

# **PRESENTATION DE I.T.E.R.**

## **Cadre pour une aide ambulatoire imposée aux auteurs de faits de mœurs**

L'abus sexuel est un grave problème de société qui cause d'énormes dommages et souffrances. C'est aussi devenu le sujet de conversation par excellence.

La société a opté pour une approche à la fois répressive et préventive de ce fléau. L'aide aux auteurs s'inscrit dans cette stratégie. C'est un domaine relativement récent qui doit encore prendre forme. Les différents acteurs du terrain cherchent la meilleure façon de mener à bien cette mission de prévention.

I.T.E.R. est le centre néerlandophone qui couvre le territoire de Bruxelles /Hal/Vilvorde. Ce texte nous permet d'élaborer le travail que nous voulons mener avec les auteurs d'abus sexuels et ce sur base scientifique. Une version scientifique du présent document assortie de références à des revues spécialisées paraîtra d'ailleurs également. L'approche scientifique n'est pas suffisante. Travailler avec les auteurs d'abus sexuels implique également des considérations purement humaines. Il ne peut être fait abstraction des réactions émotionnelles que ce travail appelle.

Nous voulons clarifier ci-dessous la recherche de cet équilibre entre base scientifique et vision positive (mais réaliste) de l'homme. A cette fin, Nous adoptons 5 points de vue de départ que nous allons développer un à un.

1. L'aide aux délinquants sexuels n'est pas une thérapie pour patients (au sens classique du terme), mais une aide légale à des personnes ayant adopté un comportement sexuel irresponsable et causé des dommages
2. L'aide aux délinquants sexuels ne peut leurs être « arrachée », mais c'est une forme de thérapie imposée.
3. L'aide aux délinquants sexuels est une thérapie liée à un mandat ; Ce dernier étant d'éviter la récidive.
4. La sécurité est une condition cadre de ce type d'aide. Un tiers bienveillant est dès lors nécessaire.
5. L'aide aux délinquants sexuels nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire et dispose d'une propre instrumentation.

## **1. L'aide aux délinquants sexuels n'est pas une thérapie pour patients (au sens classique du terme), mais une aide légale à des personnes ayant adopté un comportement sexuel irresponsable et causé des dommages**

Nous considérons l'aide légale comme un service spécifique à distinguer de l'aide aux justiciables ou la guidance en matière de santé mentale.

La spécificité de notre travail consiste à se centrer sur le délit en lui-même : gérer les actes commis (passé) et éviter la récidive (futur). L'élargissement vers un accompagnement dans d'autres domaines doit se justifier dans ce cadre précis et nécessite l'assentiment complémentaire de l'auteur. Le délinquant sexuel, comme n'importe quel autre citoyen, a bien entendu droit à toute forme d'aide ou d'assistance, mais une thérapie n'est pas nécessaire pour autant.

L'auteur n'est pas un véritable « patient » au sens strict et médical du terme. Seul une minorité de délinquants sexuels présente de graves troubles psychiatriques (abstraction faite des troubles du comportement dans lesquels on classifie – souvent à tort – de graves comportements délictueux). On peut considérer dans la majeure partie des cas qu'un lien direct et causal entre la psychopathologie et la délinquance sexuelle ne peut être établi. En outre, le traitement ou l'élimination de la psychopathologie n'entraîne pas automatiquement la disparition du comportement délictueux. Nous approuvons la doctrine sociale selon laquelle une fois acquis, un comportement va se développer indépendamment des causes initiales et nécessite dès lors un traitement direct et spécifique comme un problème à part entière. La thérapie légale ne se conjugue pas à partir du modèle classique de la maladie, bien au contraire : il est préférable que les délinquants sexuels présentant de graves troubles psychiatriques soient d'abord aidés au sein même de ce secteur.

