



Les centres d'appui : suivi et traitement des délinquants sexuels

PAR PASCALE MEUNIER
ILLUSTRATIONS : COLINE SAUVAND

Ces gens-là ? Des causes perdues, ils ne méritent pas que l'on s'occupe d'eux ! Eh bien si. Et quelques associations s'y emploient exclusivement : ce sont les trois centres d'appui créés en 1998 et 1999, dans la foulée de l'affaire Dutroux. Un en Flandre : l'Universitair Forensisch Centrum (UFC). Un en Wallonie : l'Unité de psychopathologie légale (UPPL). Et un dans la capitale : le Centre d'appui bruxellois (CAB). Ils rencontrent la plupart des auteurs d'infractions à caractère sexuel, les « AICS ».

« **J'**ai été soulagé d'être arrêté, je n'y serais pas arrivé tout seul. »
« Je n'aurais jamais osé parler de ça à qui que ce soit auparavant. »
« J'étais pris dans un engrenage. »
« J'ai besoin de comprendre pourquoi j'ai fait ça. »
« Je sais que j'aurai toujours besoin de ma thérapie pour ne pas risquer de recommencer. »

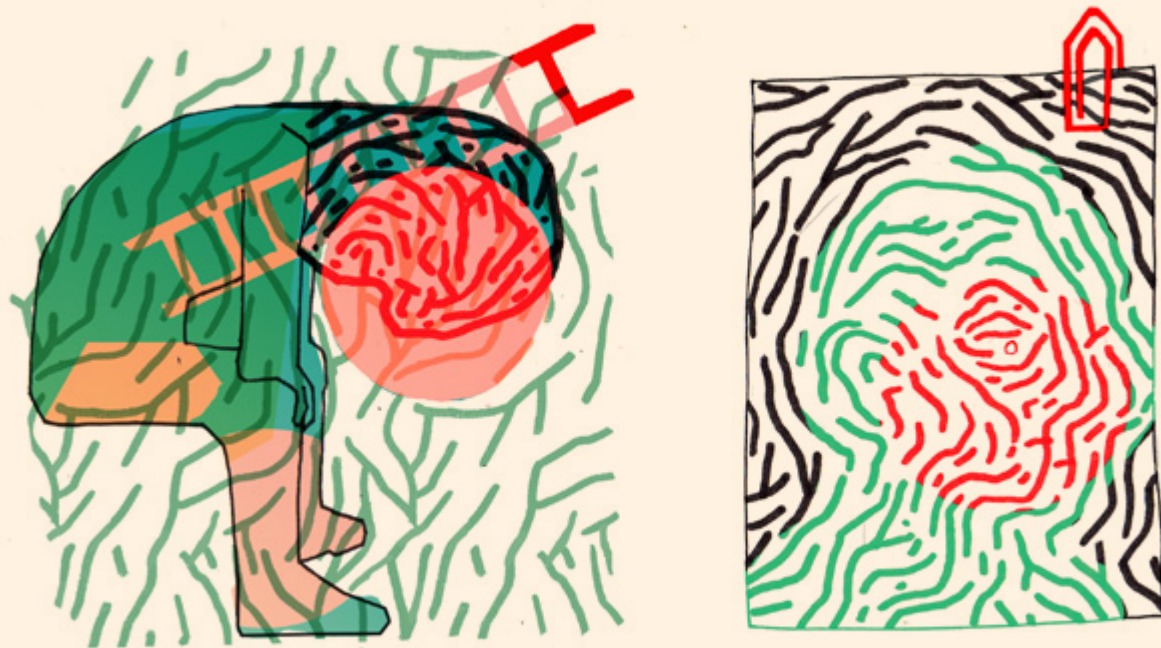
Les centres d'appui sont fondés sur des accords de coopération entre le ministre de la Justice et les trois Régions, qui se partagent une partie des compétences en matière de santé. Une sorte de délégation vers la santé, car la justice ne suffit pas pour prendre en charge les délinquants sexuels. « *Il y a une punition, une sanction, une loi qui s'applique, mais il faut aussi éviter la récidive en prenant en charge ces auteurs de façon clinique* », explique Michèle Janssens, directrice du Centre d'appui bruxellois (CAB). Les centres d'appui sont à la charnière de ces deux terrains de compétences.

