

CRSSM – GROUPE de TRAVAIL « ABUSEURS » (29/11/06)

GUIDANCE ET TRAITEMENT DES AICS « DEFICITAIRES »

Au sein du réseau de soins spécifique des équipes spécialisées
(Cadre « Accord de coopération »)

Il nous a semblé nécessaire d'aborder de façon approfondie le thème des soins à apporter aux auteurs d'infractions à caractère sexuel qualifiés de « déficitaires ». Nous avons trop souvent observé le recours fréquent à cette dénomination, avec pour résultat, notamment, une stigmatisation, une réduction de motivation à soigner et un abandon de la réflexion quant au développement de modalités spécifiques à cette population aux contours mal définis.

Ce rapport du Groupe de travail explore le sujet de façon synthétique et émet diverses propositions à l'attention des équipes et des pouvoirs concernés.

1. DIAGNOSTIC

« Déficitaire » n'est pas un diagnostic. C'est un terme utilitaire, vecteur surdéterminé, consacré par l'usage, qui renvoie étymologiquement à l'idée de manque. Il n'est en aucune manière lié au public des auteurs d'infractions à caractère sexuel : cet usage est généralisé. Ce qui en est dit dans ce document peut donc servir pour d'autres situations de soins.

Il couvre, notamment :

1) les *déficits des fonctions cognitives* (retard mental), perçus cliniquement et objectivables par testing (essentiellement par WAIS-R) en tenant compte des facteurs émotionnels (anxiété, inhibition...) et des facteurs externes perturbant l'efficacité.

2) la *personnalité schizoïde*, et la *schizophrénie* à expression négative dominante résiduelle ou non (évolution déficitaire de la schizophrénie).

3) les *déficits pédagogiques graves* (trouble grave de l'apprentissage, dyslexie, non diagnostiqués ni traités dans l'enfance) n'excluant pas une intelligence pratique avec adaptation sociale possible.

4) les *troubles communicationnels* liés à un déficit de verbalisation intra-familiale ou un déficit d'apprentissage, conduisant à une autonomie insuffisante (immaturité caractérielle ou « névrotique »).

5) les *désadaptations sociales graves* liées à des destinées « à traumas » (abandonnisme, par exemple, en position finale de dépression chronique et de déficience des paramètres de socialisation).

Cette liste n'est pas exhaustive.

Facteurs contextuels

- Support familial souvent absent ou peu structuré, marqué ou non par les mêmes caractéristiques déficitaires, ou à l'inverse inadéquat par entretien de la dépendance. Dans tous les cas et dans toute la mesure du possible, surtout si ce support est présent et d'une bonne qualité sur le plan relationnel, il est indispensable de l'associer dans le processus mis en place et il faut tenter d'y développer des ressources.

- Support social : idem.

- Support professionnel : idem.

- Support judiciaire (défense sociale) : c'est un cadre structurant, un levier essentiel pour la réhabilitation, mais les attitudes de réduction évoquées plus haut sont fréquentes à ce niveau également.

Caractéristiques générales

- Faible contrôle émotionnel, intolérance à la frustration
- Faible contrôle de la sexualité, impulsive, souvent fruste
- Incompréhension des consignes, avec opposition ou non
- Elaboration déficiente, faible mentalisation, pensée opératoire
- Système de représentation différent du commun
- Manque d'acquisitions sur le plan pédagogique
- Faible perception de l'altérité
- Faiblesse de l'autonomie : de base, résidentielle et communautaire
- Dépendance familiale et/ou sociale, régime d'allocataire
- Application de la loi de Défense sociale s'il y a « état grave de déficience mentale ».

Il s'agit donc d'un terme plurivoque.

Ce qui exige de réaliser un diagnostic précis pour déceler les différences, importantes quant au pronostic et aux modalités de prise en charge. Ce diagnostic doit être approfondi selon tous les paramètres précités et rester « ouvert », soumis à révision régulière. Ces caractéristiques doivent être évaluées de façon dynamique, évolutive.

