



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Ombud
des vétérans

Veterans
Ombud

La prise de décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité

Avril 2022



*Veterans
Ombud
des vétérans*

Canada 

Enquêteurs principaux

Megan Poole

Andrea Siew

Révision technique

Sherri Doherty

Erica Leighton

Directeurs généraux

Sharon Squire, Ombud adjoint

Duane Schippers, directeur, Examen et analyse stratégiques

Laura Kelly, gestionnaire - Examen des programmes, Examen et analyse stratégiques

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre d'Anciens Combattants Canada, 2022.

Numéro de catalogue .: V104-31/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660-42757-7

Also available in English as: *The Adjudication of Sexual Dysfunction Claims Consequential to an Entitled Psychiatric Condition*

Veterans Ombud des vétérans

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS



Téléphone (sans frais) :
1-877-330-4343



Courriel :
ovo.info.bov@canada.ca



Télécopieur (sans frais) :
1-888-566-7582



ATS (sans frais) :
1-833-978-1639

Table des matières

Sommaire	2
Introduction	4
Méthodologie	5
Contexte	6
Aperçu des instruments et des processus de prise de décisions pour les demandes de prestations d'invalidité d'ACC.....	9
Analyse et constatations	11
Conclusion	21
Recommandations au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale	22
Références	23
Annexes.....	29

Message de l'ombud des vétérans

C'est avec grand plaisir que je vous présente le rapport de notre enquête sur le traitement des demandes relatives à un dysfonctionnement sexuel consécutif à un trouble psychiatrique. En 2018, Anciens Combattants Canada (ACC) a mis en œuvre un nouveau processus pour simplifier le traitement des demandes relatives à un dysfonctionnement érectile. Bien sûr, chaque effort déployé par ACC en vue d'améliorer les processus de prise de décisions liés aux demandes de prestations d'invalidité contribue à réduire le temps d'attente pour les vétérans. Il convient toutefois de souligner que les hommes et les femmes vétérans peuvent souffrir d'un dysfonctionnement sexuel lié à leur service, notamment en raison d'un trouble de stress post-traumatique ou de médicaments utilisés pour traiter le problème, ce qui peut avoir une incidence considérable sur leur santé mentale et leur qualité de vie. Or, bien que la simplification du processus de traitement des demandes ait manifestement été avantageuse pour les hommes vétérans, l'absence d'une telle approche pour traiter les demandes des femmes vétérans souffrant d'un dysfonctionnement sexuel semble inéquitable.

En effet, notre enquête a révélé des injustices systémiques envers les femmes vétérans dans le processus de traitement des demandes relatives à un dysfonctionnement sexuel consécutif à un trouble psychiatrique, y compris dans le questionnaire médical (PEN-68), la Table des invalidités et les Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension (troubles psychiatriques). L'enquête a par ailleurs mis en relief l'absence d'orientations ou de définitions claires, ainsi que des limitations importantes quant à la disponibilité de données précises sur les clients d'ACC. En raison de ces limitations, il nous a été impossible d'évaluer les répercussions des préjugés systémiques fondés sur le sexe que nous avons cernés.

Afin de régler ces problèmes susceptibles d'entraîner des résultats inéquitables et de plus longs délais d'attente pour les femmes vétérans, nous avons inclus dans notre rapport cinq recommandations à l'intention du ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale pour éliminer les préjugés fondés sur le sexe dans le cadre du processus de traitement des demandes relatives à un dysfonctionnement sexuel consécutif à un trouble psychiatrique et améliorer la collecte des données et l'établissement de rapports.

En résumé, nous savons que le Ministère travaille avec acharnement pour réduire les délais d'attente et éliminer l'arriéré de demandes en attente de règlement. Bien sûr, l'examen des outils de règlement des demandes en vue de rendre le processus de traitement plus efficace est toujours pertinent. Parallèlement, il est essentiel que les changements apportés ne créent pas d'iniquités dans l'accès aux importants avantages et services qu'ACC offre aux vétérans et à leur famille, ni ne les aggravent.



Colonel (à la retraite) Nishika Jardine
Ombud des vétérans

Sommaire

En 2018, Anciens Combattants Canada (ACC) a modifié ses processus décisionnels en rationalisant les demandes pour dysfonction érectile liées à un trouble psychiatrique. Dans le cadre de l'accent mis sur les obstacles possibles à un accès équitable aux programmes et aux services pour les femmes vétérans, le Bureau de l'ombudsman des vétérans (BOV) a enquêté sur l'existence d'un préjugé fondé sur le sexe dans les processus décisionnels d'ACC pour les dysfonctions sexuelles liées à des troubles psychiatriques.

En quoi cette question est-elle importante?

Les vétérans peuvent éprouver une dysfonction sexuelle liée à leur service, en particulier en raison d'affections telles que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les médicaments visant à les traiter. La dysfonction sexuelle peut affecter considérablement la santé mentale et la qualité de vie des vétérans hommes et femmes.

Ce que nous avons constaté

Le BOV a examiné les processus d'ACC pour le traitement des demandes pour dysfonction sexuelle liée à des troubles psychiatriques. Notre examen a révélé une injustice systémique envers les femmes vétérans dans certains processus décisionnels. Nous avons également constaté de sérieuses restrictions liées à la disponibilité de données exactes sur les clients d'ACC. Ces limitations nous ont empêchés de mesurer l'effet des préjugés systémiques fondés sur le sexe que nous avons découverts. Le présent rapport propose cinq recommandations pour résoudre les problèmes que nous avons constatés.

Principales constatations et recommandations

- ACC rationalise les demandes pour les hommes vétérans souffrant d'une dysfonction érectile causée par des médicaments visant à traiter des troubles psychiatriques. Les demandes liées à la dysfonction sexuelle pour les femmes vétérans ne présentent pas de processus équivalent. Pourtant, la recherche montre que les médicaments visant à traiter les troubles psychiatriques comme le TSPT provoquent une dysfonction sexuelle chez les hommes et les femmes.

Recommandation 1 : *Éliminer les préjugés fondés sur le sexe dans la prise de décisions par ACC concernant les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique. Une façon de faire consisterait à utiliser la même approche de prise de décision pour les demandes des hommes et des femmes.*

- Le questionnaire médical d'ACC sur la dysfonction sexuelle permet aux clients masculins d'avoir plus facilement un diagnostic précis de dysfonction sexuelle que les clientes. Ce questionnaire contient une liste de contrôle qui inclut les dysfonctions sexuelles masculines, mais il n'y a pas de liste de contrôle des

dysfonctions sexuelles féminines. Cela signifie qu'il est moins simple d'établir un diagnostic de dysfonction sexuelle féminine.

Recommandation 2 : *Mettre à jour le questionnaire médical PEN 68f pour signaler équitablement les dysfonctions sexuelles affectant tous les clients.*

- La *Table des invalidités* (TDI) contient des cotes de déficience médicale (CDM) utilisées pour normaliser l'évaluation des affections courantes et les montants d'indemnisation correspondants. Il existe deux cotes de déficience médicale pour les dysfonctions sexuelles masculines et une seule pour les dysfonctions sexuelles féminines. Cela signifie que le processus de décision concernant les prestations pour les dysfonctions sexuelles féminines doit être revu au cas par cas, ce qui peut conduire à des décisions incohérentes et à des temps d'attente plus longs.

Recommandation 3 : *Mettre à jour la Table des invalidités pour inclure les cotes de déficience médicale pour toutes les dysfonctions sexuelles répertoriées dans les manuels de diagnostic contemporains afin de normaliser le processus de décision pour tous les clients.*

- Le processus d'évaluation du symptôme de diminution de la libido associé à un trouble psychiatrique n'est pas clair. Les femmes vétérans sont plus susceptibles d'éprouver des troubles du désir et de l'excitation qu'ACC considère comme une diminution de la libido¹; cependant, cela n'est pas clairement défini dans les *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension* pour les troubles psychiatriques. Cela peut entraîner des résultats injustes et des temps d'attente plus longs pour les femmes vétérans.

Recommandation 4 : *Fournir des directives plus claires pour prendre des décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle féminine consécutive à un trouble psychiatrique en définissant la diminution de la libido dans les lignes directrices sur l'admissibilité pour les troubles psychiatriques.*

- Notre analyse était limitée parce qu'ACC ne recueille pas adéquatement les données liées aux demandes pour dysfonction sexuelle. Ce manque de granularité des données nous empêche non seulement d'évaluer l'effet des préjugés fondés sur le sexe sur la prise de décisions concernant les demandes pour dysfonction sexuelle, mais aussi empêche ACC de comprendre adéquatement la nature des demandes pour dysfonction sexuelle soumises par tous les clients.

Recommandation 5 : *Affiner la granularité du système de collecte de données afin de saisir pleinement la nature des demandes pour dysfonction sexuelle, y compris pour une diminution de la libido, dans la population diversifiée de clients d'ACC.*

Résumé

Dans l'ensemble, nos recommandations sont axées sur processus utilisés par ACC pour prendre des décisions concernant les demandes pour dysfonction sexuelle liée à des troubles psychiatriques. La modification de ces processus pourrait aider les décideurs à s'assurer que les clients souffrant de dysfonctions sexuelles autres que la dysfonction érectile n'attendent pas plus longtemps ou ne subissent pas de résultats injustes. ACC a déjà commencé à régler certains des problèmes relevés dans ce rapport. En janvier 2022, ACC a publié une nouvelle

¹ En date de novembre 2021.

Ligne directrice sur l'admissibilité au droit à pension pour la dysfonction sexuelle, et prévoit apparemment de mettre à jour la *Table des invalidités* et le *questionnaire médical PEN 68f*.

Introduction

Le BOV a mené cette enquête pour déterminer si les vétérans ont un accès équitable à des décisions justes et opportunes pour les prestations d'invalidité liées à la dysfonction sexuelle, quel que soit leur sexe². Dans le cadre de notre travail visant à identifier les obstacles rencontrés par les femmes vétérans, nous étions préoccupés par une directive interne d'ACC pour la prise de décisions qui rationalisait le traitement des demandes pour dysfonction érectile consécutive à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité (ACC, 2018)³. Aucune directive similaire n'existe pour les autres demandes pour dysfonction sexuelle, y compris celles faites par des clientes.

Notre enquête a révélé des préjugés fondés sur le sexe dans les instruments et les processus utilisés par ACC pour prendre des décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à des troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui peuvent désavantager les clientes. Nous avons également constaté de sérieuses restrictions liées à la disponibilité de données exactes sur les clients d'ACC. Ces limitations nous ont empêchés de mesurer l'effet des préjugés systémiques fondés sur le sexe que nous avons découverts.

Nous avons constaté des problèmes d'équité dans cinq domaines clés :

1. Directive de 2018 sur la prise de décision relative à l'invalidité – Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments) [ACC, 2018]
2. Questionnaire médical PEN 68f : Affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur (ACC, 2019c)
3. Table des invalidités (ACC, 2006a)
4. *Lignes directrices ayant trait au règlement des demandes relevant du domaine psychiatrique* (ACC, 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2021)
5. Disponibilité des données sur les clients d'ACC

Dans les sections suivantes, nous présentons notre méthodologie, des renseignements généraux sur la dysfonction sexuelle et les processus de prise de décisions d'ACC, ainsi que notre analyse des recherches actuelles et des processus et instruments de prise de décisions d'ACC. Nous concluons ensuite par un résumé de nos conclusions et recommandations. Les définitions des termes importants sont disponibles à l'[Annexe A](#).

ACC travaille déjà à donner suite à certaines des recommandations formulées dans ce rapport. En janvier 2022, ACC a publié une nouvelle *Ligne directrice sur l'admissibilité au droit à pension pour la dysfonction sexuelle*, et prévoit de mettre à jour la *Table des invalidités* et le *questionnaire médical PEN 68f*. Ces mises à jour sortent du

² Les dysfonctions sexuelles sont des affections liées à des problèmes de désir sexuel, d'excitation, d'orgasme et d'éjaculation, de résolution, de problèmes physiques et/ou de douleur (Montgomery, Baldwin, & Riley, 2002, 119-120; Serretti & Chiesa, 2009, p. 259; Baldwin, 2004, p. 457-458; Keks, Hope, & Culhane, 2014, p. 525).

³ Une demande consécutive correspond à une demande pour une affection distincte causée par une blessure ou une maladie principale liée au service ouvrant droit à des prestations d'invalidité (ACC, 2019b). Une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité est une affection qu'ACC a déterminée comme étant liée au service, qui donne droit au demandeur de percevoir des prestations de traitement et éventuellement une indemnisation pour l'affection.

cadre de ce rapport, car notre enquête a commencé avant l'annonce de ces modifications. Nous abordons le processus de prise de décisions à partir de novembre 2021, et notons où de nouvelles initiatives d'ACC pourraient résoudre les problèmes que nous mettons en avant. Nous espérons que ce rapport pourra aider à guider certains de ces changements afin d'assurer l'équité pour tous les vétérans souffrant de dysfonction sexuelle.