L'aide légale ne cadre pas non plus dans le modèle classique du « client » en psychothérapie. Il est rare qu'un auteur exprime une demande de thérapie, ce qui constitue une condition dans de nombreux processus psychothérapeutiques. Dans le cas présent, la demande émane de la société. I.T.E.R. a été créé parce que la Communauté Flamande a passé un accord de coopération avec la Justice et non pas parce que des délinquants sexuels ont souhaité suivre une thérapie. Il y a toujours eu des délinquants demandeurs d'une thérapie et ceux-ci trouvaient un accompagnement dans d'autres centres déjà existants ; ils sont tout naturellement les bienvenus à I.T.E.R. Notre spécificité consiste à offrir une thérapie à des personnes qui doivent encore être motivées pour la suivre. La motivation n'est dès lors pas une condition préalable. Nous demandons simplement une disposition minimale dans le chef du délinquant à examiner s'il cadre dans le groupe-cible d' I.T.E.R., à réfléchir sur sa vie et – si nécessaire – (c'est la thérapie qui le révélera) à modifier son comportement. Notre groupe-cible est composé de personnes ayant commis des faits de mœurs punissables ou qui craignent de passer à de tels actes.

La motivation est à notre point de vue un objectif et un élément sur lequel nous travaillons tout au long du parcours thérapeutique. Nous constatons qu'en prenant le temps d'écouter les auteurs de faits de mœurs répréhensibles, la majorité d'entre eux évoque une demande de thérapie (ex : sexualité, souffrance personnelle, crainte de devoir retourner en prison, etc.). Parallèlement, nous remarquons que nombre d'entre eux éprouvent des difficultés psychiques liées aux abus comme par exemple : distorsion cognitive, capacité de se mettre à la place d'autrui, propre valeur, attachement, peur de l'intimité, locus, contrôle, connaissance de soi-même, solitude émotionnelle, gestion de la colère, du stress et des frustrations

Lorsque nous recevons un délinquant en thérapie qui a l'impression d'y avoir été envoyé, qui n'a pas de demande en la matière et qui n'est pas tenaillé par une souffrance interne, nous le considérons comme un participant qui prend part à un programme mis en place par la société dans lequel il peut s'insérer. Nous qualifions d'ailleurs de convention d'adhésion le contrat de thérapie que nous lui demandons de signer. De nombreux délinquants acquièrent au cours de la thérapie le statut complémentaire de client et/ou patient. Certains cumulent dès le début deux ou plusieurs statuts, mais tous commencent comme participant. Nous utilisons les termes « client » et « patient » dans un contexte purement théorique qui définit la relation thérapeutique. Patient implique une approche dans laquelle celui qui cherche de l'aide souffre, a droit au soulagement et doit être soigné en combattant la maladie ou les effets de celle-ci. Le client est celui qui cherche une réponse aux questions qu'il se pose et qui chemine avec un thérapeute. Au lieu d'appliquer le modèle « client » et /ou « patient », nous préférons partir d'un « modèle de responsabilité ». Considérer l'abus comme un comportement irresponsable source de dommages implique que nous partons d'une liberté de choix. Quelque soit les atrocités vécues par une personne, il y a différentes manières de gérer ses traumatismes et il faut opérer des choix avant que ces expériences terribles conduisent à commettre des abus. La liberté de choix n'est pas illimitée et est influencée par le quotidien, mais il y a toujours des personnes qui ont connu des traumatismes au moins aussi graves, voire pires, et qui ne passent pas à des comportements d'abuseur. Apprendre à assumer ses responsabilités par rapport à la gestion de problèmes personnels et des dommages causés par l'abus constitue un objectif essentiel dans notre thérapie.

Un modèle de responsabilité comporte deux axes : l'octroi de responsabilités au délinquant sexuel et la prise de responsabilités par le thérapeute. La thérapie vise à ce que le délinquant assume la responsabilité des faits qu'il a commis. Un premier pas dans cette direction consiste à mettre en exergue le moment où le délinquant choisit de suivre une thérapie (voir point de vue 2). En tant qu'équipe, nous mettons tout en œuvre pour que cette thérapie se passe le mieux possible et dans les meilleures conditions de sécurité. Prendre des responsabilités implique aussi la prise de risques.

Le thérapeute le plus responsable n'est pas celui qui refuse toutes les thérapies les qualifiant systématiquement de trop risquées. Certes, le risque doit être calculé, d'où l'importance d'une discipline diagnostique en la matière. La responsabilité du thérapeute revêt aussi une facette externe, en l'occurrence vis-à-vis de la société, des victimes et des victimes potentielles.

