

Réflexions à propos du traitement des abuseurs adultes¹

Yves Depauw² et Pierre Collart³

Nous sommes issus de l'Hôpital Vincent VAN GOGH et du Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi et nous animons l'Équipe EPCP (Évaluation et Prise en Charge des Paraphilies⁴).

Notre propos aujourd'hui après une brève introduction sera de vous faire part de nos constats à partir de notre pratique du terrain. Nous envisagerons également une réflexion à propos du statut de la victime. Après cela, nous vous communiquerons certains de nos objectifs pour les temps à venir, et vous inviterons, pour terminer, à une réflexion commune qui pourrait être également un plaidoyer pour que la prise en charge de ce problème de santé publique qu'est l'abus sexuel soit l'affaire d'une véritable concertation, voire d'une collaboration entre des équipes comme la nôtre et les équipes SOS Enfants.

En guise d'introduction

Nous sommes une équipe multidisciplinaire qui prend en charge les aics (auteurs d'infractions à caractère sexuel) et cette équipe se compose :

- d'un psychiatre ;
- d'un docteur en sciences psychologiques, sociologue ;
- d'une psychothérapeute ergothérapeute ;
- d'une psychologue
- d'une secrétaire
- et d'autres intervenants dans le milieu hospitalier.

Depuis quand existons-nous ? Depuis combien de temps sommes-nous « branchés » sur la prise en charge de ces problèmes de déviance sexuelle et donc d'abus ? Il faut savoir que dès 1995, nous cherchions à mettre en place des programmes spécifiques à l'Hôpital Vincent VAN GOGH, dans un premier temps. Cette démarche nous a amenés à travailler à l'interface qui existe entre la Justice et la Santé. C'est ainsi que, fin 1996, une plate-forme de réflexions entre les thérapeutes et les magistrats (PTM) fut mise sur pied à notre initiative.

Si nous passons en revue quelques dates qui permettent de situer des faits marquants, vous savez peut être qu'en 1998, nous avons participé à la fondation de l'UPPL (Unité de Psychopathologie Légale) qui est le centre d'appui wallon. C'est aussi en 1998 que les Accords de Coopération entre l'État Fédéral (Justice) et la Région (Santé) virent le jour - Accords de

¹ Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée n°64 – Avril 2006

² Neuropsychiatre

³ Docteur en Sciences psychologiques

⁴Le terme de paraphilie signifie déviance sexuelle. Il s'agit d'une terminologie utilisée notamment au niveau du DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie).

Coopération pour la prise en charge, le traitement et/ou la guidance des **aics** (auteurs d'infractions à caractère sexuel).

Pour notre part, l'année 2001 fut l'année des Journées Scientifiques d'Automne (1^{ère} édition dont le titre mettait bien en évidence nos préoccupations à l'interface Justice/Santé : *Magistrats, thérapeutes, acteurs de la prise en charge globale des délinquants sexuels... Quelles attitudes demain ?* ». En 2003, les Journées Scientifiques d'Automne (deuxième édition) : « *A l'interface Justice/Santé : le contrôle social : de la contrainte à la réinsertion* ». En 2006, verront le jour les Journées Scientifiques d'Automne qui permettront, à côté de la Justice, de la Santé et des Thérapeutes tournés vers la prise en charge des aics, d'intégrer des victimes dans la démarche qui vise à solutionner ce problème.

On pourrait bien entendu se demander : « pourquoi se préoccuper comme nous le faisons des aics et donc de cette problématique » ? A cela, il nous faut répondre que 25% des femmes et 15% des hommes sont victimes, durant leur croissance, de faits relevant de l'abus sexuel. Éviter la récurrence chez les abuseurs avérés, c'est donc sûrement protéger l'enfant et nous voilà bien à notre place dans ces réflexions avec des équipes SOS Enfants.

Protéger l'enfant, c'est aussi éviter que des adolescents ne deviennent eux-mêmes un jour abuseurs. C'est là un autre aspect de nos préoccupations.

