

Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels (adultes et adolescents)

Voyage d'étude en Allemagne du 31 mai au 4 juin 2004¹

Élisabeth AKKAN², Martine EDOUARD³,
Béatrice HOUDMONT⁴, Anne-Françoise JANSSEN⁵

Au cours de cette semaine de travail, nous avons eu l'opportunité de visiter plusieurs institutions s'occupant d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (A.I.C.S.), de rencontrer divers intervenants et de découvrir leurs idées et leur travail à travers leurs exposés.

Le programme fut le suivant :

- Lundi 31 mai 2004
Arrivée à **Düsseldorf** et présentation du système institutionnel allemand par monsieur Jürgen Taeye et sa collègue Madame Ilse Basler.
- Mardi 1er juin 2004
Déplacement à **Gelsenkirchen** : visite du centre de détention pour adultes : institution de sociothérapie; présentation de "Neue Wege" : centre de guidance pour A.I.C.S. mineurs; présentation du suivi socio-judiciaire.
- Mercredi 2 juin 2004 :
Déplacement à **Langenfeld** : visite de l'institution médico-légale et explication de leur méthode de travail avec les A.I.C.S.; présentation de la prise en charge ambulatoire.
- Jeudi 3 juin 2004 :
Déplacement à **Siegburg** : visite d'une institution de sociothérapie : milieu fermé pour mineurs d'âge;
Retour à **Düsseldorf** : rencontre avec Madame Haussman, députée au Parlement du Land; clôture de la journée par l'exposé du docteur Kobbé : "Soigner, traiter, punir".
- Vendredi 4 juin 2004 :
Évaluation du voyage d'étude et départ vers la **Belgique**

¹Nous remercions l'O.N.E. d'avoir financé notre participation à ce voyage d'étude en Allemagne, très enrichissant à tout point de vue. De même, nous souhaitons adresser nos félicitations à l'U.P.P.L. (Unité de PsychoPathologie Légale de Tournai) ainsi qu'au département social de la Haute École Roi Baudouin de Mons pour l'organisation sans faille de ce voyage. Nos remerciements vont également à Madame Anne-Marie Klopp, criminologue, collaboratrice au sein d'organismes pénitentiaires allemands et Présidente du Forum Européen de politique criminelle appliquée en Allemagne, notre guide et interprète durant tout le voyage et co-organisatrice de celui-ci, ainsi qu'à Monsieur Jürgen Taeye, travailleur social clinicien et sociothérapeute en milieu judiciaire et médico-légal, qui a organisé conjointement avec Madame Klopp, les visites institutionnelles.

² Psychologue clinicienne, équipe SOS Enfants – A.P.E.P. La Louvière

³ Assistante sociale, équipe SOS Parenfants Namur

⁴ Psychologue clinicienne, équipe SOS Parenfants Namur

⁵ Psychologue clinicienne, équipe SOS Enfants-Aide et Prévention Liège

Conscientes qu'il tient de la gageure de résumer cinq journées aussi intenses, nous avons choisi de développer, dans le cadre du présent article, trois points de vue relatifs au travail avec les A.I.C.S. mineurs d'âge. Il nous est en effet apparu que ces thèmes pouvaient enrichir notre propre pratique au sein des équipes SOS Enfants et rencontrer l'intérêt de nos collègues⁶.

1. Le contexte culturel, légal et juridique allemand : bref aperçu

En Allemagne, l'âge de la majorité légale est fixé à 18 ans; la majorité pénale est atteinte à 14 ans. Toutefois, de jeunes adultes âgés de 18 à 21 ans peuvent être considérés comme mineurs d'âge et être jugés selon la loi sur la juridiction des mineurs. Ils relèvent alors de l'Office de la Jeunesse (équivalent du Tribunal de la Jeunesse Belge). La possibilité existe donc pour eux d'être admis au sein d'institutions pour mineurs d'âge. Au-delà de 21 ans, ils relèvent également de cette juridiction s'il est estimé qu'ils n'ont pas atteint un niveau de maturité suffisant ou si les faits commis l'ont été avant 21 ans.

"Le code pénal allemand ne connaît que deux types d'infractions : délit et crime (est qualifiée de crime toute infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an).

Il reconnaît trois catégories d'infractions à caractère sexuel :

- agression sexuelle et viol;
- abus sexuel;
- exhibitionnisme et outrages publics"⁷.

L'affaire Dutroux a provoqué un véritable électrochoc chez nos voisins allemands qui ont, suite à ces événements tragiques, promulgué une nouvelle loi en date du 26 janvier 1998. Elle s'intitule "Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten" (loi relative à la lutte contre les infractions à caractère sexuel et autres délits dangereux). Elle a résolument un caractère sécuritaire.

"Cette loi détermine les conditions de privation de liberté pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ceux-ci sont placés en établissement pénitentiaire classique s'ils ont été condamnés à une peine privative de liberté inférieure à deux ans. Dans le cas contraire, les personnes sont détenues et traitées dans une institution pénitentiaire de sociothérapie. Si, lors de la procédure judiciaire, elles sont reconnues comme irresponsables ou partiellement responsables, elles seront condamnées et placées en institution médico-légale".⁸

"Par la nouvelle loi nous faisons, de la thérapie, une obligation pour les délinquants sexuels. Ceci ne représente pas une garantie absolue mais la thérapie est la meilleure prévention contre la récidive. Dans les cas les plus graves, là où aucune thérapie n'est possible, on utilisera plus souvent qu'auparavant la mesure la plus dure que connaît notre droit, celle de la

⁶ Toute personne souhaitant prendre connaissance de l'entièreté du rapport rédigé par l'U.P.P.L. peut le consulter auprès des équipes de Namur, Liège et La Louvière, ou se le procurer au prix de 7,5 euros en s'adressant à l'UPPL, 92 rue Despars à 7500 Tournai (Tél. : 069/888.333).