Méthodologie

Notre rapport examine la prise de décisions concernant les demandes pour les dysfonctions sexuelles qui sont causées par des troubles psychiatriques liés au service ouvrant droit à des prestations d'invalidité ou des médicaments utilisés pour traiter ces affections chez les vétérans et les membres des Forces armées canadiennes (FAC) et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Ce rapport n'enquête pas sur la prise de décisions concernant les demandes principales pour dysfonction sexuelle⁴, les affections consécutives à des troubles non psychiatriques ou à leur traitement (par exemple, dysfonction sexuelle causée par des blessures physiques ou des maladies physiques), ou les avantages pour ACC du traitement de la dysfonction sexuelle, et il ne prend pas non plus en compte les dysfonctions sexuelles non liées au service. La portée de ce rapport était limitée aux dysfonctions sexuelles féminines consécutives à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Les dysfonctions sexuelles touchant les hommes, les personnes trans et les personnes non binaires, autres que les dysfonctions érectiles et les dysfonctions sexuelles féminines, n'entraient pas dans le champ d'application. Nous reconnaissons que ces groupes de clients méritent de l'attention et espérons que les futures initiatives de recherche et de politique aborderont les questions d'équité dans la prise de décisions pour les demandes de dysfonction sexuelle au sein de diverses populations.

Notre principale question de recherche était la suivante : « Y a-t-il des préjugés fondés sur le sexe dans les processus de prise de décisions d'ACC en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à des troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité? » Pour répondre à cette question, nous avons analysé les instruments et les processus de prise de décisions d'ACC, la documentation universitaire actuelle, les données des clients d'ACC et du BOV et les cas du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) liés à la dysfonction sexuelle.

Les renseignements utilisés dans notre analyse sur les instruments et les processus de prise de décisions d'ACC ont été obtenus et vérifiés par des fonctionnaires d'ACC. Nous avons déterminé et examiné tous les instruments de prise de décisions utilisés pour les demandes de dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Nous avons inclus quatre principaux instruments de prise de décisions dans notre analyse :

- Directive de 2018 sur la prise de décision relative à l'invalidité – Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments) [ACC, 2018]

⁴ Les demandes principales pour dysfonction sexuelle sont celles qui ne sont pas causées par une autre affection. Moins de 30 demandes principales pour dysfonction sexuelle ont été faites à ACC au cours des 5 dernières années (VAC, courriel, July 15, 2021; July 22, 2021). Bien que les affections principales de dysfonction sexuelle ne relèvent pas de la portée du présent document, la mise en œuvre de nos recommandations aurait probablement un effet positif sur les vétérans qui soumettent ces demandes.

- Questionnaire médical PEN 68f : Affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur (ACC, 2019c)
- Table des invalidités (ACC, 2006a)
- *Lignes directrices ayant trait au règlement des demandes relevant du domaine psychiatrique* (ACC, 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2021)

Contexte

Importance de la sexualité

Dans un discours prononcé en 2001, il y a plus de 20 ans, le Médecin général des États-Unis soulignait l'importance de la sexualité, déclarant :

« La sexualité fait partie intégrante de la vie humaine... elle peut favoriser l'intimité et les liens ainsi que le plaisir partagé dans nos relations. Elle répond à un certain nombre de besoins personnels et sociaux, et nous apprécions la partie sexuelle de notre être pour les plaisirs et les avantages qu'elle nous procure... la santé sexuelle est inextricablement liée à la santé physique et mentale. Tout comme les problèmes de santé physique et mentale peuvent contribuer à la dysfonction et aux maladies sexuelles, ces dysfonctions et maladies peuvent contribuer aux problèmes de santé physique et mentale. » (Bureau du médecin général, 2001, p. 1)

Être capable de s'exprimer sexuellement, seul ou avec d'autres, est un élément vital de la vie qui affecte les relations, la qualité de vie et la santé mentale et physique (Baldwin, 2004, p. 457; Levin, 2007).

Qu'est-ce que la dysfonction sexuelle?

La dysfonction sexuelle est un terme générique désignant des affections qui se manifestent par une perturbation du cycle de réponse sexuelle, comme un manque de désir sexuel; des problèmes d'excitation, d'orgasme, d'éjaculation ou de résolution; et des problèmes physiques ou des douleurs (Serretti et Chiesa, 2009, p. 259). Souvent, les personnes atteintes de dysfonction sexuelle subissent des perturbations dans plus d'une partie du cycle (Baldwin, 2004, p. 458).

Les affections de santé mentale, physique et comorbides, ainsi que la diminution de la qualité de vie liée à la santé, peuvent affecter négativement le fonctionnement sexuel (McIntyre-Smith, St. Cyr et Roi, 2015). La dysfonction sexuelle peut affecter n'importe qui tout au long de sa vie, y compris les personnes célibataires ou en couple, celles qui ne sont pas engagées dans une activité sexuelle en couple, les femmes et les hommes cisgenres, les personnes transgenres et non binaires,⁵ et hétérosexuelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles et autres personnes LGBTQ2+ (Kerckhof *et al.*, 2019; Laumann et Waite, 2008; Laumann, 1999; Peixoto et Nobre, 2014; Stark, Obedin-Maliver et Shindel, 2021).

Deux systèmes de classification et de diagnostic contemporains largement utilisés qui incluent les troubles psychiatriques et la dysfonction sexuelle sont la *Classification internationale des maladies* (CIM) et le *Manuel*

⁵ Pour les personnes cisgenres, leur sexe assigné à la naissance correspond à leur « identité de genre interne » (par exemple, une personne désignée comme une femme à la naissance qui s'identifie également comme une femme), et pour les personnes transgenres, leur sexe assigné à la naissance ne représente pas leur identité de genre interne (par exemple, une personne désignée comme une femme à la naissance qui s'identifie comme un homme ou dont le genre n'est pas conforme) (APA Dictionary, 2020a; 2020b).

diagnostique et statistique (DSM) [Hatzimouratidis et Hatzichristou, 2007]. Dans les deux systèmes, la dysfonction sexuelle doit répondre à plusieurs exigences pour recevoir un diagnostic, y compris la fréquence, la présence pendant plusieurs mois et la « détresse cliniquement significative » (OMS, 2018; APA, 2013). Les deux incluent des diagnostics masculins, féminins et non spécifiques au sexe, y compris la dysfonction érectile, les dysfonctions éjaculatoires, les dysfonctions du désir et de l'excitation, les dysfonctions orgasmiques, les affections de douleur et les « autres » catégories de dysfonctions sexuelles. Les personnes peuvent avoir des problèmes sexuels qui les dérangent, mais qui ne répondent pas aux critères de diagnostic des dysfonctions sexuelles.

La dysfonction sexuelle est associée à des conséquences néfastes pour les vétérans et les membres de la population générale. Ceux-ci comprennent une augmentation des idées suicidaires, la non-observance de la prise de médicaments⁶ et les rechutes liées à la maladie mentale, les problèmes et les ruptures relationnels, et les réductions importantes de la santé mentale, de l'estime de soi, du bien-être et de la qualité de vie globale (Blais, Monteith et Kugler, 2018, p. 54; Khalifian *et al.*, 2020, p. 1609; Labbate *et al.*, 2008, p. 3; Rothmore, 2020, p. 329; Ashton *et al.*, 2005; Williams *et al.*, 2010; Nunnink *et al.*, 2012).

Dysfonction sexuelle, maladie mentale et médicaments psychotropes

Les maladies mentales, y compris la schizophrénie, les troubles de l'humeur, de la personnalité et de l'anxiété, et de nombreux médicaments qui traitent ces affections constituent des facteurs de risque de dysfonction sexuelle (Serretti et Chiesa, 2009, p. 259; Baudouin, 2004; Zemishlany et Weizman, 2008). La dysfonction sexuelle apparue sous traitement peut être causée par des médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, les anxiolytiques, les stabilisateurs de l'humeur et les antipsychotiques (Baldwin et Mayers, 2003; Healy, Le Noury et Mangin, 2018; Castle, 2018, 2; Serretti et Chiesa, 2010).^{7,8}

Les taux de dysfonction sexuelle rapportés dans la littérature académique varient considérablement, mais les utilisateurs d'antidépresseurs ont systématiquement développé des taux élevés de dysfonction sexuelle. Par exemple, les auteurs de trois études espagnoles (Montejo-Gonzalez *et al.*, 1997; Montejo *et al.*, 2001; Montejo *et al.*, 2019)⁹ ont constaté que parmi les patients prenant des antidépresseurs¹⁰, 58 % à 80 % ont développé des dysfonctions sexuelles.

Les recherches sur les taux de dysfonction sexuelle dans les populations masculines et féminines diffèrent également dans leurs conclusions. Certaines études plus anciennes ont révélé que les femmes avaient des taux

⁶ Prendre des médicaments imparfaitement ou pas du tout contre l'avis d'un médecin, souvent pour éviter les effets secondaires (Rothmore, 2020, p. 329).

⁷ La dysfonction sexuelle est plus fréquente avec les médicaments qui affectent la sérotonine, tels que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et certains antidépresseurs tricycliques (Castle, 2018, p. 1). Presque tous les patients prenant ces médicaments « éprouvent un certain degré d'engourdissement génital, souvent dans les 30 minutes suivant la prise de la première dose » (Healy, Le Noury & Mangin, 2018, p. 130).

⁸ Une liste des types de médicaments psychotropes connus pour causer des dysfonctions sexuelles est jointe à l'[Annexe B](#).

⁹ Les chercheurs n'utilisent pas de mesures cohérentes pour la dysfonction sexuelle, ce qui entraîne de grandes variations dans les taux publiés (Reichenpfader *et al.*, 2014, p. 11, 5). Certains questionnaires comme le *Questionnaire sur les changements dans le fonctionnement sexuel* et le *Questionnaire sur la dysfonction sexuelle liée aux psychotropes* signalent généralement des taux plus élevés de dysfonction sexuelle, tandis que « l'échelle des effets sexuels et l'enquête directe sans questionnaire spécifique sont associées à des pourcentages plus faibles » (Serretti & Chiesa, 2009, p. 263).

¹⁰ Principalement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

plus élevés (Laumann *et al.*, 1999; Dunn, Croft, et Hackett, 1998; Angst, 1998), d'autres recherches ont montré que c'était le cas des hommes (Kikuchi *et al.* 2010; Turchik *et al.* 2012, 53), et certains auteurs n'ont trouvé aucune différence (Montejo *et al.*, 2019, p. 926)¹¹. Dans une étude qui a révélé que les hommes et les femmes présentaient des risques égaux de dysfonction sexuelle lorsqu'ils prenaient des antidépresseurs, un risque plus élevé était plutôt corrélé avec la prise d'un antidépresseur qui agit sur la sérotonine et le fait d'« avoir un état clinique grave de maladie psychiatrique » (Montejo *et al.*, 2019, p. 926). Dans les deux groupes, une perte de désir et un orgasme retardé étaient les symptômes les plus courants, mais les hommes étaient plus susceptibles de trouver leur dysfonction sexuelle « intolérable » (Montejo *et al.*, 2019, p. 930).

Il a été constaté que les hommes et les femmes éprouvent différemment la dysfonction sexuelle. Par exemple, une méta-analyse de la recherche sur la dysfonction sexuelle apparue sous traitement a révélé que les hommes avaient un risque significativement plus élevé de troubles du désir et de l'orgasme, tandis que les femmes étaient plus à risque de troubles de l'excitation (Serretti et Chiesa, 2009, p. 262). Une autre étude sur la dysfonction sexuelle apparue sous traitement a révélé que les femmes étaient plus susceptibles de connaître une « diminution du désir sexuel » et que les hommes étaient plus susceptibles d'avoir des troubles de l'érection ou de l'éjaculation (Zemishlany et Weizman, 2008, p. 89).

Les vétérans et la dysfonction sexuelle

En 2020, la population estimée des vétérans des FAC et des vétérans ayant servi en temps de guerre était de 629 300, et environ 133 200 vétérans étaient des clients d'ACC, dont 16 333 femmes (12 %) [ACC, 2020a]. Au total, 26 % (34 765) des vétérans touchant des prestations d'invalidité avaient reçu un diagnostic de maladie psychiatrique, et de ceux-ci, 71 % (24 538) avaient reçu un diagnostic de TSPT. Dans 2019-2020, le TSPT correspondait à l'affection faisant l'objet du plus grand nombre de demandes chez les femmes vétérans et la troisième affection faisant l'objet du plus grand nombre de demandes chez les hommes vétérans (ACC, 2020b).

Comparativement à leurs homologues de la population générale canadienne (PGC), les vétérans masculins et féminins déclarent plus souvent une santé mentale et physique « passable ou mauvaise » ou des idées suicidaires au cours de leur vie et sont plus à risque de souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué, y compris le TSPT. Les troubles de l'anxiété et de l'humeur diagnostiqués sont plus fréquents chez les femmes vétérans que chez les hommes vétérans, ce qui est également vrai au sein de la PGC (Hall *et al.*, 2020, 3).