Ils sont chargés de rendre différents types d'avis (avis motivé, d'orientation, de réévaluation) et ils agissent en fonction des situations judiciaires (alternative à la détention préventive, probation, surveillance électronique, libération conditionnelle, protection sociale...). L'enjeu diffère également selon que la personne est déjà incarcérée ou non. « *C'est un travail au cas par cas, car la population est hétérogène et les situations sont complexes* », précise Julien Lagneaux, directeur de l'Unité de psychopathologie légale (UPPL). *La réalité judiciaire n'est pas toujours la réalité clinique et il y a un pas pour les patients entre la reconnaissance des faits reprochés et celle d'une problématique sexuelle ou autre.* » Les objectifs du CAB et de l'UPPL sont notamment de vérifier la possibilité d'une guidance ou d'un traitement, de rechercher un point d'ancrage thérapeutique et de trouver chez l'auteur d'infraction(s) à caractère sexuel (AICS) ce qui est mobilisable pour un travail thérapeutique.

AIDER LE JUGE À PRENDRE LA DÉCISION LA PLUS ADAPTÉE

Les principales autorités mandantes sont la commission de probation (pour les condamnés qui obtiennent un sursis probatoire), le tribunal de l'application des peines (pour les détenus en demande de libération conditionnelle ou sous surveillance électronique), la chambre de protection sociale (pour les internés, reconnus irresponsables au moment des faits délictueux, en demande de libération à l'essai ou définitive), le parquet ou le juge d'instruction (pour les personnes en détention préventive incarcérées ou libérées sous conditions). Quant aux interlocuteurs judiciaires les plus fréquents, il s'agit des assistants de justice (chargés du suivi judiciaire des justiciables extra-muros et du contrôle des conditions imposées par le juge), des équipes psychosociales des prisons et des centres psychiatriques spécialisés (chargées de la préparation à la sortie de prison), des secrétariats des chambres de protection sociale, des substituts et procureurs sollicitant des avis spécialisés.

Pour déterminer l'opportunité d'octroyer ou non une mesure probatoire, des psychologues évaluent l'AICS et rendent un avis motivé visant à évaluer la dangerosité, le risque de récidive et les facteurs qui y sont liés, et à déterminer si cette personne peut entrer en traitement ou suivre une guidance. « *La première question que l'on se pose est celle-ci : est-ce qu'une thérapie est possible ?* », résume Aziz Harti, psychologue et sexologue au CAB. *Nous donnons des informations aux autorités judiciaires, mais nous ne décidons*



pas à leur place. » Luca Carruana, psychologue à l'UPPL, abonde : « *On sait que ce qui va être écrit va peser, mais ce n'est pas à nous trancher sur la véracité des faits. Nous apportons un éclairage sur la personnalité, sur la manière dont la personne fonctionne, sur les facteurs de risque, sur ce qui a concouru au passage à l'acte : les éléments sociaux, le système de référence de la personne, la manière dont elle a été élevée, ses antécédents éventuels. Le mode opératoire est aussi éclairant. Est-ce un fait isolé uniquement sexuel ? Ou s'inscrit-il dans un ensemble d'autres délits ? L'idée étant de prendre un peu de hauteur et d'éclairer l'ensemble de la situation pour aider le juge à prendre la décision la plus adaptée.* »