⁷ Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

⁸ Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

"Sicherungsverwahrung" (mesure d'internement). Cette mesure sera applicable désormais, sans limite dans le temps, dès la première récidive. Notre État de droit se montre résolu contre le crime touchant les enfants".⁹

L'émergence de la sociothérapie

"L'exécution de la peine privative de liberté, régie par la loi pénitentiaire entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1977, a pour principal objectif de resocialiser le détenu par le biais d'un traitement. Cette loi donne un statut juridique au détenu condamné. Elle détermine ses droits et ses devoirs, les prestations obligatoires et les possibilités d'intervention des institutions. Le détenu doit, grâce à l'exécution de la peine, devenir capable de mener à l'avenir une vie responsable au niveau social, sans commettre de délit.

Le pénitentiaire est placé sous le signe du traitement sans que ce terme ne soit défini de manière exacte.

Au tout début des années septante, il y eut une réforme du droit pénal dans laquelle on intégrait une vision de l'auteur comme victime de troubles provoqués dans la petite enfance, par des personnes responsables de l'éducation, d'une socialisation manquée et de stigmatisation. Il fut décidé de procéder à une refonte complète du système de sanctions. Un des projets était l'introduction au niveau de la "défense sociale" d'une mesure de prise en charge sociothérapeutique des auteurs d'infractions souffrant d'un trouble de la personnalité et susceptibles de récidiver. Il n'en fut rien, le législateur a préféré l'idée de rendre possible l'accès à la sociothérapie au sein même des prisons.

Les institutions de sociothérapie sont, depuis la loi de réforme des prisons de 1984, régies par la même loi que les prisons. Elles dépendent donc de l'administration pénitentiaire. Le statut du détenu est celui d'un détenu ordinaire. Soulignons que la sociothérapie et le traitement en général sont fortement liés à l'idée de la gestion de sanctions privatives de liberté dans le but d'offrir un meilleur rempart de protection contre des individus dangereux. Autrement dit, le traitement a une place essentielle dans la prise en charge carcérale des auteurs d'infractions à caractère sexuel, mais celui-ci n'est pas d'ordre médical, il a pour but essentiel de prévenir la récidive et d'ainsi protéger la société.

La loi pénitentiaire ne parle pas de la sociothérapie en tant que telle, mais de l'institution de sociothérapie. Celle-ci se retrouve soit dans une institution particulière, soit dans un service des prisons. Rien n'indique ce qu'est ou devrait être la sociothérapie.

Depuis la loi de 1998 sur "la lutte contre les infractions à caractère sexuel et autres délits dangereux" qui contraint les auteurs d'infractions à caractère sexuel à une thérapie, les institutions de sociothérapie se sont multipliées.

On a constaté qu'entre 1997 et 2002, en R.F.A., les places disponibles ont augmenté de 35% (de 888 à 1201), les auteurs d'infractions à caractère sexuel occupaient 23 % des places en 1997 pour 45% en 2002.

⁹ Travail dans le cadre du D.E.A. de Criminologie, U.C.L. 1999, Anne-Marie Klopp.

En Rhénanie du Nord Westphalie, les institutions de sociothérapie proposent 207 places dont 57 à Gelsenkirchen, prison pionnière au niveau de ce type de traitement et la plus spécialisée".¹⁰

Bien qu'il n'existe pas de définition de la sociothérapie dans les textes de loi, des tentatives de description de ce concept apparaissent dès 1947. "Viktor von Weizsäcker a marqué de son empreinte le concept de "thérapie sociale" dès 1947. Il entendait par là une méthode psychothérapeutique ayant pour but d'influer sur l'environnement social d'un patient pour lui venir en aide de manière ciblée. D'autres entendaient par là une thérapie qui "rend social". Mauch et Mauch ont décrit, en 1971, la sociothérapie de la façon suivante : "La thérapie sociale est le traitement individuel global de celui dont la personnalité est si perturbée qu'on le remarque en raison de ses activités anti-sociales, qui, donc, manifeste des comportements très dommageables socialement, qui, en un mot, commet des délits. Le but de la thérapie sociale est de faire disparaître, le plus possible, le trouble de la personnalité, et d'intégrer, par ce biais, le délinquant dans son entourage, dans la société".

Par ailleurs, le législateur allemand avait évoqué les méthodes suivantes : "aide et thérapie individuelles, pédagogie et thérapie de groupe, progression dans l'exécution de la sanction, participation active de la personne au processus de resocialisation, mise en place et développement de méthodes de gestion autonome ou en coopération, contacts avec le monde extérieur sous différentes formes, obligation de travailler, possibilité d'une castration sur demande expresse et traitement médicamenteux des délinquants impulsifs".

Schmitt résume la question comme suit :

- la sociothérapie était et demeure un concept fourre-tout pour toutes les méthodes de changement de comportement et de mentalité de délinquants incarcérés avec la (re)socialisation pour but du traitement. En un mot, la sociothérapie n'est en rien une méthode (un processus) particulier de traitement;
- comprise ainsi, la thérapie sociale est une thérapie individuelle visant l'infracteur, le délinquant incarcéré, indépendamment du fait que la thérapie est un traitement individuel ou de groupe".¹¹

II. "Neue Wege" ("Nouvelle voie") : centre de guidance pour victimes de maltraitance et pour auteurs d'infractions à caractère sexuel (A.I.C.S.) mineurs et leurs familles situé à Bochum

Monsieur Meyer-Deters, pédagogue et psychothérapeute, a présenté le centre. Il fut l'un des premiers à travailler au sein d'une institution sociothérapeutique avec des jeunes A.I.C.S.

En 1994, à Bochum, Monsieur Meyer-Deters a débuté la prise en charge des A.I.C.S. et des victimes, filles et garçons mineurs d'âge, ainsi que de leurs familles dans le centre de guidance psycho-médico-social : "Neue Wege". Pour lui, cette structure peut être comparée à une équipe SOS Enfants. Il estime important de pouvoir d'abord travailler avec les victimes afin de mieux comprendre et cerner la psychodynamique des auteurs.