La recherche canadienne sur la dysfonction sexuelle et les vétérans, et en particulier les femmes vétérans, est limitée. Une étude menée auprès de membres masculins des FAC et de vétérans souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel et cherchant un traitement a révélé que 21,5 % des participants ont signalé des douleurs ou d'autres problèmes pendant les rapports sexuels et 41,8 % ont signalé des problèmes de désir sexuel ou de

¹¹ La dysfonction sexuelle dans les populations féminines a tendance à être sous-reconnue et sous-traitée en raison d'un manque général de compréhension du fonctionnement sexuel et de la dysfonction sexuelle féminine (Parish *et al.*, 2019; Parameshwaran & Chandra, 2019, p. 111). La recherche a également montré que les femmes atteintes de ce problème peuvent être moins susceptibles de signaler leur dysfonction sexuelle que les hommes (Montejo *et al.*, 2001, p. 15; Montejo *et al.*, 2019). Cela pourrait signifier que les taux de dysfonction sexuelle plus faibles signalés pour les participantes dans certaines études sont dus à une sous-reconnaissance ou à une sous-déclaration de la dysfonction sexuelle dans les populations féminines en général.

plaisir qui « les dérangent beaucoup » (Richardson *et al.*, 2020, p. 71)¹². Aucune étude sur les femmes vétérans canadiennes et la dysfonction sexuelle n'a été trouvée.

Une étude américaine portant sur des vétérans sélectionnés au hasard et utilisant les soins primaires de Veterans Affairs (VA) a révélé qu'environ la moitié d'entre eux avaient reçu un diagnostic positif en ce qui concerne la dysfonction sexuelle. Les femmes vétérans étaient presque deux fois plus susceptibles que les hommes vétérans (femmes = 62,3 %, hommes = 32,0 %) de souffrir de dysfonction sexuelle (Shepardson *et al.*, 2021, p. 361). La recherche secondaire de la cohorte VALOR (Veterans After-Discharge Longitudinal Registry) des dossiers médicaux des vétérans de VA a révélé qu'environ 25 % des hommes et 13 % des femmes participants avaient une dysfonction sexuelle diagnostiquée ou prenaient des médicaments pour traiter une dysfonction sexuelle (Breyer *et al.*, 2016). Les chiffres de cette étude sont probablement inférieurs à ceux ci-dessus qui utilisent des mesures d'auto-évaluation, car les auteurs s'appuient sur les dossiers médicaux de VA qui se sont avérés sous-déclarer les dysfonctions sexuelles (Helmer *et al.*, 2013, p. 1071).

Aperçu des instruments et des processus de prise de décisions pour les demandes de prestations d'invalidité d'ACC

Les prestations d'invalidité d'ACC, y compris les pensions d'invalidité, les indemnités pour douleur et souffrance, ou les deux, compensent et fournissent des prestations de traitement et des services aux membres et vétérans qui ont une blessure ou une maladie permanente liée au service¹³.

Processus de prise de décisions d'ACC pour les demandes de prestations d'invalidité¹⁴

Le processus de prise de décisions en ce qui concerne les demandes de prestations d'invalidité se déroule généralement en une série d'étapes séquentielles :

- Un client demande des prestations en soumettant une demande de prestations d'invalidité.
- Pour les demandes moins complexes, un agent du programme de prestations examine la demande dûment remplie et avise le demandeur si des renseignements supplémentaires sont nécessaires. Il peut également prendre une décision et préparer et envoyer des lettres de décision.
- Les demandes plus complexes sont plutôt renvoyées à un arbitre des prestations d'invalidité pour prendre une décision, préparer et envoyer des lettres de décision.
- Parfois, un arbitre des prestations d'invalidité consulte des conseillers médicaux ou d'autres experts en la matière pour obtenir des éclaircissements avant de prendre une décision. Cette étape peut entraîner des temps d'attente plus longs pour les décisions.
- Pour les décisions favorables, un agent des paiements confirme les détails de la demande, vérifie que la décision de l'arbitre est correcte selon la législation pertinente, puis calcule et autorise les paiements (ACC, DGOC, s.d.).

¹² Mesure de la détresse autodéclarée concernant le fonctionnement sexuel à l'aide d'une échelle de Likert.

¹³ L'indemnisation de la douleur et de la souffrance est prévue en vertu de la [Loi sur le bien-être des vétérans](#) pour les militaires et vétérans des FAC. Les pensions d'invalidité sont versées en vertu de [la Loi sur les pensions](#) et s'appliquent principalement aux membres de la GRC et aux vétérans et vétérans ayant servi en temps de guerre (ACC DGOC, s.d.).

¹⁴ Une liste des instruments de politique utilisés par les arbitres est fournie à l'[Annexe C](#).

Les décisions favorables en matière de prestations d'invalidité comprennent deux décisions : l'admissibilité et l'évaluation. Premièrement, le décideur détermine si le vétéran a droit à la prestation, ce qui lui donne accès aux prestations de traitement. Ensuite, la décision d'évaluation est rendue, qui évalue l'impact de l'affection et détermine le montant de l'indemnisation, le cas échéant, qu'un vétéran recevra.

Admissibilité

Le processus d'évaluation de l'admissibilité considère si un demandeur a un diagnostic médical confirmé pour les affections faisant l'objet de la demande s'il existe un lien entre ses affections médicales et son service, c'est-à-dire qu'elles ont été causées, partiellement causées ou aggravées par le service ou par une autre affection liée au service¹⁵. Si l'affection est liée au service ou résulte d'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, le plein droit à pension est accordé. Si l'affection résulte d'une blessure ou d'une maladie non liée au service qui a été aggravée par le service, une indemnité partielle (quatre cinquièmes) est accordée (ACC, 2019a). Les demandes de prestations d'invalidité favorables pour lesquelles l'invalidité s'est manifestée pendant le service spécial bénéficient de tous les droits même si elles ne sont pas directement liées au service¹⁶.

Pour prendre ces décisions, un arbitre examine les renseignements contenus dans la demande du client, les dossiers médicaux du service, les dossiers du service militaire/du personnel, les questionnaires médicaux et autres rapports médicaux, les déclarations des témoins, le *Manuel pour la prise de décisions* (ACC, 2019a), et les *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension* (LDADP) [ACC, DGOC, s.d.]. Les LDADP correspondent à des énoncés de politique utilisés pour aider les arbitres à déterminer l'admissibilité d'un demandeur pour toucher des prestations. Il existe actuellement 45 LDADP pour les affections faisant le plus souvent l'objet d'une demande. Le format standard de ces LDADP se trouve dans l'[Annexe D](#). Les LDADP contiennent également des instructions pour aider les arbitres à déterminer s'il convient de classer les affections comme principales, regroupées (avec une affection principale) ou consécutives (à une affection principale)¹⁷ :

- **Principale** : une affection principale faisant l'objet d'une demande directement liée au service. Les affections principales peuvent être associées à des affections regroupées et consécutives qui peuvent donner droit au demandeur à une indemnisation plus importante, à des prestations de traitement ou aux deux.
- **Regroupées** : ces affections sont identifiées dans la section B des lignes directrices sur l'admissibilité. Il s'agit « d'affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui affectent les mêmes parties du corps ou entraînent une perte de fonction similaire et qui ne peuvent être séparées à des fins d'évaluation médicale, qui sont regroupées pour arriver à une cote de déficience médicale » (ACC, 2006b, 4).¹⁸
- **Consécutives** : ces affections sont identifiées dans la section B des lignes directrices sur l'admissibilité. Les affections consécutives sont causées par l'affection principale et/ou son traitement et affectent une partie ou un système distinct du corps (ACC, 2019b)¹⁹. Par exemple, pour un demandeur atteint de TSPT

¹⁵Ces prestations d'invalidité sont couvertes par le [Principe d'indemnisation](#).

¹⁶Ces prestations d'invalidité sont couvertes par le [Principe d'assurance](#).

¹⁷ Une affection principale ou consécutive doit être considérée comme permanente. Les affections regroupées n'ont pas cette exigence.

¹⁸Les LDADP pour les troubles psychiatriques comprennent, dans la section B, les « Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation ».

¹⁹ Les affections consécutives peuvent également être causées par d'autres affections consécutives. Pour plus de clarté, nous avons choisi de faire référence aux demandes visant des affections consécutives comme étant liées aux affections principales. Les affections consécutives nécessitent leur propre décision d'admissibilité distincte et, si une décision favorable est prise, le client reçoit des prestations de traitement et, selon l'affection, éventuellement une indemnisation supplémentaire.

qui souffre du syndrome du côlon irritable (SCI) causé par son TSPT, le SCI serait une affection consécutive du TSPT et serait évalué séparément (ACC, 2016g, p. 9).

Évaluation

Une fois l'admissibilité déterminée, un arbitre des prestations d'invalidité, un agent du programme des prestations ou un conseiller médical évalue la gravité et l'impact de l'affection à l'aide des renseignements contenus dans la demande du client, des dossiers de santé du service, des questionnaires médicaux, des rapports médicaux, des tests ou d'autres informations provenant des prestataires de soins de santé, du *Manuel pour la prise de décisions*, et la *Table des invalidités* (TDI) [ACC, DGO, s.d.]. Ce processus détermine le montant de l'indemnisation qu'un vétérinaire recevra pour son invalidité ouvrant droit à des prestations.

Le décideur détermine d'abord la cote de déficience médicale à partir du chapitre pertinent de la TDI. La TDI comporte 17 chapitres qui évaluent le degré de déficience médicale d'une personne et déterminent le niveau approprié de prestations d'invalidité pour des affections ou des parties/systèmes corporels spécifiques (ACC, 2006a)²⁰. Les *tableaux de déficience médicale* aident les arbitres à déterminer la gravité de l'invalidité.

Le chapitre 2 de la TDI aide le décideur à évaluer l'impact de l'affection sur la qualité de vie (QVL) du demandeur avec une échelle de 1 à 3. Cette cote évalue l'effet de l'affection sur les activités de vie autonome, les activités récréatives et communautaires et les relations personnelles. Une cote de qualité de vie est déterminée pour chaque affection principale ou consécutive ouvrant droit à des prestations d'invalidité (ACC, 2006c)²¹. Une fois la cote de qualité de vie déterminée, elle est combinée à la cote de déficience médicale et exprimée en pourcentage (ACC, DGO, s.d.). Ce pourcentage reflète le degré de déficience médicale et établit le montant de l'indemnisation que le vétérinaire recevra pour son affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité^{22,23}.

Pour en savoir plus sur la façon dont les prestations d'invalidité sont calculées, des exemples détaillés sont fournis dans le chapitre d'introduction de la TDI (ACC, 2006b)²⁴.

Analyse et constatations

Notre analyse se concentre sur les processus de prise de décisions actuels en place en novembre 2021. Nous avons noté où nous comprenons qu'ACC peut avoir mis ou mettra à jour certains éléments de ses processus de décision liés à la dysfonction sexuelle²⁵.

²⁰ Le format standard de ces chapitres de la TDI se trouve à l'[Annexe C](#).

²¹ Les trois niveaux de qualité de vie indiquent l'effet de l'affection sur le client.

²² La dernière révision complète de la TDI remonte à 2006 et dix de ses chapitres ont été mis à jour entre 2016 et 2019.

²³ Une demande peut être réévaluée si le demandeur peut démontrer que l'affection s'est aggravée de façon permanente ou fournir des renseignements médicaux non inclus dans l'évaluation initiale.

²⁴ Toute personne ayant droit à des prestations pour une affection a le même accès au traitement, quel que soit le niveau d'évaluation.

²⁵ Dix semaines après avoir officiellement avisé ACC que nous lançons une enquête sur la prise de décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à des troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité et de leur traitement, ACC a indiqué qu'il créerait et publierait de nouvelles lignes directrices sur l'admissibilité pour la dysfonction sexuelle au début de janvier 2022. Le BOV a reçu une ébauche avancée de ces lignes directrices sur l'admissibilité et a fourni à ACC une liste de questions en réponse en novembre 2021. Dans le cadre de ce processus d'examen, nous avons été informés qu'ACC prévoyait également de mettre à jour le questionnaire médical pertinent, les codes médicaux et la *Directive de 2018 sur la prise de décision relative à l'invalidité – Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments)*. La publication

Nous avons constaté des problèmes d'équité dans cinq domaines :

1. Directive de 2018 sur la prise de décision relative à l'invalidité – Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments) [ACC, 2018]
2. Questionnaire médical PEN 68f : Affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur (ACC, 2019b)
3. Table des invalidités (ACC, 2006a)
4. *Lignes directrices ayant trait au règlement des demandes relevant du domaine psychiatrique* (ACC, 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2021)
5. Données sur les clients d'ACC

Dans l'ensemble, nous avons constaté que les instruments et les processus utilisés par ACC pour prendre des décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité ont un préjugé fondé sur le sexe et peuvent désavantager les clientes. Nous avons également constaté de sérieuses restrictions liées à la disponibilité de données exactes sur les clients d'ACC. Ces limites nous ont empêchés de quantifier le nombre de vétérans susceptibles d'être touchés par les préjugés systémiques fondés sur le sexe que nous avons mis en lumière dans les instruments de prise de décisions. Les problèmes rencontrés avec chaque instrument sont décrits ci-dessous, suivis de recommandations pour les résoudre.

