sexualité employées étaient vraiment purement psychométriques et de ce fait difficiles à interpréter. Dans l'étude faite par Robinson (1984), portant sur des adultes avec une déficience intellectuelle légère vivant en milieu ordinaire, on a utilisé un instrument très nettement amélioré, le test de connaissances et de comportements socio-sexuels (Socio-Sexual Knowledge and Attitude Test (SSKAT) (Wish, McCombs et Edmonsons, 1980) ce qui a permis d'évaluer les effets d'un programme d'éducation sexuelle. Mais, alors qu'il est fait état d'une augmentation significative du niveau des connaissances en matière de sexualité et d'un accroissement de comportements positifs, ce rapport ne donne malheureusement pas de détails sur l'étendue de ces améliorations. Une étude récente faite en Nouvelle Zélande (Bambury, Wilton et Boyd, sous presse) porte également sur des adultes avec un handicap mental léger vivant en milieu ouvert ; pour faire cette étude, les chercheurs ont utilisé le SSKAT pour évaluer les connaissances et les comportements. Les résultats montrent que les programmes d'éducation basés sur des diapositives et ceux basés sur des cassettes vidéo avaient l'un comme l'autre efficacement amélioré les connaissances socio-sexuelles mais qu'aucun de ces deux programmes n'avait d'effet réel sur les comportements socio-sexuels de la population étudiée.

A l'heure actuelle aucune étude n'a encore été publiée en ce qui concerne l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle pour les personnes avec un handicap mental moyen vivant dans des résidences en milieu ouvert.

Dans l'étude que nous présentons ici, nous avons examiné l'efficacité de deux programmes d'éducation socio-sexuelle sur les connaissances en matière de sexualité et sur les comportements d'un groupe d'adultes avec un handicap mental léger à moyen vivant dans des foyers (des résidences en milieu ouvert) à Auckland. Nous avons utilisé les programmes basés sur des diapositives et sur des cassettes vidéo déjà employés au cours des études mentionnées ci-dessus faites par Bambury et al. et nous en avons examiné les effets sur les connaissances et les comportements socio-sexuels des adultes participant à l'étude.

Méthode

Participants

Treize adultes ont participé à l'étude (9 femmes et 4 hommes), tous âgés entre 26 et 49 ans. Tous les participants avaient un handicap mental entre léger et moyen (QI au WAIS 35-70) et tous avaient été à l'école dans des établissements spécialisés pendant leur enfance. Nous ne disposons pas d'informations sur leurs expériences sexuelles antérieures ou actuelles. Pendant toute la durée de l'étude, tous les participants vivaient dans un foyer géré par l'Association pour les Handicapés mentaux de Nouvelles Zélande (IHC) et tous travaillaient dans des établissements de travail protégé.

Les programmes éducatifs

Deux programmes éducatifs ont été élaborés qui tous deux cherchent à améliorer les connaissances socio-sexuelles et à exercer une influence positive sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes adultes, un programme basé sur des diapositives et un autre sur des cassettes vidéo. Ces programmes ont été créés par Jan Bambury, co-auteur de cette communication, éducatrice/infirmière à l'Association de Planning Familial d'Auckland, sur la demande faite par l'Association Neo-Zélandaise pour les Personnes avec un Handicap Mental (IHC) qui avait besoin de ce matériel pour les personnes résidant dans les

foyers. Les programmes en question avaient déjà été utilisés dans une étude précédente portant sur un groupe d'adultes avec un handicap mental léger vivant dans des résidences en milieu ordinaire (Bambury et al, sous presse) ; à partir de cette expérience, de légères modifications ont été apportées aux deux programmes afin d'essayer d'augmenter leur efficacité en matière de changement de comportements. On a en particulier augmenté le temps consacré à ces questions de comportement au cours de chaque session et on a pris soin de faire en sorte que des aspects portant sur les comportements soient intégrés dans chaque discussion de groupe et dans le matériel utilisé pour les différentes sessions. Chacun de ces programmes portait sur huit domaines particuliers, à savoir : avoir une bonne opinion de soi-même, les amis et les relations, la puberté, les parties du corps et leur fonction, les sensations sexuelles et l'attrait sexuel, les comportements adéquats d'affirmation de soi et d'auto-protection, les maladies sexuellement transmissibles (y compris le sida) ; la contraception et la grossesse. Chacun de ces domaines était traité au cours d'une session d'une heure par semaine, la formation étant effectuée à l'aide des deux types de programmes.

