

Région Wallonne

**GUIDANCE ET TRAITEMENT
DES DEVIANCES ET DELINQUANCES SEXUELLES**

RAPPORT ANNUEL 1997

UPPL

Unité Pilote de Psychopathologie légale

Conseil Régional des Services de Santé Mentale
Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé
Ministère de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé

INTRODUCTION GENERALE

Depuis plusieurs années, les parlementaires adaptent les législations sur les violences qui portent préjudice aux enfants et particulièrement dans le domaine des abus sexuels. En 1995, de nouvelles dispositions légales ont imposé que les délinquants sexuels soient examinés et traités spécifiquement. En 1996, l'ensemble du pays a découvert les réalités de la pédophilie ainsi que l'importance des problèmes qu'elle pose pour l'éducation et la santé des enfants et des générations futures. Les Ministères de la Justice et de la Santé sont confrontés à quantité de problèmes à résoudre pour faire face à ces prises de conscience.

Cette même année, le Ministre de l'Action Sociale et de la Santé consulte le monde des soignants et les interroge sur les soins dispensés en la matière, sur leur efficacité et sur les lacunes et difficultés du dispositif thérapeutique. D'une part, il a été constaté que beaucoup de thérapeutes n'étaient pas prêts à recevoir les délinquants sexuels dans leur consultation en raison de leurs pathologies particulières et de la manière de s'y présenter mais aussi parce que la contrainte judiciaire et le contexte de collaboration avec les instances judiciaires rendaient la pratique thérapeutique difficile. D'autre part, il est apparu aussi que quelques thérapeutes consacraient beaucoup de temps à cette forme particulière de traitement depuis plusieurs années et avec succès. Cependant, leur pratique restait souvent confidentielle et ils communiquaient peu entre eux.

Naquit alors l'idée de créer un réseau de soignants en région wallonne entre les quelques spécialistes qui oeuvraient jusque là séparément à cette tâche et d'y adjoindre de nouveaux thérapeutes en raison de la demande croissante de soins. L'efficacité et la rigueur requièrent aussi qu'ils collaborent avec les experts extérieurs à la Région issus d'autres disciplines, des universités et des pays les plus avancés en ce domaine.

A l'initiative du Ministère de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé et du Conseil Régional des Services de Santé Mentale est alors constitué un groupe de travail qui va rapidement mettre en place plusieurs actions déterminantes :

- Une évaluation en collaboration avec le Service Social d'Exécution des Décisions Judiciaires sur l'importance quantitative du nombre des délinquants sexuels pour lesquels des soins vont s'avérer indispensables dans un avenir proche. Il en ressort que près de 1000 délinquants sexuels ont une allégation judiciaire de traitement en 1997 pour l'ensemble de la Belgique ;
- Une enquête en collaboration avec la Ligue Wallonne de Santé Mentale sur les difficultés précises rencontrées par les thérapeutes, sur leurs souhaits, sur leurs intentions futures et sur les conditions nécessaires pour que des thérapeutes supplémentaires s'associent à ce travail particulier. La conclusion claire est que plusieurs thérapeutes qui traitent déjà des abuseurs sexuels en petit nombre, ou qui envisagent de le faire, ne peuvent poursuivre cet effort qu'avec un apport de moyens, de formations et de modalités de collaboration avec la Justice. Ce qui permettra des soins de qualité ;
- l'engagement d'un coordinateur dont la tâche est d'explorer les possibilités concrètes de développer la qualité des soins, leur importance quantitative et leur évaluation par la création d'un centre de référence en la matière. En particulier, il anime la sensibilisation les thérapeutes aux particularités de ce travail (cf annexe p. 59) et réunit les experts

wallons pour mettre leurs ressources en commun tout en préservant l'originalité et l'autonomie de leur propre travail dans leur institution et région.

L'Unité Pilote de Psychopathologie Légale est créée en janvier 1998 comme une préfiguration de ce centre de référence. Ses premières actions concrètes sont :

- l'organisation d'une formation de base pour les quelques dizaines de thérapeutes qui veulent s'investir dans le diagnostic et le traitement des délinquants sexuels
- la rédaction du présent rapport qui rend compte des traitements effectués en 1997 par quatre thérapeutes wallons et leurs équipes reconnus dans ce travail.

L'esprit de ce rapport se voudrait à l'image de celui de l'UPPL : la détermination et le pragmatisme dans la démarche, le respect du travail et l'estime des confrères, l'ouverture à toutes les références théoriques et méthodologiques positives, la rigueur et l'humilité dans les résultats et les limites de nos actions, et enfin la fidélité à une éthique de soins qui respecte l'intimité psychique des patients auxquels nous voulons rendre service dans un projet de société cohérent.

Le rapport rend compte des activités de traitement effectuées officiellement en Région Wallonne en 1997 par les experts reconnus par le Ministère de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé pour leurs compétences : le Docteur Maurice Korn et son équipe à Liège (p. 4), Bernard Pihet pour le traitement à Comines, Mouscron et Tournai (p. 12), le Docteur Depauw et son équipe à Charleroi (p. 22) et le Docteur Antoine à Tournai (p. 31).

Les deux premiers exercent en Service de Santé Mentale, structure ambulatoire, le troisième développe une approche hospitalière en Centre de jour, dans l'Unité de Sexologie d'un Centre hospitalier Universitaire et le dernier développe une consultation externe à partir d'une section d'internement dans un Centre Hospitalier Régional Psychiatrique. Les quatre experts ont chacun rédigé un rapport de leurs activités en 1997 présentant le nombre des patients traités et la forme des traitements.

Les patients auxquels se rapportent ces traitements sont différents en raison de la grande hétérogénéité de la population des abuseurs sexuels sur le plan social et diagnostique. Les moyens employés par les quatre services diffèrent en fonction du type de patients qu'ils reçoivent mais aussi en fonction du type de soins qu'ils dispensent et du type d'institution dans laquelle ils travaillent.

Ce rapport est donc le reflet de diverses pratiques difficilement comparables, mais cette diversité est aussi source de richesse dans la rencontre des quatre spécialistes qui collaboreront en 1998 et s'efforceront de répertorier les observations selon les paramètres identiques qui permettront une meilleure évaluation.

Finalement, c'est plus de 250 patients abuseurs sexuels, dont la plupart sont délinquants et contraints par les autorités judiciaires à suivre un traitement, qui ont été pris en charge par ces quatre services. Nombre auquel il faut ajouter les traitements effectués par d'autres thérapeutes. Rappelons que durant la même époque, près de 400 délinquants sexuels ont reçus l'obligation officielle par la Justice de recevoir un traitement.

Bernard Pihet
Coordinateur

PARTIE I :

SERVICE DE SANTE MENTALE DE LIEGE – LE CLIPS

Docteur Maurice Korn

Le Docteur Maurice Korn, neuropsychiatre, médecin directeur du C.L.I.P.S. et expert auprès des tribunaux. Le C.L.I.P.S. est un service de santé mentale créé en 1970 qui a toujours eu une clientèle importante de justiciable (35 à 45 %) : déviants sexuels, psychotiques, violents, alcooliques et toxicomanes.

Et son équipe :

*G. Anciaux, M. Burlet, P. Thys : Psychologues
Ph. Bollette, Cl. Hennen : Criminologues
E. Lopez, J. Paisse : Travailleurs sociaux*

1. PRESENTATION DU SERVICE.

Le C.L.I.P.S. est doté d'une petite équipe multidisciplinaire propre aux services de santé mentale (services psycho-sociaux ambulatoires régis par l'arrêté royal du 20.03.75 , remis à jour par le décret du 04.04.96).

Depuis une trentaine d'année, le Centre compte, dans sa clientèle consultante, une importante proportion (35 à 45 %) de justiciables, eux-mêmes recouvrant une population de déviants notamment sexuels, de psychotiques, de violents, d'alcooliques et de toxicomanes.

Les suivis en « aide judiciaire contrainte » (plus d'une centaine de libérés à l'essai de la Défense sociale en suivi régulier pendant une vingtaine d'années) se sont diversifiés, ces dernières années, avec réduction du nombre des libérés à l'essai mais augmentation nette des libérés conditionnels et provisoires, des probationnaires, des sujets en alternative à la détention préventive. Dans le cadre de cette aide contrainte, le C.L.I.P.S. assure un suivi psycho-social notamment des mineurs d'âge adressés par le juge de la jeunesse ou placés en institution (parmi lesquels des auteurs d'abus sexuels) et prépare à la sortie de la prison.

Le C.L.I.P.S., service de stage, s'adjoint aussi la collaboration d'étudiants stagiaires en psychologie, en sexologie et en criminologie (Université de Liège), de stagiaires assistants sociaux des deux écoles liégeoises (ISIS et ESAS) et de stagiaires administratifs (Ecole Marie-Thérèse).

Du fait de la spécialisation de plusieurs membres de l'équipe dans le travail quotidien de prise en charge psycho-sociale mais également en raison de leur compétence reconnue dans des activités de formation de personnel et de supervision d'équipes éducatives ou en tant que personnes-ressources et conseillers dans le développement de projets ou encore comme enseignants universitaires et/ou comme experts judiciaires, les activités du Centre se sont axées notamment, en matière d'abus sexuel, sur la consultance et la supervision de la mise en œuvre d'actions de prévention en maltraitance d'enfants et d'abus sexuels (CIPREA, Liège) ; sur des conférences et colloques divers et sur des études statistiques et mise au point de grilles d'évaluation. En outre, en matière de prévention de la violence, le Centre mène des études

dans les écoles secondaires avec mise au point de modules d'intervention pour élèves et pour enseignants.

2. L'EVOLUTION DES IDEES ET DES PRATIQUES EN AIDE JUDICIAIRE IMPOSEE.

2.1. Les idées en matière de santé mentale et de santé publique ont évolué au cours de ces 20 dernières années.

Dans la prise en charge **sous mandat judiciaire**¹, l'idée d'une thérapie digne de ce nom qui serait imposée de l'extérieur est d'abord apparue comme une idée paradoxale: le postulat psychologique qui primait était encore souvent celui d'une libre adhésion à la thérapie (la « demande » d'un sujet qui vient énoncer une plainte personnelle), donc impossible à obtenir avec le « fusil dans le dos » que constituait l'obligation de suivi médico-social ou médico-psychologique (la « commande » de la société qui se plaint d'une personne).

Puis les idées ont évolué et divers centres de santé mentale ont admis qu'on pouvait effectuer du travail psycho-social dans un cadre imposé pourvu qu'on fixe les modalités de ce type d'intervention et que les rapports entre la sphère médico-sociale et la sphère du judiciaire soient clairs: que veut l'autorité mandante? que lui transmet-on? qu'est-ce qui se négocie entre le client et l'équipe du Centre?

2.2. Le traitement des abuseurs sexuels

Le traitement des abuseurs sexuels dans les SSM se trouve confronté d'emblée à des questionnements: quelles sont les bases d'un accompagnement psycho-social sous contrainte, vu que la grande majorité des abuseurs qui consultent ne le font pas spontanément? Comment garantir à chaque personne qui consulte qu'elle reste **un sujet de droit**, un citoyen à part entière? Comment marier un accompagnement psycho-social avec le contrôle social de la contrainte?

3. NECESSITE D'UNE ETHIQUE DE PRISE EN CHARGE DES ABUSEURS SEXUELS

3.1. Le champ d'action.

L'aide judiciaire « imposée » est un ensemble d'actes médicaux, psychologiques et sociaux, que des mandats judiciaires légitiment et qui sont imposés à des justiciables qui ont, le plus souvent, théoriquement du moins, accepté de s'y soumettre. Certains parlent de guidance ou de tutelle ou de suivi ou d'accompagnement psycho-social. Le terme « thérapie »

¹ BOLLETTE, Ph. Relations entre autorité judiciaire et service de santé mentale, et KORN, M. Problématiques des équipes de soins, in Actes de la journée d'étude du 27.3.92 sur: « Aide judiciaire imposée: confrontations éthiques et méthodologiques ». Liège, CLIPS, janvier 1993.

est parfois contesté par certains puristes, sous prétexte que la thérapie impliquerait forcément la libre adhésion aux soins.

Le but de l'aide judiciaire imposée est d'effectuer un travail psycho-social profitable à l'intéressé (premier principe de l'aide: « primum non nocere », c'est-à-dire avant tout ne pas nuire à la personne, n'agir que dans un intérêt d'épanouissement de la personne dans un sens autonomiste et responsable) et indirectement profitable à la justice et au collectif "société" qu'elle représente.

Ceux que l'on nomme « les abuseurs sexuels » forment un groupe hétéroclite, important:

- des mineurs d'âge et leurs familles: on parle alors de mesures « protectionnelles ».

Les mineurs d'âge abuseurs sexuels sont adressés aux SSM, soit directement par le tribunal de la jeunesse pour des suivis, soit indirectement, lorsque ces adolescents sont placés en institution (via le tribunal de la jeunesse) par l'institution qui propose au jeune un suivi.

- des majeurs, qui relèvent de plusieurs statuts judiciaires:

- * libérés « conditionnels » (condamnés ayant purgé une partie de leur peine de prison) ou obtenant des congés pénitentiaires de préparation à cette libération conditionnelle;
- * libérés provisoires (condamnés libérés en vue de grâce, pour raisons sociales ou médicales, ou détenus en préventive dont on lève le mandat sous « conditions » de suivi;
- * probations et suspensions de prononcé (loi de 64); alternatives à la détention préventive;
- * sujets en « médiation pénale »: pas de casier judiciaire à certaines conditions de suivi;
- * libérés « à l'essai » de la Défense sociale (délinquants déclarés irresponsables de leurs actes et placés dans des établissements spéciaux dits de "défense sociale");

Les guidances sous mandat judiciaires sont **limitées dans le temps** sauf dans le cas des libérés à l'essai de la Défense sociale mais la plupart des Commissions de Défense sociale (C.D.S.), après une libération à l'essai de quelques années, libèrent souvent définitivement.

A l'heure actuelle, le secret professionnel reste d'application, sauf dans la Défense sociale pour laquelle on établit des rapports ou dans le cas des mineurs d'âge (contacts et rapports éventuels pour le juge de la jeunesse). Des négociations actuellement en cours entre le Fédéral et les Régions et Communautés vont déboucher sur des conventions de collaboration, avec échanges d'information bien codifiés.

3.2. La base de l'aide aux délinquants sexuels.

L'aide porte au moins sur **la souffrance personnelle**, si elle existe, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, le père incestueux, au départ de la prise en charge, vit presque toujours l'intervention comme une intrusion dans ses affaires de famille. On imagine pourtant bien le travail psycho-social familial qui peut être réalisé dans le recentrage de chacun, dans l'apprentissage de barrières transgénérationnelles, dans l'ouverture du milieu familial.

L'aide porte aussi sur le fait **de ne plus avoir la justice à ses trousses**. C'est une aide manifestement centrée sur le sujet que d'essayer de lui apporter des outils pour ne pas récidiver. Même si la première motivation du délinquant sexuel peut résider au départ dans cette seule obligation de consulter, à partir de là, beaucoup de choses peuvent s'infléchir et évoluer dans un sens plus thérapeutique à moyen ou plus long terme. Et nous ne partageons pas le point de vue de ceux qui rejettent **systematiquement** de leurs programmes de soins les délinquants sexuels qui ne reconnaissent pas leurs actes. Le problème de l'aveu n'est pas forcément l'affaire des thérapeutes, en début de prise en charge, en tout cas.

Enfin, **le risque « zéro » n'existant pas**, travailler dans le domaine de l'aide judiciaire imposée implique le travail avec une personne dans le but de l'aider à trouver des compromis acceptables, des risques contrôlés entre ses désirs légitimes (limités par la liberté et le respect des autres) et les souhaits légitimes de la société (qui a décidé, par exemple, de protéger l'intégrité de ses citoyens, ses enfants notamment).

3.3. Le champ dialectique de l'aide apportée et sa finalité.

La finalité de l'action psycho-sociale est l'autonomie la plus grande de la personne, car plus on est autonome, plus on est libre. Et nous travaillons **sur une personnalité entière** (ses idées, ses fantasmes et ses comportements, notamment sexuels).

La finalité du judiciaire est celle d'un **comportement délictueux** qui ne devrait plus se reproduire; le judiciaire entend obtenir, avec notre aide, le moins possible de récidives. Il ne s'occupe pas de nos méthodes de traitement (qui peuvent changer, qui se rattachent à des techniques ou des formations différentes des thérapeutes).²

Ainsi, partant de "grilles de lecture" différentes de la société, de la déviance, de la prévention et de la réinsertion, les magistrats et les travailleurs des équipes de soins vont devoir **trouver ensemble un canal de communication** sur des matières traitées par les uns et les autres.

² BOLLETTE, Ph. Aspects déontologiques de la prise en charge des personnes sous contrainte judiciaire, in Notes de cours de « Déontologie » (M. A. LEMAITRE), destinées aux étudiants de 1ère licence en criminologie (U.Lg, 1997).

4. EVOLUTION DE LA CLIENTELE D'ABUSEURS ET DES METHODES

4.1. La clientèle d'abuseurs

La clientèle d'abuseurs n'était pas, jusqu'il y a 3 ans, individualisée comme telle, mais abordée par des approches déjà assez diversifiées:

- soit individuelles, au Centre même: psychothérapie, suivi psychiatrique, suivi psycho-social centré sur l'acquisition de nouvelles habiletés sociales, approche médicamenteuse hormonale ou non;
- soit institutionnelle:
 - * en prison, par des rencontres avec les détenus en pré-libération conditionnelle ou pré-libération provisoire;
 - * en home, par la supervision d'équipes éducatives.

Cette diversification a été rendue possible en raison des compétences particulières de plusieurs membres de l'équipe, soit en travail social communautaire³, soit en matière d'expertise pénale⁴ ou encore en matière scientifique et académique⁵.

