

UPPL
UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE LEGALE

***AVIS, GUIDANCE ET TRAITEMENT
DES AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL***

RAPPORT ANNUEL 1999

***Accord de coopération
entre l'Etat Fédéral et la Région Wallonne
concernant la guidance et le traitement
d'auteurs d'infractions à caractère sexuel***

Le rapport d'activité clôture l'exercice 1999 de l'ASBL et satisfait aux missions de l'article 5, 9° de l'Accord de coopération concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cet accord a été passé entre l'Etat Fédéral et les Régions et Communautés le 8 octobre 1998. Il y est porté assentiment par la loi fédérale du 4 mai 1999 et le décret régional wallon du 1^{er} avril 1999.

Une première partie reprend les activités cliniques d'évaluation, de guidance et de traitement avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel en Région wallonne.

En deuxième partie sont rapportées les activités de l'ASBL en tant que centre d'appui en matière de délinquance sexuelle.

INTRODUCTION

Le Centre d'appui occupe une position délicate à la croisée des démarches entreprises auprès de ceux que nous appelons maintenant des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

La sexualité est devenue en quelques années l'objet d'une focalisation sociale importante qui implique de plus en plus la justice d'une part et la santé d'une autre. Se développe aussi logiquement le champ intermédiaire de la psychopathologie légale (psychiatrie légale et psychologie légale), "forensic" chez les anglophones. Dans la pratique, il consiste en un traitement de données cliniques par des praticiens de la santé pour éclairer des autorités judiciaires et servir la réinsertion des délinquants dans la société.

Par la voie des nouvelles lois et des récents accords interministériels, cette évolution entraîne une coopération d'un type nouveau entre des agents du monde judiciaire et des acteurs du réseau de santé de plus en plus nombreux. Ils ne travaillaient pas dans ce champ auparavant. Au niveau de leurs fonctions, ils sont séparés dès le départ par des langages, des logiques, des objectifs et des structures professionnelles très différents. D'autant que ces différences ont été et restent la condition de la qualité et de la rigueur du travail de l'un et de l'autre, en particulier en termes de rôle, de mandat, de mission et de déontologie. Qui plus est, en amont, les diplômes requis pour exercer l'une de ces fonctions, de justice ou de santé, correspondent à des motivations personnelles, des traditions, et des déontologies aussi, qui parfois sont ou paraissent être en conflit avec les règles de cette fonction. La difficulté apparaît dans les relations professionnelles à propos d'un même auteur, mais elle est également présente dans la réflexion individuelle de l'intervenant judiciaire quand il utilise des données cliniques, ainsi que dans celle du clinicien qui travaille avec un délinquant et contribue à l'action judiciaire.

N'oublions pas dans l'analyse de ces difficultés que la pathologie et la délinquance sexuelle ne sont qu'une partie de l'activité de ces professionnels de la justice et de la santé. Leurs cadres professionnels, méthodologies et éthiques sont une réponse à bien d'autres délits et pathologies. L'importance relative et l'étrangeté de la violence sexuelle dans leurs champs d'activité

respectifs sont une difficulté en soi, qu'elle soit réductrice ou démesurée.

Nous ne perdons pas de vue non plus que d'autres professionnels de la justice et de la santé que ceux directement visés par les Accords de coopération sont aussi concernés par les effets de ces nouvelles dispositions. Nous pensons particulièrement aux membres des commissions de libération, aux magistrats, aux experts, aux avocats aux cliniciens et travailleurs sociaux non repris dans les équipes spécialisées.

Enfin la psychopathologie légale des auteurs d'infractions à caractère sexuel intéresse aussi tous les professionnels qui s'occupent des victimes avérées ou potentielles ainsi que de leur entourage. En raison de la nature des violences sexuelles et des vécus intimes qui y sont liés, les données qu'elle fournit sont précieuses pour l'analyse clinique des témoignages, des préjudices autant que pour la thérapeutique des traumatismes et la prévention des risques. Symétriquement les données cliniques relatives aux victimes enrichissent considérablement non seulement tous les travaux d'expertises mais aussi de traitement avec les auteurs.

Cette mise en perspective de notre action souligne le nombre des acteurs intéressés à des titres différents par les formes que prend cette coopération et par ce qu'elle produit. Elle est devenue nécessaire, elle est tantôt attendue et tantôt crainte. Comme tout changement dans les règles et les usages, elle est très observée, par nombre de professionnels et de citoyens dont les intérêts sont naturellement différents, voire divergents.