Pour réaliser au mieux cette mission d'avis, la mise à disposition du dossier judiciaire par l'autorité mandante est indispensable. « *C'est une importante dérogation au secret professionnel*, souligne Michèle Janssens. *Nous pouvons aussi transmettre le dossier judiciaire au thérapeute.* » En effet, son travail n'a rien à voir avec une thérapie individuelle classique : il lui sera plus qu'utile de bien connaître les tenants et aboutissants de cette prise en charge contrainte. « *Généralement, la personne qui a commis des faits de mœurs n'est pas très fière de ce qui s'est passé*, explique Luca Carruana. *Elle ne sait pas à quelle sauce elle va être mangée, elle arrive dans un service qu'elle ne connaît pas. L'interlocuteur qu'elle va rencontrer sera-t-il capable d'entendre ce qui a été fait ? Lui dire d'emblée que nous avons eu accès à l'ensemble de son dossier judiciaire, cela fait retomber les défenses : nous savons, nous pouvons en parler ensemble. L'AICS n'est pas dans nos bureaux pour être jugé mais pour essayer de comprendre et de trouver des solutions.* »





METTRE EN PLACE UN TRAITEMENT

Le CAB et l'UPPL ont des missions quelque peu différentes. Le CAB dispose d'une toute petite équipe. Deux psychologues reçoivent en entretien préalable à leur orientation tous les AICS domiciliés en Région bruxelloise, soit quelque 400 dossiers actifs par an. Pour chacun de ceux-ci, ils orientent la prise en charge en cherchant la meilleure adéquation entre la problématique du justiciable et le dispositif thérapeutique disponible. Leurs avis d'orientation peuvent être succincts (à destination de l'assistant de justice) ou cliniquement détaillés pour l'équipe vers qui est orienté l'AICS. Car la prise en charge en tant que telle est déléguée à deux équipes de santé spécialisées agréées par la Cocof : le centre Chapelle-aux-Champs et le service de santé mentale à l'ULB, qui disposent d'un double dispositif de traitement, individuel et en groupe. Le CAB y oriente les AICS ayant un diagnostic de problématique sexuelle déviante. Certaines situations peuvent aussi être adressées à d'autres services, voire à des thérapeutes indépendants, en fonction de leur particularité : toxicomanie, handicap, etc. Dans tous les cas, une convention de traitement est alors signée entre l'équipe thérapeutique, le justiciable/patient, l'assistant de justice et le CAB. Elle fixe le cadre et la durée de l'intervention en fonction du jugement. « Mais le CAB reste un tiers dans le processus thérapeutique, un interlocuteur tout au long de la condition de soins fixée par le magistrat et il peut réévaluer la personne quand c'est nécessaire », ajoute la directrice. Le CAB contrôle le processus : le délinquant suit-il son traitement, est-il régulier, évolue-t-il ou pas ? Le magistrat reçoit un compte rendu, non pas sur le contenu de la thérapie,

mais sur l'assiduité du patient, ce qui permet le cas échéant de revoir sa condition de soins, de l'adapter ou éventuellement de le réincarcérer si les conditions minimales ne sont pas respectées.

Basée à Tournai, à proximité du Centre régional de soins psychiatriques Les Marronniers, ainsi qu'à Namur, l'UPPL est forte d'une équipe pluridisciplinaire de dix-sept personnes (psychologues, psychiatre, travailleur social) qui assurent directement le suivi des AICS d'une partie de la région. L'Unité possède aussi une antenne à Liège et, pour ce qui est des autres provinces, délègue ses missions à des services de santé mentale disposant d'une équipe spécialisée avec lesquels les autorités judiciaires locales traitent généralement en direct.