Depuis lors, nous y avons adjoint, des **thérapies de petits groupes d'adultes** (maximum 5 personnes) et allons développer des groupes « **d'éducation sexuelle et de compétence sociale** », tout en affinant les conditions d'administration des chimiothérapies diverses, hormonales ou non.

En effet, si on observe **la filière de recrutement des patients** (échantillon de patients ayant consulté au cours des 26 derniers mois (années 1996-1997 et janvier/février 1998):

Envoyeur	nb	%
l'auteur est venu spontanément ou sur conseil	12	9
Service de probation	40	30
Alternative à la détention préventive	23	17
Commission de défense sociale	22	17
Prison/libéré conditionnel	9	7
Prison/préparation à la libération conditionnelle	16	12
Prison/libération provisoire	4	3
Médiation pénale	1	0.75
Tribunal de la jeunesse	6	4.75
Total	133	100

³ Mmes HALENG-PAISSE J., LUCAS-BUDO J. et LOPEZ-AMORY E., assistantes sociales, animent de longue date des sessions de formations diverses centrées sur les intervenants sociaux, les cas problématiques et leurs familles.

⁴ KORN, M. et THYS, P. Irresponsabilité pénale et dangerosité sociale supposée. Une approche du raisonnement amenant les psychiatres-experts à recommander l'application de la loi belge de défense sociale. Revue de droit pénal et de criminologie, 72, 3, 285-300 (1992).

THYS, P. et KORN, M. A propos de l'expertise pénale. Analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité. Déviance et société, 16, 4, 333-349 (1992).

⁵ THYS, P. L'aide judiciaire imposée. Modélisation du travail psycho-social avec les délinquants. Thèse de doctorat en psychologie, année 1992-93, Université de Liège (Belgique).

On remarque que **91%** des abuseurs sont **contraints de consulter**, mais que la diversité des statuts judiciaires est grande et que, dans l'échantillon observé, la Défense sociale n'occupe plus que 17 % de l'échantillon, venant de 25 %, deux ans plus tôt. Il s'opère à l'évidence un afflux vers notre Centre de toute une clientèle obligée **qui n'est plus la même** qu'auparavant.

L'année 1997 à elle seule a été marquée par la prise en charge de **54 nouveaux cas** (tous des hommes à l'exception d'une femme).

En écartant la seule femme de l'échantillon (outrage aux mœurs), nous obtenons un échantillon global de **113 personnes de sexe masculin**, abuseurs sexuels connus de 147 personnes, les victimes étant de sexe féminin dans plus de 2/3 des cas.

4.2. L'acte d'abus, le lieu de commission des faits et l'auteur.

Les trois tableaux qui suivent situent bien la problématique, pour ceux qui voudraient s'y investir.

faits commis	nb	%
Attouchements	56	42
viols « techniques » (doigt, fellation)	29	22
viols homo- ou hétérosexuels	39	29
viol + homicide	1	0.75
Tentative de viol + coups	1	0.75
Exhibitionnisme seul	5	4
Harcèlement téléphonique obscène	1	0.75
Attentat à la pudeur (prise de photos)	1	0.75
Total	133	100

Les attouchements et les viols techniques constituent **près des 2/3 des cas (64%)** de l'échantillon, tandis que les viols homo- et hétérosexuels en constituent à eux seuls **29%**. Mais si on additionne viols et viols techniques, on obtient 51%, soit **une effraction corporelle, une fois sur deux**.

Les faits sont intrafamiliaux dans **45% des cas**.

Les auteurs ont agi seul dans 95% des cas, il y avait 2 auteurs dans 2 cas; 3 dans 3 autres cas; et 4 dans deux cas.

Lieu de commission des faits	nb	%
Domicile de l'auteur ou de la victime	100	75
Lieux de loisirs et villégiature	5	3.75
Voie publique, lieux publics et environs	6	4.5
Endroits isolés	11	8
Lieux de travail	5	3.75
Milieu institutionnel	4	3
Par téléphone (harcèlement obscène)	2	2
Total	133	100

Les lieux publics, les lieux de loisirs et les endroits isolés cumulés ne concernent que 16,25 % des cas mais **c'est dans les maisons (75% des cas) qu'on est le plus exposé**, ce qui semble assez logique quand on verra la qualité de l'auteur des faits (tableau suivant).

Auteur des faits d'abus	nb	%
Père ou beau-père	40	30
Grand-père	5	4
Oncle	8	6
Frère	9	7
Parrain	1	1
Voisin	3	2
Flirt, petit ami	3	2
Educateur, encadrant, enseignant	3	2
Tiers	61	46
Total	133	100

Dans 46 % des cas, **l'auteur est un membre de la famille**: le père et le beau-père représentent à eux seuls **30 % des cas**, c'est dire le travail de prévention qui est indispensable dans notre société.

4.3. L'évaluation de départ

L'évaluation de départ est importante (étude de personnalité et des antécédents, étude du modus operandi, facteurs environnementaux) car elle conditionne le processus thérapeutique, dans une large mesure. Nous avons dès lors systématisé, dès 1996, un repérage plus codifié des différents paramètres relatifs au sujet abuseur lui-même, à sa famille et à l'acte d'abus.

Une première communication a eu lieu au Colloque international des 25 et 26.04.97 à Liège, sur: « Abuseurs sexuels: quelles approches possibles? ».⁶

Et nous mettons actuellement au point une **Grille d'évaluation des abuseurs sexuels**, que nous soumettrons prochainement à la Région Wallonne.

⁶ KORN, M. Suivis d'abuseurs en centre de santé mentale. Communication au Congrès international: « Abuseurs sexuels: quelles solutions possibles ». Liège, Palais des Congrès, 25-26.04.97.

Il semble acquis que la diversité du groupe étiqueté « abuseurs sexuels » appelle une diversité d'approches thérapeutiques d'obédiences diverses mais, ne l'oublions pas, également une remise en question de nos systèmes éducatifs.

PARTIE II :

SERVICE DE SANTE MENTALE – CENTRE PROVINCIAL DE GUIDANCE PSYCHOLOGIQUE DE MOUSCRON ET DE COMINES

Bernard Pihet

Bernard Pihet, psychologue au Service de santé mentale Provincial de Mouscron depuis 1978, à l'équipe SOS Parents-Enfants de Mouscron et Tournai de 1985 à 1996. Psychothérapeute formé à la psychothérapie analytique et systémique. Psychosociologue, superviseur dans de nombreuses équipes et formateur notamment pour la Communauté française (ONE et aide à la jeunesse) et pour le Ministère de la Justice. Conception du programme de prévention « Parler La Violence » auprès des adolescents.

1. CADRE DE CONSULTATION

Le Centre provincial de guidance psychologique de Mouscron est agréé "Service de santé mentale" depuis 1975. Le service reçoit des enfants, des adolescents, des adultes et des familles sur rendez-vous à son siège principal de Mouscron ou au siège secondaire de Comines. L'équipe comprend un psychiatre, deux psychologues, une assistante sociale et un logopède, outre le personnel administratif.

Depuis le début des années 80, régulièrement, un psychologue du service pouvait accepter en thérapie ambulatoire des patients violents, abuseurs sexuels et délinquants. Déjà auparavant, des thérapies étaient développées avec des patients alcooliques, débiles mentaux et de niveaux socio-culturels faibles.

En 1985, en raison de la collaboration avec SOS Parents Enfants, les psychothérapies des enfants victimes de maltraitance et des adultes violents ont été intensifiées à Mouscron, à Comines et en supplément à Tournai.

Les thérapies à la prison de Tournai ont débuté à la fin des années 80 suite à la demande d'un violeur récidiviste condamné à 15 ans de prison. Celui-ci désirait reprendre son traitement, qu'il avait interrompu, et ce malgré le désaccord du thérapeute lors de la libération conditionnelle qui suivait la première agression.

En 1997, nous avons cessé la consultation généraliste (avec des aménagements et transitions pour certains traitements en cours) pour nous concentrer sur la consultation concernant les auteurs de violences comme il nous était demandé. La consultation s'est alors partagée entre le Service de santé mentale de Mouscron, le siège de l'UPPL à Tournai ("Unité pilote de psychopathologie légale" en cours de création) et la prison à Tournai considérée comme consultation externe et indépendante de l'administration pénitentiaire. Dix heures par semaine ont été consacrées à cette consultation en 1997 en raison d'autres missions.

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DES PATIENTS EN TRAITEMENT

2.1. Nombre et type de patients en 1997

Consultant en raison d'un problème avec la violence

	<i>Patients avec des problèmes de violence</i>	<i>Type de violence</i>	<i>Implication du patient</i>	<i>Type de victime</i>
Total des 3 consultations	67	Sexuelle 61	Agresseur 39	Enfant 37
			Environnement 14	Adulte 2
			Victime 8	
Mouscron	44	Sexuelle 39	Agresseur 22	
			Environnement 12	
			Victime 5	
		Educative 2		
		Brutalité 1		
		Meurtre 2		
Tournai	10	Sexuelle 9	Agresseur 4	
			Environnement 2	
			Victime 3	
		Educative 1		
Prison de Tournai	13	Sexuelle 13	Agresseur 13	

2.2. Nouveaux patients admis en 1997

	Total des patients	Nouveaux patients	%
Total des 3 consultations	67	24	36
Mouscron	44	11	25
Tournai	10	4	40
Prison de Tournai	13	7	54

2.3. Sexe et âge des patients agresseurs sexuels

	Patients violents	Adultes hommes	Adolescents hommes
Total des 3 consultations	39	34	5

La consultation a compté chaque année une ou deux femmes violentes ou abusives sexuellement, mais pas au départ de la prison ou d'une inculpation spécifique d'abus sexuel, ce qui explique en partie qu'il n'y en ait pas cette année.

2.4. Position de l'agresseur relative à la victime

	Nb	%		Nb	%		Nb	%
Extra-familial	11	28	Etranger	3	8		3	8
			Connaissance	8	21		8	21
Intra-familial	27	69	Famille élargie	5	13		5	13
			Famille nucléaire	22	56	Beau-père	8	21
						Père	11	28
						Frère/demi-frère	3	8
Inconnu	1	3		1	3		1	3
Total	39	100		39	100		39	100

- "Etranger" signifie qu'il est totalement inconnu;
- "Connaissance" implique le voisinage (2), les relations amicales antérieures (3), les activités de loisirs (2), les relations pédagogiques (1);
- "Famille élargie" comprend les grands-parents et les cousins;
- "Nucléaire" correspond à vivant sous le même toit;
- "Inconnu" signifie qu'il ne s'est pas présenté au premier rendez-vous et qu'il y a une insuffisance de renseignement lors de la prise de rendez-vous.

2.5. Statut judiciaire des patients agresseurs sexuels

	Nb	%
Inconnu	1	3
Inconnu de la Justice ou du SAJ	2	5
Connu mais non suivi par la Justice ou le SAJ	2	5
En attente d'une éventuelle inculpation	2	5
En attente du jugement (emprisonné ou libéré)	4	10
Jugé et emprisonné	15	38
Jugé et en liberté (conditionnelle, sursis)	24	62
Accord SAJ	4	10
Décision SPJ	1	3

Plusieurs personnes sont dans deux catégories durant l'année

2.6. Intensité du traitement

Les traitements sont réguliers quand les séances se tiennent une, deux, trois ou quatre fois par mois. La fréquence est appréciée par le thérapeute suivant le type de patient et de la problématique de passage à l'acte, suivant le moment du traitement et la durée de la contrainte.

Lors de la préparation de la fin du traitement et si l'on dispose du temps pour le faire, l'intensité du travail est diminuée et les séances deviennent trimestrielles, semestrielles, voire annuelles. Dans le cas des traitements imposés par les autorités, nous préférons une visite par an en fin de traitement plutôt que de l'arrêter avant le terme de la contrainte.

QUALITE DU SUIVI DANS LE TRAITEMENT	Nb
Traitement régulier	21
Fin de traitement	1
Préparation de la fin du traitement	3
Suivi difficile	12
Non suivi dès le départ	2

Les "suivis difficiles" concernent des patients très handicapés sur le plan de la communication (2), des patients pour lesquels les autorités n'ont pas exercés de contrainte (4)*, des contraintes SAJ ou SPJ peu insistantes (4), un patient orienté en défense sociale et un patient extradé.

(*2 patients suivent un traitement régulièrement malgré l'absence de poursuites des autorités)

3. TRAITEMENTS

Au point de départ, les traitements menés avec les patients violents sont conduits dans le même esprit que la consultation généraliste de psychothérapie comme nous le pratiquons depuis plus de 20 ans. La manière s'est affinée et affirmée au fur et à mesure des années. Parallèlement, elle s'est aussi révélée utile avec des abuseurs sexuels, même dans les cas les plus difficiles, si le thérapeute l'aménage.

3.1. Aménagements

De nombreux aménagements ont trait aux techniques de diagnostic, à la collaboration avec les nombreux intervenants, aux dispositions qui concourent à la tranquillité sociale, aux particularités du travail dans une prison et durant les différentes phases du travail judiciaire ou pénitentiaire, etc... Dans ce rapport, nous nous limiterons au déroulement général du traitement.

Les aménagements nécessaires pour ces traitements sont d'ordre théorique, contre-transférentiel, méthodologique et technique.

3.1.1. Sur le plan théorique

Nos repères sont essentiellement psychanalytiques et systémiques. Dans notre démarche, il est cependant nécessaire d'être d'abord au service d'un patient et curieux des bizarreries humaines, plutôt que d'être concentré sur l'application de repères théoriques connus dont on ne verrait même plus qu'ils ne conviennent pas dans les problématiques abordées.

Les théories ne sont que des regards sur les réalités. Certaines théories sont plus pertinentes que d'autres à certains moments et les réalités ne sont pas là pour renforcer des théories. C'est ainsi que de nombreuses références analytiques tout à fait intéressantes dans le cas de névroses ne sont pas transposables dans d'autres pathologies et particulièrement pour la plupart des abuseurs sexuels. Ceci ne remet d'ailleurs pas en cause le recours à d'autres aspects de la même théorie analytique.

Nous avons trouvé particulièrement intéressant dans notre champs d'élargir les références aux connaissances éthologiques et biologiques, spécialement de la neurochimie. Le comportementalisme et le cognitivisme apportent également des regards particulièrement éclairant.

L'étude des personnalités et des pathologies en rapport avec les carences et les structures narcissiques (perverses, paranoïaques et psychopathiques) qui sont usuellement rencontrées dans ces cas, est indispensable pour comprendre les problèmes spécifiques qui se posent aux agresseurs et que vont rencontrer les thérapeutes à leur contact.

3.1.2. Sur le plan contre-transférentiel

Il y a certainement un passage à franchir pour devenir familier :

- des problématiques de violences et d'abus sexuels,
- des traumatismes et de l'horreur vécus par les victimes,
- des contre-valeurs et passages à l'acte des auteurs,
- des réactions engendrées chez les thérapeutes par l'évocation de la violence sexuelle et de la transgression de ses limites.

Il y a donc là des choix à faire et des capacités à développer pour parvenir à accepter ces réalités, à supporter une suffisante proximité des patients qui vivent ces drames et maintenir nos repères éthiques et moraux.

3.1.3. Dans le domaine des méthodes et techniques

Le thérapeute est souvent appelé à vivre son rôle sur un mode plus actif que dans les autres cas. Nous distinguerons quatre étapes au cours desquelles le thérapeute aura à négocier sa place et à défendre des schémas relationnels sains d'une manière inhabituelle dans les thérapies individuelles:

- la demande ou pseudo-demande personnelle du patient,
- l'expression confiante du patient sur ses problèmes,
- la relation thérapeutique comme lieu de changement,
- la consolidation de changements internes et de dispositions externes dans un assainissement des relations sociales.

Ces étapes sont de longueur variable et ne se succèdent pas aussi simplement. Des retours en arrière sont possibles pour une nouvelle clarification. Nous nous efforçons d'être alors dans l'une ou l'autre étape mais de ne pas les mélanger.

3.2. Déroulement de la psychothérapie

3.2.1. Demande

Dès la départ de la consultation, le patient doit être qualifié comme demandeur de la consultation par le thérapeute et ce dans tous les cas.

Evidemment nous savons que, dans le cas particulier de ces patients abuseurs sexuels, la thérapie est le plus souvent exigée, fortement suggérée ou mise en balance avec des sanctions plus lourdes.

Souvent c'est une autorité qui l'impose, c'est un travailleur qui demande au thérapeute s'il accepte cette consultation, voire même qui va demander le rendez-vous.

Le patient lui-même, face au thérapeute, ne se déclarera pas initiateur de la démarche, dira en ignorer la raison ou le but, niera l'intérêt qu'elle représente pour un changement personnel.

Néanmoins, dans tous les cas, les questions initiales du thérapeute seront "qu'est-ce qui vous amène chez moi ? qui êtes-vous ? par rapport à quelles difficultés souhaitez-vous un traitement?".

A ce stade, peu importe la difficulté exprimée pourvu qu'elle soit réelle. Il n'est pas indispensable qu'elle reprenne le motif pour lequel l'autorité mandante prescrit ce traitement, souvent même le seul problème qui pourra être repris par le patient sera qu'il a une autorité sur le dos qui ne le lâche pas.

Avec beaucoup de patience et de temps (mais nous en avons autant lui que moi), l'effort consiste à progresser vers l'émergence d'une consultation que le patient aura repris à son propre compte ayant admis par ailleurs qu'elle lui est imposée et non négociable.

Assez souvent nous passerons par une étape intermédiaire où le patient parle des problèmes que le Juge lui attribue et a découvert en lui, alors que lui même ne les remarque pas.

La contrainte au traitement pèse sur le patient et non sur le thérapeute. Les seules contraintes qui pèsent sur le thérapeute sont ses propres règles éthiques et méthodologiques, et dans ce cas-ci un accord conjoint entre son patient et son instance de tutelle judiciaire sur le fait que cette dernière sera informée par le thérapeute de l'observance du traitement.

Sous un certain angle, cette situation ne diffère pas tellement de la psychothérapie avec un jeune enfant conduit par ses parents chez le psychothérapeute ou à la porte de ce dernier.