¹⁰ Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

¹¹ Travail dans le cadre du D.E.A. de Criminologie, U.C.L. 1999, Anne-Marie Klopp

En 1999, Monsieur Meyer-Deters a créé un département différencié et un programme de prise en charge spécifique des A.I.C.S. mineurs d'âge au sein de "Neue Wege".

Les demandes proviennent des parents, du milieu scolaire, des milieux institutionnels, des services de prise en charge des victimes, des jeunes A.I.C.S. eux-mêmes, des services d'aide éducative ou encore de "l'Office de la Jeunesse" (1/5 des demandes).

Sur 100 demandes reçues, 35 donnent lieu à un traitement. La moitié des A.I.C.S. dont ils s'occupent sont âgés de moins de quatorze ans, âge de la majorité pénale en Allemagne.

Monsieur Meyer-Deters insiste sur la nécessité d'une concertation étroite, et continue, entre ce service et l'équipe qui assure le suivi des victimes.

Les auteurs

Au sein de ce département, il rencontre trois types d'A.I.C.S. mineurs :

- les abuseurs sexuels d'enfants;
- les harceleurs sexuels qui sont plus violents et dont les victimes sont du même âge ou plus âgées;
- les exhibitionnistes qui constituent un plus petit groupe d'individus.

La nécessité de traiter les A.I.C.S. mineurs d'âge se justifie par le fait qu'il s'agit de la catégorie d'auteurs la plus représentée dans les abus intrafamiliaux après celle des "pères et beaux-pères".

On y retrouve essentiellement des mineurs de sexe masculin et, surtout des frères et des jeunes placés en institution. Certains auteurs n'ont qu'une seule victime à leur actif alors que d'autres peuvent en avoir jusqu'à 10 ou 12. Les victimes sont âgées de 2 à 14 ans. Elles sont souvent proches affectivement de l'auteur (membres de la famille, du voisinage, camarades d'école, ...).

Il réserve le terme "incestueux" aux abus sexuels commis au sein de la fratrie.

En Allemagne, un tiers de tous les délits à caractère sexuel sont perpétrés par des jeunes âgés de moins de 21 ans. Des études récentes (Egg et Elz, 2001-2002, cités par Monsieur Meyer-Deters) démontrent que le risque de récidive chez les A.I.C.S. double s'ils ont commis leur premier abus sexuel avant l'âge de 21 ans. Des recherches anglaises (Abel et al., 1986, cités par Monsieur Meyer-Deters) mettent en évidence que plus de 50 % des A.I.C.S. adultes ont commencé à abuser alors qu'ils étaient enfants ou adolescents, en moyenne âgés entre 14 et 16 ans.

Le danger est grand que ces A.I.C.S. mineurs répètent, voire intensifient, leurs transgressions à caractère sexuel et développent des stratégies de plus en plus complexes de dissimulation de celles-ci.

En effet, il est rare qu'ils mettent spontanément un terme à leurs comportements déviants sans qu'ils soient confrontés aux conséquences négatives de leurs actes et qu'ils bénéficient d'un traitement adéquat. Il est donc indispensable de les prendre en charge et de proposer à leurs proches des conseils voire un suivi.

Le programme d'aide proposé vise à permettre aux A.I.C.S. mineurs d'arriver à gérer leurs pulsions agressives et sexuelles de manière responsable sans nuire à autrui et d'empêcher ainsi la récurrence.

Importance du diagnostic différentiel

Monsieur Meyer-Deters insiste particulièrement sur l'importance de réaliser, dans toute situation, un bilan psychologique individuel approfondi, mais également une analyse fine du contexte familial et/ou institutionnel dans lesquels les actes ont été commis.

Son expérience clinique lui a permis de mettre en évidence, notamment, que les A.I.C.S. mineurs ont souvent eux-mêmes été victimes d'abus sexuels et n'ont alors pas pu être aidés, ni élaborer leur traumatisme. Dès lors, ces "auteurs victimes", qui remettent en scène leur propre vécu, ne seront pas traités comme des auteurs. Ils sont orientés en tant que victimes vers le service équivalent d'une équipe SOS Enfants. Par contre, quand les A.I.C.S. sont perçus comme des auteurs plutôt que comme des victimes, ils pourront intégrer le "Programme de prévention du processus de récurrence" de "Neue Wege". Il existe entre les deux catégories, toute une "zone d'ombre" pour laquelle l'orientation vers l'un ou l'autre service ne pourra se faire qu'après une concertation étroite entre les intervenants et une analyse fine des données individuelles et familiales transgénérationnelles.

Il s'agit de ne pas stigmatiser un individu en tant qu'auteur alors que lui-même a une longue histoire de victime et de trauma(s) vécu(s), qui n'a jamais été reconnue.

Monsieur Meyer-Deters nous invite également à éviter la dramatisation des actes abusifs posés par certains enfants au moment de leur entrée dans l'adolescence et qui donne d'emblée lieu à une indication de prise en charge thérapeutique.

En effet, un enfant qui grandit dans un contexte d'une éducation sans limites pourra exprimer ses pulsions, notamment sexuelles, étant donné l'absence de limites intériorisées. Ainsi, des débordements dans la sphère de la sexualité pourront exister. L'urgence dans ce type de situation sera la mise en place d'une guidance parentale qui est trop fréquemment oubliée selon lui et d'un traitement qu'il qualifie de psycho-pédagogique voire éducatif. Le seul passage à l'acte sexuel ne requiert donc pas obligatoirement une prise en charge spécifique de l'enfant dans un programme destiné aux A.I.C.S.

De même, il attire notre attention sur la nécessité d'envisager rapidement si un traitement ambulatoire de l'enfant avec un maintien dans son milieu familial est possible ou si un éloignement institutionnel s'avère nécessaire.