« NOTRE TRAVAIL PERMET D'ÉVITER D'AUTRES VICTIMES »

« Ce matin, j'ai rencontré un patient qui était détenu lorsqu'on s'est rencontrés la première fois. Aujourd'hui, il porte un bracelet électronique », raconte Luca Carruana. Les situations évoluent au fil du traitement clinique, tout comme le rythme des séances. « Dans un premier temps, on essaye de rencontrer les patients très fréquemment, toutes les semaines, pour établir un certain lien, une forme d'alliance, poursuit-il. Au cours du temps – ce sont des suivis qui durent entre trois et cinq ans –, il n'est pas rare qu'on espace les rendez-vous pour arriver à une période de suivi où on voit le patient tous les deux mois pour faire le point. »

Tant à Tournai qu'à Bruxelles, ces équipes sont forgées à l'écoute, à la nuance. « On n'est pas dans le tout ou rien », résume Dorothée Rousseau, psychologue à l'UPPL. La lecture des dossiers renvoie à l'horreur des actes et induit inévitablement des représentations de leurs auteurs avant de les recevoir en entretien. « Ce qui est étonnant, c'est le contraste entre l'idée que l'on peut se faire de l'homme à la lecture des pièces judiciaires, et l'humain que l'on rencontre ensuite en face-à-face », constatent-ils unanimement. L'AICS ne se réduit pas à son acte, parfois même pour sa victime. Dans le cadre de violences intrafamiliales par exemple, il reste un père, un grand frère, un oncle.

Le travail des centres d'appui contribue aussi indirectement à réparer les victimes. « Notre travail se situe en amont, dit Michèle Janssens. Des faits ont déjà eu lieu, mais il permet d'éviter d'autres victimes. Ce n'est pas toujours bien perçu de dire que l'on travaille pour des délinquants sexuels, mais on travaille aussi pour la société. » Il n'y a actuellement pas de dispositif de prévention primaire pour les possibles futurs auteurs ou pour les personnes en difficulté avec cette problématique, en proie à des fantasmes déviants et qui redoutent de passer à l'acte. « La seule possibilité qui s'offre à eux, c'est d'en parler à un thérapeute ou de frapper à la porte d'un centre d'appui, mais c'est très rare », déplore le directeur de l'UPPL. Néanmoins des initiatives sont en cours. À l'instar du projet Stop it Now, opérationnel depuis quelques années en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, une ligne téléphonique et une adresse e-mail permettent déjà de trouver de l'aide en Flandre depuis le printemps 2017. Un projet similaire est attendu du côté francophone.



AIDER L'« AICS » À METTRE EN PLACE D'AUTRES STRATÉGIES

Si le condamné peut présenter une position dénégatrice, les faits sont établis par la vérité judiciaire. C'est une base sur laquelle on peut commencer à travailler. *« En réalité, note Aziz Harti, le travail commence déjà lors de l'interpellation, par l'intervention d'un tiers : la justice. Cela crée un choc chez la personne, une déflagration. À partir de là, elle est en crise. »* Jusqu'alors, elle a pu ne pas se rendre compte qu'elle avait un problème. Mais quand la police vient l'arrêter et qu'elle risque la prison, elle en a un ! *« C'est un point de virage dans l'histoire, décode Jean-Marc Verdebout, psychiatre à l'UPPL. On peut lui proposer une alliance thérapeutique. »* Amorcer la thérapie dès ce moment, ne pas lui laisser le temps de développer des mécanismes de défense, de survie, qui peuvent aussi conduire à un enlèvement (on voit des cas de récidive avant jugement). *« Nous aidons l'AICS à mettre en place d'autres stratégies : comment faire face autrement à son stress, à sa vulnérabilité, comment chercher de l'aide et connaître les ressources, les gens qu'il peut appeler, développer des facteurs de protection »,* poursuit Aziz Harti. Un travail clinique entamé avant l'entrée en prison joue en général favorablement dans l'octroi d'une mesure alternative à la détention. Car il n'existe pas de dispositif de traitement en prison. L'incarcération met fin à une thérapie entreprise auparavant ou reporte son démarrage à de longues années après les faits vu que ce sont les situations les plus graves qui sont sanctionnées par les peines les plus lourdes.