Constatation 1 : Préjugé fondé sur le sexe dans les demandes simplifiées

Les demandes les plus courantes pour dysfonction sexuelle masculine consécutive à des troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité sont rationalisées. En 2018, ACC a créé la *Directive sur la prise d'une décision relative à l'invalidité - Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments)* qui rationalise le règlement des demandes de prestations d'invalidité pour la dysfonction érectile résultant de médicaments utilisés pour traiter un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité (ACC, 2018). Cette directive permet aux arbitres des prestations d'invalidité de prendre des décisions sur les prestations d'invalidité pour cette affection, tandis que toutes les autres demandes pour dysfonction sexuelle doivent être envoyées à un conseiller médical pour examen, ce qui peut allonger le temps d'attente pour les décisions²⁶. En fait, cette directive rationalise l'affection de dysfonction sexuelle la plus courante vécue par les clients masculins à la suite d'un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité, mais aucun processus similaire n'a été mis en œuvre pour les clientes²⁷.

de notre enquête fait suite à la publication prévue des mises à jour du processus de prise de décisions; cela était hors de notre contrôle et notre calendrier ne nous a pas permis d'intégrer une évaluation des documents finaux mis à jour ou de leur mise en œuvre.

²⁶ Avant 2018, toutes les demandes pour dysfonction sexuelle, y compris la dysfonction érectile, nécessitaient une consultation avec un conseiller médical d'ACC.

²⁷ ACC nous a fourni une liste des affections nécessitant la consultation d'un conseiller médical, mais elle ne comprend aucune référence médicale ou recherche évaluée par des pairs pour expliquer pourquoi une consultation médicale est requise pour ces affections (Secrétariat du BOV, communication par courriel, 18 juin 2021). La liste n'a pas été mise à jour depuis 2017 et ne mentionne pas spécifiquement la dysfonction sexuelle, mais fait référence aux affections consécutives. Elle stipule que si des lignes directrices sur l'admissibilité sont disponibles et que l'affection consécutive n'est pas répertoriée dans la section C, une consultation médicale est requise. Cela s'applique à toutes les affections de dysfonction sexuelle, la dysfonction érectile étant l'exception.

Bien qu'il s'agisse d'une initiative positive visant à rationaliser le processus de règlement des demandes pour dysfonction érectile consécutive, l'absence injuste d'une disposition similaire pour d'autres vétérans souffrant d'effets secondaires similaires suite au traitement de troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité démontre l'importance d'effectuer une analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) pour toute nouvelle initiative²⁸. De nombreux médicaments psychotropes sont connus pour provoquer des dysfonctions sexuelles chez les femmes et les hommes, notamment des dysfonctions sexuelles du désir, de l'excitation et de l'orgasme. La recherche est claire que ces médicaments sont associés au développement de dysfonctions sexuelles féminines, et pas seulement à la dysfonction érectile chez les hommes (Serretti et Chiesa, 2009; Montejo *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2010).

En résumé, ACC rationalise les demandes pour les hommes vétérans souffrant de dysfonction érectile causée par des médicaments pour traiter des troubles psychiatriques, mais il n'existe pas de processus équivalent pour les demandes pour dysfonction sexuelle présentées par les femmes vétérans. Ceci est injuste, car la recherche a établi un lien de causalité avec les médicaments psychotropes pour les troubles de dysfonction sexuelle dont souffrent les femmes, ce qui signifie que plus de femmes que d'hommes peuvent être tenues d'attendre plus longtemps pour obtenir une indemnisation et accéder aux avantages du traitement pour des affections similaires. Par conséquent, le BOV recommande au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale ce qui suit :

Recommandation 1 : Éliminer les préjugés fondés sur le sexe dans la prise de décisions par ACC en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique. Une façon de faire consisterait à utiliser la même approche de prise de décision pour les demandes des hommes et des femmes.

Constatation 2 : Préjugé fondé sur le sexe dans le questionnaire médical PEN 68f utilisé pour les demandes liées à une dysfonction sexuelle

Le questionnaire médical PEN 68f : *Affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur* (ACC, 2019c)²⁹ est le questionnaire médical d'ACC utilisé pour les demandes principales ou consécutives pour dysfonction sexuelle. Le médecin qualifié du demandeur répertorie et explique les diagnostics du demandeur dans une petite zone de texte vierge sur le questionnaire, qui comprend des listes de contrôle comme invites³⁰. Il existe des listes de contrôle d'examen physique distinctes pour les hommes et les femmes.

²⁸ L'ACS+ est un type d'analyse utilisant une approche intersectionnelle pour « évaluer [...] comment différents groupes de femmes, d'hommes et de personnes de diverses identités de genre peuvent vivre les politiques, programmes et initiatives ». En plus du sexe et du genre, l'ACS+ considère également comment les facteurs d'identité croisés « comme la race, l'origine ethnique, la religion, l'âge, et les handicaps de nature physique ou mentale » affectent la façon dont les personnes perçoivent les programmes et les politiques (Femmes et Égalité des genres Canada, 2021). Le premier ministre, dans sa lettre de mandat supplémentaire au ministre des Anciens Combattants, a ordonné qu'ACC intègre l'ACS+ dans l'élaboration des politiques et des programmes afin d'éliminer les préjugés sexistes et les inégalités dans l'accès aux programmes et aux services (Cabinet du premier ministre, 2021).

²⁹ ACC a indiqué qu'il prévoyait de mettre en œuvre de nouveaux questionnaires médicaux, l'un spécifiquement masculin et l'autre spécifiquement féminin, au début de 2022. Ce questionnaire est prévu d'être à nouveau mis à jour parallèlement à la TDI.

³⁰ Chaque diagnostic nécessite des renseignements indiquant s'il est « confirmé » ou « provisoire », si une amélioration médicale est attendue et, le cas échéant, un délai approximatif prévu pour cette amélioration (ACC, 2019a, p. 1). Les antécédents médicaux généraux des affections sont consignés, y compris les symptômes, « la fréquence, la durée, les facteurs d'exacerbation et de soulagement ».

Notre analyse a révélé que ce questionnaire médical est intrinsèquement masculin, car la liste de contrôle inclut la dysfonction érectile et la douleur éjaculatoire, mais pas les dysfonctions sexuelles spécifiquement féminines (ACC, 2019a, p. 2-3). Pour les hommes, ce questionnaire consigne les résultats d'un examen physique des testicules, du pénis, du scrotum, de la prostate et de la poitrine³¹. La liste de contrôle pour les femmes se concentre sur la santé reproductive en demandant des renseignements sur les résultats d'un examen physique des ovaires, de l'utérus, du col de l'utérus/du vagin, des trompes de Fallope et des seins. Contrairement aux hommes, la liste de contrôle pour les femmes ne propose pas de cases à cocher pour les dysfonctions sexuelles telles que le trouble de l'intérêt sexuel/de l'excitation sexuelle féminine, le trouble orgasmique féminin (anorgasmie) ou la douleur génito-pelvienne/le trouble de pénétration (dyspareunie)³². Les listes de contrôle du *questionnaire médical PEN 68f* se trouvent à l'[Annexe E](#).

Nous craignons que l'absence de dysfonctions sexuelles féminines sur la liste de contrôle du questionnaire puisse conduire à des diagnostics de dysfonction sexuelle moins précis et moins confirmés pour les clientes, car, contrairement aux hommes, un médecin qualifié ne peut pas simplement cocher une case pour les affections spécifiques aux femmes et à la place doit fournir un diagnostic ou décrire le problème dans une zone de texte vide. Lorsque l'affection diagnostiquée ne figure pas dans la liste de contrôle, les arbitres et les personnes qu'ils consultent sont plus susceptibles d'avoir à interpréter ce diagnostic. Cela peut conduire à un plus grand nombre de cas de diminution de la libido regroupés avec une demande pour trouble psychiatrique soumise par des clientes (voir la constatation 4 ci-dessous)³³.

Le *questionnaire médical PEN 68f* utilisé par le médecin qualifié d'un vétérinaire pour documenter un diagnostic confirmé et décrire les symptômes de dysfonction sexuelle³⁴ présente un préjugé fondé sur le sexe³⁵. Le *questionnaire médical PEN 68f* est conforme aux critères d'évaluation du chapitre 16 de la *Table des invalidités* (TDI). Ce questionnaire contient une liste de contrôle qui inclut les dysfonctions sexuelles masculines, mais il n'y a pas de liste de contrôle des dysfonctions sexuelles féminines. Cela signifie qu'il est moins simple d'établir un diagnostic de dysfonction sexuelle féminine. Il est moins probable que les dysfonctions sexuelles féminines soient capturées avec précision dans le questionnaire, et lorsqu'elles sont capturées, il est plus probable que les affections féminines soient mal comprises par rapport aux dysfonctions sexuelles masculines les plus courantes³⁶. Par conséquent, le BOV recommande au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale ce qui suit :

Recommandation 2 : Mettre à jour le questionnaire médical PEN 68f pour signaler équitablement les dysfonctions sexuelles affectant tous les clients.

³¹ Cette liste comprend également la maladie de Peyronie, une dysfonction sexuelle causée par un problème physique avec le pénis, qui ne peut pas être causé par un trouble psychiatrique ou son traitement et qui n'entre donc pas dans le cadre de ce projet.

³² Ces affections ont été incluses dans l'ébauche des lignes directrices sur l'admissibilité pour la dysfonction sexuelle qui a été partagée avec le BOV.

³³ Le regroupement des diagnostics confirmés de dysfonction sexuelle féminine comme la diminution de la libido, plutôt que comme affection consécutive, est démontré dans les décisions du TACRA (VRAB, 2016; 2017).

³⁴ Un diagnostic confirmé est nécessaire pour avoir droit ou être évalué en ce qui concerne le versement de prestations d'invalidité.

³⁵ Il existe également une injustice potentielle pour les hommes vétérans souffrant de dysfonctions sexuelles autres que la dysfonction érectile.

³⁶ Des travaux de modernisation de la TDI sont en cours et ACC indique qu'il utilisera une optique ACS+ pour mettre à jour les critères d'évaluation et les cotes de déficience médicale. ACC indique également que ce travail comprendra la mise à jour des questionnaires médicaux connexes.

Constatation 3 : Préjugés fondés sur le sexe et manque de normalisation pour les demandes pour dysfonction sexuelle dans la *Table des invalidités* de 2006

La *Table des invalidités* est utilisée par les arbitres d'ACC pour évaluer le niveau de déficience médicale causé par les affections d'un demandeur ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Cette évaluation détermine le montant de l'indemnisation qu'un vétérán recevra pour son affection. Le chapitre 16, intitulé *Affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur*, est le seul chapitre de la TDI qui évalue les affections sexuelles (ACC, 2006d). Pour ce faire, il utilise deux tableaux d'évaluation de la déficience médicale : Tableau 16.3 *Perte fonctionnelle - Sexuelle et génitale - Hommes* et Tableau 16.4 *Perte fonctionnelle - Sexuelle et génitale - Femmes*³⁷. Les tableaux sont centrés sur les rapports hétérosexuels avec pénétration et particulièrement sur les hommes hétérosexuels; ils se concentrent sur les organes sexuels masculins pouvant pénétrer et éjaculer et les organes sexuels féminins pouvant être pénétrés. Par exemple, une cote de déficience médicale n'est attribuée pour la dyspareunie que si elle entraîne une « incapacité persistante d'avoir des rapports sexuels vaginaux » et uniquement pour la douleur éjaculatoire si elle cause « une douleur suffisamment intense pour conduire à l'abandon total des rapports sexuels » (ACC, 2006d, 11; 13). Cela suggère que l'incapacité de pénétrer ou d'être pénétré est plus invalidante que tout autre type de dysfonction sexuelle et ignore les autres types de comportements sexuels.

Dans les deux tableaux, les problèmes sexuels et génitaux sont regroupés dans une seule catégorie, les rapports sexuels avec pénétration sont confondus avec toute la sexualité et aucune attention n'est accordée au désir ou au plaisir sexuel, aux rapports sexuels sans pénétration, à la masturbation ou à la capacité d'une cliente à ressentir un orgasme. Cela représente une vision traditionnelle et hétéronormative de la sexualité, dans laquelle l'hétérosexualité masculine est privilégiée au-dessus de toutes les autres formes d'expression sexuelle, et il est supposé que tout rapport sexuel est un rapport avec pénétration entre une femme et un homme, les hommes étant supposés être actifs et les femmes être passives (Kiefer et Sanchez, 2007, 271).