Pour le programme basé sur les diapositives on s'est servi de la projection pendant 35 minutes d'une série de diapositives de couleur au cours de chaque session afin d'introduire la discussion de groupe qui était toujours animée par les formateurs. Les points sur lesquels l'enseignement devait porter plus particulièrement étaient relevés par les formateurs à partir de la discussion et, plus tard, au cours de la session, ces points étaient écrits sur un tableau. A la fin de chaque session ces points étaient repris dans un jeu avec le groupe ainsi que ceux des sessions précédentes, avant de présenter le sujet de la session suivante. Les sessions qui comportaient des projections de diapositives étaient complétées par d'autres activités faisant appel à d'autres types de matériel pédagogique

tels que diagrammes, photos, poupées anatomiques et du matériel spécialement étudié pour la formation portant sur la menstruation et la contraception. Le programme basé sur la vidéo était bâti selon les mêmes séquences à la seule différence que la formation s'appuyait sur des cassettes vidéo à la place de la projection de diapositives pour introduire la discussion dans le groupe et faire émerger les points essentiels. Les cassettes vidéo et les diapositives avaient été choisies dans les divers types de matériel commercialisé par l'Association de Planning Familial. Pendant les différentes sessions de formation, avec l'un ou l'autre programme, on a essayé de s'appuyer le plus possible sur les connaissances et sur les expériences faites par les personnes handicapées.

Pour illustrer les deux types de programmes on peut prendre l'exemple de la session consacrée à la puberté. Le programme basé sur les diapositives utilise pour ce sujet une série de 12 diapositives en couleur illustrant les différents changements qui surviennent au cours de la puberté. Pour chaque diapositive, les formateurs ont essayé de provoquer une discussion sur les changements montrés sur l'image et de citer l'âge auquel ces changements arrivent habituellement, les différences entre les garçons et les filles, les sensations qui accompagnent en général ces changements. Dans le programme basé sur la vidéo on se sert d'une vidéo commerciale de 15 minutes décrivant le processus de la puberté. Cette vidéo a été passée deux fois au cours de chaque session avec des arrêts sur certaines séquences et pendant ces pauses les formateurs ont employé la même technique de discussion avec le groupe que pour le programme basé sur les diapositives. Dans les deux cas on a également utilisé un grand diagramme, précisant les différents concepts dont il était question. De même, on s'est servi d'un grand poster illustrant la menstruation et on a montré différents types de protection, tampons et serviettes pour concrétiser la discussion et

permettre d'expliquer certains aspects comme l'âge de début des règles, les sensations, la manière pratique de gérer le problème. Tout au long des sessions, on a pris grand soin d'éviter que les personnes ne soient dans l'embarras, de leur permettre de bien comprendre ce dont on discutait et de sauvegarder leur droit de participer silencieusement au débat lorsqu'elles n'avaient pas envie de parler d'un sujet avec le groupe.