Diminuer le taux de récidive

On ne parle ici que de la partie visible de l'iceberg : les personnes judiciairisées. D'autres n'auront jamais maille à partir avec la justice. Sur les quelque 11.000 détenus en Belgique, environ 10% sont qualifiés de délinquants sexuels, soit un bon millier de personnes auxquelles il faut ajouter près de la moitié de celles, jugées non responsables, qui sont détenues dans les établissements de défense sociale, soit un autre millier. *« Ces hommes ne sont pas nécessairement là pour un délit sexuel, mais ils ont commis à un moment de leur parcours un fait de mœurs, nuance Michèle Janssens, directrice du CAB. Les chiffres paraissent stables ; ce sont les révélations et les dénonciations qui sont en augmentation. On sent les effets des affaires Weinstein et des campagnes #MeToo ou #BalanceTonPorc. Tabou de l'inceste, silence de l'Église sur les agissements de prêtres pédophiles... Aujourd'hui les langues se délient davantage. »*

Mais contrairement à la représentation populaire, on est rarement dans une hypersexualité des auteurs. Le profil de prédateur est exceptionnel. *« Les faits se passent le plus souvent dans le cadre d'une relation affective qui va évoluer de manière négative, des situations de promiscuité, des beaux-pères qui n'ont pas participé à l'éducation de leur belle-fille et qui à un moment donné se trouvent troublés par l'émergence de la puberté chez celles-ci, et ça dérape »,* note Marie-Hélène Plaëte, psychologue à l'UPPL.

Autre idée reçue : les délinquants sexuels récidivent davantage que les autres. C'est faux, bien au contraire. Et ce taux diminue encore quand une prise en charge clinique est mise en place. Le taux de récidive (les nouvelles interpellations judiciaires d'un même AICS pour des faits de mœurs) sous traitement est de 7,8% contre 19% chez les AICS sans traitement, soit un rapport de plus de la moitié. La littérature avance un ratio encore plus contrasté avec jusqu'à 25-27% de récidive en l'absence de traitement.

Il faut cependant faire le tri entre la récidive sexuelle, la récidive violente et la récidive non sexuelle. *« Dans la condition de soins, il y a plusieurs points comme le logement, le travail, les fréquentations, la consommation... La personne peut retomber pour non-suivi des conditions autres que sexuelles et cela s'appelle aussi une récidive »,* précise Michèle Janssens. Nuance supplémentaire : ces indicateurs sont à cinq ans, la durée commune à la plupart des traitements contraints. Par la suite on observe une augmentation du pourcentage de récidive, mais celui-ci reste cependant toujours moindre que sans prise en charge thérapeutique.

À noter aussi : si la récidive se produit, elle n'est pas de la responsabilité du thérapeute. C'est clairement notifié dans les conventions de soins : le bénéficiaire de la thérapie est responsable de lui-même.

DES ÊTRES HUMAINS PAS SI DIFFÉRENTS DES AUTRES

Dans son approche thérapeutique, Marie-Hélène Plaëte, psychologue à l'UPPL, repère un ensemble d'événements sociaux, familiaux ou psychiatriques. « *C'est un peu comme la toxicomanie, illustre-t-elle. C'est la rencontre d'un produit, d'une situation et d'une personnalité. Dans notre champ d'action, nous aidons le patient à prendre en compte ces facteurs de risque.* »

Aucune des deux équipes ne dresse de profil type d'AICS. Au contraire, elles insistent sur la singularité de chaque situation. Elles découvrent cependant des familles souvent carencées – quel que soit le niveau social – où les questions de l'intimité et de la sexualité ne sont pas abordées, où les notions de loi et de distance n'existent pas. « *Dans l'histoire des patients que nous rencontrons, il y a souvent des violences familiales ou psychologiques, de la maltraitance, de la négligence,* observe Marie-Hélène Plaëte. *Pour qu'ils puissent prendre conscience des dégâts qu'ils ont pu faire à d'autres, il faut que quelqu'un ait un peu de considération pour eux.* »

Le Dr Jean-Marc Verdebout repère aussi des doubles diagnostics, psychiatrique et de santé mentale, de retard mental et de difficultés cognitives. « *Cela crée une dichotomie par*



rapport à la prise en charge et par rapport à l'accompagnement, dit-il. Notre multidisciplinarité nous donne une vision diffractée et plus riche de la personne. Comment aider cette personne avec d'autres intervenants extérieurs, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire?»