Partant de l'acte, nous ne pouvons nous empêcher d'estimer que les délinquants ont des potentialités. S'il n'y pas de possibilités, si les risques d'échec étaient trop grands, il ne vaudrait pas la peine de commencer. Ce n'est pas dans l'intérêt du délinquant d'entamer une thérapie vouée à l'échec. Nous partons toutefois du principe que seule une petite minorité n'a pratiquement aucune chance d'aboutir. Pour chaque dossier, nous nous efforçons de réfléchir aux possibilités et conditions-cadres afin de démarrer avec de sérieuses chances de réussite. Les certitudes n'existent pas dans notre domaine et des échecs seront toujours de la partie. Toutefois, refuser, à tort, de l'aide à un délinquant de sorte qu'il doive purger sa peine jusqu'au bout et retourne dans la société sans accompagnement relève selon nous de la faute professionnelle.

## **2. L'aide aux délinquants sexuels ne peut leurs être « arrachée », mais c'est une forme de thérapie imposée.**

La thérapie forcée est une contradiction objective. On ne suit pas une thérapie avec un poignard dans le dos. Les mesures judiciaires coercitives reviennent à priver quelqu'un de liberté, saisir son salaire, mais pas à lui dire « vous devez et vous allez suivre une thérapie » (le placement forcé d'une personne internée dans une institution psychiatrique pourrait constituer une exception). Une thérapie forcée ouvre la porte aux amalgames fâcheux (lavage de cerveau, camp de redressement, etc.). Toute personne envoyée en thérapie ambulatoire par la justice, a toujours d'autres alternatives comme par exemple les poursuites judiciaires ou la détention. Ces alternatives n'ont rien d'attrayant et ce n'est un secret pour personne ; de nombreux délinquants admettent de suivre une thérapie pour échapper aux autres mesures plus détestables encore (réduction au stimulus négatif).

Nous avons opté pour le concept de « guidance imposé », car ce n'est pas le délinquant, mais l'instance juridique qui détermine le cadre de la mesure alternative dans les limites duquel l'intéressé peut suivre une thérapie. Ce cadre est à prendre ou à laisser. Si le délinquant accepte, ces conditions lui seront imposées. Le choix du moment est déterminant pour débiter une thérapie. Le refus est légitime et réel. Certains délinquants préfèrent purger leur peine jusqu'au bout et revenir ensuite dans la société sans accompagnement. Aussi grande soit notre inquiétude à l'égard de ces personnes d'un point de vue thérapeutique, il est insensé de leurs forcer la main. Il est par contre judicieux d'examiner avec elles les raisons de leur refus. Nombreux ont une image faussée de la thérapie (« elle brise totalement la personnalité », « je vais y perdre mon âme ») et ne peuvent prendre une décision fondée que lorsqu'ils sont correctement informés.

Se sentir poussé dans le dos n'est pas une contre-indication à la thérapie. Une certaine forme de pression joue un rôle dans un grand nombre de demandes de thérapie. Tout individu qui souffre fortement d'un problème, peut également nourrir le sentiment subjectif de devoir travailler sur lui-même contre son goût, car il n'y a pas d'autre solution (cf. stimulus de réduction négatif). Pensons aussi au partenaire qui accompagne l'intéressé à la thérapie pour ne pas se retrouver sur la rue. La pression exercée

n'équivaut pas à une véritable contrainte qui se traduit par une obligation en règle contre la volonté d'un individu. Une thérapie ne constitue pas un lavage de cerveau et ne se déroule pas dans un camp de redressement. La pression n'est pas contre-indiquée dans la mesure où elle n'est pas absolue, mais elle limite la liberté de choix du délinquant. Il ne peut pas choisir seul l'alternative qui lui semble la plus attrayante, mais doit opter parmi celles que la société lui propose. Dans ce sens, une certaine pression est exercée à son égard.

Nous considérons comme légitime et humain d'être motivé par des facteurs externes (exemple : les avantages qu'offre le suivi d'une thérapie ambulatoire). Cheminer dans le cadre d'une thérapie imposée avec des personnes motivées par des facteurs externes vaut réellement la peine. Nous devons plutôt nous soucier des personnes qui n'ont visiblement pas de motivation externe comme par exemple les délinquants qui choisissent de purger leur peine jusqu'au bout sans recourir à une libération anticipée subordonnée au suivi d'une thérapie. Ces délinquants sortent de prison sans avoir envisagé de faire un travail sur eux-mêmes. Il y a également des clients qui se privent de leur propre intérêt en considérant comme anodins des avantages tels que la réduction – voire même – la mutation – de peine ou qui estiment ne pas pouvoir y recourir en tant que personne totalement indigne. Il s'agit précisément de personnes qui nécessitent un accompagnement thérapeutique en raison de leurs difficultés à faire valoir sainement leur intérêt. Nous faisons ici abstraction de celles qui tiennent de tels propos par opportunisme ou esprit manipulateur.