Le chapitre 16 de la TDI reflète un manque de prise en compte de l'ACS+, en particulier en ce qui concerne le sexe, l'orientation sexuelle et l'activité sexuelle sans partenaire. Seuls trois diagnostics de dysfonction sexuelle sont inclus dans la TDI : deux pour les hommes et un pour les femmes. Il est important de noter que les tableaux 16.3 et 16.4 se concentrent principalement sur les troubles de la fonction reproductive plutôt que sur le fonctionnement sexuel, reflétant une vision genrée traditionnelle du corps féminin et de la sexualité hétérosexuelle masculine.

Évaluation de l'absence de déficience médicale pour la plupart des dysfonctions sexuelles féminines

Alors que la TDI énumère trois diagnostics de dysfonction sexuelle pouvant être consécutive à des troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité³⁸, le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM-5) en comporte 10 et la *Classification internationale des maladies* (CIM-11) 18 (voir l'[Annexe F](#))^{39,40}. Cette différence est principalement due au fait que le DSM-5 et la CIM-11 incluent les catégories d'excitation, de désir, d'orgasme féminin et « autres » dysfonctions sexuelles, mais la TDI n'inclut que la dysfonction érectile et la

³⁷ Aucune référence n'est utilisée et aucune description ou information de fond sur la dysfonction sexuelle n'est fournie au chapitre 16.

³⁸ Dysfonction érectile et douleurs post-éjaculatoires sévères chez les hommes et dyspareunie (rapports sexuels douloureux) chez les femmes.

³⁹ Lors du dénombrement spécifique et non spécifique séparément, comme ils le font.

⁴⁰ Une comparaison des dysfonctions sexuelles dans la *Table des invalidités*, le DSM-5 et la CIM-11 est présentée à l'[Annexe F](#).

douleur post-éjaculatoire intense pour les hommes et les rapports sexuels douloureux (dyspareunie) pour les femmes. Cet écart signifie que la version actuelle de la TDI n'inclut pas les cotes de déficience médicales pour les dysfonctions sexuelles du désir ou de l'excitation chez les hommes et les femmes, ou les troubles orgasmiques chez les femmes.

Une cote de déficience médicale est utilisée avec une cote de qualité de vie pour déterminer le niveau d'indemnisation qu'un client recevra. Lorsqu'il n'y a pas de tableau de cote de la déficience médicale dans la TDI, la demande est évaluée au cas par cas et une évaluation générale est utilisée. Une évaluation générale est moins standardisée que l'évaluation des affections avec des cotes de déficience médicales établies. Il n'y a pas d'instructions fournies dans la TDI sur la façon d'évaluer les demandes lorsque la cote de déficience médicale n'est pas disponible. Comme indiqué dans une décision du TACRA de 2018, « [i]l n'y a pas de tableau d'évaluation générale fourni dans la *Table des invalidités* de 2006. La détermination est arbitraire – bien qu'elle soit censée être éclairée par une expertise médicale » (TACRA, 2018).

L'absence de cotes de déficience médicale pour les dysfonctions sexuelles a un effet disproportionné sur les femmes vétérans, car toutes les dysfonctions sexuelles féminines autres que les rapports sexuels douloureux sont ignorées. Bien que la TDI déclare que l'évaluation au cas par cas « devrait être assez rare » (ACC, 2006b, p. 5), chaque cas de dysfonction sexuelle féminine en dehors des rapports sexuels douloureux suit ce processus⁴¹. L'absence de cotes de déficience médicale pour les affections féminines signifie qu'il y a un manque de normalisation dans l'évaluation des dysfonctions sexuelles.

Les vétérans qui ne sont pas satisfaits de leur décision concernant les prestations peuvent faire appel auprès du TACRA. De nombreuses décisions du TACRA sont publiées sur le site Web de l'Institut canadien d'information juridique (CanLII). Nous avons examiné les décisions liées à la dysfonction sexuelle soumises par les femmes vétérans. Les décisions suggèrent qu'en l'absence de cotes de déficience médicale, l'évaluation générale consiste à comparer les affections de dysfonction sexuelle des femmes à celles des hommes. Par exemple, une décision du TACRA explique qu'ACC a évalué la diminution de la libido d'une femme à l'aide d'une évaluation générale et a comparé son affection à une dysfonction sexuelle masculine (dysfonction érectile, répondant au traitement) dans la TDI pour obtenir une cote de déficience médicale. Dans ce cas, la cliente a fait appel de la décision parce qu'elle estimait que la cote de déficience médicale découlant de cette évaluation générale n'était pas adéquate. Le TACRA était du même avis et a attribué une évaluation plus élevée, mais celle-ci était toujours fondée sur une comparaison avec une affection masculine (dysfonction érectile, ne répondant pas au traitement) [TACRA, 2014].

En résumé, la TDI contient des cotes de déficience médicale utilisées pour normaliser l'évaluation des affections courantes et les montants d'indemnisation correspondants. Il existe deux cotes de déficience médicale pour les dysfonctions sexuelles masculines et une seule pour les dysfonctions sexuelles féminines. Cela signifie que le processus de décision des prestations pour les dysfonctions sexuelles féminines doit être décidé au cas par cas, plus souvent que pour les demandes des hommes, ce qui peut conduire à des décisions incohérentes et à des temps d'attente plus longs. Un processus équitable nécessite une disposition claire des critères de prise de

⁴¹ ACC indique qu'il prévoit de mettre à jour la *Table des invalidités* dans les années à venir, mais aucun calendrier précis de mise en œuvre n'a été annoncé.

décisions (BOV, 2021a). Ce processus d'évaluation des demandes pour dysfonction sexuelle n'est pas standardisé et ne comprend pas de critères de prise de décisions clairement définis. Les cotes de déficience médicale qui sont indiquées dans la TDI privilégient une vision traditionnelle de la sexualité et donc les rapports sexuels hétérosexuels avec pénétration et la sexualité masculine, ignorant les autres types d'activités sexuelles et le plaisir féminin. Par conséquent, le BOV recommande au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale ce qui suit :

Recommandation 3 : *Mettre à jour la Table des invalidités pour inclure les cotes de déficience médicale pour toutes les dysfonctions sexuelles répertoriées dans les manuels de diagnostic contemporains afin de normaliser le processus de prise de décisions pour tous les clients.*

Constatation 4 : L'évaluation de la diminution de la libido n'est pas claire et peut entraîner une injustice pour les femmes vétérans

Notre analyse des instruments de prise de décisions indique un manque de clarté quant à l'utilisation de la diminution de la libido comme symptôme regroupé avec un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Nous craignons que ce manque de clarté n'ait un effet négatif disproportionné sur les clientes.

Lors de la soumission d'une demande pour dysfonction sexuelle liée à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité, les arbitres utilisent les lignes directrices sur l'admissibilité en fonction du trouble psychiatrique du client pour déterminer si ses problèmes sexuels doivent être regroupés (par exemple la diminution de la libido) et inclus dans l'évaluation du trouble psychiatrique ou s'ils sont consécutifs (par exemple la dysfonction sexuelle) et nécessitent une décision d'admissibilité distincte. S'il est déterminé que le problème sexuel correspond à une diminution de la libido, il est regroupé avec le trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité. S'il est déterminé que l'affection est consécutive, une décision et une évaluation distinctes de l'admissibilité sont requises⁴².

ACC dispose de huit LDADP concernant le trouble psychiatrique : trouble de l'adaptation, trouble lié à la consommation d'alcool, troubles bipolaires et apparentés, troubles dépressifs, trouble de l'anxiété généralisée, trouble de stress post-traumatique, trouble lié à l'utilisation de substances et schizophrénie (ACC, 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2021). La « dysfonction sexuelle (par exemple, dysfonction érectile) » apparaît comme une affection consécutive dans cinq des huit LDADP pour les troubles psychiatriques⁴³, la dysfonction sexuelle chronique induite par l'alcool apparaît dans l'une des lignes directrices⁴⁴, et deux des lignes directrices ne font pas du tout référence à la dysfonction sexuelle⁴⁵. La diminution de la libido apparaît comme

⁴² ACC utilisera également les lignes directrices sur l'admissibilité pour la dysfonction sexuelle récemment mises en œuvre pour prendre des décisions concernant les problèmes sexuels considérés comme des dysfonctions sexuelles consécutives à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

⁴³ Trouble d'adaptation, troubles bipolaires et autres troubles apparentés, troubles dépressifs, trouble de l'anxiété généralisée et trouble de stress post-traumatique.

⁴⁴ Trouble lié à la consommation d'alcool.

⁴⁵ Trouble lié à l'utilisation de substances et schizophrénie.

un symptôme regroupé dans la section B des huit LDADP pour les troubles psychiatriques, et il s'agit du seul symptôme, plutôt que l'affection, répertorié.

Cette distinction entre affection consécutive et affection regroupée est importante, car lorsqu'on pense qu'un client a une diminution de la libido (symptôme regroupé), le processus de décision est beaucoup moins clair que lorsqu'il a une dysfonction sexuelle (affection consécutive). Il n'y a pas de directives claires sur la façon de distinguer la diminution de la libido et la dysfonction sexuelle, car il n'y a pas de définition de la diminution de la libido ni d'instructions sur la façon d'évaluer la diminution de la libido dans la TDI ou tout autre instrument de prise de décisions.

Tout au long de notre enquête, nous avons demandé de l'information à ACC afin de mieux comprendre le processus d'évaluation de la diminution de la libido en tant que symptôme/affection regroupé. Nous avons reçu des renseignements contradictoires. Deux courriels d'experts médicaux chevronnés d'ACC ont confirmé que le trouble de l'intérêt sexuel/de l'excitation chez la femme et le trouble du désir sexuel hypoactif chez l'homme ont été considérés comme une diminution de la libido⁴⁶. Le premier courriel indiquait : « Les affections de l'intérêt sexuel féminin et du trouble de l'excitation et du trouble du désir sexuel hypoactif masculin sont considérées comme équivalentes à la perte de libido qui est incluse dans les affections de santé mentale et de nombreuses affections organiques⁴⁷. » Après avoir reçu cette information, nous avons demandé à ACC de confirmer le processus. Dans sa réponse, ACC a indiqué qu'il « n'a pas de définition interne de la perte de libido⁴⁸ » et a confirmé le processus en renvoyant la réponse originale textuellement⁴⁹. Inversement, dans son examen de ce rapport, ACC a déclaré que ces affections *ne sont pas* considérées comme une diminution de la libido : « Les troubles de l'intérêt sexuel/de l'excitation chez les hommes et les femmes sont considérés comme un diagnostic avec des symptômes cliniquement significatifs qui peuvent inclure, en plus d'autres symptômes, une diminution de la libido^{50,51} ». Le manque de clarté entourant la définition et la prise de décisions concernant la diminution de la libido nous a tourmentés pendant toute la durée de cette enquête. Nous avons tenté à plusieurs reprises de comprendre le processus par le biais de demandes d'information, de demandes de clarification de suivi et de réunions avec des experts d'ACC. À chaque étape, la réponse était légèrement différente⁵².

Cette incapacité à définir et à expliquer clairement le processus de prise de décisions en cas de diminution de la libido indique que les décideurs n'ont pas été clairement guidés, ce qui contraste fortement avec le processus rationalisé pour les dysfonctions sexuelles masculines les plus courantes. Nous craignons que les dysfonctions sexuelles féminines soient plus susceptibles d'être classées comme une diminution de la libido et regroupées avec les troubles psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité, plutôt que jugées comme des

⁴⁶ En date de novembre 2021.

⁴⁷ (VAC, email communication, June 28, 2021)

⁴⁸ (OVO Secretariat, email communication, September 29, 2021)

⁴⁹ « Les affections d'intérêt sexuel féminin et de trouble de l'excitation et de trouble du désir sexuel hypoactif masculin sont considérées comme équivalentes à la perte de libido qui est incluse dans les affections de santé mentale et de nombreuses affections organiques » (VAC, email communication, June 28, 2021).

⁵⁰ (VAC Validation, email communication, January 7, 2022)

⁵¹ Cette position a également été prise par un conseiller médical d'ACC avec qui nous avons parlé le 30 août 2021.

⁵² Bien que les nouvelles lignes directrices sur l'admissibilité pour la dysfonction sexuelle comprennent le trouble de l'intérêt sexuel/de l'excitation chez la femme et le trouble sexuel hypoactif chez l'homme, les LDADP pour les troubles psychiatriques n'ont pas été mises à jour. De plus, les demandes pour ces affections soumises avant 2022 peuvent avoir été considérées comme une diminution de la libido (un symptôme/une affection faisant l'objet d'aucun suivi par ACC, bien qu'il soit répertorié comme une affection regroupée).

affections consécutives, car la recherche a montré que l'intérêt sexuel féminin/le trouble de l'excitation^{53,54} constitue le problème sexuel le plus courant rencontré dans la population féminine lors de la prise ou non d'antidépresseurs (Serretti et Chiesa, 2009, p. 262; Briken *et al.*, 2020; Kingsberg et Woodard, 2015, p. 477). Sans une définition claire de la diminution de la libido, il est probable que les clientes atteintes de dysfonctions sexuelles diagnostiquées les voient considérées par les arbitres comme un symptôme regroupé. Pour tester notre hypothèse, nous avons demandé des données ventilées par sexe sur le nombre de demandes concernant la diminution de la libido regroupées; ACC n'a pas été en mesure de fournir des renseignements sur ce type de demande en raison des limites de ses capacités de collecte de données et de production de rapports.