L'instrument de mesure

Tous les participants ont été soumis au test sur les connaissances socio-sexuelles et le comportement sexuel (Socio-Sexual Knowledge and Attitude Test SSKAT, Wish, McCombs et Edmonson, 1980). Le SSKAT est un instrument de mesure des connaissances et comportements en matière de sexualité comportant 240 items. Ces items sont répartis en fonction de 14 domaines : les termes anatomiques, les règles, les rendez-vous amoureux, le mariage, l'intimité, les relations sexuelles, la grossesse, la naissance d'un enfant, élever un enfant, le contrôle des naissances, la masturbation, l'homosexualité, les maladies vénériennes, l'alcool et la drogue, les risques et les dangers de la société et un contrôle de la connaissance du vocabulaire. Le test comporte deux échelles de mesures différentes, l'une pour les «connaissances» et l'autre pour les «comportements». Il y a 14 sous-tests dans l'échelle sur les connaissances, chacun composé d'items portant sur l'un des 14 domaines décrits plus haut. L'échelle de comportements est constitué de 10 sous-tests portant sur 10 des 14 domaines cités (c'est à dire tous les domaines sauf les termes anatomiques, le contrôle des naissances, les maladies vénériennes et le contrôle de vocabulaire). La partie consacrée aux connaissances comporte 194 items et la partie mesurant les comportements en comporte 46. Ce test a été utilisé dans plusieurs recherches antérieures et malgré quelques réserves bien précises (McCabe, 1993) c'était de toute évidence l'instrument de mesure le plus facile à acquérir

au moment où cette étude a été faite (1994). Le SSKAT est un test qui est appliqué à chaque personne individuellement et il faut environ 60 minutes pour répondre à toutes les questions. Pour chaque item de connaissance on note un score allant de 2 points (tout à fait juste) à zéro (faux) et pour certains items on tient compte également des réponses partiellement justes qui sont alors notées 1 point. De même, les items concernant le comportement sont également évalués entre 2 points (attitude positive) et 0 point (attitude négative) et pour certains items on a ajouté la catégorie des attitudes neutres (1 point). Pour chaque individu on a déterminé deux fois le score total pour les connaissances (maximum possible = 388) et le score total pour les comportements (maximum possible = 92), une première fois juste avant le début de la formation (pré-test) et une deuxième fois immédiatement après la formation (post-test).

La pratique

A l'origine, la section de Planning Familial d'Auckland a été contactée par l'Association pour les Handicapés Mentaux (IHC) qui demandait de l'aide pour l'élaboration de programmes d'éducation sexuelle pour les résidents des foyers. Deux programmes expérimentaux, l'un basé sur des diapositives et l'autre sur des cassettes vidéo, ont été élaborés à la suite de cette demande par Jam Bambury, co-auteur de cette communication, en relation avec le Planning Familial et un projet de recherche a été soumis et ensuite approuvé par le Comité d'Ethique des Recherches de l'Université et de l'Association pour Handicapés Mentaux. Les programmes ont été utilisés au cours d'une étude préliminaire avec un groupe de résidents avec un handicap mental léger, vivant ensemble en milieu ordinaire et qui suivaient des cours dans un collège technique d'Auckland (polytechnic tertiary institute). Deux grandes rencontres ont alors été organisées regroupant les résidents d'un foyer de vie situé dans un faubourg d'Auckland, leurs parents et leurs éducateurs, le personnel de l'IHC et les deux formateurs. Le projet

d'étude leur a été soumis et les résidents ont été invités à participer à cette étude. A la suite de cette rencontre, 15 résidents ont donné leur accord pour participer. Ces 15 participants ont été répartis, au hasard, en trois groupes de 5 personnes, deux groupes expérimentaux et un groupe de contrôle. Un groupe expérimental a participé à la formation basée sur les diapositives, l'autre groupe expérimental a eu une formation basée sur les cassettes vidéo et le groupe de contrôle n'a eu aucune formation pendant tout le temps qu'a duré la formation des deux autres groupes. Au cours des deux premières semaines de l'étude, deux résidents ont décidé d'abandonner, un résident participant au programme vidéo et un résident du groupe de contrôle.

Juste avant le début de la formation, toutes ces personnes ont répondu au test SSKAT (pré-test). Les réponses à ce test n'ont pas révélé de différence significative entre les deux sexes. Les programmes de formation ont eu lieu pendant une heure par semaine sur une période de huit semaines et immédiatement après la fin de cette formation, toutes les personnes ont été soumises à nouveau au test.