Nos constats à propos de l'aide contrainte

Le contexte politique :

Celui qui prévalait au moment où débutent nos réflexions et qui perdure aujourd'hui pourrait se résumer comme suit : « *sous le signe de la pression de l'opinion* ».

Le cadre thérapeutique qui n'est pas celui que nous connaissons lors d'une psychothérapie :

- Nous devons et acceptons de révéler les jours et heures de rendez-vous ;
- Nous révélons les absences injustifiées ;
- Nous révélons la cessation unilatérale... ;
- ...le risque sérieux pour un tiers ;
- ...les difficultés de mise en œuvre de la prise en charge.

Position du patient et de sa demande :

Nous pensons que le patient au départ se trouve généralement « *contraint à rencontrer le thérapeute* », mais que celui-ci chemine vers une position « *d'alliance thérapeutique* », en l'atteignant parfois !

Dans la relation avec le patient, nous affirmons d'emblée notre adhésion à la NORME SOCIALE.

Après une dizaine d'années de pratique avec les AICS, nous en venons à penser qu'il n'est pas souhaitable de travailler hors de la contrainte judiciaire qui « positionne » la victime.

Nos constats à propos de l'hétérogénéité

L'hétérogénéité de la population et des processus :

Au niveau démographique, économique, éducationnel, on retrouve cette grande diversité. Au niveau des modes opératoires, nous sommes dans la même situation. S'il est vrai que certains modes opératoires se retrouvent, il y a néanmoins des spécificités qui sont aussi nombreuses, pour ainsi dire, que le nombre d'individus abuseurs. Au niveau des structures de personnalité, une ventilation de notre population nous permettait de constater, déjà il y a quelques années, que nous avons 30% de névrotiques, 26% de psychopathes, 20% de pervers, 12% de psychotiques et 12% d'organiques.

Claude Balier montre d'ailleurs à ce propos (2001) qu'en fonction de la structure de personnalité présente de l'abuseur sexuel, les actes abusifs qu'il pose prennent un sens soit contingent (dans le cas des névroses, des psychoses, de la psychopathie, des déficiences et des états limites), où l'acte est secondaire par rapport à l'organisation psychique ; soit défensif (dans le cas des perversions, de la perversité ou lors d'absence de représentations), où l'acte prend un sens de préservation de la persistance d'un « soi », de réalisation de scénarios ludiques, de fantasmes, soit encore a une valeur régressive (dans le cas de pathologie à l'adolescence ou d'échec dans la vie adulte) chez l'individu qui présente un « moi » faible ou fragile.

Les approches psychosociologiques mettent également en évidence cette hétérogénéité. A ce propos, nous avons pu montrer (Collart – 2004) la possibilité de différentes logiques de rapport au cadre social normatif chez des adultes ayant eu des interactions sexuelles avec des enfants. Aussi, on retrouve, soit une logique de « mise entre parenthèse de la norme » où la transgression dépend de l'état « du moment » de l'individu sans mise en cause du cadre social normatif ; une logique du « jeu avec la limite », où le sentiment de conformité que l'on retrouve chez l'individu par rapport à ses actes sexuels avec l'enfant se base sur des exceptions faites au cadre social normatif ; une logique de « contestation du cadre social normatif et de propositions d'un cadre normatif alternatif », où la transgression découle de la contestation globale du cadre social normatif ; et une logique de « sous-culture » où le sentiment de conformité de l'individu par rapport à ses actes résulte du respect d'un cadre normatif concernant des normes sociales et plus pertinent pour l'individu.

Nos constats à propos du climat d'opposition

Ce climat d'opposition se trouve :

- Dans la question qui pourrait être posée par d'aucun, à savoir : faut-il réellement soigner les abuseurs sexuels ?
On va retrouver dans la foulée de ce type de question des idées qui se rapprochent de : « si vous soignez les abuseurs, c'est peut être parce que vous avez une certaine sympathie pour eux, pour leurs actes... ! ».
- Il nous faut souligner l'opposition que l'on retrouve couramment entre ce que nous appellerions les « psy des victimes » et les « psy des abuseurs ».