Du point de vue psycho-médicolégal, le clinicien place l'auteur au centre du travail. Il s'efforce d'approcher le plus possible la réalité personnelle de l'auteur, la perception qu'il a des autres avec lesquels il a été en relation et de son contexte de vie. Son objectif est que celui qui a été auteur d'infractions à caractère sexuel parvienne à vivre avec sa sexualité propre et ses contingences mais aussi sans récidiver par une violence criminelle préjudiciable à autrui. La nature criminelle des agissements sexuels et du processus judiciaire dans lequel l'auteur est impliqué conduit à ce que ces données cliniques se trouvent confrontées à d'autres réalités. En découlent parfois des découvertes, des controverses et des divergences entre professionnels, mais il serait bon que l'ultime finalité de toutes les actions à propos des violences sexuelles et de la pédophilie soit de réduire au maximum le nombre, l'incidence et les conséquences des délits et abus sexuels, tout en élevant le respect des valeurs humaines, sociales et légales chez tous ceux qu'ils impliquent.

L'Accord de coopération fonde l'action et la collaboration des professionnels qui réalisent les évaluations cliniques et l'accompagnement thérapeutique des délinquants sexuels, d'une part dans des services de santé qui ont à gérer des guidances et traitements "externes" et d'autre part dans les départements de justice qui les ordonnent, les préparent et les encadrent. Il crée aussi un centre de référence et d'appui dans cet espace conjoint et intermédiaire pour soutenir les professionnels, les institutions et instances. Il ne s'agit plus aujourd'hui dans le champ de la délinquance sexuelle de choisir entre une criminalité responsable et une psychopathologie irresponsable, d'opposer punition et thérapeutique, répression et compréhension, mais bien de les conjuguer, de considérer la part de l'une et de l'autre, d'agir dans les deux directions, dans des rôles différents et complémentaires, sans préjudice de l'un par l'autre.

L'action de l'**UPPL** s'inscrit dans ce principe. Dans l'ensemble des problèmes posés par les abus et délits sexuels, nous contribuons à l'effort collectif par le développement du travail clinique de psychopathologie légale auprès des abuseurs sexuels. Il s'agit principalement de soutenir les cliniciens qui sont à leur contact et en finale de promouvoir avec eux la réussite des personnes qui cherchent une sexualité qui peut s'exprimer et se réaliser en dehors d'une violence destructrice d'autrui, même s'ils en arrivent là par nécessité et la contrainte.

Bernard Pihet
Coordinateur

PREMIERE PARTIE: ACTIVITES DU RESEAU DES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES EN REGION WALLONNE

A. AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL

Analyse statistique des données relatives aux auteurs d'infractions à caractère sexuel enregistrées selon la Grille définie par l'UPPL en concertation avec les Equipes de Santé Spécialisées et remplie par elles (Cf. Annexe n°1).

Ces données ont été collectées par l'UPPL après qu'elles aient été anonymisées.

L'anonymat de chaque personne est garanti par un codage propre à chaque Equipe de Santé Spécialisée et connu uniquement de celle-ci.

Comme il est dit dans l'exposé des motifs de l'article 9 de l'Accord de coopération, "un modèle d'enregistrement et une méthode générale d'évaluation axés spécifiquement sur les auteurs d'abus sexuels" seront établis par un "réseau d'équipes spécialisées en collaboration avec les Centres d'appui".

En 1999, l'UPPL a établi une grille expérimentale avec le réseau des Equipes de Santé Spécialisées. Pour satisfaire à l'article 9, 4^e et 5^e de l'Accord de coopération, cette grille devra faire l'objet de concertation ultérieure avec les autres partenaires du Ministère de la Justice, cités dans les articles 9, 5^e; 4, 8^e et 3, 5^e. Les résultats proposés ici répondent à l'article 9, 4^e de l'Accord de coopération.

L'objectif de cet enregistrement de données statistiques est en premier lieu de décrire le travail et la population à laquelle il s'adresse. Il peut également servir dans un deuxième temps à amorcer des recherches scientifiques.

1. Nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel pris en charge

En 1999, 559 dossiers ont été traités dans les différents centres. Remarquons le nombre croissant de dossiers pris en charge en 1997 (environ 250) et en 1998 (405).