La décision dépend de l'acte commis et de ses caractéristiques (abus intrafamilial ou extrafamilial), des ressources et failles de la famille, de la crise suscitée et de la gestion de celle-ci par chacun des individus concernés, d'autres facteurs comme le vécu personnel de l'A.I.C.S. comme victime d'abus sexuel ou d'autre(s) maltraitance(s), de la protection de la victime, ...

Leur service bénéficie d'une collaboration étroite avec deux types d'institution d'accueil : l'une propose un lieu de vie et un lieu thérapeutique spécifique aux A.I.C.S. (institution de sociothérapie avec des groupes de vie pour jeunes âgés de 10 à 14 ans et de 14 à 18 ans), l'autre est un service de psychiatrie infantile.

Des concertations régulières existent avec ces services afin de définir ensemble les objectifs d'intervention et d'effectuer des évaluations périodiques de l'évolution de l'A.I.C.S.. La durée du séjour y varie entre un an et demi et deux ans et demi.

Objectifs du programme de prévention du processus de la récurrence et axes d'intervention principaux

Ce programme, qui dure entre un et deux ans, vise à éviter aux A.I.C.S. mineurs de s'engager dans une carrière d'auteur d'abus sexuel, tente de leur permettre de renouer avec un développement psycho-sexuel normal, d'acquiescer une meilleure gestion de leurs pulsions sexuelles et de meilleures compétences quant à la gestion de leurs conflits intrapsychiques et sociaux.

Il se soucie donc de la protection des victimes et est attentif à l'intégration de l'A.I.C.S. dans la société par le développement de sa capacité d'établir des relations avec les autres basées sur le respect de leurs limites et de leurs désirs.

Ce traitement prend particulièrement en compte :

1. l'acte commis et la compréhension de cette transgression : prise en considération du vécu personnel et du cycle de maltraitance de l'A.I.C.S. mineur, mise en évidence et clarification du déni, de la dénégation et de la banalisation des actes commis, développement d'un sentiment d'empathie à l'égard de la victime, acceptation par l'A.I.C.S. mineur de sa responsabilité, confrontation avec ses patterns de manipulation, ...
2. le développement des compétences personnelles : travail autour des limites et du respect de celles-ci, apprentissage d'une gestion des conflits intrapsychiques et des moments de crise, discussion relative à l'estime de soi et à l'identité sexuelle, acquisition de nouvelles compétences sociales, ...
3. la sexualité : clarification de mythes, de représentations, de fantasmes relatifs à la sexualité féminine et masculine, diffusion d'informations précises dans ce domaine, gestion des pulsions sexuelles, ...

La méthodologie en résumé.

La première étape du traitement est la phase d'analyse et d'accueil de la demande.

Lors de celle-ci, les premiers contacts auront lieu avec l'A.I.C.S. et les responsables légaux de celui-ci (milieu familial et/ou institutionnel). Ainsi, le service les informe des offres de soins possibles et présente ceux-ci comme une issue possible quant à la crise actuelle. Il évalue la motivation de l'A.I.C.S. mineur et de sa famille et les confronte aux conséquences de l'acceptation ou du refus de l'aide. La possibilité de la récurrence et ses risques sont déjà abordés, ainsi que la responsabilité de l'A.I.C.S., ainsi que celle du milieu familial face à celle-ci. Il tente de cerner et de limiter les facteurs de risque qui pourraient mettre le traitement en échec.

Il peut s'agir d'un moment d'écoute face à des tiers demandeurs inquiets pour le comportement d'un mineur, d'échanges d'informations et de conseils avant une prise en charge ou encore d'une intervention de crise avec la mise en place d'un éloignement institutionnel de l'A.I.C.S. mineur.

Le service tente d'obtenir le plus d'informations possibles relatives à l'acte commis et à l'A.I.C.S., ainsi qu'à sa famille. Il privilégie les concertations et la mise en commun d'informations avec les services qui interviennent dans la situation (par ex. : le service équivalent de SOS Enfants qui prend en charge la victime, l'Office de la Jeunesse s'il a un rôle officiel, ...).

Il accepte de recevoir des individus qui ne déclinent pas leur identité (anonymat). Il ne signale pas d'emblée les situations aux autorités judiciaires, mais la démarche est effectuée si l'équipe est inquiète pour le bien-être d'un enfant et si elle n'est pas en mesure, au vu de la rupture de collaboration de l'A.I.C.S. mineur, de faire évoluer la situation.

La seconde phase est celle du diagnostic et de l'établissement du plan de traitement.

Sa durée est d'environ deux mois. Elle comprend en moyenne cinq entretiens avec l'A.I.C.S. mineur, deux entretiens avec le couple parental et/ou familiaux, une participation des parents au groupe de parents d'A.I.C.S. mineurs, organisé à raison d'un par mois, un entretien relatif à la définition de la prise en charge et un rapport écrit.

Une anamnèse la plus complète possible est réalisée quant au vécu familial, aux événements biographiques importants, aux comportements et attitudes sexuels de l'A.I.C.S. et quant aux actes commis (intensité, violence(s) associée(s), élément(s) déclencheur(s), fantasme(s) associé(s), stratégies de prise de contact avec les victimes, ...).

La réalisation d'un diagnostic du fonctionnement psychique de l'A.I.C.S. à l'aide de testings psychologiques est effectuée.

Lors des entretiens individuels, l'A.I.C.S. est confronté à l'acte commis, à son éventuelle banalisation voire au déni de celui-ci. On tente d'évaluer le respect des mesures préconisées en vue d'éviter la récurrence.

L'accompagnement de l'A.I.C.S. auprès des autorités judiciaires en cas de démarches déjà en cours est possible.

La détermination des objectifs du traitement en fonction des besoins personnels de l'A.I.C.S., de ses ressources individuelles, de ses capacités cognitives et des demandes familiales ou autres sera établie.

