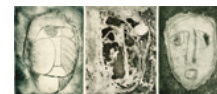


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Prise en charge des délinquants sexuels atteints de retard mental en clinique externe

Benoit Dassylva

Numéro hors-série, 2001

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074827ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074827ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dassylva, B. (2001). Prise en charge des délinquants sexuels atteints de retard mental en clinique externe. *Psychiatrie et violence*.
<https://doi.org/10.7202/1074827ar>

PRISE EN CHARGE DES DÉLINQUANTS SEXUELS ATTEINTS DE RETARD MENTAL EN CLINIQUE EXTERNE

Benoit Dassylva, médecin psychiatre, F.R.C.P. (c)
Institut Philippe Pinel de Montréal
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie, Université de Montréal

(Publié en 1999 dans Forensic, Revue de psychiatrie & psychologie légales)

Il existe peu de données épidémiologiques sur la prévalence de la délinquance sexuelle chez les personnes atteintes de retard mental. La plupart des études ont mesuré la proportion de délits sexuels chez des hommes incarcérés qui ont un retard mental. Ces proportions vont de 21 % à 45 % (Schilling & Schinke, 1988). Ces pourcentages sont plus élevés que ceux généralement acceptés chez les détenus qui ont une intelligence normale. Une autre étude a mesuré les proportions de délits sexuels avant procès: 26 % chez les personnes atteintes de retard mental contre 15 % chez les autres (Hawk, Rosenfeld, & Warren, 1993).

Il est difficile d'interpréter ces données. Certains croient que ces pourcentages sont surévalués parce que les agressions sexuelles commises par des personnes qui ont un retard mental sont plus susceptibles d'être élucidées. D'autres croient au contraire que les agressions sexuelles commises par cette population sont moins susceptibles d'être judiciairisées.

Notre expérience clinique nous amène à favoriser la première hypothèse dans les délits sexuels plus graves et la seconde dans les autres conduites sexuelles illégales. Ceci reste toutefois difficile à démontrer. Quoiqu'il en soit les organismes oeuvrant auprès de la population atteinte de retard mental ont indiqué le besoin de services spécialisés d'évaluation et de traitement en délinquance sexuelle.

Dès la formation de notre clinique externe spécialisée en délinquance sexuelle, il a été clair que des services aux patients atteints de retard mental devaient être offerts. Cette clientèle nécessite cependant des ajustements cliniques à plusieurs niveaux. Dans cet article, nous allons présenter les éléments cliniques spécifiques développés au fil de nos lectures et de l'acquisition d'une expérience d'évaluation et de traitement de délinquants sexuels atteints de retard mental.

Évaluation

Considérations Générales et Techniques D'entrevue

L'évaluateur qui tente d'utiliser ses repères et ses techniques d'entrevues habituels est vite dérouté face au client atteint de retard mental. L'anamnèse s'avère certainement plus difficile à obtenir. L'expérience avec cette clientèle se révèle alors un atout majeur pour une communication efficace (Carapulo, 1991). Parfois, un temps d'adaptation est requis avant que l'interviewer comprenne plus aisément un patient ayant un trouble d'élocution important. Des questions courtes, concrètes avec le souci continu de vérifier la compréhension du client sont essentiels. Un des premiers buts de l'évaluation est d'éliminer la présence de psychopathologie majeure. Des symptômes psychotiques ou affectifs par exemple, en plus d'avoir un impact sur le fonctionnement général de l'individu, peuvent avoir un lien plus ou moins étroit avec les comportements sexuels déviants. Le recueil de symptômes objectifs et mesurables peut valider une impression diagnostique (perte de poids, sommeil altéré, verbalisations spontanées...). Au besoin la comparaison avec d'autres personnes ayant des limites intellectuelles semblables peut être utile pour déterminer la signification

Les organismes oeuvrant auprès de la population atteinte de retard mental ont indiqué le besoin de services spécialisés d'évaluation et de traitement en délinquance sexuelle.



Une façon parfois efficace d'augmenter les contrôles internes est l'utilisation de la technique d'arrêt de la pensée. On enseignera par exemple à un pédophile ayant un retard mental à penser et dire une phrase telle que 'stop danger' lorsqu'il pense à un enfant, ou plus simplement lorsqu'il voit un enfant.

d'un signe ou symptôme (King, De Antonio, McCracken, Forness, & Ackerland, 1994).

Il importe par ailleurs lors de l'évaluation d'obtenir des informations sur le fonctionnement général de client. Les éléments suivants devront faire l'objet d'une investigation. Son horaire type dans une semaine, les activités structurées auxquelles il participe, ses temps libres, les lieux qu'il fréquente, les personnes qu'il rencontre. Des situations à risque de récurrence peuvent ainsi être identifiées.