Il est possible qu'un manque de conseils sur la prise de décisions pour les dysfonctions sexuelles et un manque de cases à cocher pour les dysfonctions sexuelles féminines dans le *questionnaire médical PEN 68f* puissent contribuer à des temps d'attente plus longs pour les demandes pour dysfonction sexuelle féminine, et ces demandes pourraient être mal comprises comme une diminution de la libido, conduisant ainsi à des décisions injustes. Cela est vrai pour les femmes plus que pour les hommes, car la dysfonction érectile, la dysfonction sexuelle masculine la plus revendiquée, est la seule dysfonction sexuelle qui est clairement définie comme étant une affection consécutive et qui est incluse dans la liste de contrôle du questionnaire médical. Par exemple, dans une décision du TACRA de 2017, une cliente avait un trouble de l'intérêt sexuel/de l'excitation causé par un TSPT qui a été considéré comme un symptôme regroupé de diminution de la libido. Elle et son avocat ont demandé à ce que son affection soit considérée comme une dysfonction sexuelle consécutive plutôt que comme un symptôme regroupé de diminution de la libido, car elle avait un diagnostic confirmé de dysfonction sexuelle et les dysfonctions sexuelles masculines sont considérées comme des affections consécutives. Le comité du TACRA a déclaré : « la dysfonction sexuelle féminine n'est pas traitée de la même manière que la dysfonction sexuelle masculine » et a renvoyé son cas au ministre « pour qu'il soit évalué séparément » (TACRA, 2017).

En résumé, le processus de prise de décisions pour une diminution de la libido associée à un trouble psychiatrique n'est pas clair. Les femmes vétérans sont plus susceptibles d'éprouver des troubles du désir et de l'excitation qu'ACC considère comme une diminution de la libido⁵⁵; cependant, la diminution de la libido n'est pas clairement définie dans les *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension* pour les troubles psychiatriques. Cela peut entraîner des résultats injustes et des temps d'attente plus longs pour les femmes vétérans. Par conséquent, le BOV recommande au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale ce qui suit :

Recommandation 4 : Fournir des directives plus claires pour prendre des décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle féminine consécutive à un trouble psychiatrique en définissant la diminution de la libido dans les lignes directrices sur l'admissibilité pour les troubles psychiatriques.

Constatation 5 : Collecte de données et production de rapports inadéquats

⁵³ Précédemment connu sous le nom de « trouble du désir sexuel hypoactif » dans le DSM-IV.

⁵⁴ Ou d'autres affections équivalentes incluant des dysfonctions du désir ou de l'excitation portant d'autres noms.

⁵⁵ En date de novembre 2021.

En raison de la disponibilité limitée des données sur les clients d'ACC pour les clients masculins et féminins ayant des affections de dysfonction sexuelle consécutives ouvrant droit à des prestations d'invalidité⁵⁶, il nous a été impossible de déterminer le nombre de femmes vétérans touchées par nos constatations. Le ministère utilise le *Manuel de classification des maladies - Pension* pour catégoriser les diagnostics de dysfonction sexuelle à l'aide des codes de pension médicale (ACC, 2020c), qui sont conçus pour déterminer les avantages du traitement plutôt que de fournir des renseignements pour l'analyse statistique. Les seuls codes spécifiques liés à la dysfonction sexuelle concernent deux affections pour les hommes vétérans : la dysfonction érectile et la dysfonction éjaculatoire. Pour toutes les autres affections masculines et féminines de dysfonction sexuelle, ACC utilise le code 62900 - Autres maladies de l'appareil génito-urinaire. Cependant, ce code inclut également des affections non spécifiques à la dysfonction sexuelle, telles que les problèmes urinaires et de l'appareil reproducteur.

Les données d'ACC indiquent clairement combien de clients masculins présentent des demandes visant une affection consécutive de dysfonction érectile ou éjaculatoire. En mars 2021, 3 903 clients masculins recevaient des prestations pour une dysfonction sexuelle : 3 267 pour une dysfonction érectile, 165 pour une dysfonction éjaculatoire et 649 pour les autres maladies de l'appareil génito-urinaire. Cependant, le nombre de clientes ayant une affection de dysfonction sexuelle ouvrant droit à des prestations d'invalidité n'est pas clair parce que leurs demandes sont combinées avec toutes les demandes des clientes pour des affections de l'appareil reproducteur ou des voies urinaires. En mars 2021, il y avait 166 clientes dont les demandes étaient attribuées à la catégorie fourre-tout Autres maladies de l'appareil génito-urinaire. Sans plus de granularité dans la collecte de données, nous n'avons aucun moyen de connaître le nombre réel de clientes atteintes d'une affection de dysfonction sexuelle ouvrant droit à des prestations d'invalidité⁵⁷.

De plus, les systèmes d'ACC ne sont pas en mesure de fournir des données sur le nombre de vétérans dont la libido a diminué, car cette information ne fait pas l'objet d'un suivi. Comme indiqué ci-dessus, nous craignons que les dysfonctions sexuelles des femmes vétérans soient plus susceptibles d'être considérées comme une diminution de la libido, mais nous n'avons aucun moyen de vérifier cette préoccupation⁵⁸.

Le manque de données exactes et consultables sur les divers groupes de clients d'ACC, qui sont nécessaires pour effectuer l'ACS+, crée des défis pour déterminer où des améliorations aux processus et aux politiques sont nécessaires pour assurer un accès équitable aux programmes et aux services. Par exemple, ACC n'est pas en mesure de déterminer les taux exacts, la prévalence des types d'affections, le sexe des clients et les types de médicaments pris pour les dysfonctions sexuelles. Des données interrogeables et désagrégées sont nécessaires pour repérer les tendances et les inégalités parmi la population diversifiée de clients vétérans. Les limites des données empêchent ACC de comprendre adéquatement la nature des demandes pour dysfonction sexuelle soumises par tous les clients. On sait très peu de choses sur les clients souffrant de dysfonction sexuelle ou de diminution de la libido, ce qui a entravé notre capacité à effectuer une analyse approfondie. Fait important, nous

⁵⁶ (OVO Secretariat, email communication, June 21, 2021)

⁵⁷ (OVO Secretariat, email communication, December 20, 2021)

⁵⁸ Les données peuvent nous dire que les troubles psychiatriques faisant l'objet du plus grand nombre de demandes pour des affections consécutives de dysfonctions sexuelles érectiles et éjaculatoires étaient le TSPT, les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Ceci est similaire pour les affections consécutives répertoriées dans la catégorie Autres maladies de l'appareil génito-urinaire, le TSPT étant de loin l'affection faisant l'objet du plus grand nombre de demandes.

n'avons pas été en mesure de quantifier, de valider ou d'évaluer l'effet des préjugés fondés sur le sexe que nous avons mis en lumière dans les instruments de prise de décisions. Par conséquent, le BOV recommande au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale ce qui suit :

Recommandation 5 : *Affiner la granularité du système de collecte de données afin de saisir pleinement la nature des demandes pour dysfonction sexuelle, y compris pour une diminution de la libido, dans la population diversifiée de clients d'ACC.*

Conclusion

La recherche démontre que les troubles psychiatriques et leur traitement peuvent entraîner une dysfonction sexuelle chez les hommes et les femmes. Les hommes et les femmes vivent différemment la dysfonction sexuelle; les femmes sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de désir sexuel et d'excitation, et les hommes sont plus susceptibles d'éprouver des dysfonctions érectiles et éjaculatoires. Bien que la recherche canadienne sur la dysfonction sexuelle chez les vétérans soit limitée, une étude récente sur les vétérans américains a révélé que les femmes présentaient des taux de dysfonctions sexuelles plus élevés que leurs homologues masculins (Shepardson *et al.*, 2021).

Notre analyse a révélé cinq problèmes d'équité avec les instruments et processus qu'ACC utilise pour prendre des décisions concernant les demandes pour une affection de dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité, y compris les données limitées sur les clients d'ACC, qui révèlent un préjugé fondé sur le sexe. Ce rapport fait écho à notre rapport de 2018, *Répondre aux attentes : décisions opportunes et transparentes pour les vétérans malades ou blessés du Canada*, où nous avons constaté que les femmes vétérans ne sont pas traitées équitablement, car elles attendent plus longtemps que les hommes vétérans les décisions relatives aux prestations d'invalidité (BOV, 2018). Bien qu'ACC n'ait pas pu nous fournir de données précises sur les temps d'attente pour les demandes pour dysfonction sexuelle, nous soupçonnons que les clientes souffrant de dysfonctions sexuelles consécutives attendent plus longtemps parce que leur cas nécessite une consultation avec un conseiller médical.

Malheureusement, nous n'avons pas pu déterminer dans quelle mesure les clientes pouvaient être affectées par les préjugés fondés sur le sexe que nous avons constatés en raison de graves problèmes de collecte des données et de production de rapports au sein d'ACC. Le processus de prise de décisions d'ACC détermine si un vétéran aura accès ou non aux prestations pour un traitement et à une indemnisation, et cela a un effet direct sur la durée d'attente des vétérans avant de toucher ces prestations. Des données inadéquates sur les clients signifient que nous ne savons pas si les femmes vétérans attendent plus longtemps, reçoivent moins d'indemnisation ou ont des difficultés à accéder au traitement en raison des préjugés fondés sur le sexe que nous avons constatés. Cet enjeu n'est pas nouveau. Nous avons également constaté une collecte de données et une production de rapports inadéquats dans notre rapport 2021, *Soutien par les pairs pour les vétérans ayant subi un traumatisme sexuel militaire* (BOV, 2021b). Nous craignons qu'en général, ces problèmes de données ne se limitent pas à des domaines de programme spécifiques, mais soient endémiques pour tous les programmes.

La dysfonction sexuelle représente un problème important, mais de nombreux vétérans et autres clients potentiels ou actuels d'ACC ne savent peut-être pas que leur dysfonction sexuelle pourrait être liée à leur trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité ou qu'ils pourraient être admissibles à un

traitement et/ou à une indemnisation. Dans l'ensemble, nos recommandations soulignent la nécessité pour ACC de mettre à jour ses processus de prise de décisions, y compris la *Table des invalidités*, les *lignes directrices sur l'admissibilité* pour les troubles psychiatriques et les questionnaires médicaux, afin que tous les clients aux prises avec des affections de dysfonction sexuelle liée à un trouble psychiatrique ouvrant droit à des prestations d'invalidité soient traités équitablement. Les femmes vétérans atteintes d'une dysfonction sexuelle liée au service ne devraient pas avoir à attendre plus longtemps ou à subir une issue injuste simplement à cause de leur sexe⁵⁹.

Recommandations au ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale

1. Éliminer les préjugés fondés sur le sexe dans la prise de décisions par ACC concernant les demandes pour dysfonction sexuelle consécutive à un trouble psychiatrique. Une façon de faire consisterait à utiliser la même approche de prise de décision pour les demandes des hommes et des femmes.
2. Mettre à jour le *questionnaire médical PEN 68f* pour signaler équitablement les dysfonctions sexuelles affectant tous les clients.
3. Mettre à jour la *Table des invalidités* pour inclure les cotes de déficience médicale pour toutes les dysfonctions sexuelles répertoriées dans les manuels de diagnostic contemporains afin de normaliser le processus de décision pour tous les clients.
4. Fournir des directives plus claires pour prendre des décisions en ce qui concerne les demandes pour dysfonction sexuelle féminine consécutive à un trouble psychiatrique en définissant la diminution de la libido dans les *lignes directrices sur l'admissibilité*.
5. Affiner la granularité du système de collecte de données afin de saisir pleinement la nature des demandes pour dysfonction sexuelle, y compris pour une diminution de la libido, dans la population diversifiée de clients d'ACC.