2. MOYENS D'AIDE ET DE SOINS

Dans toute la chaîne des décisions, depuis l'instruction jusqu'aux libérations définitives, la capacité des experts d'évaluer correctement ces états déficitaires n'est pas à mettre en cause : les moyens cliniques et métrologiques ne manquent pas, et les vérifications successives sont le plus souvent concordantes. Elles sont cependant souvent sommaires, imprécises. Dans le cas de diagnostics surajoutés, la discussion est plus ouverte mais la base déficitaire est peu concernée par les divergences.

C'est au niveau des moyens que des carences apparaissent. Même lorsque l'évaluation conduit à mettre en évidence des « ressources » quant à l'éveil intellectuel, à la compréhension des comportements, à la réadaptation, à la revalidation sociale, la faiblesse de la verbalisation, et plus encore de la symbolisation, rejette ces personnes dans un espace « *hors de la thérapie* », champ privilégié des intervenants en ESS. Par ailleurs leur dangerosité

supposée, et souvent non évaluée, les rejette hors du système hospitalier ordinaire. Enfin, leurs grandes difficultés d'intégration dans la vie sociale en font des patients ou des clients peu investis par les services sociaux au-delà du « service minimum ».

Ainsi, on constate souvent une perception « pseudo-objectivante », fermée, fixante, sur la base d'un préjugé : déficit = débile = congénital ou cérébrolésé. C'est une réaction individuelle ou institutionnelle de réduction de champ, suite à un manque de moyens supposé par rapport à cette population, à l'ennui que l'on craint face à des personnes pauvres en expression et en contenus psychiques. Cette attitude conduit à des refus, des négligences, des dénis, des infantilisations, du mépris, ou de la discrimination de la part des intervenants, selon les lieux de l'action. Il faut ouvrir le cadre, refuser cette « fixité », chercher à développer des moyens appropriés, former les intervenants. Et même si les limitations sont telles, il faut concevoir la relation d'aide comme une nécessité inscrite dans une conception de la société où chacun est digne de la recevoir (il n'y a pas de vies qui ne valent pas la peine d'être vécues).

La supposition d'une inaccessibilité à la représentation symbolique et au contrôle rationnel et émotionnel, entraîne souvent un cadrage très strict des comportements, au-delà de la nécessité d'une contention nécessaire des manifestations critiques. A l'inverse, on peut voir des modalités d'action où la conception du psychisme « voit » le déficit comme une modalité défensive, abordable comme pour n'importe quel autre sujet par la thérapie : position humaniste mais idéalisante, qui risque de se contenter de l'écoute.

De tout ceci, il s'ensuit fréquemment une *discontinuité* de l'aide, ou plus souvent encore, une rétention dans le cadre des prisons ou des EDS. Ces phénomènes sont moindres s'il s'agit d'AICS déficitaires incarcérés : le système des libérations conditionnelles avec son organisation échelonnée et ses échéances incontournables, « pousse » à rechercher des solutions concrètes dans des temps raisonnables.

Le statut d'AICS déficitaire en Défense sociale est plus défavorisé encore parce qu'il cumule tous les facteurs péjoratifs. On constate que les Services psychosociaux en Défense sociale ont du mal à trouver des issues lors des libérations à l'essai.

En ce qui concerne les *internés libérés à l'essai*, la situation est une des plus défavorables qui soient, pour des raisons à la fois objectives et subjectives liées à une perception communément négative de la capacité de ces personnes à modifier leur comportement et à construire un projet. La *dangerosité* supposée ou potentielle – et qui n'est en aucun cas à minimiser – provoque une forme de rétention de ces publics dans le cadre étroit des établissements de Défense sociale. Les services psychosociaux œuvrant à l'intérieur de ces établissements effectuent un important travail d'évaluation et d'accompagnement dans les cas où une libération à l'essai est envisagée. Mais les capacités de réceptivité des services externes ou plus fondamentalement les moyens qu'offrent ces services, sont souvent insuffisants à assurer avec sécurité un plan toujours délicat et complexe pour une population aussi

désinsérée. Dès lors, la décision de libération à l'essai risque d'être indéfiniment retardée.