Il en va tout autrement pour les délinquants qui développent une motivation artificielle : il s'agit de personnes qui entament une thérapie avec une idée derrière la tête. Exemple : faire déboursier la société (« ma thérapie va leurs coûter cher »), vouloir prouver l'inutilité de la thérapie (« ah ! le juge ne veut pas me croire quand je dis que la thérapie ne va pas m'aider »), montrer que l'on a raison (« je ne l'ai pas fait et je vais vraiment vous le montrer ») etc. Heureusement, ce genre de motivation est peu fréquente dans notre pratique. Si elle ne peut être corrigée, nous mettons fin à l'accompagnement.

Nous sommes conscients du fait que, par le biais d'une limitation imposée au niveau des options, les délinquants se dirigent forcément davantage vers la thérapie. Cette contrainte indirecte met le thérapeute dans une position de force. Nous avons pour ainsi dire carte blanche dans la détermination des conditions auxquelles les participants devront satisfaire s'ils veulent entrer en ligne de compte pour suivre une thérapie. Ils ont tout intérêt à s'y conformer. Face à cette situation, nous aimerions d'une part que les pouvoirs subsidiaires vérifient les conditions générales d'admission appliquées par les centres de thérapie et qu'ils examinent surtout si ces dernières ne sont pas trop arbitraires ou sévères. D'autre part, nous voulons nous-mêmes veiller à rester conscient de cette position de force. Etablir des s ou refuser des délinquants doit toujours s'accompagner de motivations et d'arguments. Nous voulons agir tant dans l'intérêt de la société (prévention à la récidive) que dans celui du délinquant. Des fautes professionnelles se produisent dans deux directions : accueillir en thérapie un délinquant qui présente de trop gros risques de récidive ET empêcher, à tort, un délinquant d'avoir accès à l'accompagnement. En tant

que thérapeutes, nous voulons rester modestes. Il y aura toujours des fautes, mais nous devons éviter qu'elles aient systématiquement lieu dans le même sens.

### **3. L'aide aux délinquants sexuels est une thérapie liée à un mandat. Ce dernier étant d'éviter la récidive.**

Les délinquants sexuels nécessitent pour différentes raisons une approche particulière : risque de récidive relativement élevé par rapport aux autres comportements délictueux, risque d'aggravation avec des conséquences plus graves pour les victimes, importance des dommages causés, nombre de victimes, réactions émotionnelles de la population et risque d'exclusion sociale pour les auteurs, C'est pour toutes ces raisons, que nous avons adopté une approche spécifique pour la délinquance sexuelle. D'un point de vue thérapeutique, ce groupe-cible pourrait être élargi aux auteurs de violences familiales et d'actes reposant sur l'impulsivité (agression de la circulation). Actuellement, les pouvoirs publics ne nous autorisent cependant pas à opérer une telle extension.

Nous démarrons avec un double mandat : d'une part, la société nous confie le soin d'organiser des thérapies de prévention à la récidive dans le cadre d'une mesure imposée (c'est en effet la perspective dans les limites de laquelle la société accorde une liberté de choix au délinquant). D'autre part, le délinquant donne son accord pour participer au programme que lui propose le thérapeute, c à d qu'il devra manifester une disposition minimale à examiner s'il peut s'intégrer dans le groupe-cible d'I.T.E.R. , à réfléchir sur sa vie et – si nécessaire – à essayer de changer certains comportements. Ce double mandat règle les relations mutuelles. Le comportement qui réside à la source du mandat n'est pas nécessairement de type médical ou pathologique, mais délictueux, socialement inadapté ou irresponsable. L'objectif majeur est la prévention à la récidive. Les autres objectifs lui sont sous-jacents ou d'ordre facultatif. I.T.E.R. qui dénomme un centre d'accompagnement ambulatoire pour auteurs de faits de mœurs est dérivé du latin « iter » signifiant « parcours » ou « cheminement ». Nous l'utilisons aussi comme abréviation (d'où les points intermédiaires) . Chacune des 4 lettres fait référence à un mot-clef (en néerlandais) de notre pratique, à savoir : maîtrise de l'impulsivité, prévention à la récidive, stimulation de l'empathie et responsabilisation.