L'un des enjeux majeurs, c'est la désinsertion de l'AICS et toutes les conséquences que l'abus peut entraîner à ce niveau-là. Le travail n'est pas simple, y compris en interne. Face à certaines situations, les équipes doivent faire bouger leurs propres représentations. « *Cela varie d'un patient à l'autre : déficience mentale, toxicomanie ou pathologies particulières. On voit entre nous qui est le plus à l'aise pour travailler avec l'un ou l'autre patient avec lequel nous ressentons des difficultés* », dit Dorothée Rousseau. À Bruxelles comme à Tournai, l'équipe est une grande ressource pour elle-même. Un dialogue franc avec le patient également. Lui dire que ce qu'il a fait est difficile à entendre, que les photos que l'on a vues dans son dossier sont difficilement soutenables, cela permet de désamorcer la situation. « *On peut utiliser notre ressenti, avec bienveillance,* ajoute Marie-Hélène Plaëte. *On peut aussi avoir du mal à le cerner, comme tout autre thérapeute avec une population lambda. Ce n'est pas forcément lié aux faits qu'il a commis mais parce qu'il est rigide par exemple. D'autant qu'on n'aborde pas uniquement ce qui a trait à ces faits... On rencontre des personnes qui peuvent présenter un état dépressif, un trouble bipolaire, un problème de couple, un problème relationnel, un dysfonctionnement sexuel, quelqu'un qui n'a jamais reçu d'éducation à la sexualité...* »



Nouveaux acteurs, nouveaux phénomènes ?

Internet, Facebook, Snapchat, Instagram... un clic, et les clichés font le tour du Net. D'un bout à l'autre, des transgressions et des victimes (souvent jeunes) : exhibitionnisme pour celui qui les met en ligne et détention d'images à caractère pédopornographique pour celui qui les télécharge. *« Nous traitons de plus en plus de faits de mœurs liés à l'utilisation des réseaux sociaux et du téléphone, témoigne Luca Carruana, psychologue à l'Unité de psychopathologie légale (UPPL). Des ados ou de jeunes adultes filment leurs ébats et mettent la vidéo en ligne. Un copain la diffuse. Ils se retrouvent dans nos locaux et tombent parfois des nues. »* Le terreau : un non-apprentissage des limites et des règles, un manque de considération pour autrui et pour l'impact que cela peut avoir. Et cette impression souvent relevée qu'internet, ce n'est pas le réel. *« Il n'y a pas de transgression, puisque la loi n'a jamais été posée, poursuit le psychologue. La notion des règles éducatives se pose avec les ados mais aussi avec les adultes. »* La question du consentement est également très sensible. *« Le rapport sexuel ou le fait filmé peuvent être consentis, mais pas la diffusion à l'insu de la personne en scène, relève Michèle Janssens, directrice du CAB. Les adultes savent qu'ils s'exposent, les jeunes en revanche sont plus à risques, plus naïfs. »* Autre nouveau phénomène, ou version modernisée du maître-chanteur, des images volées sont utilisées pour nuire à la réputation de la victime. *« On parle de sextorsion. Il s'agit ici d'une double infraction, un chantage économique sur une base sexuelle », rappelle Julien Lagneaux, directeur de l'UPPL.*

L'AICS n'est pas un délinquant sexuel depuis sa naissance et le thérapeute interroge la place qu'occupe ce fait dans sa vie. Ce fait n'est pas représentatif de qui il est, de sa vie professionnelle, de sa vie sociale, etc. *« Ce sont des êtres humains pas si différents des autres », dit Marie-Hélène Plaëte. Peut-être est-ce cela qui est difficile ? « C'est une aide aussi de se dire que ce ne sont pas les monstres que l'on imagine. »*