La raison principale de ces échecs n'est pas à trouver dans l'inadéquation de tel ou tel modèle de fonctionnement propre aux services psychosociaux des établissements de défense sociale ou aux services d'aides et de soins, mais dans l'insuffisance de la politique d'accueil garantissant qu'à côté des suivis médico-psychologiques, il y ait des moyens d'assurer la réappropriation par l'intéressé des capacités d'existence (en termes d'autonomie de base, résidentielle et communautaire) en société (logements, occupations, supports, aussi importants que les revenus éventuels de son travail). Souvent, le manque d'autonomie, d'habileté sociale, les distorsions cognitives surdéterminées par de longs internements, la peur, la perte de support, produisent chez l'intéressé des attitudes paradoxales, des désirs régressifs qui peuvent le conduire à récidiver « comme pour être réintégré ». Autour de lui, une discrimination non formulée par les professionnels, une stigmatisation sociale et un découragement sont souvent à constater.

3. DEFENSE SOCIALE

Les caractéristiques de ce public peuvent conduire à l'application de la Loi de Défense sociale, sur base d'une expertise concluant à l'existence d'un « trouble mental », terminologie vague utilisée par la récente loi organisant le Tribunal d'application des peines*. Nul doute que pendant un certain temps encore prévaudront les termes utilisés dans le cadre de la Loi de Défense sociale. Ils sont contestables et contestés mais le carcan légal est strict. Leur avantage tient dans le fait d'une distinction en trois types de troubles, à la fois simple et ouverte : c'est la clinique et le testing qui conduisent à ces formulations synthétiques et finales et qui, par leur plus ou moins grande qualité, les justifient en profondeur. Il faut donner l'envie par la qualité et la clarté des expertises de les lire en totalité : les formules finales prennent alors tout leur relief.

Elles se répartissent, *en ce qui concerne les déficitaires*, en :

- état grave de débilité mentale, quand le déficit cognitif est prépondérant (Retard mental à l'Axe II du DSM-IV)
- état de déséquilibre mental, quand le trouble de la personnalité associé au déficit est prédominant (Axe II du DSM-IV)
- état de démence, quand à la débilité s'ajoute une psychose (Schizophrénie ou autres troubles psychotiques Axe I du DSM-IV).

La démence proprement dite est le plus souvent un diagnostic tardif dans l'évolution de la personne (après 65 ans).

L'internement conduit l'intéressé en EDS (Paifve ou Tournai, passage préalable par les annexes psychiatriques de prison, listes d'attente très longues) ou, en Région wallonne, d'emblée par application de l'Article 14 dans un

établissement de soins. **A noter que l'application de l'Article 14 prive l'intéressé du rôle pourtant primordial d'un assistant de justice.**

Le Service psychosocial va considérer l'intéressé dans toutes ses dimensions cognitives, relationnelles, internes et proposer une évaluation de ses possibilités de réhabilitation. Cette évaluation tient compte des antécédents et des aspects criminologiques et psychopathologiques des comportements délictueux. Elle tentera d'évaluer le risque de récidive : de ce point de vue, elle devra intégrer les paramètres familiaux et sociaux constituant le support futur du sujet.

La Commission de Défense sociale examine le projet de libération à l'essai, puis de libération définitive, et doit intégrer constamment l'ensemble de ces paramètres dans les conditions de réalisation de la libération, sur la base de l'évaluation de l'assistant de justice. Celui-ci s'aide de l'avis de tous les partenaires nécessaires à la réalisation : hébergement, guidance ou traitement en ESS, partenaires sociaux, y compris organismes de formation, AWIPH, Habitations protégées, employeurs, etc.

Mais il faut faire le constat que, pour toutes les raisons déjà évoquées, le « saut » pour sortir des EDS est souvent difficile à accomplir. **On évoque régulièrement qu'il manque des structures intermédiaires entre l'EDS et l'ambulatoire** : elles prendraient la forme de maisons de soins psychiatriques spécialisées sécurisées mais ouvertes, réalisant des centres de semi-liberté. La réforme en profondeur des hébergements privés non agréés (Cf infra) pourrait offrir une alternative crédible si les normes d'encadrement et les qualifications requises étaient suffisantes.