Sur les 559 dossiers, 368 sont des dossiers complets reçus et encodés par nos services. 191 dossiers ont été encodés par certains centres eux-mêmes et nous ne disposons que d'une partie des résultats que nous n'avons pas pu intégrer à notre statistique.

Mis à part quelques cas, l'ensemble des analyses portera sur les 368 dossiers complets.

	centres	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	122	21,8	21,8	21,8
	B	81	14,5	14,5	36,3
	C	78	14,0	14,0	50,3
	D	48	8,6	8,6	58,9
	E	45	8,1	8,1	66,9
	F	44	7,9	7,9	74,8
	G	27	4,8	4,8	79,6
	H	25	4,5	4,5	84,1
	I	22	3,9	3,9	88,0
	J	21	3,8	3,8	91,8
	K	17	3,0	3,0	94,8
	L	14	2,5	2,5	97,3
	M	13	2,3	2,3	99,6
	N	2	0,4	0,4	100,0
	Total	559	100,0	100,0	

Tableau 1: Nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel

2. Données socio-démographiques sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel

2.1. Langue maternelle

Origine géographique		Langue maternelle Français			Total
		oui	non	ne sais pas	
	Rég wallonne	294	2	2	298
	Rég flamande	12	3		15
	Rég bruxelloise	11	1		12
	Rég germanophone	2	14		16
	Hors CEE	5	3		8
	CEE	9	6		15
	ne sais pas	1	2	1	4
Total		334	31	3	368

Tableau 2: Langue maternelle et origine géographique

8,4% des personnes n'ont pas le français pour langue maternelle. Elles sont surtout représentées par les personnes de la région germanophone et venant de l'étranger (23 personnes, soit 6,25 %).

2.2. Sexe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	major	343	93,2	93,2	93,2
	mineur	25	6,8	6,8	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 3: Sexe

97,6% des dossiers concernent des hommes¹, confirmant ainsi toutes les données nationales et internationales.