Ceci ne simplifie pas l'analyse de cette situation mais la rapporte à des références mieux connues.

Cette voie de travail reste donc psychothérapeutique au sens restreint du terme⁷, elle est fondée sur une relation individuelle avec un psychothérapeute particulier dont le patient est le sujet.

Dans les cas où finalement le patient refuse délibérément de s'engager dans cette direction, le thérapeute lui conseille de retourner voir l'autorité de tutelle qui le contraint au traitement pour discuter de son ordre et de ses arguments. En finale, l'autorité le déliera de cette obligation ou le renverra vers le thérapeute fort d'une discussion dont il ne fallait pas faire l'économie.

L'expérience montre que l'aboutissement est positif dans la grande majorité des cas et que ces patients sont, la plupart du temps, accessibles à ce dispositif dans un délai de quelques semaines ou quelques mois, à raison d'une ou 2 séances par mois. Parfois il est peut être utile de réserver des délais plus long mais il faut alors commencer le traitement en prison pour être en condition de sécurité . Moins de 5 % des patients ont finalement refusé cet engagement et seuls 1 ou 2 cas par an retournent vers le Juge ou la Commission pour discuter des raisons et du bien fondé du traitement auquel ils sont contraints, discussion qui leur est finalement profitable (disent-ils avec du recul).

Fermeté, patience, douceur et confiance en l'autre sont les dispositions du thérapeute à ce stade qui peut évoquer des situations d'aide parentale à un jeune enfant angoissé qui exige des gestes de son environnement alors qu'il a à surmonter sa propre peur.

3.2.2. Les problèmes de vie de l'abuseur sexuel et du délinquant

La reconnaissance des abus et des actes délinquants est important à long terme mais ne constitue pas une condition de départ et n'est pas souvent le motif initial d'une consultation psychothérapeutique. C'est généralement la peur et la frustration dans un rapport à une autorité qui se révèlent être extrêmement menaçantes, tant au niveau de la perte de satisfaction que de l'angoisse d'en manquer. L'aveu d'abus (la plupart du temps minimisés, justifiés, requalifiés) autant que le déni sont à examiner minutieusement sous cet angle.

Le plus important est qu'ils expriment qui ils sont dans leur histoire, dans leurs relations, dans leurs activités - en définitive dans leur "économie affective". L'identité, les préférences sexuelles, les relations aux pairs, aux aînés et aux enfants, les rapports à la Loi, les angoisses et désirs, les forces et les faiblesses, les manières de négocier sont autant des aspects importants dans la manière de "désirer et de prendre ce qui est utile pour soi-même" en rapport avec les manques les plus essentiels de sa vie, fut-ce en volant, en forçant, en abusant, en violant ou en détruisant autrui. Les actes délinquants incriminés prennent alors sens, autant que des autres abus et violences commis par la même personne mais non sanctionnés par la justice.

Nous constatons que les patients abuseurs sexuels cachent ou se cachent à eux-mêmes une partie de ce qu'ils sont, et ce le plus longtemps possible. Ils ont du mal à se reconnaître dans les représentations que leur entourage et les professionnels, qui les connaissent, se font d'eux et de leurs actes. Le thérapeute doit éviter la complaisance ou la naïveté dans l'acceptation de l'image que l'abuseur tente de donner de lui-même. Le thérapeute se doit, tout

⁷ PIHET, B., « La psychothérapie pour les pédophiles contraints au traitement », ONE, Octobre 1997

autant, de ne pas lui imposer ou le soumettre à une image qui ne serait issue que de ses propres démons.

Evidemment les différents diagnostics des expertises, des encadrements pénitentiaires et des approches thérapeutiques abordent ces questions et les examinent par des raccourcis qui conduisent à des certitudes ou plus souvent à des hypothèses. Il reste que, dans un contexte de traitement, la connaissance du soignant ne suffit à enclencher des changements et qu'il est du plus grand intérêt, quand c'est possible, que le patient parvienne à sa propre expression sur ses difficultés à résoudre.

La confiance du patient est essentielle à cette deuxième prise de risque, à cet attitude d'abandon plus engagée encore que dans le premier stade. Souvent le patient cherche ici encore une alliance avec le thérapeute qui peut être concédée sur la légitimité des émotions, des attirances et des préférences sexuelles, aussi des angoisses et désirs de toute sorte. Il est même utile et juste que le patient abuseur sexuel trouve qu'il a bien une humanité commune avec le thérapeute lui-même sur ces points même s'ils la gèrent ou l'ont gérés très différemment. Suivant que le thérapeute est homme ou femme, jeune ou expérimenté dans sa vie affective, ces questions nécessitent des approches différentes.

3.2.3. Lien psychothérapeutique

Des changements peuvent être obtenus de différentes manières, par exemple par des voies médicales, d'apprentissages comportementaux ou cognitifs, par des voies externes comme le contrôle, aussi par l'ancrage dans de nouveaux dispositifs relationnels_

Les psychothérapies que nous proposons à nos patients sont basées sur la recherche de changements relationnels au travers de la relation avec le psychothérapeute. Sans que cela ne soit explicité et que cela ne fasse l'objet d'un effort ou d'une volonté du patient, le thérapeute considère que tout ce qui est apporté dans la psychothérapie par le patient est le matériau d'une relation avec le psychothérapeute par lequel le patient cherche à exister et à équilibrer son économie affective.

Il peut par exemple être non impliqué, s'abandonner à sa pathologie voire s'adonner à sa perversion. Il peut aussi s'ouvrir de ses désirs et angoisses les moins facilement vivables pour parvenir à les supporter, voire y trouver des issues satisfaisantes.

Nous sommes très prudents sur les changements que ces "laboratoires" peuvent augurer spécialement sur les structures de personnalité, sur les préférences sexuelles, sur le contrôle de modes relationnels et sur les passages à l'acte.

Néanmoins ces grands travaux provoquent des réaménagements dans la manière de vivre des patients. Ils s'avèrent positifs et décisifs par rapports aux problèmes et aux risques qu'il convient de combattre et ce sur des longues durées. Plus de recul sur ces expériences, les recherches et évaluations nous éclaireront dans les prochaines années sur les gains obtenus. Cependant les résultats cliniques individuellement observés nous encouragent à poursuivre.

C'est à ce stade que les séances peuvent être les plus nombreuses. C'est aussi à ce stade s'il ne parvient pas à s'amorcer que nous nous demandons s'il ne faut pas orienter le patient vers d'autres types de traitements en remplacement ou en complément.

3.2.4 Consolidation

Au bout d'un temps de travail raisonnable, eu égard aux capacités du patient et du thérapeute, aussi aux durées des contraintes judiciaires qui pèsent sur le patient, le thérapeute mesure les gains obtenus.

L'estimation des gains avec le patient porte sur la connaissance des difficultés rencontrées par le patient, sur l'évolution de la nature de ces difficultés et sur les capacités à les résoudre socialement et personnellement de façon satisfaisante quand elles persistent. Elles peuvent être appréciables, raisonnablement suffisantes ou au contraire insuffisantes.

Le traitement peut être terminé, réorienté ou poursuivi par des dispositions externes qu'il faudra envisager avec le patient, voire avec son entourage ou avec l'encadrement institutionnel ou professionnel.

C'est aussi à ce stade que peuvent s'envisager les réparations que le patient pourrait entreprendre dans la restauration de son être d'homme, d'époux, de père, d'adulte, vis-à-vis des pairs, des enfants, de ses propres enfants.

3.3. Evaluation globale

L'expérience de la psychothérapie, bien connue de la plupart des psychothérapeutes pour l'avoir vécue, conduit à éprouver une économie affective nouvelle qui est de meilleure qualité. Elle procure plus de satisfaction personnelle, non seulement par le plaisir obtenu et la tranquillité gagnée lors des frustrations, mais aussi qu'elle génère la capacité à participer à la satisfaction d'autrui et à initier les plus jeunes à cette sagesse.

Nous avons observé qu'avec les abuseurs sexuels comme les autres patients, la psychothérapie débouche sur des relations dans lesquelles l'économie affective du patient est plus satisfaisante pour lui tout en respectant davantage la libre disposition d'autrui et la protection définie pour les enfants, principes garantis pour chacun à travers les lois.

Avec les abuseurs sexuels, la psychothérapie est bien plus difficile qu'avec les autres clients. Néanmoins, il est possible de l'enclencher et de supporter son déroulement. Des patients s'y attachent et y apprennent à vivre nouvellement. La faiblesse intellectuelle, la carence affective ou les pathologies narcissiques fréquentes chez ces patients ne la rendent pas automatiquement impossible et stérile comme il est prétendu parfois. Il faut la mener très différemment que dans le cas de ces patients qui n'en peuvent plus de leurs souffrances et chaque jour nous la conduisons plus loin.

4. ACTIVITES DE COLLABORATION

Sur le plan local, des rencontres ont été organisées pour améliorer les procédures de collaboration, la qualité des interventions. Les services concernés sont le service de probation, l'Unité d'Observation et de Traitement de la prison de Tournai, le Service d'aide à la Jeunesse, le Service de Protection Judiciaire et le Parquet.

Des rencontres ont également eu lieu à propos de dossiers individuels. Plus longuement, à l'échelon régional, communautaire et fédéral, de nombreuses contributions ont été apportées à des Commissions d'experts (Exploitation sexuelle des enfants...), à des comités d'accompagnement d'action préventive (Théâtre du Copion, Sancores...) et à des formations et supervisions de professionnels (agent CPMS et IMS, personnel d'hôpital psychiatrique, service de santé mentale...).

Nous avons également participé au Congrès international de Barcelone sur les maltraitements infantiles (ISPCAN), un voyage d'étude au Canada sur la crédibilité des déclarations des victimes et auteurs d'abus sexuels, à la coopération Belgo-Tunisienne organisée par l'UNICEF sur la protection des enfants en matière d'abus sexuel. Nous avons enfin fait des sessions d'étude sur les programmes de traitement d'abuseurs sexuels avec F. Giaretto (USA) et avec R. WIRE (UK).

PARTIE III :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI

HOPITAL VINCENT VAN GOGH

Docteur Yves Depauw

Le Docteur Yves Depauw, neuropsychiatre, créateur de l'Unité de sexologie au CHU de Charleroi dans les années 80, initiateur d'un programme de traitement hospitalier pour les agresseurs sexuels depuis 1995, de la Plate-forme « thérapeutes magistrats » à Charleroi, expérience thérapeutique à la prison de Jamioulx.

Et son équipe :

P. Collart : maître en sociologie, licencié en sciences de la famille et de la sexualité

M. Heremans : ergothérapeute, psychothérapeute

J. Recher : infirmière

A. Sergi : secrétaire

1. INTRODUCTION

L'unité de Sexologie du C.H.U. de Charleroi existe depuis une dizaine d'années. Celle-ci accueille, dès le départ, de rares patients paraphiles. Depuis environ 5 ans, le nombre de ces patients ne fait que croître. Dès le début de l'année 1995, la nécessité d'une structure tout à fait spécifique à ces prises en charges devient évidente.

Le Groupe E.P.C.P. (Evaluation et Prise en Charge des Paraphilies), actif depuis le début de l'année 1996 prend ces patients en charge, après une évaluation diagnostique - qui comprend, de manière systématique, une journée d'hospitalisation diagnostique -, sous la forme d'hospitalisations de jour thérapeutiques.

Par ailleurs, ce groupe E.P.C.P. prodigue également des interventions en thérapie de groupe (notamment le samedi), ainsi que toutes les formes classiques de consultations, telles que des séances individuelles, la thérapie de couple et la thérapie familiale. L'utilisation d'une médication, antiandrogénique ou autre (SSRI, neuroleptiques) est également possible.

En ce qui concerne les patients pris en charge dans le milieu hospitalier, notons qu'ils répondent, outre le diagnostic de paraphilie, à des diagnostics psychiatriques justifiant une prise en charge hospitalière.

De plus, ce type de prise en charge au sein d'un Hôpital psychiatrique général, évite la stigmatisation de ces patients (facteur essentiel lorsque l'on songe à la réinsertion adéquate ultérieure).

L'importance des abus sexuels sur mineur dans nos sociétés sera clairement soulignée lorsque l'on considérera que 25 % des femmes et 15 % des hommes adultes vont rencontrer, au cours de leur développement la problématique de l'abus sexuel.

Par abus sexuel, il faut bien sûr considérer non pas seulement le viol, mais toutes les formes de comportements sexuels abusifs de la part d'un adulte vis-à-vis d'un mineur (allant du harcèlement verbal en passant par l'exhibitionnisme, et allant jusqu'aux attouchements, voire au viol).

Nous constatons l'ubiquité du problème qui touche, par ailleurs, tous les niveaux de la société.

C'est ce constat qui nous a amené à envisager la prise en charge des paraphiles sur un mode global (qui se développe selon deux axes, l'axe diachronique, suivant tout le parcours du patient depuis la révélation des faits ; et l'axe synchronique, en vertu duquel toutes les personnes et tous les intervenants pertinents dans l'histoire du patient sont mobilisés dans le suivi et coordonnent leurs actions).

Notons encore, pour la Belgique, qu'il faudra, pour l'année 1998, assurer la prise en charge de plus de 1000 paraphiles en post-carcéral (ceci n'incluant pas les demandes spontanées qui sont en croissance manifeste...).

Outre les prises en charge intra-hospitalières et les différentes interventions en psychothérapie en dehors de l'hôpital, nous pensons qu'il faudrait pouvoir assumer :

- l'hébergement de court ou moyen terme, le cas échéant ;
- la possibilité, pour le paraphile, d'obtenir un entourage accueillant au cours de la journée en dehors des séances thérapeutiques (foyer d'accueil, aspect occupationnel, ...) ;
- l'assistance à la résolution des questions socio-économiques (gestion du statut social, recherche d'emploi compatible avec la paraphilie - notamment pour les enseignants ne pouvant bien sûr plus exercer leur métier, etc.) ;
- la mise à l'abri dans le cadre de l'évitement de la récidive ;...

2. PHILOSOPHIE

La notion d'un « fil conducteur » dans la prise en charge des paraphiles...

Notre attitude « à priori », repose sur l'idée de « trajectoire », des patients, particulièrement dans cette problématique médico-légale posée par la paraphilie.

La notion de « trajectoire » permet d'envisager **la présence d'une équipe de référence constante** au cours du temps, **facteur essentiel dans la structuration adéquate de l'individu.**

Cette équipe, présente tout au long de la trajectoire est un élément indispensable au **respect de l'individu** (non pas, bien sûr, de ses actes), en évitant la pratique trop fréquente du transfert d'un individu d'un intervenant à l'autre.

L'encadrement sera d'autant mieux installé par une telle équipe qu'il assurera la thérapie avec la fréquence et la durée nécessaire, instaurera un éventuel traitement chimique ; poursuivra la prise en charge aussi longtemps que nécessaire, cette prise en charge (et cet accompagnement), tenant compte des « **différents temps repères** » qui sont à considérer:

1. le moment de la *révélation* ;
2. L'intervalle *révélation/jugement*, comprenant la *vie extra carcérale*, les mesures alternatives et/ou la détention préventive ;
3. le *jugement* ;
4. *l'après-jugement I* comprenant la *vie extra carcérale* avec ou sans contraintes, l'incarcération, le post-carcéral assorti de contraintes, le long court, avec l'utilisation éventuelle de la disposition légale jusqu'ici désuète de « mise à disposition du Gouvernement » ;
5. *L'après -jugement II* alors qu'il n'y a plus de contraintes judiciaires.

Nous pensons qu'une équipe de référence doit être présente tout au long de ce parcours.

Ce sera à travers une connaissance de l'individu (suivi longitudinal) que pourra s'installer l'encadrement dont nous parlions, qui offrira, sans doute, les meilleures garanties de réinsertion, incluant un fonctionnement familial le plus harmonieux possible.

L'évocation de la dynamique familiale a largement sa place dans notre approche surtout si l'on a à l'esprit l'ubiquité de la problématique posée, ainsi que la connaissance que celle-ci se situe, pour l'essentiel (80 %) en intrafamilial .

Ceci recouvre ce que nous citons dans notre introduction lorsque nous parlions de prise en charge familiale.

2.1. L'axe diachronique

L'objectif poursuivi à ce niveau est de considérer l'équipe thérapeutique comme une référence pour le patient, tout au long du parcours qui suivra la révélation des faits.

De cette référence dépendra la continuité du suivi et donc la cohérence de la prise en charge. C'est en effet, selon nous, la seule manière de pouvoir intégrer dans la thérapie, les différents événements consécutifs au dévoilement des comportements sexuels déviants.

Rappelons ici que la connaissance par l'équipe thérapeutique⁸ des comportements sexuels déviants est très progressive, que le patient minimise souvent ce qui s'est passé et élude - consciemment ou pas - certains aspects de sa problématique.

Cette connaissance du patient, le temps passé avec lui, la présence de l'équipe thérapeutique lors des moments difficiles de sa vie (jugement, incarcération, séparation, etc.) permet de passer d'une logique de contrainte (ce qui représente la majorité des cas) à une logique de collaboration entre le patient et le thérapeute.

⁸ Qui, dans notre cas, n'a pas accès à l'éventuel dossier judiciaire du patient.

C'est là un élément essentiel de la gestion du risque de récurrence, à la fois parce que la connaissance du patient permet une meilleure estimation du risque de passage à l'acte et parce que la logique de coopération thérapeute/patient autorise ce dernier à un recours plus aisé à l'infrastructure thérapeutique disponible pour gérer les situations de crise (garde téléphonique 24/24, service d'urgences psychiatriques) .

La continuité de la prise en charge permet une organisation et une adaptation cohérente des modalités de traitement en fonction de l'avancement du patient dans le processus thérapeutique.

Au-delà des aspects purement thérapeutiques de la prise en charge, la continuation du suivi doit également s'adapter à l'éventuel parcours judiciaire du patient.