Il faut introduire un principe de fluidité dans le système, tout en maintenant le contrôle strict actuellement en place. **Un autre moyen à développer consiste en la création de postes de coordination, à l'articulation entre l'« intra » et l'« extra », appliquant la méthodologie des plans de service intégrés avec concertation organisée.** Dans le cas des « Articles 14 », il faut instaurer le rôle de l'assistant de justice.

On a constaté également l'impossibilité légale de faire sortir un interné du régime de Défense sociale pour le replacer dans celui du carcéral ordinaire. Les nouvelles dispositions doivent permettre ce changement de régime, sur la base d'une nouvelle expertise.

4. HEBERGEMENT

Encore une fois, les caractéristiques de cette population, perçue de façon péjorative, conduit à des solutions d'hébergement « de sécurité » dans des établissements privés où ils ne bénéficient d'aucun encadrement professionnel adéquat, sans normes d'agrément, pratiquant un règlement intérieur conçu pour « boucler » les personnes perçues unilatéralement comme dangereuses, quelquefois au mépris du droit élémentaire (ainsi quand des libérés à l'essai sont quelquefois privés de la liberté de sortir - même pour consulter).

Cette situation peut convenir, faute de mieux, aux Commissions, sur le conseil des assistants de justice. Ce ne sont pas ceux-ci qui sont critiquables :

sans ces établissements, certains internés resteraient indéfiniment en EDS. Le placement selon l'Article 14 dans ces hébergements, assure une recette à ceux-ci. Ils n'ont aucun moyen interne d'évaluation : le résultat est souvent une immobilisation du patient en ces lieux, à très long terme.

Une réforme, sur le modèle de celle qu'ont connu les maisons de repos est indispensable

Du côté des *habitations protégées*, encadrées et agréées, les refus sont très fréquents, pour des raisons liées à la sécurité et à l'évitement de la constitution de sous-groupes de résidents ex-internés, venant tous des deux seules EDS et risquant de constituer un facteur de déstabilisation interne ou de réaction violente du voisinage si leur passé vient à être connu - surtout s'il s'agit d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. Des habitations protégées pratiquent l'admission contrôlée : un interné à la fois, ce qui vu la longueur des séjours et le très petit nombre de places disponibles en Région wallonne, offre un turn-over très lent et constitue au total un facteur de refus important.

5. DROITS

La libération à l'essai restitue tous les droits civils aux intéressés. Dans le cas des déficients, au sens large, l'*administration provisoire des biens* est alors très souvent la règle. Mais outre les difficultés souvent constatées dans l'exercice de l'administration, il faut constater que les administrateurs intègrent très rarement les caractéristiques psychiatriques des intéressés : ils sont souvent nommés parmi les avocats. Il est un fait que l'APB concerne strictement la gestion financière : quelques administrateurs ont une relation valorisante vis-à-vis des patients et ces exceptions sont à souligner.

On constate en général que cette population peu capable en terme d'habiletés sociales, de contrôle des dépenses, d'adaptation à la réalité commune et d'autonomie résidentielle, manque de représentation sociale en terme de droits. Les intervenants quels qu'ils soient (y compris les agents des CPAS) sont souvent des accompagnants éclairés, mais ils n'ont aucun moyen légal de se substituer, de parler au nom des intéressés, d'accomplir des actes en leur nom - ce qu'on supposerait toujours se faire dans l'intérêt de la personne et sous le contrôle des pairs.

Une solution pourrait consister en la création d'un statut de *tuteur de la personne déficiente*. Ce tuteur - ou le service remplissant une fonction analogue - ne se substituerait pas intégralement à la personne, celle-ci n'étant pas « interdite ». Mais elle pourrait être systématiquement représentée par le tuteur. Celui-ci, une fois accepté par l'intéressé et désigné par décision judiciaire, ne pourrait être déchargé que par l'autorité judiciaire.