Enfin le conformisme ou non à des mesures d'encadrement dans le passé doit être vérifié. Le non conformisme à plusieurs cadres différents suggère un mauvais pronostic cet individu risque alors de se retrouver dans diverses situations à risque de récurrence, au gré des événements et opportunités. Ceci peut certainement justifier la recommandation d'un encadrement plus étroit.

Évaluation Intellectuelle

La production d'une évaluation intellectuelle récente permet d'apprécier les forces et les déficits de l'individu afin d'établir un plan de traitement approprié. Il faut en particulier distinguer le retard mental franc du fonctionnement intellectuel limite. Dans les cas frontières, les observations quant au fonctionnement quotidien de l'individu permettent de préciser le diagnostic. L'impact de cette distinction est important. D'une part, plusieurs services communautaires aux personnes atteintes de retard mental ne sont pas accessibles aux personnes qui ont un fonctionnement intellectuel limite. D'autre part, les patients ayant un fonctionnement intellectuel limite peuvent en général, avec des ajustements mineurs, intégrer les modalités thérapeutiques offertes à la clientèle ayant une intelligence normale. Ceci n'est pas le cas des clients atteints de retard mental franc. Plus spécifiquement, une évaluation physique et neuropsychologique peut, par ailleurs, dans certains cas mettre en lumière un syndrome cérébral organique contribuant à l'impulsivité.

Investigation Sexuelle

L'investigation de la sphère sexuelle est souvent plus ardue que le reste de l'anamnèse. L'impact émotif de ces questions et les malaises de l'entourage à aborder cet aspect contribuent sans doute à ces difficultés. L'histoire du développement sexuel est fréquemment lacunaire, même en cherchant des informations collatérales, auprès de la famille et des intervenants. Il faut souligner que les individus ayant un retard mental ont souvent été considérés, par leur entourage, comme des êtres asexués jusqu'à ce qu'un délit sexuel survienne. On note fréquemment en ce sens un déni de leur développement sexuel, de leurs pulsions et de l'expression de celles-ci. Consécutivement, on observe souvent des déficits majeurs sur le plan des connaissances sexuelles qui peuvent contribuer à une sexualité maladaptée.

Bien que les personnes atteintes de retard mental représentent une population vulnérable, susceptible d'avoir été abusée physiquement et sexuellement, il n'est pas toujours possible de déterminer si de tels abus sont survenus. Lorsque cette information était disponible nous avons déterminé que près de la moitié des clients ayant un retard mental évalués à notre clinique avaient été abusés sexuellement durant l'enfance. Les personnes qui ont un retard mental sont susceptibles de reproduire des modèles d'interactions sexuelles dont ils ont été témoins ou victimes.

L'évaluation des comportements sexuels délictuels ou inappropriés est souvent compliquée par les résistances du client. Les agresseurs sexuels atteints de retard mental évalués à notre clinique avaient généralement un niveau de reconnaissance faible: ils n'acquiesçaient qu'aux éléments déjà connus de nous. L'obtention d'information collatérale est donc essentielle à ce niveau. Il faut viser à déterminer la fréquence et la description des conduites sexuelles, les conséquences de celles-ci, la victime visée et le contexte dans lequel ces conduites surviennent. En général, une information plus détaillée, permet une meilleure identification des

situations à risque et l'élaboration d'un plan de traitement plus spécifique. La désinhibition par des drogues ou l'alcool est rarement un facteur contributif chez les clients ayant un retard mental. La désinhibition par une polymédication constitue un problème plus fréquent.

L'indication d'une évaluation pléthysmographique doit être bien soupesée avant de prescrire celle-ci. Les risques de contamination de la pensée, de l'utilisation des scénarios déviants rattachés à l'évaluation lors des masturbations et possiblement d'agirs sexuels réactionnels doivent être pris en compte. Cette clientèle peut également présenter un profil d'excitation non spécifique: plusieurs stimuli différents, y compris les stimuli neutres, entraînent alors des érections significatives. Dans la mesure du possible, les préférences sexuelles seront donc déterminées par l'évaluation clinique et les informations collatérales.

Traitement

Considérations Générales

Des programmes de traitement pour agresseurs sexuels atteints de retard mental ont été décrits. Il s'agit en général de programmes internes (Haaven, Little, & Peter-Miller, 1990). Aux États-Unis, 43 % des programmes de traitement pour agresseurs sexuels offrent des services aux individus atteints de retard mental. Les mêmes techniques de traitement que celles offertes aux individus ayant une intelligence normale peuvent être utilisées, en faisant toutefois des interventions simples, concrètes et répétées (Murphy, Coleman & Haynes, 1983). Des modifications sont apportées notamment sur le visionnement de Montréal vidéo visant à augmenter l'empathie envers la victime qui avait plutôt excité certains clients. Il faut toutefois souligner que la littérature confond souvent les clients qui ont un retard mental franc de ceux ayant un fonctionnement intellectuel limite. Comme la prévalence du fonctionnement intellectuel limite est plus élevée, on retrouve des articles portant sur le traitement de délinquants sexuels atteints de retard mental où la majorité des individus rapportés ont plutôt un fonctionnement intellectuel limite. Or, tel que mentionné plus haut, la distinction entre ces deux groupes est essentielle dans le choix de modalités thérapeutiques.