⁵⁹ La mise en œuvre de nos recommandations améliorerait le processus pour ceux qui soumettent une demande principale de dysfonction sexuelle, ainsi que pour les demandes visant une affection consécutive ou une affection principale faite par des clients masculins, des personnes trans et non binaires, et des clients non engagés dans une activité sexuelle en couple.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd. <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2020a). « Cisgender », dans *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/cisgender>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2020b). « Transgender », dans *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/transgender>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2006a). *Table des invalidités*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/table-of-disabilities>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2006b). *Table des invalidités : Chapitre 1 – Introduction et directives*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/table-of-disabilities/ch-01-2006>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2006c). *Table des invalidités : Chapitre 2 – Évaluation de la qualité de vie*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/table-of-disabilities/ch-02-2006>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2006d). *Table des invalidités : Chapitre 16 – Affections urinaires, sexuelles et génitales*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/table-of-disabilities/ch-16-2006>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016a). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Troubles de l'adaptation*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/adj-dis>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016b). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Troubles liés à l'utilisation d'alcool*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/alcohol>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016c). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Troubles bipolaires et connexes*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/bipolar>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016d). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Troubles dépressifs*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/depression-dis>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016e). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Trouble de l'anxiété généralisée*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/anx-dis>

- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016f). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Schizophrénie*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/schiz>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2016g). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. État de stress post-traumatique*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/ptsd>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2017). *Medical advisory / dental consultation list*, gouvernement du Canada. Document interne inédit d'ACC.
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2018). *Directive sur la prise de décision relative à l'invalidité. Dysfonction érectile découlant de troubles psychiatriques (utilisation de médicaments)*, gouvernement du Canada. Directive interne inédite d'ACC.
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2019a). *Manuel pour la prise de décisions – Lignes directrices ayant trait au règlement des demandes relevant du domaine psychiatrique*, gouvernement du Canada. <http://intranet.vac-acc.gc.ca/fra/operations/vs-toolbox/guidelines/guideline/2800>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2019b). *Invalidité consécutive*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/about-vac/legislation-policies/policies/document/1533>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2019c). *Questionnaire médical : affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur (PEN 68f)*, gouvernement du Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/formulaires/document/73>
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2020a). *Faits et chiffres*, gouvernement du Canada. https://duxyryp8txy49.cloudfront.net/pdf/about-vac/news-media/facts-and-figures/facts-and-figures-december-2020-1_f.pdf
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2020b). *Facts and figures table 4.9: Most common conditions – First applications completed by fiscal year*, gouvernement du Canada. Rapport statistique interne inédit n° 2215 d'ACC.
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2020c). *Manuel de classification des maladies – Pension*, gouvernement du Canada. Document interne inédit d'ACC.
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2021). *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension. Troubles liés à l'utilisation de substances*, gouvernement du Canada. https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/subst_use
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS CENTRALISÉES (s.d.). *Introduction aux prestations d'invalidité et à la prise de décision*, gouvernement du Canada. Formation interne inédite d'ACC.
- ANGST, J. (1998). « Sexual problems in healthy and depressed persons », *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13, suppl. 6, p. S1-S4. <https://doi.org/10.1097/00004850-199807006-00001>
- ASHTON, A.K., B.D. JAMERSON, W.L. WEINSTEIN et C. WAGONER (2005). « Antidepressant-related adverse effects impacting treatment compliance: Results of a patient survey », *Current Therapeutic Research*, vol. 66, n° 2, p. 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2005.04.006>
- BALDWIN, D.S. (2004). « Sexual dysfunction associated with antidepressant drugs », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 3, n° 5, p. 457-470. <https://doi.org/10.1517/14740338.3.5.457>

- BALDWIN, D.S., et A. MAYERS (2003). « Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 9, n° 3, p. 202-210. <https://doi.org/10.1192/apt.9.3.202>
- BLAIS, R.K., L.L. MONTEITH et J. KUGLER (2018). « Sexual dysfunction is associated with suicidal ideation in female service members and Veterans », *Journal of Affective Disorders*, vol. 226, p. 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.079>
- BRIKEN, P., S. MATTHIESEN, L. PIETRAS, C. WIESSNER, V. KLEIN, G.M. REED et A. DEKKER (2020). « Estimating the prevalence of sexual dysfunction using the new ICD-11 guidelines: Results of the first representative, population-based German health and sexuality survey (GeSiD) », *Deutsches Ärzteblatt International*, vol. 117, n° 39, p. 653-658. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0653>
- BUREAU DE L'OMBUDSMAN DES VÉTÉRANS (2018). *Répondre aux attentes : Décisions opportunes et transparentes pour les vétérans malades ou blessés*, Anciens Combattants Canada, gouvernement du Canada. <https://www.ombudsman-veterans.gc.ca/fr/publications/rapports-examens/d%C3%A9cisions-opportunes-transparentes>
- BUREAU DE L'OMBUDSMAN DES VÉTÉRANS (2021a). *Pour en savoir plus*, Anciens Combattants Canada, gouvernement du Canada. <https://www.ombudsman-veterans.gc.ca/fr/pour-en-savoir-plus/notre-approche>
- BUREAU DE L'OMBUDSMAN DES VÉTÉRANS (2021b). *Soutien par les pairs pour les vétérans ayant subi un traumatisme sexuel militaire*. Anciens Combattants Canada, gouvernement du Canada. <https://www.ombudsman-veterans.gc.ca/fr/publications/reports-reviews/Soutien-par-les-pairs-pour-les-v%C3%A9t%C3%A9rans-ayant-subit-un-traumatisme-sexuel-militaire>
- BUREAU DU MÉDECIN GÉNÉRAL DES ÉTATS-UNIS (2001). *The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior*, Office of Population Affairs, gouvernement des États-Unis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44216/>
- CABINET DU PREMIER MINISTRE (2021). *Lettre de mandat supplémentaire du ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale*, gouvernement du Canada. <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2021/01/15/archivee-lettre-de-mandat-supplementaire-du-ministre-des-anciens>
- CASTLE, D.J. (2018). « Sexual side-effects associated with antidepressants: A clinical guide », *HealthEd, Expert Monograph*, n° 17. <http://www.sol.com.au/delivery/healthed/monographs/Monograph%20%2317.pdf>
- DUNN, K.M., P.R. CROFT et G.I. HACKETT (1998). « Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population », *Family Practice*, vol. 15, n° 6, p. 519-524. <https://doi.org/10.1093/fampra/15.6.519>
- FEMMES ET ÉGALITÉ DES GENRES CANADA (2021). *Qu'est-ce que l'Analyse comparative entre les sexes plus?*, gouvernement du Canada. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus/est-analyse-comparative-entre-sexes-plus.html>
- HALL, A.L., J. SWEET, M. TWEEL et M.B. MACLEAN (2020). « Comparing negative health indicators in male and female Veterans with the Canadian general population », *BMJ Military Health*. Numéro en ligne avant parution. <https://doi.org/10.1136/bmjilitary-2020-001526>
- HATZIMOURATIDIS, K., et D. HATZICHRISTOU (2007). « Sexual dysfunctions: Classifications and definitions », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 4, n° 1, p. 241-250. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x>
- HEALY, D., J. LE NOURY et D. MANGIN (2018). « Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 α -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases », *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, vol. 29, n° 3-4, p. 125-134. <https://doi.org/10.3233/jrs-180744>

- HELMER, D.A., G.R. BEAULIEU, C. HOULETTE, D. LATINI, H.H. GOLTZ, S. ETIENNE et M. KAUTH (2013). « Assessment and documentation of sexual health issues of recent combat Veterans seeking VHA care », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 10, n° 4, p. 1065-1073. <https://doi.org/10.1111/jsm.12084>
- JOHNS HOPKINS MEDICINE (2021a). *Anxiety disorders*. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/anxiety-disorders>
- JOHNS HOPKINS MEDICINE (2021b). *Mood disorders*. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/mood-disorders>
- JOHNS HOPKINS MEDICINE (2021c). *Schizophrenia*. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/schizophrenia>
- KEKS, N.A., J. HOPE et C. CULHANE (2014). « Management of antidepressant-induced sexual dysfunction », *Australasian Psychiatry*, vol. 22, n° 6, p. 525-528. <https://doi.org/10.1177/1039856214556323>
- KERCKHOF, M.E., B.P.C. KREUKELS, T.O. NIEDER, I. BECKER-HÉBLY, T.C. VAN DE GRIFT, A.S. STAPHORSIUS, A. KÖHLER, G. HEYLENS et E. ELAUT (2019). « Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 16, n° 12, p. 2018-2029. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
- KHALIFIAN, C.E., K. KNOPP, C.R. WILKS, J. WOOLDRIDGE, M.J. SOHN, D. THOMAS et L.A. MORLAND (2020). « The association between sexual functioning and suicide risk in US military Veteran couples seeking treatment for post-traumatic stress disorder », *Archives of Sexual Behavior*, p. 1601-1613. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01577-x>
- KIEFER, A.K., et D.T. SANCHEZ (2007). « Scripting sexual passivity: A gender role perspective », *Personal Relationships*, vol. 14, n° 2, p. 269-290. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00154.x>
- KIKUCHI, T., H. UCHIDA, T. SUZUKI, K. WATANABE et H. KASHIMA (2011). « Patients' attitudes toward side effects of antidepressants: An internet survey », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 261, n° 2, p. 103-109. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0124-z>
- LABBATE, L.A., J. GRIMES, A. HIAES, M.A. OLESHANSKY et G.W. ARANA (2008). « Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants », *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 24, n° 1, p. 3-12. <https://doi.org/10.1080/00926239808414663>
- LAUMANN, E.O., A. DAS et L.J. WAITE (2008). « Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative US probability sample of men and women 57–85 years of age », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 5, n° 10, p. 2300-2311. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1743-6109.2008.00974.x>
- LAUMANN, E.O., A. PAIK et R.C. ROSEN (1999). « Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors », *Journal of the American Medical Association*, vol. 281, n° 6, p. 537-544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- LEVIN, R.J. (2007). « Sexual activity, health and well-being—the beneficial roles of coitus and masturbation », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 22, n° 1, p. 135-148. <https://doi.org/10.1080/14681990601149197>
- LIPS, H.M. (2020). *Sex and gender: An introduction*, 7^e éd., Waveland Press. <https://www.waveland.com/browse.php?t=720>
- MCINTYRE-SMITH, A., K. ST. CYR et L. KING (2015). « Sexual functioning among a cohort of treatment-seeking Canadian military personnel and Veterans with psychiatric conditions », *Military Medicine*, vol. 180, n° 7, p. 817-24. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-14-00125>

- MONTEJO, A.L., G. LLORCA, J.A. IZQUIERDO et F. RICO-VILLADEMOROS (2001). « Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, suppl. 3, p. 10-21. <https://doi.org/10.3410/f.718446934.793496193>
- MONTEJO, A.L., J. CALAMA, F. RICO-VILLADEMOROS, L. MONTEJO, N. GONZÁLEZ-GARCÍA et J. PÉREZ (2019). « A real-world study on antidepressant-associated sexual dysfunction in 2144 outpatients: The SALSEX I study », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 48, n° 3, p. 923-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1365-6>
- MONTEJO-GONZALEZ, A.L., G. LLORCA, J.A. IZQUIERDO, A. LEDESMA, M. BOUSOÑO, A. CALCEDO, J.L. CARRASCO, J. CIUDAD, E. DANIEL, J. DE LA GANDARA, J. DERECHO, M. FRANCO, M.J. GOMEZ, J.A. MACIAS, T. MARTIN, V. PEREZ, J.M. SANCHEZ, S. SANCHEZ et E. VICENS (1997). « SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients », *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 23, n° 3, p. 176-194. <https://doi.org/10.1080/00926239708403923>
- MONTGOMERY, S.A., D.S. BALDWIN et A. RILEY (2002). « Antidepressant medications: A review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction », *Journal of Affective Disorders*, vol. 69, n° 1-3, p. 119-140. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00313-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00313-5)
- NUNNINK, S.E., D.S. FINK et D.G. BAKER (2012). « The impact of sexual functioning problems on mental well-being in US Veterans from the Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) conflicts », *International Journal of Sexual Health*, vol. 24, n° 1, p. 14-25. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2011.639441>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11^e révision). <https://icd.who.int/fr>
- PARAMESHWARAN, S., et P.S. CHANDRA (2019). « The new avatar of female sexual dysfunction in ICD-11—Will it herald a better future? », *Journal of Psychosexual Health*, vol. 1, n° 2, p. 111-113. <https://doi.org/10.1177/2631831819862408>
- PARISH, S.J., S.R. HAHN, S.W. GOLDSTEIN, A. GIRALDI, S.A. KINGSBERG, L. LARKIN, M.J. MINKIN, V. BROWN, K. CHRISTIANSEN, R. HARTZELL-CUSHANICK, A. KELLY-JONES, J. RULLO, R. SADOVSKY et S.S. FAUBION (2019). « The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for the identification of sexual concerns and problems in women », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 94, n° 5, p. 842-856. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
- PEIXOTO, M.M., et P. NOBRE (2014). « Dysfunctional sexual beliefs: A comparative study of heterosexual men and women, gay men, and lesbian women with and without sexual problems », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, n° 11, p. 2690-2700. <https://doi.org/10.1111/jsm.12666>
- REICHENPFADER, U., G. GARTLEHNER, L.C. MORGAN, A. GREENBLATT, B. NUSSBAUMER, R.A. HANSEN, M. VAN NOORD, L. LUX et B.N. GAYNES (2014). « Sexual dysfunction associated with second-generation antidepressants in patients with major depressive disorder: Results from a systematic review with network meta-analysis », *Drug Safety*, vol. 37, n° 1, p. 19-31. <http://dx.doi.org/10.1007/s40264-013-0129-4>
- RICHARDSON, J.D., F. KETCHESON, L. KING, C.A. FORCHUK, R. HUNT, K. ST. CYR, A. NAZAROV, P. SHNAIDER, A. MCINTYRE-SMITH et J.D. ELHAI (2020). « Sexual dysfunction in male Canadian Armed Forces members and Veterans seeking mental health treatment », *Military Medicine*, vol. 185, n° 1-2, p. 68-74. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz163>
- ROTHMORE, J. (2020). « Antidepressant-induced sexual dysfunction », *Medical Journal of Australia*, vol. 212, n° 7, p. 329-334. <https://doi.org/10.5694/mja2.50522>