Résultats et discussion

Une analyse de la variance par groupe a été faite sur les scores totaux portant sur la connaissance en se servant des scores au pré-test comme co-variant. L'effet principal sur les groupes n'a pas été significatif ($F(2,9) = 2,63, p > .05$) mais une comparaison soigneuse des moyennes corrigées a montré que le groupe ayant suivi la formation basée sur les diapositives a obtenu des scores nettement plus élevés ($M = 333,75$) que le groupe de contrôle ($M = 307,12$) - ($t(7) = 2,17 p < .05$). La comparaison entre le groupe ayant suivi la formation basée sur le programme vidéo ($M = 311,95$) et le groupe de contrôle, quant à elle, n'a pas montré de différence significative ($t(6) = 0,40, p > .05$). Les moyennes brutes et les écarts types pour l'ensemble des scores de connaissance au SSKAT sont présentés au tableau 1.

Tableau 1
Scores bruts moyens au pré-test et au post-test SSKAT pour les participants à l'étude et le groupe de contrôle (les écarts-types sont mentionnés entre parenthèses)

Groupe		Pré-test	Post-test
Programme basé sur des diapositives (n = 5)	Connaissances	259.60 (77.45)	310.20 (58.42)
	Comportement	57.40 (9.61)	68.60 (11.84)
programme basé sur la vidéo (n = 4)	Connaissances	314.00 (28.80)	327.75 (26.31)
	Comportement	54.00 (18.13)	59.75 (11.44)
groupe de contrôle (n = 4)	Connaissances	311.00 (58.82)	320.75 (45.07)
	Comportement	45.00 (11.92)	49.25 (11.62)

L'examen des moyennes corrigées des scores pour les domaines particuliers (sous-tests) a montré que le groupe ayant suivi la formation basée sur des diapositives était nettement ($p < .05$) en avance sur le groupe de contrôle dans les domaines concernant la grossesse et la naissance ($M_s = 55,47$, $M_c = 48,37$) et les maladies vénériennes ($M_s = 21,30$, $M_c = 16,56$) et qu'il avait un score plus élevé (bien que ce ne soit pas d'une manière significative) en ce qui concerne la menstruation ($M_s = 9,47$, $M_c = 8,75$) les rendez-vous amoureux ($M_s = 22,47$, $M_c = 11,43$) et l'alcool et la drogue ($M_s = 28,03$, $M_c = 26,55$). Ces résultats montrent que la formation basée sur les diapositives a atteint son objectif d'amélioration des connaissances socio-sexuelles des personnes concernées. Par contre, la formation basée sur les cassettes vidéo n'a pas atteint cet objectif avec le groupe expérimental.

Une analyse unidimensionnelle (par groupe) de la variance, en utilisant les scores obtenus au pré-test comme co-variant, a également été entreprise sur les scores totaux concernant les comportements. L'effet principal sur les groupes n'a pas été significatif ($F(2,9) = 1,88$, $p > .05$) mais une comparaison soigneuse des moyennes corrigées ($\alpha = .05$) a montré que

le groupe ayant suivi la formation basée sur les diapositives ($M_s = 65,39$) avait des comportements nettement plus positifs ($M = 333,75$) que le groupe de contrôle ($M_c = 54,23$) ($t(7) = 1,90$). Par contre la différence entre le groupe ayant suivi une formation basée sur la vidéo ($M_v = 58,78$) et le groupe de contrôle n'était pas significative ($t(6) = 0,77$). Les moyennes brutes et les écarts types pour l'ensemble des