La troisième phase est celle de la thérapie individuelle et/ou de groupe de l'A.I.C.S., du maintien d'entretiens familiaux et/ou avec le couple parental, de la participation des parents au groupe de parents et de la poursuite de la concertation avec les professionnels concernés.

Le travail en groupe permet de divulguer à ses pairs les actes commis (qualité de l'acte, quantité d'actes commis, ...), d'établir une communication quant à ses croyances sexuelles, ses fantasmes, de découvrir des patterns comportementaux qui pourraient être une alternative à la récurrence, d'améliorer la gestion de ses pulsions agressives et de ses angoisses, de reconnaître le vécu douloureux des victimes, de réfléchir quant à une intervention favorable en vue de diminuer le dommage subi par la victime, de préparer les rencontres éventuelles avec les victimes, ...

Les méthodes utilisées sont les jeux de rôles, l'expression de son vécu et de ses émotions par l'utilisation d'un matériel créatif (collages, photos, ...), la rédaction de lettres pour la victime, le recours à des questionnaires ou des jeux, la réalisation d'un journal, la reconstruction du délit, ...

Lors des entretiens individuels, les A.I.C.S. mineurs abordent leur vie émotionnelle, la différence entre leur ressenti et leurs actes, leur relation avec leurs propres besoins et désirs...

Les parents, lors des groupes de parents, partagent leur vécu, acceptent l'aide et le soutien d'autres parents, tentent de faire des liens entre les délits de leur enfant et certains événements familiaux, réfléchissent à leurs méthodes éducatives et aux modifications à y apporter, ...

La quatrième phase est la fin du traitement

Elle comprend une évaluation des changements relatifs aux pensées et aux comportements de l'A.I.C.S., un bilan de ses apprentissages, ainsi que de son vécu relationnel et de sa situation de vie actuelle. Cette évaluation est faite par l'A.I.C.S. et par les professionnels qui l'ont accompagné. Elle tient évidemment compte des objectifs de départ. Un rituel de départ au sein du groupe thérapeutique existe. Un entretien familial de clôture a aussi lieu. L'A.I.C.S. reçoit, au terme de son traitement, un document qui certifie qu'il a participé à l'ensemble du programme individuel et de groupe et qui lui rappelle ses apprentissages et les compétences acquises dans le cadre de celui-ci. De même, l'objectif final, et principal, de la prise en charge y est rappelé : arriver à une gestion responsable de ses sentiments, pensées, actes en vue de la réalisation de ses désirs sans enfreindre volontairement les limites d'autrui.

Des évaluations, sous forme d'entretiens de follow-up, sont effectuées trois mois après l'intervention puis six mois après celle-ci et au-delà si nécessaire.

III. Siegburg : Etablissement pénitentiaire pour adultes (âgés de 18 à 21 ans) et adolescents (mineurs) masculins

"Il s'agit d'un établissement pénitentiaire qui accueille 650 détenus : 260 jeunes adultes et 390 mineurs. On y pratique la sociothérapie pour un nombre réduit de détenus (une trentaine dans deux services). Beaucoup sont polytoxicomanes et 20 à 30 % des détenus se trouvant en sociothérapie sont des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

C'est en 1973 qu'il y eut les premières initiatives de sociothérapie. Il n'y avait à l'époque aucun mandat précis en ce qui concerne le traitement des jeunes. On constatait que les jeunes reproduisaient les comportement extérieurs, voire récidivaient dans l'institution, et déstabilisaient les professionnels. Certains travailleurs sociaux ont décidé, de leur propre initiative, de suivre des formations, de mettre en place une équipe pluridisciplinaire et de formaliser une approche thérapeutique. Dès le début, l'accent est mis sur la communication et le rapport entre professionnels de différentes disciplines.

Les divers intervenants (sécurité ou soignants) n'y portent pas d'uniforme".¹²

¹² Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

Conditions d'accès à la sociothérapie

Une fois écroué, le détenu peut adresser une demande d'admission au service de sociothérapie. La condition indispensable est qu'il ait une peine de prison minimale de douze mois à purger. Sa demande doit être rédigée par écrit et retracer son parcours de vie de façon détaillée. Un entretien d'évaluation a alors lieu en vue de l'admission éventuelle au sein de l'unité de vie.

Un centre d'orientation peut également, après examen de sa situation, adresser un détenu vers un service de sociothérapie en vue d'une prise en charge spécifique.

Le détenu doit se montrer suffisamment motivé à entreprendre une remise en question de son fonctionnement et à aborder ses comportements problématiques. Cette motivation est difficile à appréhender et l'admission se fait donc à l'essai. Le détenu doit également marquer son accord quant au fait de subir des contrôles sanguins et urinaires en vue de la détection de drogues.

Des détenus de nationalité étrangère peuvent aussi être intégrés dans ces services pour autant qu'ils parlent suffisamment l'allemand.

Le service de sociothérapie

Au sein de cette prison, une aile est réservée aux détenus pris en charge dans le cadre de la sociothérapie. Les autres détenus dépendent du régime carcéral habituel et passent la majorité de leur temps enfermés dans leur cellule.

Cette aile se compose de cellules individuelles pour chaque détenu. Pour chaque unité de vie, il y a une cuisine, des sanitaires, une pièce de vie commune, une salle d'équipe, et une salle de réunion pour les prises en charge thérapeutique et les réunions de groupe.

L'unité de sociothérapie de Siegburg se compose de deux services :

- le service A : pour des détenus purgeant de longues peines variant de cinq à dix ans (assassinats, homicides, viols);
- le service B : pour des détenus dont les peines sont comprises entre un et cinq ans.

Chaque service a la possibilité d'accueillir quinze détenus.

Le personnel comprend huit surveillants, deux travailleurs sociaux, deux psychologues dont un responsable du service.

L'objectif est de permettre aux détenus, par la "vie de groupe", d'apprendre des règles de conduite toutes simples et de soutenir ainsi progressivement un processus d'autonomie et de socialisation. Dans ce cadre, pour assurer le fonctionnement de la vie en groupe, les détenus éprouvent la nécessité d'adopter des comportements plus adaptés, d'assumer leurs responsabilités et tâches, de rechercher des solutions constructives en vue de résoudre les conflits et d'apprendre à respecter leurs pairs.