6. SECURITE

Un encadrement approprié, même léger, entraîne une réduction des risques de récidives. Il faut objectiver cette perception par des études longitudinales corrélant les taux de récidive, les paramètres individuels, les modes de prises en charge, leur fréquence, etc.- tout en les comparant aux études internationales. Le Centre de recherche en Défense sociale a réalisé de telles études et la Région wallonne a commandité auprès de l'UPPL en 2006 une étude sur la récidive chez les AICS, toutes situations confondues.

Il reste que les AICS dits « déficitaires » sont les plus exposés à une perception péjorative sur ce plan : objectivement, le contrôle des comportements sexuels est plus difficile pour eux, mais il est aussi vrai qu'ils sont, pour les raisons déjà évoquées, victimes de préjugés de la part des intervenants à tous les niveaux dès qu'ils sortent du cadre strict de l'internement

PROPOSITIONS

Principes fondamentaux de l'action

- Tout sujet a les mêmes droits. Si la conscience de ses droits est diminuée, il doit toujours être considéré comme citoyen à part entière, avec la recherche d'un tuteur responsable si nécessaire.

- Toute guidance, tout apprentissage, tout traitement devra se réaliser à partir de relations valorisantes, incluant la dimension intersubjective et l'objectif de développement des ressources de la personne et du milieu.

- Notre modèle est pluridisciplinaire et multimodal, organisé en réseau où les dimensions interinstitutionnelles, la guidance, le traitement et l'aide sociale sont indissociables.

Actions

1) **Formation des professionnels à la spécificité de ce public-cible**, différenciée selon les rôles, de l'expert au thérapeute et à l'assistant social et selon les méthodologies (psychodynamique, cognitivo-comportementale, intégrative, etc.) et les modalités individuelles ou groupales.

Opérateur : **UPPL, dès 2007-2008.**

Séminaires spécifiques, groupe de supervision

2) Structuration plus poussée du réseau d'aide et de soins spécifique aux AICS, déjà remarquable mais encore insuffisant : réponse plus spécifique aux déficients, ceux-ci exigeant une concertation étroite entre services complémentaires, avec un temps suffisant

Opérateurs :

- les institutions concernées dans tout le parcours :

EDS, COMMISSIONS DS - puis TAP, ESS, MAISONS DE JUSTICE, AWIPH, HAB. PROT., CRF, ... dans leur fonctionnement de base

- Un rôle de **COORDINATEUR - agent de suivi (fonction sociale)**, assuré dans chaque service, particulièrement dans chaque ESS (prévoir au cadre).

- **PROJETS DE COORDINATION DES SOINS**, centrés sur la personne, dans le cadre des **réseaux et circuits de soins**.

3) Analyse ciblée des dysfonctionnements relatifs à la prise en charge de ces publics.

Opérateur : **UPPL, CRSSM...**

Groupe de travail spécifique

4) Journée d'étude sur le thème des déficients.

Opérateurs : **CRSSM, MINISTERE DE LA REGION WALLONE, UPPL**

5) Abord du problème des institutions non agréées :

Opérateurs : **MINISTERE DE LA REGION WALLONE, COMITES INTERMINISTERIELS**

Groupe de travail

6) Création de structures intermédiaires « sécurisées » mais ouvertes :

Opérateurs : **MINISTERES DE LA REGION WALLONE et de la JUSTICE, COMITES INTERMINISTERIELS**

7) « Tutorat » :

Opérateurs : **MINISTERES DE LA JUSTICE et de la REGION WALLONNE**

8) Dynamiser la participation des structures psychiatriques hospitalières générales dans le suivi des AICS en Défense sociale et en

général, y compris pour le public dit « déficitaire », si nécessaire par instauration de quotas ou de lits supplémentaires, et par la formation spécifique des personnels hospitaliers et des structures associées (MSP ou autres).

Opérateur : **LOI (Fédéral)**
CRSSM, PLATE-FORMES

Toutes ces actions doivent trouver une réalisation dans la période 2007-2010.

Groupe « Abus sexuels »
CRSSM- Ministère de la Région wallonne
15 avril 2007