scores portant sur les comportements au SSKAT sont également présentés au tableau 1. L'examen des moyennes corrigées des scores pour les domaines particuliers (sous-tests) a montré que le groupe ayant suivi la formation basée sur des diapositives avait nettement plus d'attitudes positives ($\alpha = .05$) dans les domaines concernant la grossesse et la naissance et le fait d'élever un enfant ($M_s = 3,58$, $M_c = 2,15$) et qu'il avait un score plus élevé (bien que ce ne soit pas d'une manière significative) en ce qui concerne les rendez-vous amoureux ($M_s = 9,55$, $M_c = 6,12$) les relations sexuelles ($M_s = 11,41$, $M_c = 8,98$) l'homosexualité ($M_s = 7,04$, $M_c = 6,14$) et les risques et dangers de la société ($M_s = 7,33$, $M_c = 3,63$). Comme nous l'avons vu pour les connaissances, ces résultats montrent que les personnes qui ont participé à la formation basée sur les diapositives ont acquis un comportement plus positif en ce qui concerne la sexualité tandis que les programmes éducatifs basés sur les cassettes vidéo n'ont pas atteint leur objectif d'augmentation des comportements positifs en matière de sexualité. Si le petit nombre de personnes participant à cette étude exclut toute recherche sur de possibles différences entre les deux sexes quant à l'efficacité des programmes, on ne trouve pas de différence entre les hommes et les femmes dans les pré-tests, ni pour

les connaissances ni pour les comportements.

Ces résultats montrent que les adultes avec un handicap mental léger tirent un bénéfice visible, en termes d'acquisition de connaissances et de comportements positifs en matière de sexualité, de leur participation à une formation à l'aide d'un programme d'éducation socio-sexuelle basé sur des diapositives. Ces résultats sont, dans l'ensemble, concordants avec ceux qui avaient été obtenus lors d'une étude précédente faite en Nouvelle Zélande avec des adultes ayant un handicap mental léger (majoritairement des jeunes adultes) résidant dans un foyer installé en milieu ordinaire (Bambury et al, sous presse), bien que, dans l'étude présentée ici, on ait obtenu en outre un changement positif de comportements. Il se peut que les comportements des personnes ayant participé à notre étude étaient plus facilement modifiables que ceux de l'autre groupe (qui était constitué de personnes ayant un niveau d'aptitudes légèrement plus élevé). Mais il paraît plus vraisemblable que notre étude reflète l'importance donnée à la modification des comportements dans chacune des sessions de formation (comme nous l'avons dit plus haut). L'efficacité des programmes basés sur les diapositives qui est ici prouvée concorde avec les résultats de plusieurs recherches antérieures (voir Penny et Chataway, 1982, Lindsay et al, 1992) qui ont émis l'hypothèse que les personnes avec un handicap léger à moyen peuvent obtenir de bons résultats avec des programmes d'éducation sexuelle spécialement élaborés pour elles. Il faut noter, à ce propos, que les indices d'amélioration des connaissances et de changements de comportements qui ont été obtenus à partir du SSKAT dans notre étude représentent un très net progrès par rapport aux études antérieures pour ce qui est de l'adéquation des mesures. En outre, les recherches antérieures dans ce domaine n'avaient jamais porté sur la possibilité de modifier les comportements sexuels de cette population.

Les personnes qui ont fait partie du groupe

participant au programme d'éducation basé sur les diapositives ont augmenté leurs connaissances en matière de sexualité d'environ $\frac{3}{4}$ par rapport à l'écart standard (à comparer avec une augmentation d'environ $\frac{1}{4}$ pour le groupe de contrôle) et pour ce qui est du changement de comportement, on constate une augmentation par rapport à l'écart standard de 1,16 (à comparer avec 0,40 pour le groupe de contrôle). Ces deux augmentations notées pour le groupe ayant suivi une formation basée sur les diapositives représentent une amélioration importante des connaissances et des comportements en matière de sexualité. Il est intéressant de noter que le fait d'avoir participé à une formation basée sur des cassettes vidéo ne s'est pas traduit par une augmentation significative des connaissances ou par un changement de comportement. Ce résultat montre que le programme d'éducation sexuelle qui comprenait le visionnement de cassettes vidéo était relativement inefficace avec le groupe des adultes ayant un handicap mental léger à moyen. Ce résultat est à l'opposé de celui de notre étude réalisée avec des jeunes habitants d'une résidence en milieu ordinaire qui avaient tous un handicap mental léger, mais il concorde avec les opinions exprimées par plusieurs auteurs qui ont fortement soutenu l'emploi de programmes d'éducation sexuelle basés sur des diapositives pour la formation d'adultes avec un handicap mental (voir Horsley et Azzopardi, 1990 ; Kempton, 1988). Alors que les deux types de programmes, soit avec des diapositives, soit avec des cassettes vidéo, semblent être efficaces pour des adultes avec un handicap mental léger résidant en groupe en milieu ordinaire (Bambury et al., sous presse). Il semblerait que les formations basées sur des diapositives présentent des avantages pour des adultes dont la déficience intellectuelle est plus importante. Il semblerait que le fait de montrer des diapositives procure au formateur davantage de souplesse pour moduler le temps de visionnement, revenir sur certaines images ; en outre, il se pourrait que le caractère immuable des cassettes vidéo augmente le risque que les