Comme déjà mentionné, la prévention à la récidive constitue l'objectif essentiel. C'est l'intérêt de la société et le mandat auquel le délinquant consent d'apporter sa collaboration. Par ce biais, le délinquant a au minimum l'avantage ne pas ou plus devoir retourner en prison. La prévention à la récidive est un objectif très ambitieux. On pourrait croire que l'accompagnement va parvenir à libérer la société de la récidive. Aussi louable l'objectif soit-il, restons les pieds sur terre. Il permettra plutôt de limiter les dégâts. De ce mandat, découle le souci de nous exercer à cadrer notre action sur la prévention à la récidive, nous y travaillons à court terme : familiarisation progressive à la problématique, formulation d'objectifs propres (travail orienté sur le client et le patient), augmenter la motivation d'une psychothérapie, traitement cognitif et maîtrise du comportement, mais également à long terme : favoriser la prise de responsabilités, la capacité de se mettre à la place d'autrui, la fiabilité et la connaissance de soi-même.

La thérapie destinée aux délinquants vise en outre intensivement, mais de manière facultative, à améliorer la qualité de vie et l'épanouissement de l'intéressé. A ce niveau, l'appellation « aide aux délinquants » est contestée et ce volet ne peut bien entendu pas être « imposé » ;

#### **4. La sécurité est une condition cadre de ce type d'aide. Un tiers bienveillant est dès lors nécessaire.**

La thérapie, surtout lorsqu'elle en est à ses débuts, n'offre pas de sécurité en soi. Le thérapeute ne suit pas le délinquant à la trace pour contrôler tout ce qu'il fait et s'il n'adopte pas de comportement à risque. Ce n'est d'ailleurs pas la tâche de l'équipe d'encadrement. D'où l'objectif inclus dans la phase d'évaluation, qui précède la thérapie, visant à faire une estimation des risques et déterminant les conditions cadre qui peuvent aider à mener une thérapie ambulatoire dans des conditions de sécurité relativement bonnes. Il peut ressortir de la phase d'évaluation qu'un cadre fiable n'est pas réaliste et que nous ne souhaitons pas entamer une thérapie ambulatoire ou que certaines conditions doivent être remplies au préalable. Réaliser ces conditions ne relève pas de l'encadrement, mais de la justice (ou du référent). S'il semble que ces conditions ne peuvent être satisfaites, nous estimons que le démarrage d'une thérapie n'est pas justifié.

Ces conditions cadre peuvent être de nature diverse : habitat, travail, occupation, sobriété, accompagnement (assistance à domicile, thérapie familiale, désintoxication, ...). Comme mentionné plus haut, le thérapeute conçoit qu'il occupe à ce niveau une position de force. Aussi, ne voulons nous mettre sur la table que des conditions minimales et indispensables. Toutefois, nous partons du principe qu'il n'est pas dans l'intérêt du délinquant de mettre en œuvre un accompagnement dont les risques d'échec sont quasiment certains. Nous savons que l'évaluation des risques est une entreprise délicate et que nous touchons là une corde sensible non dépourvue d'erreurs dans les deux directions : Entamer ou refuser à tort une thérapie. Ce refus constitue également une faute qui n'est pas à exclure, mais que nous voulons limiter au maximum. Il s'agit d'une étape cruciale pour le délinquant d'où l'importance de mener la phase d'évaluation en connaissance de cause.

La sécurité est un sujet qui concerne la société (prévention à la récidive), le client (éviter les échecs), mais également l'équipe. Nous voulons exécuter notre travail de manière professionnelle et sur base scientifique, ce qui implique d'éviter les erreurs. L'intégrité physique et psychique du thérapeute peut également être mise à mal dans le cadre de l'accompagnement du délinquant. Travailler avec un facteur de risque qui n'est jamais nul, s'avère être une lourde tâche. C'est pourquoi le travail en équipe est indispensable ; il constitue pour nous l'unique canal par lequel il est possible d'octroyer des perspectives aux délinquants. La solution la plus sécurisante, mais sûrement pas la meilleure, serait de ne prendre aucun risque.