2.3. Age

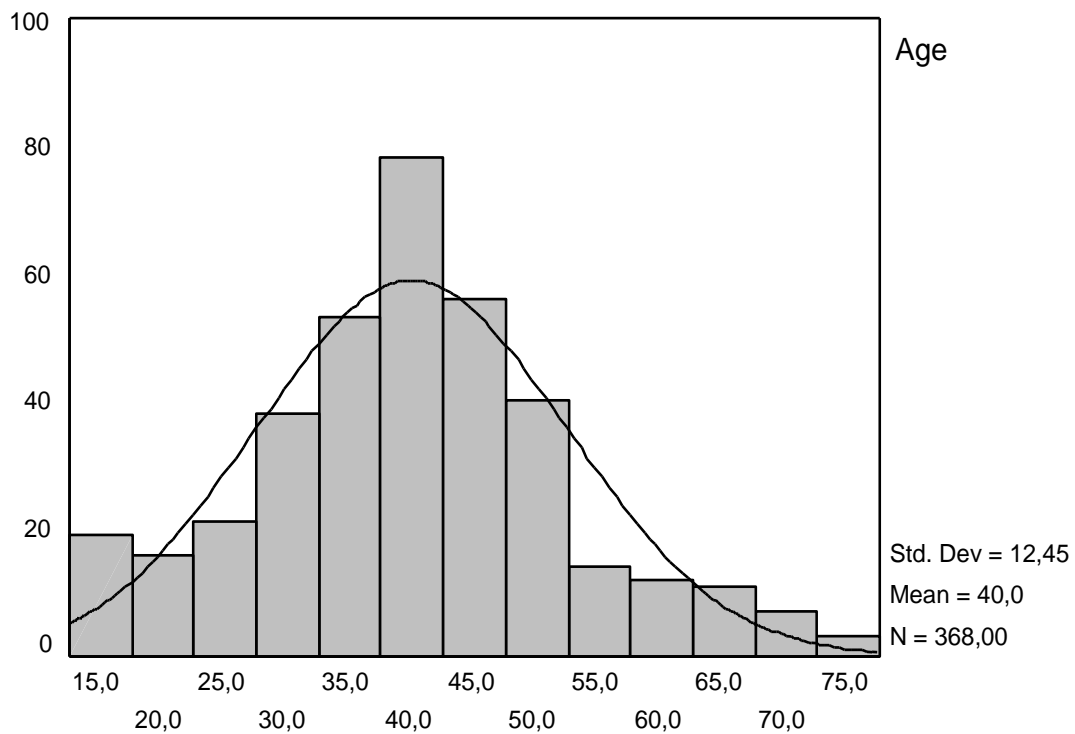


Figure 1: Age

L'âge moyen des personnes est de 40 ans. La distribution observée se rapproche d'une distribution normale. Toutefois, on observe un nombre plus important de jeunes adolescents qu'attendu par la courbe. Le nombre de mineurs d'âge est de 25, ce qui représente 6,8% des dossiers.

¹ On remarque ici, mais c'est le cas partout, le nombre non négligeable de réponses inutilisables (0,8% = ne sait pas), qui peut être beaucoup plus important en fonction de la difficulté de l'item.

2.4. Niveau scolaire

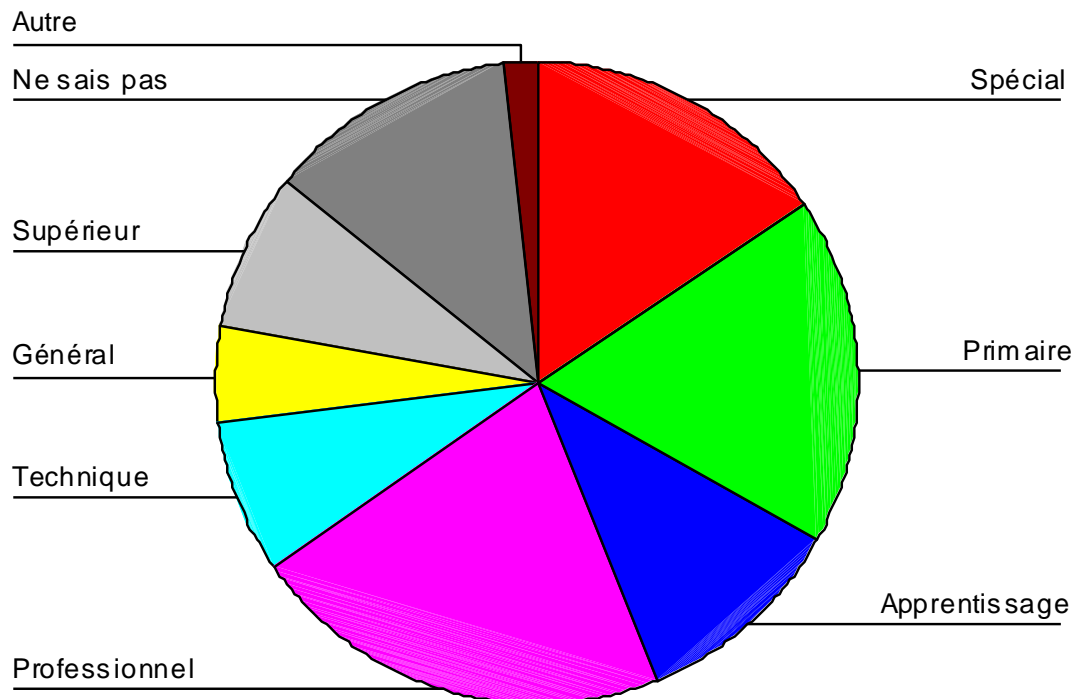


Figure 2: Niveau scolaire

Les niveaux primaire, apprentissage et professionnel regroupent 49,8% des dossiers. On passe à 65,3% en ajoutant l'enseignement spécial. Une large partie des dossiers est donc de niveau scolaire assez faible.

2.5. Lieu d'éducation

- 56,3% des auteurs ont été éduqués uniquement au sein d'un foyer parental uni.
- 32,9% des auteurs n'ont pas été éduqués au sein d'un foyer parental uni.
- Seuls 7 des auteurs d'infractions à caractère sexuel (soit 1,9%) disent avoir été éduqués par les deux parents alors qu'ils étaient séparés.²
- 52 auteurs (soit 14,1%) ont reçu une éducation monoparentale.
- 81 auteurs (soit 22%) ont au moins un vécu institutionnel.