choses présentées de cette manière nécessitent des processus de mémorisation et des processus cognitifs de la part de celui qui les regarde qui pourraient dépasser les capacités de la population d'adultes retenue pour notre étude.

Cette étude présente un certain nombre de limites qu'il convient de reconnaître. Premièrement, l'échantillon était relativement petit et les sujets étaient d'âges assez différents. Ces conditions nous empêchent d'étudier un certain nombre de variables qui pourraient avoir un rôle modérateur. Par exemple, les différences de sexe et d'âge mériteraient bien, les unes comme les autres d'être davantage examinées. D'une manière générale, il paraît vraisemblable que les programmes d'éducation sexuelle soient plus efficaces lorsqu'ils sont proposés assez tôt, et non plus tard, au cours de la vie d'une personne, et donc, que ces programmes pourraient être particulièrement bénéfiques pour les participants les plus jeunes. Il se pourrait également que l'efficacité de ces formations varie selon le sexe des participants. Il est évident que les hommes et les femmes doivent maîtriser des concepts et des éléments différents et il semble aussi probable que l'efficacité des programmes serait augmentée si on essayait d'y introduire les éventuelles différences selon le sexe en matière d'apprentissage des besoins, des modes de vie ou des comportements. Une autre difficulté provient du fait que nous ne disposons d'aucune information sur les expériences sexuelles passées ou présentes des participants. Il est probable, d'une manière générale, que les besoins d'information des personnes qui ont eu ou qui ont des relations sexuelles soient différents, tant en matière de connaissances que de comportements, de ceux des personnes qui n'ont pas eu d'expérience sexuelle. Toutes ces questions pourraient et devraient être étudiées dans des études ultérieures.

Il convient également de noter qu'au cours de notre étude nous n'avons pas cherché à

savoir si les résultats des programmes de formation ont été durables chez les participants. Le fait d'avoir constaté que les personnes qui ont participé à cette étude ont bénéficié des effets positifs du programme basé sur les diapositives semble indiquer que les adultes avec un handicap mental léger à moyen peuvent acquérir des connaissances en matière de sexualité ainsi que des comportements sexuels plus positifs lorsqu'elles disposent d'un programme de formation spécialement fait pour elles. Alors que ces résultats paraissent encourageants, il est néanmoins possible que les améliorations obtenues ne soient pas durables et si tel était le cas, il faudrait inclure d'autres techniques ou pratiques éducatives dans les programmes (comme par exemple des processus de répétition plus détaillés). L'examen minutieux de ces éventualités pourrait utilement faire l'objet d'une future recherche.