La prise en charge globale telle que nous la concevons demande qu'idéalement, l'équipe thérapeutique soit impliquée dans le suivi de la personne qui présente des comportements sexuels déviants, dès la révélation des faits. De cette manière, la référence s'installe dès le départ et tous les événements que va connaître le patient vont pouvoir être utilisés et interrogés, dans une optique thérapeutique, pour accéder au sens des comportements sexuels déviants et à leur conséquence pour l'intéressé et la victime.

D'un point de vue pratique, par exemple, le patient est susceptible de passer du temps en prison, avant ou après le jugement. Il s'agira donc d'initier ou de poursuivre la prise en charge thérapeutique en milieu carcéral. Celle-ci sera, bien sûr, limitée en temps et en moyens.

L'essentiel reste pour nous de maintenir le contact de façon très régulière avec le patient.

2.2. L'axe synchronique

Le deuxième aspect de la prise en charge globale concerne la concertation et l'harmonisation des interventions des différents acteurs mobilisés par la mise à jour d'une situation d'abus sexuels.

Ces acteurs sont de différents ordres.

D'abord, l'abuseur lui-même, que nous nous efforçons de rendre acteur et non spectateur de sa prise en charge. Ensuite, sa famille et ses proches, parmi lesquels se trouvent peut-être la ou les victimes.

Enfin, l'ensemble des intervenants psycho-médico-sociaux et judiciaires.

Considérer l'abuseur comme acteur et non comme spectateur de son traitement se concrétise par la nécessité d'une reconnaissance de la problématique sexuelle⁹. Il s'agit là de la première étape qui décidera de son acceptation dans le programme thérapeutique.

Ensuite, l'implication réelle dans les séances thérapeutiques est continuellement favorisée, en s'efforçant de rendre les patients responsables du contenu des séances thérapeutiques par l'identification de leurs propres besoins .

⁹ Précisons qu'il s'agit pour nous, dans un premier temps, d'atteindre la reconnaissance d'une problématique et non pas nécessairement des actes, ce qui, comme nous l'avons déjà souligné, est généralement très progressif.

D'autre part, **une attention particulière doit être portée aux relations entre les thérapeutes et les magistrats.**

En effet, si les objectifs thérapeutiques et judiciaires se rejoignent in fine (à savoir la protection de la société et l'intérêt pour l'individu), les modes d'action sont parfois incompatibles et généralement non concertés.

Par exemple, le juge peut contraindre l'abuseur à un suivi thérapeutique alors que les thérapeutes vont estimer que la personne ne peut être intégrée dans un programme.

Le constat de cette situation nous a amené à créer ce que nous avons appelé une plate-forme de réflexion thérapeute/magistrat dont l'objectif est de réfléchir à l'harmonisation des interventions dans les situations d'abus sexuels (précisons qu'il ne s'agit pas d'aborder des situations précises, ce qui violerait le secret médical et/ou le secret de l'instruction).

Cet abord concerté permet de prendre en compte les éléments indispensables à l'intervention thérapeutique et les mesures nécessaires de protection de la société et de sanctions.

Ce groupe de réflexion a ainsi en chantier des propositions quant à la gestion de la détention préventive (par exemple, impliquer le thérapeute dès le moment où le mandat d'arrêt doit être décerné, pour évaluer immédiatement la possibilité d'une prise en charge thérapeutique), quant à la gestion du secret de l'instruction et du secret médical.

Cette plate-forme de réflexion compte également parmi ses membres un représentant de l'Ordre des Médecins.

L'idée sous-jacente à ce travail de réflexion est de ne plus voir l'appareil judiciaire comme le centre nécessaire d'un processus autour duquel gravitent une série d'intervenants, mais de considérer le travail de tous les intervenants comme centré autour d'une problématique que l'on s'efforcera de prendre en charge de la manière la plus complète possible.

2.3. Conclusions

L'idée d'une prise en charge diachronique et synchronique du patient par une équipe de référence apparaît comme la seule possibilité de tendre vers une approche globale de la problématique des abus sexuels.

Le suivi longitudinal du patient par une équipe thérapeutique à laquelle il pourra continuellement se référer, est, pour ce patient, la meilleure garantie d'une réinsertion satisfaisante sur le plan comportemental et social.

La prise en charge synchronique vise à l'harmonisation des interventions de l'ensemble des acteurs mobilisés par la situation d'abus, crée le contexte idéal pour une prise en charge la plus cohérente possible de l'abuseur et pour une intégration la plus complète possible des différentes attentes émises par la société (sanctions, traitement de l'abuseur, soins aux victimes, évitement de la répétition des abus...).

Il nous faut dire un mot quant au choix des modèles thérapeutiques et souligner que les méthodes comportementalistes sont certes utiles, voire nécessaires (notamment dans l'évitement de la récurrence), mais il importe de les placer dans les temps et dans les indications adéquats.

Nous utilisons d'autres approches thérapeutiques et notamment l'analyse transactionnelle qui présente un intérêt réel dans le réaménagement du fonctionnement de l'individu.

Bien entendu, le background psychanalytique fait partie d'une prise en charge au long cours et sera privilégié, à certains moments, pour certains patients.

3. APERÇU DE NOTRE RAPPORT D'ACTIVITE.

Rappelons ici que notre équipe E.P.C.P. fait appel à un neuropsychiatre, à un sociologue-sexologue, à une thérapeute ergothérapeute, à une infirmière, à un kinésithérapeute-sophrologue et à une secrétaire.

Par ailleurs, nous faisons appel, plus ponctuellement à un juriste et à un endocrinologue.

L'intégration de ce programme spécifique au sein d'une structure hospitalière générale et psychiatrique permet de recourir facilement à une gamme très large de ressources utiles pour le diagnostic et la prise en charge des paraphilies : unité spécialisée dans le diagnostic psychiatrique, service d'urgence et d'urgence psychiatrique, neurologie, endocrinologie, service social.

La structure d'hospitalisation de jour est utilisée dans le programme de base du groupe E.P.C.P. et l'hospitalisation complète des patients est envisageable dans les cas qui le nécessitent.

L'hétérogénéité de la population des abuseurs sexuels rend nécessaire la recherche d'un équilibre entre les objectifs généraux et la prise en charge thérapeutique et la réponse effective aux besoins thérapeutiques spécifiques de chaque patient.

Il y aura donc à distinguer les hospitalisations de jour thérapeutiques comme élément central du traitement et les interventions spécifiques à chaque patient. L'ensemble de ces dimensions vont s'articuler dans le modèle de prise en charge thérapeutique que nous mettons en oeuvre.

3.1. Population

De mars 1996 à mars 1998, nous avons rencontré plus de 175 demandes pour traitement.

Actuellement, nous traitons, à travers différents groupes thérapeutiques, 64 patients paraphiles. Parmi l'ensemble des problématiques énoncées lors du premier contact, nous pouvons retenir que :

- pour 78 %, il s'agit de viols ou d'attouchements sexuels ;
- pour 17 %, il s'agit d'exhibitionnisme ou de voyeurisme ;
- pour 5 %, il s'agit de paraphilies non spécifiées (coups de téléphone obscènes, revues pédophiles, paraphilies multiples, ...).

Cette population de 175 abuseurs sexuels est très hétérogène.

En ce qui concerne la structure de personnalité : on retrouve (n=60) :

- 30 % de névrosés ;
- 26 % de psychopathes ;

- 20 % de pervers ;
- 12 % de psychotiques ;
- 12 % de pathologies organiques.
- Le statut socio-économique de ces patients est tout aussi hétérogène.

3.2. Activités thérapeutiques, de recherche-action, d'information

1. **Nous avons travaillé durant la période considérée, à travers un groupe pré-thérapeutique au sein de la prison de Jamioulx.** Ce groupe est destiné aux détenus paraphiles et fonctionne de manière hebdomadaire depuis le 20 décembre 1996. Il a lieu le jeudi soir, durant deux à trois heures.

Il concerne couramment une quinzaine de patients actifs qui débutent une prise en charge, ou qui poursuivent le traitement déjà entrepris auparavant en milieu hospitalier.

Certains d'entre eux intègrent la prise en charge en milieu hospitalier après leur libération (assortie de mesures probatoires ou non).

2. **Journées thérapeutiques (hospitalisations de jour).** Ce modèle a vu le jour au début de l'année 1996, répondant à la demande toujours croissante de prise en charge de déviants sexuels.

Cette journée offre, bien entendu, une structuration importante.

Actuellement, nous travaillons les lundis et jeudis, toute la journée.

Nous accueillons 12 patients par journée.

Par ailleurs, nous travaillons également en groupe avec les accompagnants (les conjoints, partenaires ou proches des patients déviants).

L'objectif premier de ce groupe est d'identifier et de structurer les modalités de contention des patients paraphiles dans leur vie quotidienne.

3. **Contacts avec les institutions pénitentiaires** Nous avons des contacts privilégiés avec l'U.O.T. de la prison de Jamioulx.

La connaissance des patients acquise lors du travail en groupe pré-thérapeutique, permet notamment d'affiner le diagnostic de l'U.O.T. et de proposer des conclusions plus pertinentes lors de la rédaction des rapports U.O.T.

Par ailleurs, la rencontre de l'U.O.T. permet aux thérapeutes de mieux ajuster leurs démarches.

La communication d'éléments du groupe pré-thérapeutique à l'U.O.T. a fait l'objet d'une discussion préalable au sein du groupe pré-thérapeutique.

4. **Plate-forme de réflexions thérapeute/magistrat.** Cette plate-forme poursuit son travail de manière régulière.

Les questions abordées plus spécifiquement concernent les mesures alternatives à la détention préventive et notamment la possibilité pour l'équipe E.P.C.P. de donner une information quant à ses possibilités de prise en charge d'une personne au moment de la décision de mesures alternatives ou de détention préventive.

La problématique du contrôle du respect des conditions fixées par les mesures alternatives, contrôle dont l'équipe E.P.C.P. est demandeuse est également abordée.

5. **Rencontres avec les intervenants sociaux.** Des contacts réguliers ont lieu avec les différents intervenants sociaux concernés par les problèmes d'abus sexuels, tels que l'A.P.E.P., les maisons d'hébergement, les homes d'accueil pour enfants, les P.M.S. - I.M.S. , etc.

Ces contacts sont des éléments de la stratégie de prise en charge par l'équipe E.P.C.P. qui tente de développer une approche globale des problèmes de déviance sexuelle. Cette approche nécessite l'implication et la coordination de ces différents intervenants.

6. **Activités de recherche.**

Nous travaillons à la mise sur pied d'un protocole de recherche sur l'utilisation des analogues LH-RH (castration chimique). Nous travaillons à la mise en route d'un protocole de recherche utilisant les SSRI comme traitement adjuvant dans la prise en charge des paraphilies.

7. **Conférences.**

Nous sommes très actifs dans les contacts que nous pouvons avoir avec tous les milieux et les intervenants possibles.

A titre indicatif :

Année 1998

- « **Aspects of the Treatment of Sexual Offenders in Hospital** », P. Collart, Y. Depauw et al., communication dans le cadre de la « **5th International Conference on the Treatment of Sex Offenders, Caracas, Venezuela, 22-27 March 1998** ».
- « **Combining Sanction and Treatment : A New Integrated Approach to Sexual Deviancy** », Y. Depauw, P. Collart et al., communication dans le cadre de la « **5th International Conference on the Treatment of Sex Offenders, Caracas, Venezuela, 22-27 March 1998** ».

Outre ces conférences internationales, nous avons eu :

- une séance d'information pour l'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise de formation des médecins généralistes) à Luxembourg.
- une approche théorique et clinique pour SOS Enfants du Centre à La Louvière.

Année 1997

- "The Treatment of Sexual Abuser Requires Longitudinal Care and Global Approach", Y. Depauw - P. Collart, communication dans le cadre du "13th World Congress of Sexology : Sexuality and Human Rights", Valencia, Espagne, 25 - 29/06/97.
- Outre cette conférence internationale, nous avons participé à des séminaires à l'ADES à Louvain-La-Neuve.

- Nous avons animé un séminaire de psychologie médicale à la Faculté de Médecine, U.C.L. à Bruxelles.
- Nous avons également eu des contacts avec le Groupement des Omnipraticiens de Mons-Borinage à Saint-Ghislain.
- Nous avons participé au Forum national : « Les enfants nous interpellent » (Commission Nationale contre l'exploitation sexuelle des enfants).
- Nous avons animé divers séminaires à l'U.C.L., à l'Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité.
- Et bien d'autres...

Année 1996

Il faut relever également toute une série de conférences et de contacts tant avec les hôpitaux, le Palais de Justice de Charleroi, les IMS, l'Institut Emile VANDERVELDE et les Universités.

8. **Que dire des récidives ?** A travers l'analyse des données dont nous disposons actuellement, pour nos patients, nous dégageons un taux de récurrence approximatif de 4,7 %.
- Bien entendu, cette donnée doit être prise pour ce qu'elle vaut. Il s'agit d'une analyse sur environ 3 années pour une file active concernant 65 patients.

PARTIE IV :
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL PSYCHIATRIQUE DE TOURNAI
« LES MARRONNIERS »
CONSULTATIONS EXTERNES - « LES JASMIN »

Docteur Jacques Antoine

Rapport rédigé par Mme Debruyne, psychologue au Service Psycho-social à la Prison de Mons sur base des travaux : du Docteur Antoine ;

Le Docteur Jacques Antoine, neuropsychiatre, attaché de 1977 à 1997 à l'établissement de défense sociale de Tournai, formé en thérapie cognitive et comportementale notamment en alcoolisme et en déviance sexuelle et assurant les consultations externes à l'hôpital psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai.

Des Docteurs Smets, Daillet, Theys ;
Des psychologues Dumoulin, Hermans, Lienard, Remy et Samijn.

1. INTRODUCTION

« Les Jasmins » est une maison située à Tournai et contiguë au Centre Hospitalier Régional « Les Marronniers ».

Au sein de ce service, est effectué le continuum des suivis de patients libérés provenant de l'établissement de défense sociale faisant partie du Centre Hospitalier.

Parmi cette clientèle de patients libérés ou en procédure de libération, 80 % d'entre eux avaient fait l'objet d'un internement pour délit de nature sexuelle.

La spécificité du travail du Docteur Antoine avec la population des internés l'a également amené à travailler avec des sujets provenant d'autres horizons comme les services de probation mais aussi quelques patients venus de leur plein gré sans mesure de contrainte légale.

L'essentiel de son travail est d'offrir, à certains d'entre eux, une médication antiandrogénique, une médication psychiatrique si la problématique du sujet est de cet ordre ainsi que deux autres volets adjoints au travail thérapeutique à visée plutôt orthopédagogique que sont les habiletés sociales et l'éducation sexuelle affective.

D'un autre côté, le Docteur Smets, médecin-psychiatre à l'établissement de défense sociale, développe une consultation pour les patients libérés à l'essai de manière à leur assurer un prolongement adéquat au travail effectué à l'intérieur de l'établissement.

Elle effectue ainsi plusieurs suivis en utilisant des techniques de psychothérapie psychodynamique.

La pluridisciplinarité du travail de ces experts représente un terrain fécond à l'installation récente (1998) d'une équipe utilisant des techniques de traitement de courants différents ainsi qu'une multidisciplinarité des fonctions avec les psychologues qui y travaillent actuellement.

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE DELINQUANTS SEXUELS SUIVIE EN «EXTERNE »¹⁰

2.1. La population

- Sont compris tous les sujets internés pour faits de mœurs relatifs à la loi du 13 avril 1995 (mineurs de moins de 16 ans), mais également les autres faits de mœurs incluant les autres victimes ainsi que les violences familiales passionnelles.
- Sont comprises les agressions à caractère sexuel aboutissant au meurtre.

La classification de ces sujets relève de la libération à l'essai obtenue ou déjà en cours en 1997 ainsi que ceux bénéficiant d'une procédure de congé isolé ou renouvelable depuis 1997 ou déjà installé auparavant.

Nombre de sujets libérés à l'essai	37 sujets
Avant 1997	25 sujets
En 1997	12 sujets
Nombre de sujets en procédure de congé	34 sujets
Nombre de sujets provenant de l'extérieur	2 sujets
	Total : 73 sujets

2.2. Etude des caractéristiques : description de cette population

TABLEAU 1 = Age

Moins de 25 ans	6 sujets
De 26 à 35 ans	19 sujets
De 36 à 45 ans	27 sujets
De 46 à 55 ans	10 sujets
Plus de 55 ans	11 sujets
	Total : 73 sujets

Le tableau nous apprend que la population considérée pour les faits repris ci-dessus et internée pour ces délits se répartit essentiellement entre 25 et 45 ans (= 60 %).

Nous soulignerons cependant que près de 10 % de cette population a moins de 25 ans.

TABLEAU 2 = Lieu de résidence

Il s'agit ici de relever l'endroit où se sont établis les sujets libérés à l'essai ainsi que les lieux où les sujets passent leur congé. Il aurait été intéressant de pouvoir les comparer à leur lieu de domicile lors de leur internement pour pouvoir déterminer s'il existe ou non un glissement des lieux d'hébergement vers la Région de Tournai, localisation de l'hôpital.

¹⁰ Cet partie fut rédigée sur base des travaux des Docteurs Antoine, Smets, Daillet, Theys, de Mesdames Hermans, Dumoulin, Remy, Lienard et de Monsieur Samijn.

Régions	Nombre de sujets
Ardennes	2 sujets
Ath – Enghien	3 sujets
Bruxelles	11 sujets
Charleroi	8 sujets
France	2 sujets
La Louvière	6 sujets
Liège – Verviers	7 sujets
Mons	12 sujets
Mouscron	5 sujets
Namur	1 sujet
Région flamande	2 sujets
Tournai	14 sujets

Même si la région de Tournai regroupe le nombre le plus important de sujets internés libérés ou en congé, la différence n'est pas significative. En effet, les régions de Mons, Bruxelles et Tournai sont quasi équivalentes dans les choix des internés.