LUTTER CONTRE LES A PRIORI

Les équipes affirment leur motivation, malgré la fréquente incompréhension de leur entourage pour un tel travail. Elles défendent aussi leurs missions auprès d'autres travailleurs psychosociaux tout aussi frileux. *« On est percutés directement ou avec retard par des choses très dures, dit Luca Carruana. Mais le plus compliqué, ce sont les résistances parfois très fortes des autres acteurs de soins et parfois de la justice. »* Sa collègue Dorothée Rousseau rapporte le cas d'un interné âgé devant intégrer une maison de repos et n'en trouvant pas une pour l'accueillir. *« Les professionnels de la santé se cabrent par rapport à des faits de mœurs qui remontent à plus de trente ans, déplore-t-elle. On projette sur une personne des risques sociétaux alors que, dans sa réalité, ce sont des faits intrafamiliaux qui ont été commis. »*

Bertrand Jacques est assistant social à l'UPPL et sexologue. Il lui arrive de régler des questions de santé de ses patients, de constituer des dossiers AViQ (Agences pour une vie de qualité), de faire reconnaître des incapacités de travail. *« Parce que, dit-il, des difficultés de ce type peuvent entraver le respect des conditions de soins. »* Comment trouver et garder un emploi, par exemple, lorsqu'on ne sait pas compter et que cela n'apparaît nulle part dans le dossier ? Lui aussi déplore les nombreux a priori. *« Quand je prends mon téléphone au nom de l'UPPL pour trouver un logement pour un patient, mon interlocuteur sait tout de suite qu'il s'agit d'un AICS. Cela n'ouvre pas les portes... »*

Pour sensibiliser ces professionnels et ces services touchés de près ou de loin par la problématique, les centres d'appui ont élargi leur champ d'action à la formation. *« On explique, on donne des conseils, des pistes qui peuvent déboucher, mais pas nécessairement, sur un accompagnement spécialisé »,* explique le directeur de l'UPPL. Pour certains, cette formation est un passage obligé. C'est le cas des services psychosociaux spécialisés qui bénéficieront ensuite de l'agrément pour prendre en charge les AICS dans les établissements pénitentiaires ou des services de santé mentale partenaires en Wallonie. •

Flot continu

Internet entretient la consommation d'images (pédo)pornographiques. Pour Aziz Harti, psychologue au Centre d'appui bruxellois, le risque de compulsion est réel. *« Avec les smartphones, les vidéos sont accessibles en permanence, dans une salle d'attente, dans les transports en commun. Cette alimentation continue crée des addictions, dit-il. L'offre pornographique est hard. On arrive vite dans du déviant, de plus en plus déviant. »* Du Net à la réalité, n'y a-t-il qu'un pas ? *« Il y a une progression paradigmatique vers une recherche de contact physique réel, poursuit-il. Certes tous ne passent pas à l'acte, mais cela n'exclut pas le risque. »* Le fantasme est-il contenant ou précipitant dans le passage à l'acte ? Réponse au cas par cas.

Le monde virtuel produit ses avatars, des groomers, des prédateurs qui se font passer pour ceux qu'ils ne sont pas (des amis, des pairs) sur les réseaux sociaux pour obtenir des photos stimulantes ou des révélations intimes. Parfois, ils n'ont jamais eu aucune relation sexuelle, n'ont jamais touché personne bien qu'ils passent leur temps devant un écran à visionner des images déviantes. *« Concernant la pédopornographie, c'est très difficile de leur faire comprendre qu'il y a des victimes, explique Michèle Janssens. Ils ont l'impression de ne faire de mal à personne : c'est virtuel, la victime n'est pas là. Or il y a un marché et elles contribuent à ce marché, à briser des vies d'enfants. »*