Le déroulement d'une journée type au sein d'une unité de vie de sociothérapie à Siegburg

6 heures : ouverture des portes des cellules, petit déjeuner commun obligatoire.

Entre 7 et 8 heures : envoi des jeunes vers leurs salles de classe et leurs lieux d'apprentissage. Afin de les responsabiliser, les jeunes se rendent d'eux-mêmes en salles de cours (gestion autonome). Lorsqu'un jeune est malade, il doit obligatoirement le signaler au médecin traitant. En cas de difficulté particulière, un surveillant peut accompagner le jeune vers le lieu d'activité.

12 heures : repas commun obligatoire dans l'unité de vie. Un surveillant est présent pour percevoir les interactions entre les détenus, aborder un thème précis et mettre des limites. Les échanges sont centrés sur le vécu de la matinée.

De 13 à 16h : reprise des activités relatives à leur formation professionnelle.

A partir de 16h : activités thérapeutiques de groupe soit internes à la section (deux fois par semaine), soit rassemblant les deux sections (une fois par semaine). Les thèmes abordés lors de ces groupes : l'infraction, l'organisation quotidienne, les relations, et les difficultés personnelles. Ces groupes sont encadrés par un thérapeute et un co-thérapeute (surveillants ayant suivi une formation). Les surveillants ne portent pas d'uniforme sauf le responsable qui assume aussi des activités à l'extérieur de l'unité, dans l'établissement pénitentiaire.

Pour tout non-respect des règles de vie, une sanction est appliquée. Le groupe réfléchit à la définition de ces sanctions en fonction de la transgression commise. Ainsi, en cas de lever tardif par exemple, le jeune devra sortir la télévision de sa cellule. L'hypothèse faite sera qu'il a regardé celle-ci jusqu'à une heure trop avancée .

Après 18 heures : activités libres (sport, cuisine, jardinage, ...)

22h : coucher et fermeture des cellules.

Il y a une place pour une vie sexuelle et affective gérée au quotidien et de façon informelle (masturbation, gestes d'affection et de tendresse, relations sexuelles, ...).

A tout moment, un détenu peut demander une réunion de crise en vue de l'aider à gérer un conflit précis qu'il rencontre. Chaque détenu assurera, au cours de son séjour dans l'unité de sociothérapie, la fonction de rapporteur du groupe. Il occupera alors un rôle particulier et sera plus spécialement responsable du bon déroulement et de l'organisation de la journée. De même, il reflétera à l'équipe de professionnels, les préoccupations et les demandes du groupe.

Les différentes phases du travail thérapeutique

Le traitement en sociothérapie se compose de quatre phases thérapeutiques. Le passage d'une phase à l'autre est le signe d'un progrès manifeste dans le processus thérapeutique de croissance et de développement personnels.

Pour certains détenus particulièrement déstructurés et présentant des sentiments abandonniques, dont le nombre est d'ailleurs en augmentation selon leurs observations, il est

nécessaire de passer par une étape préliminaire et préparatoire à la thérapie (apprentissage des règles minimales quant à une vie de groupe).

Phase I : phase d'essai thérapeutique

Elle dure environ deux mois et sert à orienter le détenu. Pendant cette période, il intègre progressivement les règles d'organisation de la prison, de l'unité de vie, clarifie sa motivation, élabore avec l'équipe un plan thérapeutique individuel, accepte la vie de groupe, ...

Au terme de cette phase, le détenu peut s'engager, ou non, dans la poursuite du processus thérapeutique. L'équipe lui reflète alors aussi ses observations, ses constatations, l'avis du groupe et effectue un diagnostic.

Phase II : phase intensive

Les objectifs thérapeutiques individuels sont définis et la durée de cette phase est établie. Le détenu s'engage et marque son accord pour un traitement précis. Il détermine avec l'équipe les thèmes personnels qu'il doit aborder et travailler.

Le détenu prend une place dans le groupe de vie. Il clarifie certaines problématiques (dettes, traitements médicamenteux, ...), réfléchit à certains préjugés, remplit des obligations sociales, apprend à gérer des conflits, présente sa biographie, participe à des entretiens familiaux...

Les premières visites en famille, ainsi que la participation à des camps de vacances thérapeutiques sont possibles. Les anciens détenus ayant participé à la sociothérapie se joignent à ces groupes de vacances et peuvent "désidéaler" la vie extérieure (le travail, les relations avec les femmes, etc. ...). La famille des détenus est invitée et intégrée dans le traitement du jeune délinquant.

Phase III : phase de stabilisation

Durant celle-ci, les problèmes identifiés jusqu'à présent sont travaillés plus intensément et la recherche de solutions à ceux-ci est essentielle. Dans le cadre de la thérapie, la recherche d'explications en vue de comprendre le passage à l'acte, l'infraction est rendue possible.

Les sorties à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, seul, débutent et s'intensifient lors de cette phase. Ils nomment cela "la permissivité par paliers".

Le développement de projets d'avenir est très important à cette étape de la prise en charge.

Phase IV : phase de réhabilitation

Elle sert à stabiliser les acquis et à favoriser les démarches et l'ouverture vers le monde extérieur à l'établissement pénitentiaire. Le travail de "resocialisation" hors du milieu carcéral (lieu de travail en dehors de l'institution, accès à un logement, ..) débute avec un maintien des contacts entre le détenu et le personnel pénitentiaire.

Le détenu se sépare progressivement, par étapes, de l'accompagnement de l'équipe, et construit un contexte de vie indépendant à l'extérieur de la prison.