TABLEAU 3 = Les délits

Types de délits	Nombres de sujets
Agression sexuelle sur enfant en contexte extra familial	22 sujets
Agression sexuelle sur enfant en contexte intra familial	26 sujets
Agression sexuelle sur enfant en contexte extra et intra familial	1 sujet
Agression sexuelle sur adulte en contexte extra familial	15 sujets
Agression sexuelle sur adulte en contexte intra familial	3 sujets
Agression sexuelle sur enfant et adulte en contexte extra et intra familial	2 sujets
Meurtre passionnel	1 sujet
Nécrophilie	1 sujet
Agression sexuelle suivie de meurtre	2 sujets
	Total : 73 sujets

Les agressions sexuelles sur enfants sont majoritaires et représentent 67 % des sujets avec une légère prévalence pour l'abus sexuel en contexte intra familial.

Le contexte extra familial se définit par le fait qu'aucun lien de parenté ne lie la victime et son agresseur.

En ce qui concerne l'agression sexuelle sur femme adulte, elle est essentiellement commise par des agresseurs inconnus de la victime et durant des actes isolés.

TABLEAU 4 = Age et Délit

Ages	Agressions sexuelles enfant intra	Agressions sexuelles enfant extra	Agressions sexuelles enfant intra	Agressions sexuelles adulte extra	Agressions sexuelles adulte intra	Agressions sexuelles enfant et	+ Meurtre Agressions sexuelles	Meurtre passionnel	Nécrophilie
Plus de 55 ans	3	5	0	1	1	1	0	0	0
De 46 à 55 ans	6	3	0	0	1	0	0	0	0
De 36 à 45 ans	8	8	1	6	1	1	1	1	1
De 26 à 35 ans	8	2	0	7	0	0	1	0	0
Moins de 25 ans	1	4	0	1	0	0	0	0	0

Ages	Agressions sexuelles sur enfants	Agressions sexuelles sur adultes, meurtre sur adultes, nécrophilie sur adultes	Agressions sexuelles sur enfants et sur adultes
Plus de 55 ans	8	2	1
De 46 à 55 ans	9	1	
De 36 à 45 ans	17	10	1
De 26 à 35 ans	10	8	
Moins de 25 ans	5	1	

Lorsque l'on regroupe les catégories d'agresseurs sexuels sur enfants, la catégorie d'agresseurs la plus représentée se situe dans la tranche d'âge des 36-45 ans. Ceci est également valable pour les agresseurs sur femmes adultes.

Il est à noter que la quasi-totalité (83 %) des abuseurs âgés de moins de 25 ans ont abusé d'enfants. Il en est de même pour les sujets âgés de plus de 55 ans (80 %).

3. LES PROGRAMMES THERAPEUTIQUES

Les différentes possibilités thérapeutiques offertes proviennent de celles mises en place au sein de l'établissement de défense sociale. Quelques patients délinquants sexuels libérés ou en procédure de libération ont la possibilité de bénéficier des techniques de travail suivantes :

- Le traitement antiandrogénique
- L'entraînement aux habiletés sociales
- L'éducation sexuelle et affective

Chacune des formes reprises ci-dessus est explicitée par les thérapeutes qui en ont la charge.

Chaque formule n'est pas exclusive des autres et donc plusieurs propositions de travail peuvent être menées auprès d'un seul sujet.

De plus, chaque patient dispose d'entretiens individuels dans le cadre de son suivi auprès du médecin-psychiatre qui en a la charge.

De manière ponctuelle, les entretiens peuvent se faire en couple ou en famille selon la particularité présentée par le patient.

Dans le cadre du suivi général des 73 sujets, 7 d'entre eux ont bénéficié à un moment donné de leur traitement d'**entretien de couple ou de famille**.

Dans 13 situations, une **médication psychiatrique** est adjointe au suivi global.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques spécifiques, 24 patients disposent d'une évaluation et d'un entraînement aux **habiletés sociales**.

Les habiletés sociales sont un ensemble de capacités spécifiques qui permettent de percevoir et de comprendre les différents messages communiqués par les autres ainsi que de donner des réponses adaptées de façon verbale et/ou non verbale.

Une évaluation de départ est effectuée pour chaque patient sur base d'un matériel audio-visuel mettant en jeu des intervenants se retrouvant en situation de problèmes relationnels. Le patient doit pouvoir identifier et ensuite proposer une résolution à la problématique soulevée.

Enfin, un jeu de rôle est réalisé pour compléter la scénette que le patient a visionné.

Sur base de cette évaluation, un travail des habiletés sociales est organisé par groupe de cinq patients grâce à l'utilisation d'une technique de « jeu des compétences ».

Ce jeu est basé d'abord sur des questions théoriques permettant de mieux intégrer les différents concepts des habiletés sociales et de faciliter leur mise en pratique.

Ensuite, le jeu propose des situations de problèmes simples à identifier, à résoudre et à analyser en fonction de l'opportunité des solutions choisies.

Parallèlement au travail des habiletés sociales, 21 patients reçoivent un apport psychopédagogique relatif à **l'éducation sexuelle et affective**.

Cette technique est proposée aux patients du Docteur Antoine pour lesquels celui-ci estime que des carences éducatives sont présentes.

Les objectifs de cette activité sont de :

1. Fournir au patient des connaissances concernant la sexualité (anatomie, développement sexuel de l'enfant, éducation sexuelle, dysfonctions sexuelles modalités d'expression, choix amoureux, désir d'enfant, ...).
2. Corriger les méconnaissances, les distorsions cognitives.
3. Amener le patient à comprendre sa vie, son éducation sexuelle et affective et à développer une identité sexuelle positive.

Enfin, une troisième forme d'intervention thérapeutique est administrée à 28 patients du Docteur Antoine.

Il s'agit de **l'utilisation des analogues de la LH-RH** dont l'objectif est de réduire l'activité sexuelle déviante.

Cette médication agit sur les taux de testostérone et sur les fantasmes (déviants ou non) obsédants dont se plaignent les patients en dehors de toute exposition à des stimuli érotiques.

4. LES PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 1998

L'intérêt et l'expérience des praticiens des « Jasmins », en matière de délinquance sexuelle est en pleine expansion de manière à offrir un éventail d'activités thérapeutiques en fonction de la problématique présentée par le patient.

Une évaluation systématique de chaque patient permettra une orientation vers les différentes possibilités de traitement.

ANNEXES



ANNEXE 1

Dans ce contexte, nous hospitalisons immédiatement Mr X étant donné son éthylisme. Il signe d'emblée un contrat de 10 jours durant lesquels toute sortie est interdite. Un rendez-vous est prévu avec le couple après 4 jours. Bref, une procédure de prise en charge cohérente démarre.

Malheureusement, le 3ème jour, le patient quitte l'hôpital sans aucun avis de notre part (sortie exigée). Dès le lendemain, nous lui envoyons une lettre recommandée dans laquelle nous précisons que sans contact urgent avec lui, nous ne pourrions pas taire auprès de la justice, le risque de récidive évident.

Sans nouvelles de sa part 10 jours après notre courrier, nous prenons contact avec le substitut du Procureur du Roi de garde. Notre demande, étant donné le risque, consiste en ce qu'une pression puisse être exercée auprès du patient, par le judiciaire, de manière à pouvoir le réinsérer dans un cadre cohérent. Le patient sera rapidement arrêté. Lorsque les gendarmes le rencontrent et le questionnent, il passe aux aveux et révèle des faits d'une gravité bien plus importante que ce qu'il nous avait confié. Dans ce contexte, il sera déféré devant un juge d'instruction qui décrètera un mandat d'arrêt et il sera incarcéré.

Par la suite, et sans entrer dans le détail, l'avocat du patient invoquera le dévoilement du secret médical. Le mandat d'arrêt sera confirmé en juridiction d'appel et en Cour de cassation.

Depuis lors, le patient a été jugé et condamné à 4 ans de prison. Le juge du fond a clairement estimé que, certes il y a bien eu dévoilement du secret, mais que ce dévoilement était excusable (voire justifié), étant donné l'état d'absolue nécessité dans lequel se trouvait le praticien.

Un mot du cheminement qui nous a conduit à prendre en charge des abuseurs sexuels

En 1987, s'ouvrait, à l'Hôpital Van Gogh, une unité de sexologie qui d'emblée traitait les problèmes de dysfonctionnements sexuels. Depuis environ cinq ans, les problèmes liés aux paraphilies ont constitué un nombre toujours croissant de demandes de prise en charge.

A cet égard, il est intéressant de rappeler des chiffres cités par C. Marneffe (VUB) (2): en 1992, en Belgique, il y a eu 2.015 cas connus d'enfants victimes d'agressions sexuelles (1 enfant sur 1.000). Ces abus sexuels sont intrafamiliaux dans 82% des cas et l'âge moyen de la victime est de 10 ans. Par ailleurs, pour JY Hayez (UCL), jusqu'à 45% des femmes auraient été confrontées à des abus sexuels durant leur enfance. Pour notre part, au regard de la littérature, un chiffre de 25% devrait être retenu comme réellement fiable (3). Notons encore que les hommes auraient été confrontés aux abus sexuels dans une proportion de 1 pour 2,5 à 3 femmes.

L'équipe, intervenant au niveau des prises en charge des troubles sexuels, peut impliquer des intervenants tels qu'un neuropsychiatre, un urologue, un chirurgien, un neurologue, des psychologues, un sociologue (licencié en sciences de la famille et de la sexualité), une infirmière, des ergothérapeutes, un kinésithérapeute-sophrologue, un juriste.

Quelques précisions du contexte théorique

Nous utilisons dans notre démarche, notamment, le DSM-IV. Dans ce manuel, au niveau des troubles sexuels et des troubles de l'identité sexuelle, nous trouvons un chapitre traitant des dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme,...), mais aussi un chapitre concernant les paraphilies, où l'on retrouve l'exhibitionnisme, le fétichisme, la pédophilie, ...

Pour la pédophilie, des critères diagnostiques sont énoncés (Tableau 1). Il est intéressant de relever que dans le critère B, on parle de la présence d'une détresse significative ou d'une inadaptation dans le secteur social, occupationnel, ou dans d'autres secteurs importants du fonctionnement.

Bien sûr, le DSM-IV n'est pas notre seule référence et nous en connaissons les limitations.

A ce titre, il est intéressant de citer ici d'autres définitions:

- celle du Délégué général aux droits de l'enfant (1993) (4): "le pédophile présente un attrait pour des personnes, enfants ou préadolescents qui ne présentent pas encore un développement physique et psychique d'adulte (...). La victime de l'abus est un enfant, c'est-à-dire une personne âgée de moins de 18 ans";
- celle de Y. Haesevoet (1995) (2): "la pédophilie est la prédilection des relations sexuelles entre un adulte et un enfant. Un quart des abuseurs sexuels d'enfants sont des pédophiles, c'est-à-dire spécifiquement orientés sur l'enfant";
- celle de JP. Beine (1995) (2): "la pédophilie est une pulsion sexuelle orientée vers les enfants impubères. La pédophilie n'est pas une maladie, c'est un avatar tragique du destin humain".

Dans le tableau 2, nous reprenons les repères cliniques de R. Coutanceau (1995) (2) qui considère des pédophiles occasionnels, des sujets tripoteurs, des pédophiles prédateurs et des pédoclastes. Notre population est essentiellement constituée des deux premières classes.

Lorsque l'on réfléchit à la problématique avec une vision systémique, force est de constater que l'abus sexuel peut être parfois envisagé comme un mode de fonctionnement homéostatique de la famille. A ce propos, on peut dire qu'il y aurait l'idée plus ou moins partagée que la famille est la chose essentielle à maintenir telle quelle et à protéger au dépens des individus qui la composent. Dans certaines familles, le lien conjugal se trouve désinvesti. Il est possible que l'inceste soit corrélatif à la problématique conjugale.

Tableau 3: Position de l'épouse face aux abus sexuels intrafamiliaux

- Soit elle n'est pas au courant parce qu'elle ne décèle pas les signes visibles de l'abus, car celui-ci est inconcevable. Dans ce cas, elle développera une culpabilité vis-à-vis de l'enfant et une attitude de soutien lors du dévoilement.
- Soit elle est au courant mais préfère se taire. Elle reste fidèle au mythe familial et vise le statu quo. Elle est incapable de prendre parti pour l'enfant. On retrouve souvent dans cette position les femmes en état de dépendance économique et affective par rapport à l'abuseur.
- Soit elle joue un rôle actif dans l'abus commis sur son enfant. C'est une situation minoritaire.

comme moyen, pour le patient, de mieux comprendre sa relation aux autres et de mieux percevoir ses modes fondamentaux de fonctionnement. A travers cette grille de lecture transactionnaliste, le patient pourra initier les changements nécessaires au développement de comportements prosociaux.

Nous utilisons également les techniques d'ergothérapie axées notamment sur l'acquisition des habiletés sociales. Des techniques de sophrologie figurent également au nombre de nos spécificités.

Mentionnons ici un programme thérapeutique type qui comporte:

- l'identification des situations critiques pour le passage à l'acte (le PIC)*,
- le développement de méthodes d'action permettant de ne pas céder au passage à l'acte,
- le réaménagement, plus en profondeur, du vécu de l'individu,
- le recours à l'usage de méthodes spécifiquement orientées vers des problèmes particuliers.

* Il s'agit d'un jeu de mot signifiant à la fois "cochon" et "problem of immediate gratification".

Le cheminement d'un patient

Mr Y se présente aux urgences psychiatriques. Il se définit comme "abuseur sexuel".

Etant donné le bon encadrement par un groupe d'amis du patient, il n'y a pas d'hospitalisation programmée d'emblée.

Tableau 4: Prise en charge thérapeutique des paraphilies

Phase d'intervention	Objectifs	Actions et moyens
1. <u>Prise en charge à court terme/Intervention de crise</u> - Révélation des faits - Crise en cours de prise en charge	- Mise en place du premier cadre de contention - Evitement du risque de récurrence immédiat - Evaluation de la situation - Identification des possibilités de prise en charge et modalités d'intervention les plus adéquates - Première étape de la prise en charge thérapeutique	- Programme diagnostique et évaluation de la problématique - Entretien d'organisation du premier cadre et prise des premières mesures - Mise en place des relations éventuelles avec d'autres intervenants (magistrature, avocats, intervenants sociaux, ...) - Urgences - SICLP - Hospitalisation - Médication
2. <u>Prise en charge thérapeutique à moyen terme</u> 2 à 3 ans	- Evaluation poussée de la problématique - Evaluation de la dangerosité et du risque de récurrence - Evitement du passage à l'acte abusif - Développement de comportements sociaux adéquats - Mise en évidence de l'étendue de la problématique et remède - Elaboration du cadre de contention sociale avec implication de la famille et des proches	- Groupes thérapeutiques "paraphiles" (avec spécificités) - Groupes prise en charge "proches" - Prise en charge psychothérapeutique - individuelle - couple - famille - Méthodes spécifiques aux problématiques individuelles - Coordination action thérapeutique/justice/autres intervenants - Possibilité de retours ponctuels à la phase 1
3. <u>Prise en charge thérapeutique à long terme</u> Pas de limite fixe	- Gestion à long terme du risque de récurrence - Réinsertion la plus harmonieuse possible dans la vie sociale - Travail psychothérapeutique "en profondeur" - Maintien et évolution du cadre de contention sociale vers le long terme - Evaluation à long terme de la problématique et du maintien des acquis	- Plus grande individualisation de la prise en charge (psychothérapie individuelle, de groupe ou familiale) - Orientation du cadre vers le long terme - Programme d'évaluations régulières - Possibilité de retours ponctuels aux phases 1 et 2

Le lendemain, nous rencontrons la compagne de Mr Y ainsi que les parents de la victime. La compagne de Mr Y décide d'une séparation d'emblée.

Le patient a commis un abus sur la personne de la fille d'un couple d'amis.

Les parents de la victime hésitent à déposer plainte.

Cependant, nous découvrons rapidement que Mr Y n'en est pas à son premier abus. Il est par ailleurs enseignant et possède une aura très importante dans son groupe d'amis.

Dans ce contexte, et étant donné la rentrée des classes toute proche, il est impératif que le patient soit écarté de sa fonction d'enseignant. Nous pensons également que, sans une pression suffisante, le patient n'adhérera pas au traitement (qui devrait comprendre la contention satisfaisante du risque de récidive). Devant l'hésitation des parents, nous les encourageons à déposer plainte. Ce fut chose faite.

Le patient entre alors dans le groupe EPCP avec toutes les mesures de gestion du risque de récidive.

Quatre jours plus tard, il y a eu un contact avec le commissaire de police qui a enregistré la plainte.

Au 2ème mois, nous avons des contacts avec un ami proche du patient, en vue d'une participation de celui-ci au groupe des accompagnants...

Deux ans plus tard, le patient participe toujours au programme thérapeutique. Il est bien sûr écarté de sa fonction d'enseignant. Il a été entendu par un juge

d'instruction qui a maintenu des mesures alternatives en attendant un jugement (Tableau 4).

Conclusion

A travers ce court texte, nous tenons à insister sur l'idée d'un suivi longitudinal du patient par une équipe à laquelle il pourra continuellement se référer au travers de toute sa trajectoire, depuis la révélation des faits jusqu'à - et après - une réinsertion satisfaisante sur le plan comportemental et social. C'est à travers le respect de toutes les personnes que l'on peut espérer une bonne prise en charge de la problématique des abus sexuels.

Le groupe EPCP est ainsi amené à suivre un patient dès la révélation des faits, dans le cadre de mesures alternatives ou non, durant la détention préventive et le passage en justice, pendant l'exécution de la peine (emprisonnement), au moment de l'élaboration des conditions de la libération, pendant la libération conditionnelle, et après l'expiration de celle-ci.

Nous sommes conscients que sauvegarder les enfants passe aussi par la prise en charge des abuseurs, qu'il s'agisse de prévention ou de traitement.