Un choix délibéré (accepter les conditions imposées) qui se traduit par une obligation contrôlée et une motivation thérapeutique externe comporte au moins l'avantage de ne pas devoir lutter pour que les consultations aient effectivement lieu. Le délinquant sait que dans le cas contraire le thérapeute préviendra « le surveillant ». Le thérapeute ne le fait pas « parce qu'il a mauvais caractère et qu'il ne fait pas confiance au client », mais parce que cela a été convenu ainsi dans les conditions. De cette manière, il peut sans aucun problème s'assurer de la coopération du client de sorte que la thérapie ne soit pas du temps perdu pour aucune des deux parties. La controverse qui consiste à savoir si la thérapie est nécessaire ou non ne doit pas opposer le thérapeute au client. Respecter les limites et les tâches revêt une importance toute particulière dans la thérapie avec des auteurs de faits de mœurs et assure une fonction exemplaire. L'abus revient à briser la confiance et dépasser les limites. Le mandat balise les limites dans laquelle la thérapie se déroule. De bons accords précis sur la répartition des tâches et la collaboration entre le centre menant la thérapie et l'instance judiciaire assurant le contrôle sont essentiels. Y associant le délinquant, c'est une triangulation qui régit ainsi une relation mutuelle.

Nous concevons la sécurité relative comme étant une condition cadre qui doit se réaliser dans le contexte qui régit l'accompagnement. Dans le cadre thérapeutique, le délinquant doit acquérir un maximum de liberté afin de s'exprimer et de livrer ses états d'âmes au plus profond. Ceci ne signifie pas que, comme dans la psychothérapie classique, le secret professionnel est le moteur de la relation. Nous ne le concevons pas comme la pierre angulaire qui soutient l'édifice thérapeutique. Le message qui doit passer au niveau du client dans le contexte d'une thérapie « ordinaire » est le suivant : « n'hésitez pas à tout me raconter, je suis votre thérapeute et parler vous soulagera. N'ayez crainte, je suis lié par le secret professionnel ». Ce message s'inscrit dans le développement d'une relation de confiance. Le thérapeute accompagnant des délinquants sexuels, qui désire partir d'un modèle de responsabilité, doit se demander si un tel message stimule le sentiment de responsabilité de son interlocuteur. Si le délinquant conçoit le secret professionnel d'une manière telle qu'il revient à confier d'emblée en toute confiance quelques récits délictueux, cet élément sera contre-productif. En arriver à avouer les faits commis fait partie du processus thérapeutique et les événements ne peuvent être purement et simplement arrachés au délinquant avant d'entamer la thérapie. Un thérapeute qui propose une relation de confiance doit s'attendre à ce que le délinquant la conçoive différemment. Ce dernier est plutôt familiarisé avec la méfiance et l'abus de confiance, en tout cas pour ce qui est des faits qui ont donné lieu au mandat thérapeutique et qui détermineront en première instance l'objet de la thérapie. Certes, le secret professionnel est incontournable, non pas comme levier thérapeutique qui doit être moteur de la relation, mais en tant que cadre légal et droit du délinquant. Il est bien évident que nous aimons travailler à la lumière de toute la vérité, dans la mesure où elle est relatée par un délinquant qui agit en connaissant parfaitement la portée de ses propos. Parallèlement, d'autres sources de vérité restent indispensables (dossier, entourage).

Il n'en va toutefois pas ainsi sur le terrain. Même avec les meilleures garanties de confiance, les délinquants ne se confient pas soudainement. D'un point de vue psychologique, confier les faits commis implique déjà d'avoir franchi une étape

thérapeutique (briser l'attitude du mutisme). Relater les faits s'inscrit dans le processus de responsabilisation. Le message donné au délinquant peut s'exprimer comme suit : « Vous ne servirez personne en crachant directement le morceau et en pensant que vous en êtes débarrassé, il vaut mieux ne m'en dire que la moitié, mais en assumer la responsabilité » De cette manière, le thérapeute anticipe le fait que le délinquant ne dise pas toute la vérité d'un seul coup et normalise cette réalité. Cette vérité incomplète n'empêche pas la thérapie, elle lui confère un sens psychologique.