² Ce résultat nous étonne, il est peut-être induit par la formulation de la question, point qui sera revu comme d'autres d'ailleurs.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ses 2 parents ensemble	207	56,3	56,3	56,3
	ses deux parents ensemble et différents placements	32	8,7	8,7	65
	sa mère seule	28	7,6	7,6	72,6
	institution	14	3,8	3,8	76,4
	sa mère et différents placements	13	3,5	3,5	79,9
	son père seul	9	2,4	2,4	82,3
	autre famille/accueil	9	2,4	2,4	84,7
	institution et différents placements	7	1,9	1,9	86,6
	son père et sa mère (séparément) et différents placements	4	1,1	1,1	87,7
	son père et sa mère (séparément)	3	0,8	0,8	88,5
	son père et différents placements	2	0,5	0,5	89
	Ne sais pas	38	10,3	10,3	99,3
	Autre	2	0,5	0,5	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 4: Lieu d'éducation

2.6. Milieu de vie

Milieu de vie			
		au moment	
		des faits	de la demande
Milieu de vie	vit seul	60	52
	vit seul avec enfants	7	6
	vit avec conjoint	33	15
	vit avec conjoint et enfants	159	41
	vit avec parents	56	33
	vit en famille élargie	14	9
	vit en institution	7	24
	en prison		163
	autre	16	15
	ne sais pas	16	10
	TOTAL	368	368

Tableau 5: Milieu de vie

Au moment des faits, 159 personnes (soit 43,2%) vivaient en couple et avec leurs enfants, 60 personnes (soit 16,3%) vivaient seules, et 56 personnes (soit 15,2%) vivaient chez leurs parents.

Si on croise les données (tableau non présenté), sur les 159 personnes qui vivaient en couple avec leurs enfants: 16 (soit 10,1%) se retrouvent seules au moment de la demande, 32 (soit 20,1%) restent dans la même situation. Les 84 autres personnes (soit 53,8%) sont encore en prison au moment de la demande.

Sur les 60 personnes qui vivaient seules, la plupart de celles qui sont en liberté actuellement, soit 24 personnes (40%) restent toujours seules au moment de la demande. On note quand même que quelques personnes ont changé leur situation: une vit maintenant avec un enfant, trois vivent avec un conjoint et des enfants, une autre vit en famille élargie et deux en institution. Les 29 autres personnes (soit 48,3%) sont toujours en prison au moment de la demande.

En ce qui concerne les 56 personnes qui vivaient chez leurs parents, 51,8% y vivent toujours au moment de la demande. Quelques autres et 21,4% sont encore en prison. Les autres ont changé leur situation: une vit avec un conjoint, deux vivent avec un conjoint et des enfants, une vit en famille élargie et cinq autres en institution. 21,4% de ces personnes sont encore en prison.

Au moment des faits, 7 personnes vivaient en institution. Lors de la demande, elles sont passées au nombre de 24 (soit 6,52%).

N.B.: Les personnes placées en défense sociale sont probablement reprises dans la catégorie "autre".

2.7. Catégorie socioprofessionnelle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ouvrier	188	51,1	51,1	51,1
	employé	45	12,2	12,2	63,3
	indépendant	19	5,2	5,2	68,5
	cadre supérieur	7	1,9	1,9	70,4
	agriculteur	6	1,6	1,6	72
	profession libérale	2	0,5	0,5	72,5
	ne sais pas	37	10,1	10,1	82,6
	autre	64	17,4	17,4	100
Total		368	100,0	100	

Tableau 6: Catégorie socioprofessionnelle

L'importance de la catégorie socioprofessionnelle est à mettre en relation avec le niveau scolaire décrit plus haut.

2.8. Situation socio-économique

Situation socio-éco de l'auteur		
	au moment	
	des faits	de la demande
travaille	169	78
autre	34	123,0
ne travaille pas	38	68
allocations diverses	2	2
chômage	50	35
CPAS	11	13
alloc maladies	8	4
alloc handicapé	17	17
pensionné	12	14
ne sais pas	27	14
TOTAL	368	368

Tableau 7: Situation socio-économique de l'auteur

Si on croise les données (tableau non présenté), sur les 45,9% des personnes qui ont un emploi au moment des faits, seules 19,0% ont encore cet emploi au moment de la demande, c'est à dire que moins de la moitié gardent leur emploi.

Le nombre de personnes qui ne travaillent pas au moment des faits, passe de 10,3% à 18,5% au moment de la demande.