Une des premières questions à laquelle le clinicien doit répondre est le type d'encadrement résidentiel à recommander. Il est souvent confronté à un dilemme entre les principes d'intervention en déficience intellectuelle et les besoins spécifiques du délinquant sexuel atteint de retard mental. Un des buts des organismes oeuvrant auprès de personnes ayant un retard mental est d'atteindre la plus grande autonomie possible pour le client. Ceci est parfois contre-indiqué par la dangerosité que représente un délinquant sexuel atteint de retard mental. Des ressources d'hébergement offrant plus d'encadrement peuvent être suggérées pour cette raison. Ceci peut amener le délinquant sexuel à être hébergé avec des personnes plus démunies sur le plan intellectuel, moins autonomes. Ces personnes peuvent en conséquence être à risque d'être abusées par le délinquant sexuel. Ce type de décision peut donc être difficile sur les plans clinique et éthique. L'autre aspect est administratif: le type de ressource suggéré peut ne pas exister ou ne pas avoir de place disponible.

Contrôles Externes

Un autre principe d'intervention en déficience intellectuelle est la responsabilisation. Dans une certaine mesure, ceci peut également faire problème dans le traitement de la délinquance sexuelle. Il arrive, par exemple, que des personnes expliquent à un agresseur sexuel atteint de retard mental qu'il lui appartient de ne pas commettre de récidive et que s'il échoue, il aura à répondre de ses actes devant un juge. L'expérience clinique nous indique toutefois que des contrôles externes doivent être instaurées dans un premier temps pour prévenir la récidive. Au départ, le patient accepte souvent mal ces contrôles externes, il les conteste de façon plus ou moins ouverte. Par la suite, il s'y soumet plus volontiers surtout si son conformisme est renforcé positivement.

Les contrôles externes sont donc des mesures mises en place par l'entourage. Des éléments s'apparentant à la prévention de la récidive seront enseignées aux intervenants du milieu, à la famille. Le niveau de surveillance selon les situations doit être déterminé puis appliqué de façon consistante. Un grand nombre de mesures d'encadrement de degré très divers peut être envisagé. Certains clients par exemple ne pourront sortir seul de la résidence. D'autres pourront se rendre à une activité structurée tel un atelier de travail mais leur trajet sera minuté. Certains pourront faire des balades mais devront se rapporter après des temps définis. D'autres se verront interdire la fréquentation de certains lieux ou de certaines personnes. Ce choix des mesures d'encadrement dépend de l'évaluation du risque de récidive et de la dangerosité tout en évitant la privation excessive de liberté. L'alliance thérapeutique avec toutes les personnes impliquées assure la consistance des interventions.

Un autre type de contrôle externe est d'augmenter le nombre d'activités où le client ne se trouve pas en contact avec des victimes potentielles par exemple des enfants. Pour plusieurs, il s'agit donc de mettre en place des activités structurées avec des pairs. Des activités où la personne éprouve du plaisir, et demeure susceptible de connaître des succès sont recherchées. Ceci pourra renforcer une vision positive du patient par lui-même ainsi que par son entourage. Un horaire structuré est nettement préférable à l'oisiveté. C'est souvent dans des temps libres, lors de promenades sans but précis que le délinquant sexuel ayant un retard mental se retrouve dans des situations à risque.

L'entraînement aux habiletés sociales, qui vise à augmenter les interactions avec les pairs peut favoriser une meilleure participation du client aux différentes activités. L'utilisation, sous forme de jeux, de cette technique peut faciliter l'apprentissage. Différentes techniques comportementales peuvent aussi renforcer des comportements adéquats.

Contrôles Internes

À plus long terme, l'acquisition de contrôles internes peut être évaluée et les contrôles externes modifiés en conséquence. Le premier niveau d'un contrôle interne à développer est de renforcer

et de clarifier les interdits. Il peut par exemple être nécessaire de vérifier auprès d'un pédophile sa capacité à distinguer un adulte d'un mineur. Des conséquences cohérentes et consistantes à la transgression d'interdits seront déterminées, expliquées et appliquées. Il faut éviter de suggérer au client des conséquences non réalistes, qui ne seront pas appliquées (comme la visite de la police si le client arrive plus tard que prévu).