Références

1. Selon Gene Abel, une paraphilie peut être active chez des abuseurs des juvéniles dès l'âge de 17 ans. Le groupe des abuseurs juvéniles représente un pourcentage non négligeable de l'ensemble des agresseurs sexuels (Communication orale au Congrès de LAPH, San Diego, Mai 1997).
2. Colloque "La pédophilie. Approche pluridisciplinaire". ULB, 12-13 janvier 1995.
3. Hayes JY. Les abus sexuels sur des mineurs d'âge: incestes et abus sexuel extrafamilial. *Psychiatrie de l'Enfant* 1992; XXXV, 1: 197-271.
4. Rapport annuel 1993-94, Tome 1 et 2 - Rapport annuel 1993-94, Tome 1, 2 et 3.

ANNEXE 2

A paraître 98 - in ONE.CAEM

REFLEXION PARTICULIERE QUANT AU TRAITEMENT DES PEDOPHILES

LA PSYCHOTHERAPIE POUR LES PEDOPHILES CONSTRAINTS AU TRAITEMENT oct-97

Bernard Pihet
psychologue, psychothérapeute, psychosociologue¹¹

Sommaire

La psychothérapie s'organise sur des motivations plus que sur des objectifs. Ses usagers habituels ont des problèmes dont ils souffrent, parfois horriblement, pendant que leurs proches se trouvent impuissants à les aider qu'ils soient soutenant, indifférents ou blessés. Un tiers soignant est alors demandé par les uns ou par les autres pour remédier. La manière du psychothérapeute est un accompagnement intime et respectueux.

Les abuseurs sexuels d'enfants ont aussi des problèmes, mais ce sont les enfants proches qui souffrent. Les remèdes, trouvés par les abuseurs plus ou moins consciemment, consistent en effet à les utiliser au détriment de leur développement. Très souvent les uns et les autres sont piégés dans ce dispositif. C'est un tiers légal qui peut briser le sceau du mal et suggérer qu'à terme il soit remplacé par un tiers soignant pour trouver, en plus de l'interdit, un remède adéquat sur les plans humain, moral et légal. Ce dernier va d'ailleurs être imposé, pendant un certain temps, si l'agresseur sexuel est reconnu délinquant et qu'il est à la disposition de la justice. La motivation de l'abuseur sera à la mesure de la détermination du tiers légal et de l'espérance qu'il trouvera dans le lien au soignant.

La psychothérapie a sa place dans les traitements parce que comme eux elle tend à modifier quelque chose, également dans les traitements imposés suivant le canevas précédent. Cependant les autres traitements se construisent plus explicitement autour de buts à atteindre que de motivations personnelles.

Nécessité sociologique et préventive de traiter

Les nombreux motifs qui justifient qu'un thérapeute et soignant porte un intérêt appuyé à un adulte qui a abusé d'un enfant sexuellement sont de plus en plus développés. Ce sont toujours les raisons d'ordre sociologique et de santé publique qui sont retenues parce qu'elles sont déterminantes du point de vue politique sur les plans de la sécurité des personnes, de la protection des enfants, de la défense des droits, du respect des interdictions, de l'éthique et de la morale. Elles dépendent aussi de l'économie et des coûts des nombreux dispositifs de soins, d'éducation, de police, pénitentiaires et autres impliqués par la pédophilie. Rappelons

¹¹ Centre provincial de Guidance Psychologique de Mouscron (Service de santé mentale), Collaborateur au service SOS Parents Enfants de Mouscron et Tournai de 1985 à 1997, Région wallonne - mission spécifique sur le traitement des pédophiles.

en effet qu'un pédophile¹² est souvent récidiviste, tricheur, impénitent_ et peu atteint par des sanctions moyennes alors que d'autres solutions plus radicales sont difficilement envisageables sans porter atteinte aux droits de l'homme.

De plus, le pédophile porte généralement un préjudice grave aux enfants impliqués, souvent auprès de plusieurs enfants et fréquemment avec un effet transgénérationnel. A ces niveaux, tous les traitements sont rapidement légitimés pourvu qu'ils promettent de diminuer l'occurrence des comportements sexuels abusifs, qu'ils soient médicaux, chirurgicaux ou chimio-pharmaceutiques, cognitifs, comportementalistes, orthopédagogiques, moraux ou psychothérapiques. Peu importe les moyens pourvu qu'on évite la récidive.

Utilité clinique curative de la psychothérapie

La motivation des quelques psychothérapeutes, qui "traitent" des abuseurs sexuels d'enfants, n'est certes pas étrangère à ces constatations épidémiologiques et diagnostiques mais ne leur suffirait pas pour s'investir quotidiennement dans des relations psychothérapeutiques intimes, proches et intenses avec des "violeurs" des enfants, des pédophiles, des pères incestueux_, précisément dans le sens de les aider personnellement et pas seulement dans un objectif prophylactique.

Reprendre l'analyse de cette motivation dans les relations concrètes avec chacun des abuseurs sexuels d'enfants en "traitement", aide le psychothérapeute à fonder l'assise de ce travail, la forme qu'il va prendre, le sens des angoisses, des difficultés et des satisfactions qu'il va y trouver.

Il ne suffit d'ailleurs pas de trouver la force d'entrer dans une relation professionnelle interpersonnelle avec les agresseurs sexuels d'enfants mais il faut encore développer celle de résister ou de négocier avec les opposants aux traitements à commencer par les abuseurs sexuels d'enfants eux-mêmes qui ne voient pas l'intérêt d'une psychothérapie si ce n'est contraints et en tout cas tardivement. En dehors du repentir pour atténuer le problème qu'ils ont avec la justice, avec la morale ou la loi, ils pensent souvent de façon extrême n'avoir aucun problème sexuel ou relationnel et ne pas en avoir causé à la "victime", ou tout au contraire pensent devoir se tuer quand ils commencent à les mesurer. Mais il faut aussi lutter avec bien des professionnels et thérapeutes qui sont opposés à traiter et parfois à ce que d'autres qu'eux les fassent, même s'il est vrai que cela évolue au fur et à mesure des années. L'opposition porte aussi bien sur la représentation qu'ils ont de la nature de ces forfaits ou de leurs auteurs que sur le fait de traiter mais aussi de traiter à la manière psychothérapeutique. Parfois même, l'opposition est latente et se dissimule sous la forme paradoxale d'une sorte de prescription de psychothérapie. Sans y croire du tout, le prescripteur enjoint l'abuseur sexuel d'aller se faire soigner, il ne veut plus le voir, il ne peut plus supporter sa vue ni son existence, c'est à un thérapeute d'assumer son ultime droit à l'humanité. La contradiction tient à la relative utilité ou inutilité des traitements, d'une part, et, d'autre part, à la grande agressivité qu'inspirent ces hommes qui va jusqu'au refus de leur accorder quelque considération que ce soit, voire même les droits élémentaires de la citoyenneté.

C'est ainsi que surgit de façon récurrente la menace de la castration qu'on n'ose pas appliquer ou qu'on adapte dans des formes de plus en plus sophistiquées qu'elles soient chimiques, physiologiques ou psychiques. C'est ainsi que l'appel ou la mise en oeuvre de

¹² "Pédophile" est souvent pris dans ce texte au sens large et commun, synonyme d'abuseur sexuel d'enfant.

certaines traitements appelés "thérapeutiques" ne sont pas des pratiques de santé mises en oeuvre sous forme de service à la personne du pédophile, à sa famille ou à sa(ses) victimes, mais des pratiques de mise à distance qui permettent de soutenir avec le pédophile une coexistence non désirée et qui canalisent l'angoisse et le désir de mort de la communauté.

En réalité, je ne suis pas opposé à envisager ces pratiques, même les plus radicales d'ailleurs, du point de vue de la protection si c'était le seul ou le meilleur moyen de protéger les enfants et si ces questions étaient soulevées clairement et en conscience au regard des lois, des déontologies et des choix moraux.

Dans nombre de cas, les moyens radicaux de la mise à distance, par le meurtre ou la castration (réelle ou symbolique), ou par des sanctions ou des traitements limités à l'objectif de réduire le plus près possible de zéro le risque de récurrence, résolvent partiellement le problème de la protection des enfants non encore atteints. Ce n'est pas négligeable, mais ne résout pas, loin s'en faut, et même parfois complique, le problème de l'enfant déjà atteint. C'est à ce point précis de la conscience clinique du psychothérapeute que s'élabore la motivation à entrer en relation soignante intime, respectueuse et éclairée avec les abuseurs autant qu'avec les enfants. Les abuseurs se perdent dans des relations sexuelles avec des enfants alors même qu'ils tentent de s'y trouver ou de s'y retrouver, et ils entraînent en même temps l'enfant dans une autre perte de lui-même par le même sacrifice de valeurs qui devraient devenir ou redevenir essentielles pour l'un et pour l'autre. Ces travaux sont particulièrement nécessaires dans les abus intra-familiaux et incestueux mais ne sont pas inintéressant dans les autres cas.

Nous ne sommes pas exactement dans le cas d'un délit ordinaire où un hors-la-loi agresse quelqu'un pour lui prendre son bien, bafouer ses droits ou se servir de lui pour sa propre satisfaction. Dans ce cas, la victime identifie l'agression, la défense dont elle a manqué et ce qui lui a été enlevé, au point qu'elle peut porter plainte, demander assistance et même réparation matérielle ou symbolique. Il est des cas où l'agression sexuelle prend cette forme et des cas où la victime parvient à comprendre son viol sous ce regard. Ils seront de ceux qui seront spontanément les mieux assumés et les moins traumatiques. Mais dans la très grande majorité des cas, ce délit ne consiste pas seulement à prendre quelque chose à quelqu'un au mépris de loi mais, en plus, à le prendre lui dans un simulacre d'assistance mutuelle en dehors du monde réglementé, à obtenir malicieusement de lui ou à lui prendre cette adhésion intime, même partielle, qui conférerait à l'affection, à l'amour ou à la jouissance le sens d'une communion plutôt que celle d'une consommation. Le préjudice est d'y avoir été sali et trahi, c'est une partie de soi qui est emportée, c'est l'enfance qui est volée dans le viol, et ce d'autant plus que l'enfant n'a pas la maturité pour riposter à cette pression et que ses liens familiaux sont insuffisamment structurants. Un adulte qui abuse sexuellement d'un enfant, l'abuse nécessairement en lui prenant tout à la fois son corps, son temps, son affection, son adhésion émotionnelle et intellectuelle.

La logique de l'abuseur est toujours adulte, peut-être pathologique ou normale, profiteuse ou irresponsable, déterminée ou infantile, mais pas enfantine en raison de son âge, de son statut social, de ses capacités reproductrices et du développement de ses systèmes sexuels physiologiques, endocriniens, neurologiques et mentaux. C'est en tout cas ce que l'enfant sait. L'enfant va aussi entrer dans cette relation, mais naïvement au moins quelques instants quand elle n'est pas encore sexualisée. Il croit qu'on y partagera certaine affection, certains gestes corporels, émotions et valeurs sacrées, mais dans sa logique d'enfant qui découvre, qui expérimente. Il voit dans l'adulte quelqu'un à aimer voire même à aider, qui lui

apportera quel plaisir mais qui lui permettra aussi d'être plus "grand" et d'être un bon partenaire. Mais il attend de l'adulte qu'il le guide dans les relations, dans les jeux qui initient et ouvrent la voie de la vie, et d'autre part qu'il le protège contre celles et ceux qui ne sont pas à sa portée, l'entraîneraient dans un monde interdit ou exploiteraient son innocence. Quand il ne sait plus, c'est à l'adulte de savoir pour lui parce que le désagrément cache parfois un bien futur mais aussi l'agrément masque parfois un chant de sirène. Plus tard dans la relation abusive, quand l'abuseur le met au centre d'une relation sexualisée, érogénisée et adulte, l'enfant découvre toujours trop tard que ce sont des manières malsaines et dangereuses pour lui. Il ne devait pas les connaître, il ne pouvait pas les anticiper, il est seul, il est utilisé, peut-être sacrifié par un adulte dont il attendait beaucoup et en tout cas autre chose.

Vouloir détruire ou tuer l'agresseur, l'humilier, lui faire tout cracher_ ce n'est pas rendre à l'enfant ce qu'il lui a pris, c'est jeter et détruire en même temps ce qui lui a été pris, c'est-à-dire une partie de lui-même et l'expérience d'une relation qui dans bien des cas à été porteuse d'un espoir échoué. Il faut arrêter l'abuseur, pour que l'abus cesse, pour le respect de loi, pour rejoindre le désir de l'abusé et de sa famille, mais il faut aussi que la victime et l'agresseur assument cette expérience de vie qui n'a pu être évitée et appartiendra au passé de leur vie future. La sanction n'est pas seulement nécessaire pour que l'abuseur ne recommence plus, elle doit aussi forcer l'abuseur à apporter toute contribution qui permettra à l'enfant de ne plus jamais vivre l'abus sexuel et de vivre autrement l'affection, l'amour et la jouissance qu'il voudra partager, qu'il pourra maîtriser avec un égal ou laisser faire en parfaite sécurité avec un aîné.

Mais qui croit encore que c'est possible après un abus. Si le psychothérapeute peut témoigner et contribuer à cet espoir et si le prescripteur de traitement imposé peut le soutenir, l'agresseur, la victime et sa famille pourront emprunter ce chemin et découvrir de nouveaux horizons. Du point de vue psychologique, les motifs essentiels du traitement de psychothérapie pour les abuseurs sexuels d'enfants sont d'aider l'abuseur à trouver ou retrouver une existence d'adulte à partir de l'abus qu'il a commis, à l'égard de sa propre enfance et vis-à-vis de tous les enfants, mais aussi à l'égard de ses pairs et, si c'est possible, dans le rôle de parent ou d'éducateur avec ceux dont il a eu ou pourrait avoir la charge. La psychologie et ses professionnels doivent apporter toutes contributions utiles à ceux qui n'ont pas pu ou n'ont pas su se résoudre à laisser les enfants en dehors de leurs entreprises sexuelles.

Les traitements, thérapies et psychothérapies

Le concept de "traitement" rallie aujourd'hui de nombreux acteurs sociaux et citoyens pour désigner ce que les abuseurs sexuels d'enfants devraient suivre et ce que les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes devraient leur donner. S'en réclament d'ailleurs aussi des assistants sociaux, sexologues et conseillers ou thérapeutes divers. De nombreux psychothérapeutes et psychanalystes par contre s'en défient un peu.

Suivant les indications du Dictionnaire historique de la langue française d'André Rey (t.II p.2150), "*traitement*" prend son premier sens dans "*négociation, délibération*"(1255). Dans le prolongement, il exprimera l'idée de "*manière de faire*" dans les relations humaines (1510) : à propos de la manière dont une femme accueille l'amour qu'on lui déclare (1666), à propos des honneurs dus au rang (1679), des rémunérations d'un fonctionnaire (1582), des soins donnés par les médecins (1636). "*Maltraiter*" désigne à l'opposé la manière

"dure"(1520) et "violente"(1617) dont on traite quelqu'un, dont on le nourrit mal (1636) pour aboutir à l'idée de "mauvais traitement" (1690).

Il est évidemment dérivé du verbe "traiter" dont les sens ont beaucoup à voir avec les préoccupations imposées par la pédophilie. En latin dès 1130, il signifie dans la langue poétique "*tirer violemment, mener difficilement*" et dans le langage courant "*toucher souvent*" "*manier, caresser*" et au figuré "*prendre soin de*", "*s'occuper de*", "*se comporter avec quelqu'un de telle manière*", "*examiner, développer une question, un sujet*". En français, il s'emploie alors dans "*traiter sa vie*" ("*se conduire*") "*en user avec quelqu'un de telle façon*". "*Traiter quelqu'un*" désignera le fait de le blâmer (1286) ou à l'opposé de lui monter de l'amitié (1559). Il prendra ensuite le sens de donner un rôle dans "*traiter de_, en_, comme_(un chien par exemple)*"(1644-1718), de donner un qualificatif à quelqu'un dans le sens mélioratif ou péjoratif (1660). Parallèlement, un autre sens s'est développé dès 1203 "*agir sur quelque chose*" "*la soumettre à l'esprit pour l'étudier*". Il deviendra alors "*être relatif à*" (1656) et "*mettre en oeuvre*"(1676). Un troisième sens connexe s'élargissait dans le sens de "*régler quelque chose en discutant avec quelqu'un*"(1196), "*négocier un accord(commercial)*"(1650) d'où la "*traite des nègres*"(1723) et bien plus tard "*des blanches*". Enfin les actions de "*palper, manipuler*"(1213) associées à celles de "*traiter une maladie*"(XIII^{es}.) aboutirent à "*traiter un malade*"(1636) , de "*soumettre quelque chose à un traitement pour le transformer*"(1765).

Tout cela s'origine dans l'action de "*tirer*", très lentement ou très rapidement, qui attire comme dans "*boire d'un trait*", qui frappe comme dans le "*trait*" de l'arbalète, ou qui guide comme dans le "*trait*" du crayon ou la trace laissée par la chose tirée. Quand ces "*traits*" barrent, soulignent et unissent dans le monde des mots, ils caricaturent les défauts et les qualités dans les visages et les caractères.

En définitive dans le domaine psycho-médico-social, traiter, les traits et traitements, sont au coeur des relations humaines qui sont conduites avec détermination. Ils servent à détruire ou à soutenir, à anoblir ou stigmatiser, à relier dans un accord qui libère ou assujettit. Comme tous les outils dont se sont dotés les hommes, ils sont le moyen d'agir sur l'existence, de guider et de transformer à notre convenance dans la meilleure ou la pire des directions en fonction du pouvoir et des intentions de ceux qui les manient.

Dans le monde moderne et le domaine qui nous occupe, la problématique du traitement renvoie aux activités humaines qui sont appliquées à quelque chose ou à quelqu'un dans l'intention de le modifier, avec toute sorte de connotations que l'un ou l'autre retient de la conscience collective et historique rappelée plus haut. Elle recèle les meilleures et les pires des choses dans la quête du bonheur pour le plus grand nombre.