Sur le plan juridique, le secret professionnel n'en reste pas moins d'application, mais il occupe une place moins centrale d'un point de vue thérapeutique. Attendu que les délinquants sont interpellés comme participants qui doivent apprendre à porter des responsabilités, ils ont le droit de juger en connaissance de cause s'ils entament ou non une thérapie. Tout client/patient y a droit, il s'agit d'un principe éthique. Il est en outre de plus en plus admis que l'assentiment en connaissance de cause de l'intéressé favorise son implication dans la thérapie. Il s'agit d'un avantage incontestable dans le travail avec les auteurs d'abus sexuels, car leur motivation est problématique. Mettre cet assentiment éclairé en exergue honore la responsabilité du délinquant et permet d'intégrer le secret professionnel légal comme un des éléments informatifs.

Enfin la sécurité est un sujet pour lequel, en tant que travailleur social, nous nous sentons directement concernés. Travailler en ambulatoire avec des délinquants n'est pas plus dangereux que d'autres formes d'accompagnement dans le même contexte, bien qu'aucune étude ne permette d'étayer cette affirmation. Néanmoins, certains délinquants développent une attitude d'intimidation qui hypothèque la relation thérapeutique. I.T.E.R. mène une politique de sécurisation par rapport aux membres de son équipe.

## **5. L'aide aux délinquants sexuels nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire et dispose d'une propre instrumentation.**

L'aide légale comme spécialité à part entière telle qu'elle est conçue et exécutée par I.T.E.R. offre un volet de santé mentale, un d'aide sociale et générale et une possibilité de « formation facultative » pour de courtes missions d'accompagnement dans le cadre de délits mineurs (projet d'apprentissage). Nous prônons la pluridisciplinarité dans d'autres domaines. C'est ainsi que notre équipe se compose de deux assistants sociaux, deux psychologues, un psychiatre, deux criminologues-sexologues, un coordinateur et une secrétaire. Notre offre thérapeutique se veut également diversifiée : thérapie du comportement, thérapie systémique et familiale, thérapie contextuelle, ...

Le choix délibéré d'envisager et de réaliser notre travail seulement et uniquement dans un cadre pluridisciplinaire est lié à différentes raisons.

- a. Tout naturellement d'abord parce que la loi du 13 avril 1995 le prévoit ainsi (mais ce n'est pas le seul motif).
- b. Citons notamment : le travail lourd sur le plan psychologique, la responsabilité qui en découle, la gravité des décisions qui doivent être prises.

- c. Il convient d'y ajouter une autoprotection bien compréhensible : dans une relation un-à-un (délinquant, accompagnateur), le risque de perdre le contexte de vue et de se retrouver prisonnier dans la toile d'araignée est grand.
- d. Cette approche pluridisciplinaire est nécessitée également par la complexité de la problématique et l'exigence de réunir des compétences particulières.
- e. pouvoir porter des dossiers ensemble et tenir le coup sur un terrain mouvant (une dextérité qui demande des années d'expérience).

Nous ne nous contentons pas de travailler en équipe pluridisciplinaire afin d'être au maximum à la hauteur de chaque dossier, mais nous assumons ce dernier en équipe et en portons la responsabilité collégiale. Nous considérons cette méthode de travail comme étant la meilleure garantie de qualité et de prévention d'un burn-out de la part de l'accompagnateur.

L'alliance spécifique de travail que nous essayons d'établir avec le délinquant ne se décline pas comme une relation de confiance classique, même si elle peut évoluer vers une telle situation. Nous parlerons plus volontiers d'une relation de « confiance méritée ». Le délinquant ne doit pas absolument faire d'emblée confiance à son thérapeute. Pourquoi devrait-il en être ainsi ?, il ne l'a pas choisi et n'a généralement pas opté de sa propre initiative pour suivre une thérapie. Que peut-il attendre de nous ?, avons-nous quelque chose de concret à lui offrir ? Qu'est-ce qui peut l'aider concrètement ?, Sommes-nous dignes de confiance à ces yeux ?, La réponse à toutes ces questions ne se clarifiera qu'au cours de la thérapie. Espérons que la confiance s'installe au cours de celle-ci (sans que nous vendions notre âme). Une thérapie n'est pas une carte blanche (cf. différence entre le travail sur base du secret professionnel et sur la connaissance de cause). Une méfiance saine (au départ) a sa place. Nous-mêmes, accompagnateurs, ne voulons entamer naïvement cette relation.