Bien que le nombre de personnes qui sont au chômage ait diminué entre les deux moments de 13,6% à 9,5%, 11 d'entre elles avaient un emploi avant et sont de nouveaux chômeurs au moment de la demande.

3. Données criminologiques³

³ La deuxième partie du questionnaire intitulée "données criminologiques" pouvait faire l'objet d'une collaboration avec les assistants de justice afin de préciser la situation pénale de l'auteur.

Nous observons que seulement 9,2% des dossiers ont été remplis. Ceci entache considérablement la fiabilité de tous les résultats de cette partie.

Complété par assistant justice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oui	34	9,2	9,2	9,2
	non	290	78,8	78,8	88
	ne sais pas	44	12,0	12	100
	Total	368	100,0	100	

3.1. Antécédent d'aide à la jeunesse

Nous observons que 15,2% des personnes ont un ou des antécédent(s) d'aide à la jeunesse, ce qui est à peu près le même pourcentage que de réponses "ne sais pas" (14,9%). Il y a donc une méconnaissance importante des antécédents des personnes qui sont suivies.

Plus de la moitié des personnes (58,9%) qui ont des antécédents d'aide à la jeunesse ont reçu plusieurs types d'aide parmi les catégories suivantes: mesures de placement, dossier de mineur en danger, mineur délinquant, mesures éducatives, SAJ, SPJ et IPPJ.

Ces chiffres sont en contradiction avec les données habituelles, nous pensons qu'ils sont le reflet de la rupture dans la filière des informations entre le secteur de la jeunesse et le secteur judiciaire plutôt que d'une réalité différente de celle rapportée par les autres études. Mais ceci est à vérifier ultérieurement.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oui	56	15,2	15,2	15,2
	pas rempli/non	254	69,0	69	84,2
	ne sais pas	55	14,9	14,9	99,2
	autre	3	0,8	0,8	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 8: Antécédent d'aide à la jeunesse

3.2. Récidive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oui	48	13,0	13	13
	non	291	79,1	79,1	92,1
	ne sais pas	29	7,9	7,9	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 9: Récidive

13% des personnes ont au moins une récidive, sexuelle ou non.

3.3. Statut légal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	libre	86	23,4	23,4	23,4
	détenu avant condamnation	2	0,5	0,5	23,9
	prison	113	30,7	30,7	54,6
	défense sociale	9	2,4	2,4	57
	libéré	117	31,8	31,8	88,8
	ne sais pas	34	9,2	9,2	98
	autre	7	1,9	1,9	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 10: Statut légal (simplifié)

*30,7% des personnes qui consultent le font déjà en prison.
55,2% des personnes qui consultent sont libres ou libérées.⁴*

3.4. L'envoyeur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	initiative personnelle	16	4,3	4,3	4,3
	conseil privé ou professionnel	24	6,5	6,5	10,8
	autorité judiciaire	280	76,1	76,1	86,9
	ne sais pas	30	8,2	8,2	95,1
	autre	18	4,9	4,9	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 11: Envoyeur

Il y a 10,9% des personnes qui viennent spontanément ou sur conseil. Ces personnes peuvent venir sur le conseil d'un proche, du médecin, ... ou de lui-même.

76,1% des personnes consultent dans le cadre d'une obligation légale.

Il est à observer aussi que pour 8,2% d'entre eux, on ne sait pas qui les envoie.

Peut-être faut-il dire que certaines des 10,9% qui viennent spontanément ou sur conseil, viennent aussi dans le cadre d'une

⁴ Signalons à nouveau que pour 9,2% des consultants, on ne connaît pas leur statut judiciaire.

obligation légale, par exemple les personnes qui viennent consulter sur le conseil de l'avocat...

3.5. Convention

		convention signée				Total "Conventions devant être signées"
		oui	non	autre	ne sais pas	
convention devant être signée	oui	14	24,0		9	47
	non	12	142,0	2	54	210
	souhaité	9	48,0		13	70
	ne sais pas	6	19,0		9	34
	autre	2	5,0			7
Total "Conventions signées"		43	238,0	2	85	368

Tableau 12: Convention

Sur les 47 conventions qui auraient dû être signées (soit 12,8%), seulement 14 sur 47 (c'est-à-dire 29,8%) le sont réellement. Et sur les 11,7% des conventions réellement signées (ce qui en représente 43 sur 368), seulement 14 (soit 32,6%) devraient l'être.