Une façon parfois efficace d'augmenter les contrôles internes est l'utilisation de la technique d'arrêt de la pensée. On enseignera par exemple à un pédophile ayant un retard mental à penser et dire une phrase telle que 'stop danger' lorsqu'il pense à un enfant, ou plus simplement lorsqu'il voit un enfant. Après avoir dit cette phrase, il regarde par terre. Comme il s'agit de comportements observables, un intervenant qui accompagne le client pourra vérifier l'application ou non de la technique lorsqu'un enfant est visible. Par la suite, le client en viendra à appliquer la technique de façon systématique.

Traitement Pharmacologique

Le traitement pharmacologique doit être envisagé dans un certain nombre de cas. Il faut toutefois se méfier de la médication excessive, fréquente chez les personnes qui ont un retard mental (Fielding et al., 1980) et qui peut amener plusieurs complications comme désinhibition et confusion. La présence d'une psychopathologie comme une maladie affective, une psychose ou un trouble anxieux nécessite un traitement spécifique. Lorsqu'un syndrome cérébral organique contribue à l'impulsivité, des stabilisateurs de l'humeur (lithium, acide valproïque), des bêta bloquants,

des agents sérotoninergiques ou autres molécules sont indiqués (Fava, 1997).

Le recours à la pharmacothérapie pour traiter la délinquance sexuelle tiendra compte de plusieurs facteurs. En premier lieu il faut déterminer l'indication d'un tel traitement i.e. la présence de symptômes cibles. Ces symptômes peuvent être des comportements ou propos sexuels inadéquats, le nombre de masturbations ou la présence de fantasmes dans les cas où le client peut les rapporter. La présence d'un symptôme observable est essentielle pour déterminer l'efficacité du traitement, la posologie optimale.

Il faut également vérifier la capacité du client à consentir à un tel traitement. Habituellement la décision de débiter un tel traitement sera prise en accord avec la famille, plus particulièrement les parents. Les indications, effets indésirables possibles sont expliqués avant de parvenir à cette décision.

Comme il y a peu d'études pharmacologiques contrôlées de la population ayant un retard mental et une problématique de délinquance sexuelle, ce sont les études des délinquants sexuels ayant une intelligence normale qui guident la pratique clinique. Deux grandes classes de médicaments sont utilisés: le traitement hormonal et les agents sérotoninergiques. Dans le traitement hormonal des molécules comme l'acétate de medroxyprogestérone, l'acétate de cyproterone et l'acétate de leuprolide peuvent être utilisées. Comme les mécanismes d'action et les effets indésirables ne sont pas les mêmes, il est indiqué de les substituer entre eux advenant une absence d'effet thérapeutique ou une intolérance après l'essai d'une molécule donnée. Pour ce qui est des agents sérotoninergiques les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine ont été le plus étudiés mais d'autres agents comme le buspirone, la clomipramine ou le lithium peuvent être envisagés.

Conclusion

Dans cet article nous avons tracé les grandes lignes de la prise en charge des délinquants sexuels atteints de retard mental en clinique externe. Certains aspects comme l'absence de ressource d'hébergement adaptée à ce type de problématique soulèvent des dilemmes. Il reste que la collaboration entre les systèmes judiciaire, sanitaire et communautaire est essentielle pour arriver à une prise en charge efficace. Traditionnellement, la population médicale s'est montrée plutôt réfractaire à s'impliquer auprès des clients ayant un retard mental. Nous avons voulu montrer comment, cliniquement, avec une démarche systématique et une certaine expérience, il est possible d'avoir un impact significatif sur le pronostic de ces clients.

Bibliographie

Caparulo F. Identifying the developmentally disabled sex offenders. *Sexuality and disability* 1991; 9: 311-22.

Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1997; 20: 427-51.

Fielding L.T., Murphy R.J., Reagan J.W. et al. An assessment program to reduce drug use with the mentally retarded. *Hospital and Community Psychiatry* 1980; 31: 771-3.

Haaven J., Little R., Peter-Miller D. Treating intellectually disabled sex offenders. The Safer Society Press 1990.

Hawk G.L. Rosenfeld B.D., Warren J.L. Prevalence of sexual offenses among mentally retarded criminal defendants. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 784-6.

King B.H., De Antonio C., McCracken J.T., Forness S.R., Ackerland V. Psychiatric consultation in severe and profound mental retardation. *Am. J.*

Psychiatry 1994; 151: 1802-8.

Murphy W.D., Coleman E.M., Haynes M.R. Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. Dans J.D. Greer et I.R. Stuart: The sexual aggressor. p. 22-41 1983, New York: Van Nostrand Reinhold.

Schilling R.F. Schinke S.P. Mentally retarded sex offenders: Fact, fiction and treatment. Journal of Social Work and Human Sexuality 1988; 7: 33-48.