Nous ne pouvons faire confiance aux délinquants, c'est justement à ce niveau que réside le problème. Ce n'est pas une confession de méfiance. Les individus peuvent changer. Ils ont droit à une chance calculée. Notre mandat vise cependant d'abord à prévenir la récurrence. A mesure que des progrès de type comportemental apparaissent (« contrôle »), nous pouvons aborder des terrains et des sujets qui s'y rattachent (voir ci-dessus, objectifs). A ce stade, il est également possible de travailler sur le vécu du délinquant en tant que victime, mais dans cet ordre chronologique, pas inversement.

Les délinquants ont en tout cas droit à un traitement respectueux de leur personne. Nous partons d'un a priori positif qui consiste à estimer qu'une personne vaut plus que les faits qu'elle a commis. Si on n'y croit pas, rien ne sert d'entamer un accompagnement. Le rejet (prévention à la récurrence) concerne les faits et non la personne (le délinquant). La connaissance de cause en tant que méthode s'inscrit dans ce traitement respectueux de la personne, mais aussi le fait de savoir que l'accompagnateur est en position de force et qu'il convient d'être particulièrement vigilant à ce niveau. Aussi, avons-nous effectué un travail de réflexion soumettant en permanence l'accompagnement imposé à la lumière des droits de l'homme. Des spécialistes ont abouti aux principes suivants :

- Connaissance de cause : En quoi consistent les sanctions ?, quelle pression y-a-t-il ?, quelles sont les alternatives ?

- Un mandat et un objectif clair : éviter la récidive
- Opter pour la méthode la plus pudique et la moins oppressante pour atteindre l'objectif poursuivi
- N'entrer dans la sphère intime de la personne de par le mandant ou l'objectif que moyennant une justification explicite
- Principe de la proportionnalité entre le degré d'interventionnisme de la méthode et la gravité du délit.

Ce dernier principe se révèle être le plus problématique dans notre pratique quotidienne. D'une part, nous pouvons proposer le projet d'apprentissage (de six mois à un an de formation) pour les délits qualifiés judiciairement de légers. D'autre part, nous recevons des délinquants ayant commis des faits très graves dont le statut (libération conditionnelle, internement) permet également un suivi de longue durée. Il y a cependant une importante catégorie intermédiaire pour laquelle cette proportionnalité au niveau thérapeutique doit trouver une autre concrétisation qu'une vision purement juridique. Un délit relativement grave ne nécessitera qu'un traitement thérapeutique léger de prévention à la récidive et inversement. Le meilleur exemple en la matière est l'exhibitionnisme.

Nous nous limiterons ici à énumérer les différentes techniques thérapeutiques spécifiques sans les approfondir davantage : stimulation de la motivation, gestion cognitive, réhabilitation, éducation relationnelle et sexuelle, apprentissage, sociabilité, évaluation des risques, triangulation. Nous partons du principe que cette forme d'aide thérapeutique aux délinquants n'a de chance de réussite que si elle est proposée de manière intensive. Une consultation hebdomadaire est la règle et cette phase n'est allégée que lorsque commence la phase curative (à l'issue de 2 ou 3 ans de thérapie). En outre, les consultations au centre doivent être assorties de « devoirs » à domicile. La thérapie vise à adopter de réels changements dans sa manière de fonctionner au quotidien. C'est précisément dans les situations de la vie quotidienne que l'intéressé doit pouvoir se rendre compte du caractère instructif et des acquis de la thérapie.

I.T.E.R. se met un point d'honneur à offrir un éventail de thérapies à tous les groupes-cibles. Toute personne prise en considération sur base des faits commis et de sa problématique, a droit à une chance thérapeutique. Nous pensons spécifiquement aux : mineurs, jeunes adultes, personnes limitées sur le plan intellectuel, handicapés mentaux, personnes âgées, délinquantes sexuelles, étrangers, les personnes qui nient, les personnes liées au délinquant dans le vécu de la problématique (ex : partenaire).

Grâce à ce texte, nous espérons avoir donné une image du travail effectué par I.T.E.R. dans le cadre de sa mission qui lui a été confiée. Des réactions et des échanges concernant son contenu sont tout naturellement les bienvenus sur : [iter@pi.be](mailto:iter@pi.be)

Vous trouverez des informations complémentaires sur le web : [www.iter-daderhulp.be](http://www.iter-daderhulp.be)