En résumé, les résultats obtenus concordent avec les recherches antérieures qui ont montré que les connaissances socio-sexuelles et les comportements sexuels positifs de personnes adultes avec un handicap mental léger à moyen peuvent être améliorés de manière significative par une participation à un programme d'éducation sexuelle spécialement élaboré pour elles. L'efficacité de deux programmes d'éducation sexuelle basés respectivement sur des diapositives et sur des cassettes vidéo a été étudiée pour un groupe d'adultes avec un handicap mental léger à moyen qui vivaient dans un foyer installé en milieu ordinaire et des résultats différents ont été obtenus selon les programmes. Le fait de participer à un programme basé sur des diapositives aboutit à des changements significatifs, tant en matière de connaissances que pour les comportements, mais les programmes basés sur les cassettes vidéo n'ont pas abouti à des résultats significatifs, ni pour l'amélioration des connaissances ni pour l'amélioration des comportements positifs. Les résultats semblent

donc montrer que les programmes éducatifs basés sur des diapositives présentent des avantages pédagogiques pour des adultes avec un handicap mental léger à moyen. Des programmes efficaces d'éducation sexuelle sont nécessaires de toute urgence dans la plupart des pays du monde, y compris en Nouvelle Zélande, et, alors que cette étude montre le bien fondé de l'élaboration de programmes dans ce domaine, il est important de noter que l'amélioration des connaissances et des comportements ne peuvent pas être le seul but de ces programmes. Ceci a bien été précisé par McCabe (1993) qui écrit qu'il y a en effet un grand nombre de questions qui sont liées à la sexualité des personnes avec un handicap mental dont la nécessité de se forger une forte conscience de leur identité, l'acquisition des «aptitudes» à mener une vie relationnelle, le développement d'un niveau approprié de responsabilité sexuelle et la compréhension des problèmes autour du mariage, de la famille, du fait d'être parents. Il semble évident qu'il faut élaborer d'urgence des programmes d'éducation sexuelle qui soient efficaces, mais il est tout aussi évident que toutes les questions évoquées ci-dessus doivent également être prises en compte d'une manière ou d'une autre dans les tentatives futures d'élaborer des programmes d'éducation sexuelle adaptés aux personnes avec un handicap mental.

Version originale : Anglais

Reçu le 15 décembre 1997

Accepté le 30 juin 1998

Note

Les auteurs remercient les enseignants et les élèves du collège technique grâce à qui cette étude a été possible. Nous voudrions également remercier Diane Wison de la Section d'Éducation de l'Association de Planning Familial d'Auckland pour sa contribution à l'élaboration des programmes, l'Association de Planning Familial d'Auckland pour nous avoir donné son soutien et l'accès à sa documentation ainsi que la Société Néo-Zélandaise pour les personnes avec un Handicap Mental pour son aide et son soutien. Et enfin, nous remercions les personnes suivantes pour leur aide généreuse tout au long de notre étude :

Katherine Beare, Julie Hodson, Eng Leong Lim, Claire Lloyd, Geoffrey Marchant, Lenard Nel, Bradley O'Neill, Karyn Paull, Craig Philbert, Ruth Taylor, Fiona Tyrell, Marty Wong, Juanita Young, and Clair Zohrab. Requests for reprints should be sent to Dr. Kerl Wilton, School of Education, University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland 1, New Zealand.

References

- Bambury J.N., Wilton K.M. & Boyd A.M. (in press). Effects of two experimental educational programs on the socio-sexual knowledge and attitudes of adults with mild intellectual disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, (in press).
- Brantlinger E. (1985). Mildly mentally retarded secondary students' information about and attitudes toward sexuality and sex education. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 20, 99-108.
- Kebbon L. (1997). Nordic contributions to disability policies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 120-125.
- Lindsay W.R., Bellshaw E., Culross G., Staines C. & Michie A. (1992). Increases in knowledge following a course of sex education for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 531-539.
- McCabe M.P. (1993). Sex education programs for people with mental retardation. *Mental Retardation*, 31, 377-387.
- Nirje B. (1969). The normalization principle and its human management implications. In R.B. Kugel & W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (pp.181-195). Washington DC : U.S. Government Printing Office.
- Penny R.E.C. & Chataway J.E. (1982). Sex education for mentally retarded persons. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 8, 204-212.
- Robinson S. (1984). Effects of a sex education program on intellectually handicapped adults. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 10, 21-26.
- Wish J.R., McCombs K. & Edmonson B. (1980). *The socio-sexual knowledge and attitude test*. Chicago : Stoelting.