- SERRETTI, A., et A. CHIESA (2009). « Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 29, n° 3, p. 259-266.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181a5233f>
- SERRETTI, A., et A. CHIESA (2010). « Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases », *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 89, n° 1, p. 142-147. <https://doi.org/10.1038/clpt.2010.70>
- SHEPARDSON, R.L., L.D. MITZEL, N. TRABOLD, C.A. CRANE, D. CRASTA et J.S. FUNDERBURK (2021). « Sexual dysfunction and preferences for discussing sexual health concerns among Veteran primary care patients », *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 34, n° 2, p. 357-367.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.200326>
- STARK, B.A., J. OBEDIN-MALIVER et A.W. SHINDEL (2021). « Sexual wellness in cisgender lesbian, gay, and bisexual people », *Urologic Clinics*, vol. 48, n° 4, p. 461-472. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.005>
- TRIBUNAL DES ANCIENS COMBATTANTS (RÉVISION ET APPEL) (2014). 100002064914 (Re), 2014 CanLII 104191 (CA VRAB). <https://canlii.ca/t/h6gd6>
- TRIBUNAL DES ANCIENS COMBATTANTS (RÉVISION ET APPEL) (2016). 100002504805 (Re), 2016 CanLII 39302 (CA VRAB). <https://canlii.ca/t/g998>
- TRIBUNAL DES ANCIENS COMBATTANTS (RÉVISION ET APPEL) (2017). 100003099144 (Re), 2017 CanLII 141719 (CA VRAB). <https://canlii.ca/t/hrfhs>
- TRIBUNAL DES ANCIENS COMBATTANTS (RÉVISION ET APPEL) (2018). 100003361742 (Re), 2018 CanLII 78515 (CA VRAB). <https://canlii.ca/t/htmgh>
- TURCHIK, J.A., J. PAVAO, D. NAZARIAN, S. IQBAL, C. MCLEAN et R. KIMERLING (2012). « Sexually transmitted infections and sexual dysfunctions among newly returned Veterans with and without military sexual trauma », *International Journal of Sexual Health*, vol. 24, n° 1, p. 45-59.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2011.639592>
- WILLIAMS, V.S.L., H.M. EDIN, S.L. HOGUE, S.E. FEHNEL et D.S. BALDWIN (2010). « Prevalence and impact of antidepressant-associated sexual dysfunction in three European countries: Replication in a cross-sectional patient survey », *Journal of Psychopharmacology*, vol. 24, n° 4, p. 489-496.
<https://doi.org/10.1177/0269881109102779>
- ZEMISHLANY, Z., et A. WEIZMAN (2008). « The impact of mental illness on sexual dysfunction », *Sexual Dysfunction*, vol. 29, p. 89-106. <https://doi.org/10.1159/000126626>

Annexes

Annexe A. Définitions des termes importants

Arbitre des prestations d'invalidité : un employé d'ACC qui examine les demandes de prestations d'invalidité afin d'évaluer si le demandeur est admissible aux prestations et, le cas échéant, le niveau de son invalidité et le montant de l'indemnisation auquel il a droit (ACC, DGOC, s.d.).

Conseiller médical : un expert médical d'ACC qui fournit des conseils aux arbitres sur l'admissibilité aux prestations et l'évaluation des montants des prestations dans les cas complexes ou peu clairs.

Dysfonction sexuelle : la dysfonction sexuelle est un terme générique désignant des affections qui se manifestent par une perturbation du cycle de réponse sexuelle, comme un manque de désir sexuel; des problèmes d'excitation, d'orgasme, d'éjaculation ou de résolution; et des problèmes physiques ou des douleurs (Serretti et Chiesa, 2009, p. 259). Souvent, les personnes atteintes de dysfonction sexuelle subissent des perturbations dans plus d'une partie du cycle (Baldwin, 2004, p. 458).

Affection principale : nous utilisons le terme « affection principale » pour désigner les affections principales revendiquées dans la demande de prestations d'invalidité d'un demandeur. Les affections principales peuvent être associées à des affections regroupées et consécutives qui peuvent donner droit au demandeur à une indemnisation plus importante, à des prestations de traitement ou aux deux.

Affections regroupées : il s'agit « d'affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui touchent le même système/appareil de l'organisme ou qui entraînent une perte fonctionnelle semblable et ne peuvent être séparées aux fins de l'évaluation médicale. Ces affections sont regroupées afin d'obtenir une cote de déficience médicale » (ACC, 2006b, p. 4).

Affection consécutive : une affection qui est *causée* par l'affection principale et/ou son traitement qui affecte une partie ou un système distinct du corps. Les affections consécutives nécessitent leur propre décision et évaluation en matière d'admissibilité (ACC, 2019b).

Genre : les termes homme, femme, personne trans et non binaire font référence au genre, qui parle des rôles et des attentes sociétaux pour ce qui est considéré comme masculin et féminin.

Sexe : les termes masculin et féminin font référence au sexe biologique, qui est le sexe attribué à la naissance (Lips, 2020, p. 7).

Annexe B. Médicaments psychotropes associés à la dysfonction sexuelle

La dysfonction sexuelle apparue sous traitement peut affecter les personnes prenant des médicaments psychotropes. En gros, ces médicaments sont les suivants :

- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS)
- Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
- Antidépresseurs tricycliques (TCA)
- Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO)

- Antipsychotiques conventionnels
- Antipsychotiques atypiques (Baldwin et Mayers, 2003; Healy, Le Noury et Mangin, 2018, p. 125; Castle, 2018, p. 2; Serretti et Chiesa, 2010, p. 144-145)

Ces médicaments sont utilisés pour traiter des maladies psychiatriques, telles que :

- Troubles de l’humeur, y compris la dépression majeure et les troubles bipolaires et apparentés (Johns Hopkins Medicine, 2021b)
- Troubles de l’anxiété, tels que le trouble de stress post-traumatique, le trouble panique, le trouble de l’anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif et les phobies (Johns Hopkins Medicine, 2021a)
- Schizophrénie (Johns Hopkins Medicine, 2021c)

Annexe C. Instruments de politique utilisés pour prendre des décisions liées aux demandes de prestations d’invalidité

La prise de décisions concernant les prestations d’invalidité implique des instruments et des processus de politique internes, notamment :

- Manuel pour la prise de décisions (ACC, 2019a)
- Lignes directrices sur l’admissibilité au droit à pension (LDADP)
- Modèles de décision fondés sur des preuves
- Lignes directrices médicales
- Questionnaires médicaux
- Table des invalidités 2006 (TDI)
- Directives propres aux affections⁶⁰

Annexe D. Format des chapitres des lignes directrices sur l’admissibilité et de la TDI

Chaque LDADP suit un format standard :

- Définition
- Norme diagnostique
- Anatomie et physiologie⁶¹
- Caractéristiques cliniques⁶²
- Considérations liées à l’admissibilité⁶³
 - Section A – Causes et/ou aggravation

⁶⁰ Comme la *Directive de 2018 sur l’admissibilité donnant droit à pension pour les affections consécutives*

⁶¹ Inclus uniquement dans les LDADP pour les affections physiques.

⁶² Inclus uniquement dans les LDADP pour les affections physiques.

⁶³ Également appelées « Considérations liées à la pension » dans certaines LDADP.

- Section B – Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l’admissibilité/l’évaluation
- Section C - Affections courantes pouvant découler en totalité ou en partie de l’affection principale et/ou de son traitement
- Références (ACC 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2021)

Dans la section Considérations liées à l’admissibilité, chaque LDADP énumère les affections regroupées (symptômes de l’affection principale) dans la section B et les affections consécutives (affections distinctes causées par l’affection principale) dans la section C.

Chacun des 17 chapitres de la TDI pour des maladies ou des systèmes corporels spécifiques suit un format standard :

- **Section d’introduction** – décrit les affections, les renseignements médicaux pertinents et les instructions d’utilisation des tableaux de déficience médicale du chapitre.
- **Tableaux de déficience médicale** – fournissent des critères mesurables pour évaluer la perte fonctionnelle et la déficience médicale causées par une affection ouvrant droit à des prestations d’invalidité, mesurés de 0 à 100.
- **Graphiques et diagrammes** – offrent des renseignements supplémentaires pour aider à l’interprétation des tableaux de déficience médicale (ACC, 2006a).

Annexe E. Liste de contrôle du questionnaire médical PEN 68f

Physical Examination - Female:	
Please indicate the presence of any of the following (please check <u>all</u> that apply) within the appropriate category(ies):	
<u>Ovaries:</u>	Comment:
<input type="checkbox"/> tenderness/pain, <u>specify:</u> mild <input type="radio"/> moderate <input type="radio"/> severe <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> infertility at or after menopause	
<input type="checkbox"/> pre-menopausal oophorectomy, <u>specify:</u> unilateral <input type="radio"/> bilateral <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> pre-menopausal salpingectomy	
<input type="checkbox"/> other, <u>specify:</u> _____	
<u>Uterus:</u>	Comment:
<input type="checkbox"/> heavy irregular bleeding	
<input type="checkbox"/> tenderness/pain, <u>specify:</u> mild <input type="radio"/> moderate <input type="radio"/> severe <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> masses	
<input type="checkbox"/> hysterectomy, <u>specify:</u> pre-menopausal <input type="radio"/> post-menopausal <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> endometriosis	
<input type="checkbox"/> other, <u>specify:</u> _____	
<u>Cervix/Vagina:</u>	Comment:
<input type="checkbox"/> vaginal fistulae	
<input type="checkbox"/> other, <u>specify:</u> _____	
<u>Fallopian Tubes:</u>	Comment:
<input type="checkbox"/> tubal ligation, elective	
<input type="checkbox"/> loss of tubal patency, pre-menopausal	

Physical Examination - Female: (continued)

Breasts:

lumpectomy Comment:

right mastectomy, *specify*: simple or radical

left mastectomy, *specify*: simple or radical

bilateral mastectomy, *specify*: simple or radical

other, *specify*: _____

Physical Examination - Male:

Testicles:

atrophy of 1 testicle, *specify*: right or left

loss of 1 testicle, *specify*: right or left

atrophy of bilateral testicles

loss of bilateral testicles

permanent sterility

epididymitis

other, *specify*: _____

Comment:

Penis:

erectile dysfunction; responsive to treatment

erectile dysfunction; unresponsive to treatment

severe post-ejaculatory pain; total avoidance of intercourse

removal of the glans penis

loss of penis proximal to the glans

peyronie's disease; capable of intercourse

peyronie's disease; incapable of intercourse

Comment:

Scrotum:

varicocele, with daily pain? Yes No

hydrocele, with daily pain? Yes No

other, *specify*: _____ with daily pain? Yes No

Comment:

Prostate:

prostatitis

benign prostatic hypertrophy

epididymitis

Comment:

Breasts:

lumpectomy

gynecomastia

persistent mammary discharge

mastectomy, *specify*: unilateral bilateral

other, *specify*: _____

Comment:

Annexe F. Comparaison des diagnostics de dysfonction sexuelle de la TDI, du DSM-5 et de la CIM-11 par sexe

	Hommes	Femmes	Général
TDI (2006)	Dysfonctionnement érectile	Dyspareunie, avec incapacité persistante d'avoir des rapports vaginaux	
	Douleur post-éjaculatoire suffisamment intense pour conduire à l'abandon total des rapports sexuels		
DSM-5 (APA 2013)	Trouble de l'érection	Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme	Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament
	Trouble du désir sexuel hypoactif chez l'homme	Trouble orgasmique féminin	Autres dysfonctions sexuelles précisées

	Éjaculation précoce	Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration	Dysfonction sexuelle non précisée
	Retard de l'éjaculation		
CIM-11 (2020)	Dysfonction érectile masculine	Dysfonction de l'excitation sexuelle féminine	Dysfonction du désir sexuel hypoactif
	Éjaculation précoce masculine	Trouble lié à des douleurs ou à la pénétration	Anorgasmie
	Éjaculation masculine retardée		Autres dysfonctions de l'excitation sexuelle précisées ou non
	Éjaculation rétrograde		Autres dysfonctions orgasmiques précisées ou non
	Autres dysfonctions éjaculatoires précisées ou non		Autres dysfonctions sexuelles précisées ou non
			Autres troubles liés à des douleurs sexuelles précisés ou non

Remerciements

Examen du contenu : Mitch MacDonald, Jamie Morse, Michel Guay, et Ryan Doucette

Soutien : OVO Communications, Anciens Combattants Canada (statistiques et vérification du rapport), Wordsmith Associates (résumé et rédaction).