Si le processus de séparation et l'accès à l'autonomie sont rendus plus difficiles par une problématique de consommation de drogue et/ou d'alcool, une prise en charge ambulatoire par un centre indépendant de l'établissement pénitentiaire est possible. Au-delà du processus de libération, le détenu a le droit de garder des contacts thérapeutiques avec l'équipe de sociothérapie.

Il est à préciser qu'une libération conditionnelle du détenu est possible aux deux tiers de la peine. La date de la libération est fixée dès l'entrée de la personne dans le cadre de la sociothérapie.

La formation du personnel

Le personnel reçoit une formation à forte connotation juridique, psychologique et criminologique. De plus, une formation continue, ainsi que des supervisions par des professionnels extérieurs sont organisées (optique systémique et psychanalytique). Depuis 1998, il existe une obligation pour ces intervenants de participer à une formation spécialisée concernant à la prise en charge des A.I.C.S..

La formation professionnelle des détenus en sociothérapie

La sociothérapie implique une notion de thérapie par le travail. Les jeunes détenus ont l'obligation de suivre une formation qui leur octroie l'obtention d'un diplôme. Ils sont rémunérés pour leur travail et une partie de cette rémunération est gérée et gardée par l'administration pénitentiaire en prévision de leur libération. Les différents secteurs de formation sont : la mécanique, la métallurgie, la peinture en carrosserie et la menuiserie. Suite à divers accords avec des entreprises locales, les jeunes peuvent réaliser des stages en milieu professionnel. La quasi majorité des jeunes en formation termine celle-ci. Ils peuvent ainsi être embauchés dès leur sortie de prison ce qui facilite leur intégration dans la société.

IV. "Soigner, traiter, punir : prémisses cliniques pour les délinquant sexuels"

Exposé du Docteur Ulrich Kobbé¹³

Il nous invite à un regard critique sur la prise en charge sociothérapeutique des A.I.C.S. en Allemagne.

Le Docteur Kobbé souhaite d'abord rectifier les erreurs d'appréciation concernant l'ampleur de la problématique des abus sexuels. Il existe, selon lui, un contexte politique de dramatisation qui donne l'impression que l'abus sexuel est partout. Cependant, les chiffres démontrent le contraire. Il suffit, pour s'en convaincre, de se pencher sur les statistiques des abus sexuels dans

¹³Professeur de Psychologie Clinique à l'Université de Duisbourg-Essen, superviseur, formateur pour des équipes de professionnels travaillant en milieu pénitentiaire.

une perspective évolutive. Depuis 1953, le nombre d'abus sexuels commis sur des enfants est en régression, de même que le nombre de meurtres d'enfants.

Ensuite, le Docteur Kobbé invite les professionnels à réfléchir quant à la question des liens qui se construisent entre une mère et son fils, en particulier sur le plan de l'autorité et de la sexualité. Cette réflexion se justifie par le fait que la plupart des agressions sexuelles sont commises par des garçons. Selon lui, dans notre société actuelle, la sexualité a tendance à se définir par le féminin, la sexualité se féminiserait.

La dramatisation des abus sexuels dans le discours politique a, en réalité, ouvert la voie à la mise en place du traitement des A.I.C.S.. Dans le discours politique, le premier but de l'incarcération est le traitement envisagé principalement comme la resocialisation de la personne. Néanmoins, la "sécurité" reste le centre des préoccupations du politique comme des citoyens. Selon lui, "Le thérapeutique est devenu le discours national sur la sécurité et la question du risque". Pour des raisons de sécurité, chaque Länder en Allemagne détient le pouvoir de décider du maintien en détention d'une personne. Il faut se méfier d'un système où la tendance politique cherche à contrôler fortement le préventif, le social et "l'après- peine". Il existe bien sûr des commissions pour les justiciables, mais ce sont des sortes de groupe de pression. "Le thérapeutique est donc influencé par le degré de tolérance de la société à l'égard des délinquants sexuels"¹⁴. Bien que la libération d'une personne emprisonnée concerne tous les citoyens, il n'existe pas, selon lui, de débat démocratique à ce sujet.

La psychothérapie n'est pas le seul moyen de résoudre la problématique de l'abus sexuel. Certains auteurs d'abus sexuels relèvent davantage de la criminologie que de la psychothérapie. La solution du traitement est une illusion, un impossible défi. Pourtant, psychologues et psychiatres ont promis de traiter presque tous les A.I.C.S.. Tout le monde tient à garder cette illusion. En se définissant comme capables de tout traiter, psychologues et psychiatres produisent leur propre échec, dont ils évitent de se rendre responsables.

Ainsi, si le détenu n'évolue pas, le psychothérapeute le rend responsable de cet "immobilisme" et les peines s'allongent sous le couvert du traitement. La politique est en effet de plus en plus répressive. "Les internements en psychiatrie légale sont particulièrement longs avec des divergences de vue entre les soignants poussant à la sortie et les juges freinant le processus au maximum"¹⁵.

Mais que faire avec un patient qui se tait ? Comment travailler avec un patient qui résiste sans le forcer ? Comment travailler avec ceux qui ont peur ? Ça, ce sont les véritables questions d'un psychothérapeute. Si la sociothérapie ne donne pas de résultats probants, la personne est renvoyée en prison.

Le terme "traitement" est souvent considéré comme synonyme de la psychothérapie. Il faut être conscient que la sociothérapie se centre sur le symptôme, dans une perspective comportementaliste. Ce qui est visé, ce n'est pas le développement de la personne, mais la prévention de la récidive. C'est donc une préoccupation sécuritaire. Ceci n'empêche pas la sociothérapie d'être intéressante – effet positif sur la maturation et la motivation du détenu, formation du personnel – mais elle a ses limites. La délinquance sexuelle n'est pas un symptôme,

¹⁴ Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

¹⁵ Rapport du voyage d'étude en Allemagne, Tournai, février 2005, U.P.P.L.

mais un diagnostic en soi qui nécessite d'investiguer sur ce qui le sous-tend et de tenir compte des troubles de la personnalité. Or, une étude montre que sur 136 personnes bénéficiant d'une sociothérapie, 104 n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic préalable. C'est pourquoi, la thérapie en prison, en particulier en cas de troubles de la personnalité (ex. : psychotiques), est une illusion.