Cela se passe dans des groupes plus ou moins démocratiques qui sont plus ou moins dominés par les plus exploitants et puissants, et tout à la fois plus ou moins dérangés par les plus exploités et démunis. La tentation est grande de penser que l'échec et le malheur tient à l'autre qui est plus faible. Il faut en tenir compte dans les débats sociaux actuels sur la pédophilie et le "traitement" des déviants dans lesquels on a parfois vite fait de rejeter tout le problème d'une misère conjugale ou d'une déviance socioculturelle sur quelques individus plus malchanceux ou moins habiles. Symétriquement, cela doit aussi inspirer notre prudence dans les débats sur la "maltraitance" des enfants qui, d'une part, traitent bien sûr du laxisme passé à l'égard de la réalité ancestrale du report de la violence résiduelle d'adultes faibles sur des enfants sans résistance, mais, d'autre part, concluent sur le devoir actuel des jeunes

enfants de parler publiquement des souffrances intimes qu'ils subissent ou sur celui des professionnels de la santé de les dénoncer, ou encore sur la nécessaire information et prévention des jeunes enfants sur les détours sexuels de leurs aînés.

Les échecs de relations sexuelles et affectives dans des familles et des couples, et plus généralement dans les systèmes de lois, de règles et de valeurs qui socialisent les rapports hommes-femmes, entraînent le report d'adultes sur les enfants qu'ils maltraitent et secondairement de la société sur les individus les plus faibles qu'il faut traiter. "Arrêter la maltraitance" et "traiter les pédophiles", c'est probablement aussi, mais plus inconsciemment, pour les responsables sociaux, aborder par la bande d'importants échecs de nos sociétés en mettant la pression sur ceux qui les mettent le plus en lumière.

Je retiens que les traités et traitements divers issues des entreprises et structures sociales construites par l'homme font partie de ce que nous avons de plus élaboré dans la sphère du langage de notre humanité. Ils doivent être le fruit d'une volonté positive et être censurés quand ils visent à détruire et sont préjudiciables. Dans ce dernier sens, on ne parle plus de traitements mais de mauvais traitements, et plus récemment de maltraitances (mot non encore intégré au dictionnaire), dans les rapports adultes-enfants. J'entends maintenant le néologisme "bientraitance" pour parler du bon traitement et de ce qui est appelé couramment "éducation", mot qui ne peut être connoté que positivement comme celui de traitement. "Bon traitement" est un truisme ou une accentuation du trait positif dans des relations et circonstances où elles ne vont pas de soi : d'un serviteur par son patron, d'un prisonnier par son geôlier, d'un vieillard en maison de retraite, on dira qu'ils ont été bien traités. Faudra-t-il le dire aussi d'un enfant dans sa famille, d'un élève dans une école, d'un malade par un soignant ou d'un pédophile par son agent traitant pour préciser qu'il y est bien traité ? Ce serait alors un nouveau signe de déplacement des valeurs.

Traitement contraint et psychothérapie forcée

Est-ce qu'il faut imposer un traitement aux adultes qui entreprennent des relations sexuelles avec des enfants ? Ce problème semble réglé aujourd'hui et fait place à l'autre question des moyens de le faire sur le plan des procédures, de l'efficacité et de l'éthique. Cette deuxième question apparaît bien plus complexe et ne trouve que des réponses partielles et assez insatisfaisantes. Revenir au premier problème peut être une réflexion utile pour préparer les actions.

Il est de plus en plus clair aujourd'hui dans la conscience publique que les adultes qui ne s'interdisent pas de sexualiser et d'érogéniser les relations qu'ils ont avec les enfants sont des "abuseurs" et sont donc exposés à juste titre à l'opprobre. Cela est vrai dans les relations abusives installées à partir de désirs pédophiliques aussi bien que dans les relations parentales ou éducatives qui dévient par une mauvaise gestion de leurs affects filiaux ou pédagogiques, spécialement lors de sollicitations affectives d'enfants en recherche d'identité sexuelle (partielle) ou hyper-sexualisés en raison d'une crise affective qu'ils vivent ou d'un abus antérieur perturbant. Il est clair aussi que ces abuseurs (parfois agresseurs), sur les plans éducatifs et moraux, sont également des "délinquants" lorsqu'il apparaît clairement qu'ils enfreignent des lois précises. Cela est spécialement vrai depuis plusieurs années parce que les autorités judiciaires prennent au sérieux ces atteintes à la liberté et aux droits et parce que les lois elles-mêmes ont été adaptées aux délits sexuels commis à l'encontre d'enfants. Il reste à savoir si ces "abuseurs" qui ne peuvent être acceptés, et parfois "délinquants" qu'il faut sanctionner, sont aussi des "malades" qui devraient se soigner ou être soignés.

Monsieur L.Gijs de l'université d'Utrecht a fort bien souligné l'évolution des conceptions officielles en Hollande à ce sujet lors du dernier colloque de Liège en avril 1997¹³. La question n'est pas aussi simple qu'il y paraît, pour un psychologue et psychothérapeute en tout cas, alors qu'actuellement la réponse semble évidente pour les citoyens profanes en ces matières et pour les magistrats "Ce sont des malades ! des fous ! des monstres ! Il faut être malade pour faire ça! Il faut leur faire quelque chose, les tuer, les castrer ? Soignez-les alors !".

L'amalgame entre soins, traitement, thérapie et psychothérapie¹⁴ est gênant à cet égard, car il mêle des concepts se situant à des niveaux sémantiques différents, et en plus parce qu'il désigne des moyens d'obtenir des résultats extrêmement divergents : tantôt que quelqu'un soit mutilé d'une certaine manière, ou transformé, tantôt qu'il devienne paralysé par la peur d'agir ou tout autre inhibiteur, tantôt qu'il soit soutenu dans l'injustice de son étrangeté et accompagné dans sa solitude, tantôt encore qu'il soit délivré de quelque destin malheureux ou miraculeusement guéri d'un mal incurable, que sais-je encore_

Pour les "traitements," je renvoie aux discussions précédentes.

La notion de "soins" est moins associée à la notion de changement et désigne plutôt l'accompagnement d'un état de souffrance, d'une évolution, d'un traitement ou d'une maladie incurable : avec soucis, inquiétude, sérieux, responsabilité, prévenance, sollicitude, attention, assiduité, douceur, application, minutie_ (Petit Robert).

L'idée de "thérapie" réfère aux moyens employés pour traiter, presque toujours associée à un adjectif ou un nom qui désigne la méthode utilisée. "Thérapie" désigne plus volontiers une manière de traiter par un processus relationnel ou comportemental à la différence de traitement avec une machine par exemple.

La "psychothérapie" est un mode particulier de thérapie, une "*méthode de traitement utilisant des moyens psychologiques*_, d'une manière plus précise la relation du thérapeute au malade" (qui devient l'agent thérapeutique lui-même) (Vocabulaire de la psychanalyse J.Laplanche et J.B.Pontalis). L'agent de changement n'est pas ce qui est donné par le thérapeute (un conseil, une tâche_ encore moins un savoir ou une substance), mais la relation elle-même avec le thérapeute qui est expérimentée au sein de la psychothérapie.

Dans le sens de "soins", il peut s'agir de guérir une maladie, de remédier à des dysfonctionnements, d'atténuer des souffrances, d'accompagner dans l'épreuve de la douleur ou de la mort. Dans les thérapies, il s'agit d'obtenir des modifications de comportement, de caractère, de fonctionnement_ Dans les "psychothérapies", c'est la personne, à l'épreuve dans la relation avec le psychothérapeute et y vivant ses désirs et angoisses, qui expose ses propos, son imaginaire, ses relations et son comportement, à la redondance ou au changement. Les abuseurs sexuels et/ou délinquants sexuels doivent-ils dès lors être soignés, recevoir une thérapie ou entrer en psychothérapie ?¹⁵

¹³ "Abuseurs sexuels, quelles approches possibles ?" CEDS asbl. Fax 00 32 4 2323179.

¹⁴ Les termes "guidance" et "suivi" ne sont pas repris dans cette analyse car ils sont très peu techniques et d'un autre ordre, même s'ils sont beaucoup employés. Ils sont issus de concepts anglais qui décrivent, pour le premier l'action de conseiller et de guider, pour le deuxième celle de donner suite avec énergie. Ils sont applicables à bien des domaines en dehors de la santé et montrent surtout la grande implication du professionnel dans son travail vis-à-vis de l'utilisateur. Ils sont très englobants et connotés positivement. Ils élargissent la notion de traitement quand elle paraît techniquement trop étroite pour décrire des actes de santé moins spécifiques.

¹⁵ Cet article développe la psychothérapie comme un traitement utile des pédophiles dans le domaine des soins. Les autres traitements, souvent cités, ne sont pas détaillés. Certains rentrent aussi dans le domaine des soins, d'autres appartiennent davantage au domaine éducatif voire moral. Ils sont pour l'essentiel médicamenteux, cognitifs, aversifs, basés sur des apprentissages ou des interactions de groupe. Ils pourraient aussi être analysés

Toujours en restant dans le domaine de la santé mentale et en respectant son éthique, il est quasiment impossible de modifier une personne alors même qu'elle ne le désire pas. Des changements sont cependant possibles à de nombreux niveaux du comportement dès qu'elle s'y ouvre, mais la bonne volonté ne suffit pas. Les motivations, déterminations et énergies qu'il faut mobiliser pour la remise en question de soi sont très différentes suivant que les changements affectent la sphère de l'information et de la cognition, ou de la perception, de l'émotion, de la mise en oeuvre motrice, ou encore de l'angoisse et du désir,. Tout dépend encore des capacités et potentiels de la personne dans les domaines intellectuels, sensoriels, neurologiques, émotionnels, hormonaux_Certains bagages corporels ou expérientiels sont plus ou moins mobilisables ou structurellement déficients. Certaines choses sont connues sur l'un ou l'autre de ces points, bien d'autres sont hypothétiques ou inconnues.

Les abuseurs sexuels ont des problèmes très différents les uns des autres et disposent de bagages et capacités incomparables. Ils ont en commun d'avoir tenté des solutions pour eux-mêmes dans une relation sexualisée avec un enfant. Ils auraient intérêt à envisager qu'ils ont des problèmes (peut-être sexuels mais plus souvent d'affection, de pouvoir_) et que d'autres solutions peuvent être cherchées, tant nous percevons dans leur dire et leur comportement qu'ils sont dans un scénario de vie médiocre, insatisfaisant, et invalidant pour eux-mêmes en plus d'être dramatique pour les enfants impliqués. Cela concerne la majorité des abuseurs sexuels qui ne tirent pas grand profit de leur forfait mais qui y sont plutôt réduits par une foule de faiblesses, d'incapacités ou de blocages qui s'apparentent dans bien des cas à des troubles psychopathologiques ou relèvent d'une personnalité "tordue". En dehors de cette majorité, il doit rester de vrais délinquants organisés qui en tirent profit au mépris délibéré de la loi, mais ils veulent en tout cas rester dans cette image forte du hors-la-loi et refuser tout changement personnel.

Faut-il dès lors conseiller aux abuseurs de "suivre ou de faire une thérapie", voire même la leur imposer ? Les abuseurs sexuels d'enfants ne consultent pas spontanément comme d'autres patients pour se plaindre de ce qu'ils font contre leur gré ou de ce qu'ils ne savent pas faire. La relation sexualisée avec un enfant est une solution qui efface un désir, une angoisse ou un problème (en plus du plaisir qu'il peut procurer). Tant que l'enfant apparaît comme une solution possible et que ce dernier ne s'y soustrait pas, fusse à son corps défendant, la relation abusive continuera. Si l'enfant stoppe seul cette relation et sans en parler, l'abuseur restera seul lui aussi avec ses souvenirs (peut-être coupables), avec son désir et peut-être avec d'autres partenaires. Considérant l'abus sous cet angle, la société doit arrêter l'entreprise de l'abuseur et le priver de son remède, pour qu'il n'y ait plus d'abus, aussi pour que l'enfant n'ait plus à subir cette emprise, mais surtout pour qu'il envisage et décide de vivre définitivement sans partenaire sexuel infantile. Cela peut le conduire à l'angoisse, à la mort même, mais aussi pour d'autres à l'indifférence dans les instants successifs où il n'éprouve ni désir, ni frustration jusqu'à la colère par un moment de grand manque. Certains autres rient, conscients d'être le perdant d'un jeu et attendant de prendre sa revanche. Les réactions sont innombrables et plus étonnantes les unes que les autres.

Le rôle du soignant doit être de le servir quel qu'il soit, de l'accompagner dans une éventuelle démarche de changement et à apporter le maximum de moyens dans ce but. En

dans leurs rapports aux soins et à leur éthique, ou d'une manière plus générale aux objectifs et motivations qui les animent. Tous ces traitements ont des utilités et, de plus, bien des personnes montrent, au travers de l'application de ces méthodes, des implications relationnelles fort analogues à celle des psychothérapies mais qui ne sont pas reconnues, ni analysées comme moteur de la méthode et des résultats qu'elles induisent. Ces discussions sont difficiles, méritent bien des nuances et nécessitent la participation des utilisateurs de ces traitements.

dépit des évidences, il est d'abord nécessaire qu'il croie à la possibilité du changement, qu'il défende son rôle et ses capacités. Il est au contraire souvent nuisible que le soignant veuille le changement de quelqu'un et en définisse termes.

Le conseil gratuit, "vous devriez vous faire soigner" est souvent sans grand effet, en tout cas s'il ne s'articule pas à une souffrance exprimée par le conseillé et à une expérience positive du conseiller en la matière. Qu'il vienne d'un proche ou de la victime et il sera vécu comme un rejet déguisé et ambivalent. S'il vient d'un policier ou d'un juge, la question sous-jacente sera souvent "et dans le cas contraire?". Cette démarche est surtout peu coûteuse et déculpabilisante.

De façon différente, des abuseurs sexuels viennent consulter parce qu'ils n'en peuvent plus, non pas de faire l'amour avec des enfants, mais de la pression qu'ils subissent. Soit ils sont pressés par leur conjoint, par leur victime_ de changer ou de partir à tout jamais de leur vie, soit ils sont harcelés par les médias et leur environnement qui les culpabilise et les menace de tous les maux s'ils ne changent pas. Plus souvent, ils ont peur de la justice policière, pénale ou pénitentiaire qui est déterminée à les condamner à l'enfer de l'enfermement ou de la justice immanente des autres délinquants tant qu'ils ne promettent pas de changer ou de se soumettre à une "condition de suivre une thérapie", "une obligation de soins" ou toute autre formule qui sera juste l'entrée en matière de la consultation dont le contenu sera aménagé avec le thérapeute. Il se révèle souvent que ce sont des motivations suffisantes et mobilisables pour que face à un thérapeute ils s'ouvrent d'un désir "et si je voulais changer_".

Dans l'appellation de "traitement", plus générale à mon sens, sans doute y a-t-il plus de place pour des applications de toute sorte de procédés qui seront imposés aux abuseurs que pour des psychothérapies proprement dites, l'imposition portant dans le premier cas également sur le contenu du traitement alors que dans le deuxième elle porte seulement sur le fait d'y aller. En tout cas la souffrance personnelle et sociale de l'abuseur sexuel d'enfant découvert est inéluctable s'il rencontre des enfants, des familles et des responsables sociaux déterminés à lui refuser toute relation sexuelle pédophilique, sans aucune complaisance ou argutie. Les "soins" doivent alors et en tout cas être offerts et disponibles pour qu'enfin l'ex-abuseur entre dans une relation adulte, affectionnée, socialisée et respectueuse comme il convient.

ANNEXE 3

BILAN 1997 **D'UNE PRISE EN CHARGE DES ABUSEURS SEXUELS** **AU CENTRE DE SANTE MENTALE** **LE CLIPS**

DONNEES DESCRIPTIVES ET STATISTIQUES D'UN ECHANTILLON DE 100 CONSULTANTS

Il s'agit d'un échantillon de patients que nous suivons ou que nous avons suivis au cours de l'année 1996 et des trois premiers trimestres de 1997. Depuis la subsidiation précédente, **34 nouveaux cas** ont été pris en charge (depuis fin décembre 96 jusqu'à la fin septembre 97), soit 33 hommes et 1 femme. Nous avons étendu l'étude aux cas pris en charge antérieurement, dans le seul but d'obtenir un échantillon permettant une étude statistique valide.

En écartant la seule femme délinquante sexuelle (outrage aux mœurs), nous obtenons un échantillon global de **100** personnes de sexe masculin, abuseurs sexuels connus de **138** personnes, les victimes étant de sexe féminin dans plus de 2/3 des cas (69% et 31%).

1. FILIERE DE RECRUTEMENT DES ABUSEURS

Envoyeur	nb ou %
L'auteur est venu spontanément ou sur conseil	10
Service de probation	31
Alternative à la détention préventive	18
Commission de défense sociale	18
Prison/libéré conditionnel	4
Prison/préparation à la libération conditionnelle	11
Prison/libération provisoire	3
Tribunal de la jeunesse	5
Total	100

On ne sera pas étonné de constater que **90% des abuseurs sont contraints de consulter**.

Et la spontanéité des 10% doit être relativisée quand on sait que les homes « proposent » à certains mineurs d'âge de consulter à l'extérieur de l'institution. C'est manifestement la prison qui commence à orienter ses libérés ou ses futurs libérés vers les centres de soins.

2. L'ACTE D'ABUS ET SON DEVOILEMENT

2.1. Nature de l'acte

faits commis	nb ou %
Attouchements	40
viols « techniques » (doigt, fellation)	24
viols homo- ou hétérosexuels	29
viol + homicide	1
tentative de viol + coups	1
Exhibitionnisme seul	4
attentat à la pudeur (prise de photos)	1
Total	100

Les attouchements et les viols techniques constituent **près des 2/3 des cas (64%)** de l'échantillon, tandis que les viols homo- et hétérosexuels en constituent à eux seuls 30%. Mais si on additionne viols et viols techniques, on obtient 54%, soit une effraction corporelle, une fois sur deux.