L'avenir ne serait-il pas, au lieu de cette opposition, entre les psy des abuseurs et les psy des victimes, d'aller vers un travail concerté entre ces psy des victimes et ces psy des abuseurs pour un mieux être de la victime, pour plus de prévention. Il s'agirait même de considérer un mieux-être de l'abuseur, d'un abuseur qui n'abuserait plus... Il s'agirait donc de cheminer vers un mieux-être du système avec des psy des victimes et des psy des abuseurs oeuvrant en concertation voire en collaboration.

Nos constats à propos de la notion de santé sexuelle

Il se dégage aussi à travers nos constats la notion de santé sexuelle. La santé sexuelle comme question de santé publique. Par santé sexuelle, on entend la capacité à comprendre et à évaluer les risques, les responsabilités, les issues, les impacts des actes sexuels. Cette santé sexuelle, c'est aussi la capacité, pour les individus, d'intégrer leur sexualité dans leur vie, d'en tirer du plaisir et de se reproduire si tel est leur choix.

Dans ce contexte alors, les abus sexuels, mais aussi d'autres questionnements, d'autres problématiques comme les MST, les grossesses non désirées, etc. qui viennent à être considérés comme des problèmes contre lesquels il s'agit de lutter. Si effectivement cette santé sexuelle s'inscrit dans le contexte de « *la santé publique* », il convient donc alors :

- d'identifier les problèmes existants,
- d'identifier les facteurs de risque et les facteurs protectionnels,
- de développer et de tester des modes d'intervention,
- de rendre effectives les interventions les plus efficaces et d'en suivre l'évolution.

Réflexions à propos du statut de la victime

Nous avons le sentiment de la rencontrer, dans notre environnement en Belgique et plus particulièrement en Wallonie, comme d'ailleurs quand nous entendons des intervenants français, une conception « latine », du statut de victime. En quoi consiste-t-elle ? Il s'agirait de l'idée que la victime en a déjà trop subi et que, de ce fait, on ne peut plus la concerner réellement, on ne peut plus proposer des démarches où celle-ci serait impliquée. Bref, « il ne faut plus rien lui demander ! ». Bien sûr, ce type d'attitude a comme risque de maintenir dans une position de victime cette *personne* et, en quelque sorte, de la déposséder de son devenir.

A côté de cette conception que nous avons qualifiée peut être abusivement de « latine », nous constatons l'existence d'une autre, peut être plus « anglo-saxonne », où il semble clair que la victime reste responsable de ses actes et de son devenir. En quelque sorte, la victime est réellement actrice de ce qu'elle va devenir, ce qui permet alors aux intervenants de proposer des stratégies où la *personne* peut être impliquée dans la négociation restaurative et y être impliquée pleinement. Elle y a, alors, un véritable rôle actif. Bien entendu, dans ce type de conception, on se trouve confronté au risque d'aller peut être parfois trop vite et de négliger quelque peu sa souffrance.

Nos objectifs

L'évitement de la récurrence : Nous aimons dire que, bien que thérapeutes, nous sommes citoyens et que l'évitement de la récurrence doit être un objectif premier.

La guérison et/ou une guidance efficace

L'épanouissement de l'individu : Nous sommes et resterons des intervenants en Santé. Sans l'épanouissement de l'individu, il est sans doute difficile d'obtenir des résultats durables.

Nous plaçons pour un travail intégré (et c'est là une véritable invitation aux équipes SOS Enfants)

Nous pensons :

- qu'il y a une possibilité de travailler avec les abuseurs qui sont nos clients et des victimes (pas les leurs) ;
 - qu'il y a sûrement une possibilité d'avenir de travail avec les abuseurs et leurs accompagnants (épouse, compagne, etc.) ;
 - qu'un travail avec les abuseurs et leurs victimes devraient être un sujet de réflexion si nous pensons que la famille retrouvée pourrait figurer au nombre des objectifs avouables.
-