La question de l'efficacité du traitement entraîne une guerre des écoles. Le concept comportementaliste se vend bien au politique. Les modules formulés en termes d'objectifs séduisent les politiciens contrairement au concept psychanalytique se référant à des processus inconscients, au travail relationnel. Une étude statistique a conclu au fait qu'une différence significative entre des transgresseurs sexuels ayant bénéficié de la thérapie et des transgresseurs sexuels ayant subis un régime classique s'observaient dans les premières années, mais que celles-ci s'estompaient sur le long terme. La thérapie ne ferait donc que reculer l'échéance.

En 1975, le politique avait prévu un article de loi qui déterminerait les caractéristiques des détenus qui pourraient bénéficier de la sociothérapie en prison. Cet article qui a provoqué pas mal de remous au sein des Länder a été rayé du code pénal. C'est pourquoi, il n'existe aucune sélection des détenus. Ceux-ci accèdent à la thérapie quelle que soit la gravité de leur état et de leur dangerosité.

En 1985, avec la réforme en psychiatrie judiciaire, on a assisté à une véritable "explosion" thérapeutique : renforcement massif du personnel infirmier, engagement de psychologues, dont la formation se centre essentiellement sur le pronostic et plus grande diversité de professionnels. La question "où en suis-je avec la thérapie de ce patient?" est évacuée au profit de l'expertise. Notons cependant que les tests psychologiques ne mettent pas en évidence de différences significatives entre la symptomatologie et les problèmes interpersonnels des délinquants sexuels par rapport à une population normale. Il n'y a guère de particularité dans les profils.

Dès que le moment de la libération approche, la question du juge est celle de la dangerosité du patient. Cette question délicate est adressée au psychiatre. Comment dire qu'une personne est encore dangereuse quand elle sort de prison. La "tendance naturelle" consiste le plus souvent à surévaluer la dangerosité dès le moment où on intervient régulièrement auprès des patients. En Bavière, il est régulièrement demandé au magistrat d'ordonner une mesure de mise sous protection après la peine et sans nouveau jugement. Cette tendance est dangereuse. De plus, un traitement efficace serait un traitement qui réintègre le client dans la société. Mais la société est-elle réellement prête à ré-accepter ces personnes dans le monde normal?

C'est pourquoi, le Docteur Kobbé souligne l'intérêt d'une collaboration étroite entre les professionnels qui prennent en charge les A.I.C.S. et les professionnels qui se préoccupent des victimes. Il faut encore qu'il y ait un réel débat au sein de la population quant à la question des auteurs des abus sexuels. La pression sociale existe et a un impact sur les décisions judiciaires. La justice reste un bastion. A côté des "groupes de pression", il est nécessaire de constituer des groupes de réflexion qui réunissent le politique, l'administration judiciaire, le psycho-social. Leur but serait double : interroger les pratiques à la lumière des autres manières de traiter la délinquance sexuelle, et réaliser un véritable travail d'écoute de l'opinion publique dans la mesure où celle-ci influe sur la peine. Les prémisses sur lesquels on construit les lois évoluent selon les époques. Il est parfois utile d'en re-questionner le fondement, la légitimité.

Sa difficulté à pouvoir faire entendre ses critiques et idées quant à l'efficacité de la sociothérapie en Allemagne, l'amène à souligner l'importance d'avoir au sein du ministère un interlocuteur capable de comprendre la complexité et la réalité du travail psychothérapeutique.

V. Conclusions

La prise en charge des A.I.C.S. majeurs et mineurs est très différente dans le système allemand et dans le système belge. De manière générale, nous pouvons dire que la Belgique a essentiellement développé la prise en charge sur le plan ambulatoire alors que celle-ci se fait plus rare en Allemagne. En effet, l'Allemagne a surtout développé l'aspect thérapeutique pour les A.I.C.S. au sein des établissements pénitentiaires.

L'importance d'intervenir rapidement auprès des A.I.C.S. mineurs avec des programmes thérapeutiques spécifiques, ne semble pas encore être suffisamment entendue par le monde politique allemand. Il est pourtant démontré que de telles interventions précoces permettent de réduire le risque de récidive et entraînent un coût sociétal moins élevé que le suivi des nombreuses victimes de l'A.I.C.S. ou encore l'incarcération de celui-ci.

Dans la prise en charge thérapeutique qu'est la sociothérapie, le travail occupe une place centrale. Le milieu pénitentiaire fait en partie office d'institution de soins, de milieu thérapeutique. La priorité sociétale est accordée au sécuritaire. En effet, la finalité de la prise en charge consiste à éviter la récidive à tout prix. Les réaménagements sur le plan de la personnalité (bien-être, narcissisme, socialisation, empathie...) sont secondaires.

Après l'incarcération, le législateur a prévu un ensemble de mesures de contrôle à l'égard des ex-détenus même si ceux-ci ont purgé la totalité de leur peine. Ce système paraît peu applicable en Belgique en vertu des droits et des valeurs démocratiques selon lesquels l'ex-détenu reste sujet de droits.

En Allemagne, le système de prise en charge des A.I.C.S. est intéressant dans la mesure où une articulation a été pensée par le monde politique en concertation avec les professionnels psycho-médico-sociaux.

Des moyens financiers importants ont été dégagés afin de concrétiser leurs projets de sociothérapie. Néanmoins, la sélection des A.I.C.S. qui en bénéficieront est sévère et, malgré les budgets dégagés, les places de sociothérapie restent trop peu nombreuses.

L'efficacité du traitement de sociothérapie paraît démontrée statistiquement, du moins à court terme. Toutefois, l'exposé du Docteur Kobbé met en doute le bien-fondé et l'efficacité de cette prise en charge à plus long terme.