Signalons que la réputation de bénignité systématique des exhibitionnistes est à relativiser. Certains ne s'en tiennent pas à l'exhibitionnisme exclusif; des attentats à la pudeur ou des tentatives de viols peuvent s'y ajouter, avec violences associées.

2.2. L'effraction corporelle

Les paramètres « effraction corporelle » ou « non effraction corporelle » ont été corrélés avec de nombreux items de la vie de nos abuseurs (validité du chi carré au seuil significatif de 0.05 avec analyse log-linéaire éventuelle).

Différents croisements ont été effectués dans le but d'arriver éventuellement à discriminer un profil d' « effracteur corporel ». Les items suivants ont été systématiquement étudiés:

- dans l'enfance: la position dans la fratrie; les maladies individuelles; le mode d'éducation (famille; parent isolé, famille d'accueil, institution,...); le contexte affectif (rejet, abandon, sévices subis,...): aucun croisement n'est discriminant; par exemple, le fait d'avoir vécu en institution ou d'avoir subi soi-même des sévices ne prédispose pas forcément à commettre une effraction corporelle, dans le passage à l'acte.

- à l'adolescence: les maladies individuelles; le mode d'éducation; le contexte affectif; le type de scolarité; les contacts avec le tribunal de la jeunesse; le fait d'avoir commis des infractions: aucun croisement n'est discriminant mais plusieurs tendances se dégagent: on trouve, parmi les effracteurs, deux fois plus d'adolescents déjà étiquetés comme ayant souffert de troubles psychiques ou comportementaux transitoires, et qui ont fréquenté l'enseignement professionnel ou le général et le technique, ces deux derniers en partie éventuellement (niveau intellectuel plus élevé?) et 8 fois plus d'adolescents ayant déjà commis des infractions.

On peut dès lors se demander s'il ne faut pas, sur un plan préventif, davantage considérer les troubles de l'adolescence comme des signaux pré-pathologiques plutôt que comme des variations de l'originalité juvénile.

- dans le passage à l'acte lui-même et dans son dévoilement: la durée des faits, le lieu de leur commission, la première personne à laquelle les faits sont dévoilés et le mode de dévoilement (confidences,...), tous ces items croisés ne sont en rien discriminants à l'égard du fait d'effraction corporelle ou non. Par contre, est hautement discriminant (0.00) le rapport entre l'effraction corporelle et l'utilisation de la force physique, de même que son contraire.

La force physique semble bien être utilisée à la fois pour commettre l'acte d'effraction et pour faire taire la victime, ce qui permet aux actes les plus graves de se perpétrer longtemps, ce qui est d'observation courante. Cette corrélation interpelle aussi sur le caractère éventuellement premier de la pulsion agressive, l'abus sexuel étant vu davantage comme une « expression érotique de la haine ».

- chez l'abuseur: les antécédents judiciaires; les antécédents alcooliques; le statut d'apparenté; l'imprégnation alcoolique au moment des faits; les aveux de l'auteur; sa source de revenus au moment des faits; son occupation des temps libres; sa pharmacodépendance: rien n'est discriminant.

2.3. Caractère intra- ou extrafamilial

Les faits sont intrafamiliaux dans **44% des cas**. Ils sont extrafamiliaux dans **56%** des autres.

L'auteur a agi seul dans **95% des cas**, il y avait 2 auteurs dans 2 cas; 3 dans 2 autres cas; et 4 dans 1 seul cas.

2.4. Durée des faits d'abus

passages à l'acte	nb ou %
fait unique	42
faits s'étalant sur des jours ou des semaines	16
faits s'étalant sur des mois	26
faits s'étalant sur des années	16
Total	100

Si on peut être soulagé que 40% des cas sont constitués par un passage à l'acte unique, il faut toutefois être attentif au fait que **26%** des abus s'étalent sur des mois et **16%** sur des années.

2.5. Lieu de commission des faits

Lieu de commission des faits	nb ou %
domicile de l'auteur ou de la victime	75
lieux de loisirs et villégiature	4
voie publique, lieux publics et environs	3
endroits isolés	9
lieux de travail	5
milieu institutionnel	4
Total	100

Les lieux publics, les lieux de loisirs et les endroits isolés cumulés ne concernent que 16% des cas mais c'est dans les maisons (75% des cas) qu'on est le plus exposé, ce qui semble assez logique quand on verra la qualité de l'auteur des faits.

2.6. Adjuvant toxique

27% des auteurs ont agi sous alcool et ce n'est pas forcément dans les cas d'abus unique; on peut très bien abuser à répétition chaque fois que l'on boit. On notera, une fois de plus le rôle criminogène de l'alcool, bien connu pour son effet désinhibiteur des pulsions, notamment sexuelles. Ce même constat est effectué en matière de violences non sexuelles, notamment intrafamiliales.

2.7. Dévoilement des situations et conséquences

Le dévoilement survient dès après les derniers faits d'abus, dans les 2/3 des cas.

Et c'est majoritairement par la parole (dans 85% des cas) qu'il se fait auprès des plus proches: la mère ou la belle-mère dans 41% des cas ou dans la famille (père, frère, grands parents) dans 22% des cas. 21% des cas sont signalés d'emblée aux forces de l'ordre. Les professionnels de la santé ou de l'action sociale sont encore assez peu les confidents privilégiés, à l'heure actuelle: dans 8% des situations seulement, à peine devant les enseignants: 6%.

conséquences	nb ou %
pas de modification des paramètres	17
éloignement de l'auteur des faits	77
éloignement de la victime des faits	6
total	100

Dans notre série, c'est l'éloignement de l'auteur qui surviendra dans 77% des cas ou alors la situation restera inchangée (dans 17% des cas) quand ce n'est pas la victime qui sera pénalisée une seconde fois en étant éloignée du milieu familial (dans 6% des cas).

3. LA PERSONNE DE L'ABUSEUR

3.1. Qualité de l'auteur

auteur des faits d'abus	nb ou %
père ou beau-père	26
grand-père	4
Oncle	6
Frère	9
Parrain	1
Voisin	3
flirt, petit ami	3
éducateur, encadrant, enseignant	2
Tiers	46
Total	100

Dans 50% des cas, l'auteur est un membre de la famille: le père et le beau-père représentent à eux seuls 26% des cas, c'est dire le travail de prévention qui est indispensable dans notre société.

3.2. Nationalité et âge. 97% de nos abuseurs sont européens dont 90% de Belges. Seuls 3 abuseurs sont extra-européens, en l'occurrence 2 Marocains et 1 Algérien. L'âge des abuseurs varie de 8 ans à 82 ans; l'échantillon contient en effet 9 mineurs d'âge abuseurs sur leurs frères et soeurs, cousins et nièces ou petits voisins.

Moyenne d'âge de l'auteur au début des abus: 33 ans; le mode (fréquence la plus élevée) s'établissant à 40 ans. L'âge moyen du dévoilement est de 13 ans, avec un mode à 9 ans.

3.3. Position dans la fratrie. La famille de l'abuseur peut compter de 1 à 16 enfants mais c'est majoritairement (**79%**) que s'y retrouvent les familles de 1 à 6 enfants. Les familles à enfant unique ne représentent que **10%** des cas, les familles à deux enfants: 12%. Ce sont les familles à 3 enfants qui dominent (27%).

La position de l'abuseur dans la fratrie semble assez typée:

position dans la fratrie	nb ou %
position d'enfant unique ou de premier	43
position de 2e	23
position de 3e	15
position plus éloignée	19
total:	100

Ainsi 81% des auteurs d'abus appartiennent aux premiers enfants de la fratrie, alors que ces familles ne représentent que 49% de l'échantillon. La « névrose familiale » serait-elle plus pesante sur les premiers enfants?

3.4. Education et contexte affectif de l'enfance et de l'adolescence

Dans l'enfance, les abuseurs de l'échantillon ont été élevés par leurs père et mère dans 72% des cas seulement, et à l'adolescence dans 56% des cas seulement; les familles d'accueil et les institutions interviennent pour 16% dans l'enfance mais pour 20% à l'adolescence.

Ainsi 1 abuseur sur 5 n'a pas été élevé par ses parents proches, à l'adolescence, mais les comparaisons manquent avec le reste de la population.

Par contre, si on considère le contexte affectif dans lequel les abuseurs ont vécu, ce ne sont pas les sévices sexuels subis qui prédominent (selon la rumeur qui veut que les abusés deviennent abuseurs) mais bien le manque de chaleur affective et donc plutôt les carences affectives et éducatives.

Contexte affectif	ENFANCE	ADOLESCENCE
	nb ou %	nb ou %
sans particularité	50	39
surprotection	3	7
rejet	16	20
indifférence	9	13
abandon	7	8
sévices physiques	11	7
sévices sexuels	3	5
sévices moraux	1	1
Total	100	100

Ce sont les carences affectives et éducatives qui prédominent chez 47% des cas dans l'enfance et 54% à l'adolescence, soit chez un adolescent sur deux.

4. SUR UN PLAN JUDICIAIRE

4.1. Les aveux.

Si les 2/3 des auteurs (68%) reconnaissent les faits, il n'en reste pas moins que 30% les nient et persistent dans cette dénégation.

Aveux ou dénis	nb ou %
aveux complets	40
aveux partiels minimisés	26
aveux partiels faisant état de la provocation de la victime	2
déni basé sur l'inconscience due au produit absorbé	2
déni total	30
Total	100

4.2. Les corrélations statistiques des paramètres « aveux de l'auteur » / « absence d'aveux ».

Le croisement de ces paramètres a été effectué avec les mêmes items qu'au B. 2/ de la page 2, soit avec une vingtaine de rubriques d'items.

Aucun croisement ne se révèle discriminant. L'aveu ne semble pas corrélé à ce que l'auteur d'abus a vécu dans son enfance ou son adolescence, ni à ses antécédents judiciaires, ni à ce qu'il était au moment des faits, ni au modus operandi des abus eux-mêmes. Sur un plan de prise en charge thérapeutique, cet élément est un argument contre ceux qui voudraient faire de l'aveu un élément préliminaire à tout démarrage de soins.

4.3. Les antécédents judiciaires connus en matière d'abus sexuels.

Sur un plan criminologique, la question est intéressante dans la mesure où on parle volontiers d'une stéréotypie de comportement chez l'abuseur voire même, dans certains cas, d'un « fantasme pervers » capable de conditionner des passages à l'acte identiques.

antécédents	nb ou %
rien	66
faits de roulage	3
vols ou incendies	9
violences sur les personnes	5
tentatives de viol	3
viols	4
attouchements divers	7
exhibitionnisme seul	3
total	100

Comme on le voit, 66% des auteurs sont vierges d'antécédents connus et seulement 17% ont été jugés pour des actes sexuels, dont 3% d'exhibitionnistes exclusifs.

Et les antécédents de violences contre les personnes sont faibles (5%), vraisemblablement du même ordre que ce qu'on trouve dans le reste de la population.

Liège, le 29.09.1997

Dr.M.Korn, neuropsychiatre
et l'équipe du CLIPS.

ANNEXE 4

ACTIVITES DE L'UPPL EN 1997-1998

① Enquête sur le nombre de délinquants sexuels relevant de la loi du 13 avril 1995, sous le contrôle du Service Social d'exécution des décisions judiciaires.

② Inventaire, avec la ligue wallonne de santé mentale, des ressources dans le suivi des situations d'abus sexuels d'enfants auprès des Services de Santé Mentale

③ Trois journées de sensibilisation pour le personnel des Services de Santé Mentale et des hôpitaux psychiatriques « Le traitement des pédophiles et abuseurs sexuels en Service » (le 18 juin 1997 à Tournai, le 12 septembre 1997 à Liège et le 29 septembre 1997 à Jambes), suivies par plus de 150 thérapeutes :

- Les réalités de l'abus sexuel (la prévalence des risques, la spirale des interactions abusives dans les relations abuseurs/abusés et les implications affectives des abus sexuels avec la projection du film canadien «Le Lys cassé ».) – B. Pihet
- Réflexion sur l'évaluation de la dangerosité et du pronostic. – C. Dubois
- L'éthique et des déontologies dans le traitement contraint. – M. Korn
- L'évaluation de la dangerosité et du pronostic. – T. Pham Hoang

④ Formations de base (dix modules de 7 heures, une fois par mois, avec un exposé théorique et un exposé de cas).

Deux modules de 15 thérapeutes à Tournai et à Liège, (autres groupes sont en préparation pour l'automne 1998 ou le printemps 1999).

Thèmes abordés (non exhaustifs) :

- Les racines primitives de la violence, particulièrement sexuelle : références éthologique et pulsionnelle, des modèles sociaux, éducatifs et moraux pour l'humanisation de ces comportements.
- Les bases biologiques de la violence.
- Les diagnostics intra-pénitentiaires effectués par les services psychosociaux de l'administration pénitentiaire.
- Les typologies pour le diagnostic des abuseurs sexuels.
- La prise en charge d'une demande contrainte.
- Le diagnostic thérapeutique avec les tests projectifs.
- Le groupe de développement à l'empathie.
- Les préthérapies.
- La possibilité de thérapie analytique, etc., ...

□ Journée d'étude animée par André McKIBBEN, criminologue et sexologue de l'Institut Pinel à Montréal

- 1) conférence publique sur le thème «*Les adolescents agresseurs sexuels : Prévenir la persistance à l'âge adulte sans stigmatiser* », (plus de 120 professionnels provenant du secteur médical et du secteur de la protection et de l'aide à la jeunesse).
- 2) séminaire sur des projets de traitement d'adolescents agresseurs sexuels (35 participants).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	2
-----------------------------------	----------

PARTIE I : SERVICE DE SANTE MENTALE DE LIEGE – LE CLIPS

DOCTEUR MAURICE KORN	4
-----------------------------------	----------

1. <i>Présentation du service.....</i>	4
2. <i>L'évolution des idées et des pratiques en aide judiciaire imposée.....</i>	5
3. <i>Nécessité d'une éthique de prise en charge des abuseurs sexuels.....</i>	5
3.1. <i>Le champ d'action.....</i>	5
3.2. <i>La base de l'aide aux délinquants sexuels.....</i>	6
3.3. <i>Le champ dialectique de l'aide apportée et sa finalité.....</i>	7
4. <i>Evolution de la clientèle d'abuseurs et des méthodes</i>	8
4.1. <i>La clientèle d'abuseurs</i>	8
4.2. <i>L'acte d'abus, le lieu de commission des faits et l'auteur.....</i>	9
4.3. <i>L'évaluation de départ.....</i>	10

PARTIE II :..... SERVICE DE SANTE MENTALE – CENTRE PROVINCIAL DE GUIDANCE PSYCHOLOGIQUE DE MOUSCRON ET DE COMINES

BERNARD PIHET.....	12
---------------------------	-----------

1. <i>Cadre de consultation.....</i>	12
2. <i>Description de la population des patients en traitement</i>	13
2.1. <i>Nombre et type de patients en 1997</i>	13
2.2. <i>Nouveaux patients admis en 1997</i>	13
2.3. <i>Sexe et âge des patients agresseurs sexuels.....</i>	13
2.4. <i>Position de l'agresseur relative à la victime</i>	14
2.5. <i>Statut judiciaire des patients agresseurs sexuels.....</i>	14
2.6. <i>Intensité du traitement</i>	15
3. <i>Traitements</i>	15
3.1. <i>Aménagements</i>	15
3.1.1. <i>Sur le plan théorique</i>	16
3.1.2. <i>Sur le plan contre-transférentiel</i>	16
3.1.3. <i>Dans le domaine des méthodes et techniques</i>	16
3.2. <i>Déroulement de la psychothérapie</i>	17
3.2.1. <i>Demande.....</i>	17
3.2.2. <i>Les problèmes de vie de l'abuseur sexuel et du délinquant.....</i>	18
3.2.3. <i>Lien psychothérapeutique</i>	19
3.2.4. <i>Consolidation</i>	20
3.3. <i>Evaluation globale</i>	20
4. <i>Activités de collaboration</i>	21

**PARTIE III :CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI -
HOPITAL VINCENT VAN GOGH**

DOCTEUR YVES DEPAUW.....	22
1. Introduction	22
2. Philosophie	23
2.1. L'axe diachronique	24
2.2. L'axe synchronique	25
2.3. Conclusions	26
3. Aperçu de notre rapport d'activité.	27
3.1. Population.....	27
3.2. Activités thérapeutiques, de recherche-action, d'information.....	28

**PARTIE IV : CENTRE HOSPITALIER REGIONAL PSYCHIATRIQUE DE
TOURNAI « LES MARRONNIERS » CONSULTATIONS EXTERNES - « LES
JASMINES »**

DOCTEUR JACQUES ANTOINE	31
1. Introduction	31
2. Description de la population de délinquants sexuels suivie en «externe ».....	32
2.1. La population.....	32
2.2. Etude des caractéristiques : description de cette population	32
3. Les programmes thérapeutiques.....	35
4. Les perspectives pour l'année 1998.....	36
ANNEXES.....	37
Annexe 1 : "La prise en charge des abuseurs sexuels et la sauvegarde des victimes" - Y. Depauw, P. Collart.....	38
Annexe 2 : "Réflexion particulière quant au traitement des pédophiles : La psychothérapie pour les pédophiles contraints au traitement" - B. Pihet.....	42
Annexe 3 : "Bilan 1997 d'une prise en charge des abuseurs sexuels au Centre de santé mentale Le CLIPS : Données descriptives et statistiques d'un échantillon de 100 consultants - M. Korn et son équipe	51
Annexe 4 : "Activités de l'UPPL en 1997-1998".....	58

UPPL
C/o « Les Marronniers »
Rue Despars, 94 – B 7500 TOURNAI

Secrétariat ☎ +32 69 880457 📠 +32 69 880253
B. Pihet ☎ +32 69 880454 GSM +32 75 332929
☎ +32 69 352948 📠 +32 69 352929 📧 b.pihet@unicall.be