Notons d'après nos analyses que 24 personnes supplémentaires devraient faire l'objet d'une convention (libération conditionnelle) et que pour 48 autres, il serait souhaité de le faire (probation,...).

A noter que 12 personnes ont signé une convention alors qu'il n'était pas indispensable de le faire. Il s'agit vraisemblablement de personnes en cours de libération.

Sur les 19% de conventions pour lesquelles il était souhaitable qu'il y ait une convention signée (soit 70 sur 368), seulement 9 conventions (soit 12,9%) le sont.

Sur les 57,1% de conventions pour lesquelles une convention n'est pas requise (à savoir 210 sur 368), 5,7% de personnes (c'est-à-dire 12) en ont quand même une.

210 personnes qui fréquentent nos consultations n'entrent pas dans ce cadre car l'examen préalable à la signature de la convention est en cours.

Ces complications pourraient provenir des difficultés de mettre en place la disposition la plus concrète de l'Accord de coopération.

4. Données relatives à la nature sexuelle de l'infraction

4.1. Les faits

4.1.1. Dévoilement des faits

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	victime	218	59,2	59,2	59,2
	entourage victime	58	15,8	15,8	75
	entourage auteur	16	4,3	4,3	79,3
	auteur	14	3,8	3,8	83,1
	témoin	4	1,1	1,1	84,2
	complice	1	0,3	0,3	84,5
	ne sais pas	51	13,9	13,9	98,4
	autre	6	1,6	1,6	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 13: Dévoilement des faits

Dans 75% des cas, c'est soit la victime (59,2%) soit son entourage (15,8%) qui dévoile les faits.

L'auteur ou son entourage ne rentre en compte que dans 8,1% des cas.

4.1.2. Reconnaissance des faits

		reconnaissance faits (prise en charge)				Total
		aveu total	nég/reconnaissance partielle	négation totale	ne sais pas	
reconnaissance faits (au jugement)	aveu total	112	4		1	117
	nég/reconnaissance partielle	3	93	5	3	104
	négation totale	1	3	53		57
	ne sais pas	9	2	1	36	48
	autre		1	1	1	3
			20	12	4	3
Total		145	115	64	44	368

Tableau 14: Reconnaissance des faits (tableau croisé)

La position de l'auteur des faits face à ceux-ci change très peu entre le moment du jugement et celui de la prise en charge. Ont modifié leur reconnaissance des faits 4,3% des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui étaient en aveu total, 10,6% qui étaient en reconnaissance partielle et 7% qui étaient en négation totale.

C'est surtout la position intermédiaire qui varie le plus : 10,6%, et se répartit entre aveu total et négation totale.

4.1.3. Nature des faits

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	attentat pudeur (ni violence ni menace)	120	24,4	24,4	24,4
	attentat pudeur (avec violence et menace)	116	23,6	23,6	48
	viol	172	35	35	82,9
	débauche et prostitution	7	1,4	1,4	84,3
	outrages publics aux moeurs	39	7,9	7,9	92,3
	ne sais pas	38	7,7	7,7	100
	Total	492	100	100	

Tableau 15: Nature des faits

Il y a eu 492 faits rapportés de nature différente.

Le viol est le délit le plus fréquent (35%), puis vient l'attentat à la pudeur, avec ou sans menace (48%).

4.1.4. Lieu du délit

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dom auteur	25,6	25,6	25,6
	dom commun auteur/victime	22,1	22,1	47,7
	dom victime	13,7	13,7	61,4
	lieux publics	10	10	71,4
	milieu institutionnel	4,6	4,6	76
	lieu loisirs	4,6	4,6	80,6
	véhicule	3,9	3,9	84,5
	milieu prof	2,3	2,3	86,8
	autre	2,3	2,3	89,1
	ne sais pas	11	11	100
Total	100	100		

Tableau 16: Lieu du délit

4.2. Age de la victime

		âge de la victime							Total
		majeur	mineur + 16	mineur - 16	mineur + 14	mineur - 14	mineur - 10	ne sais pas	
nature des faits	attentat pudeur (ni violence ni menace)	4	5	103				8	120
	attentat pudeur (avec violence et menace)	6	6	97				5	116
	viol	24	8		20	66	49	1	172
	débauche et prostitution		1	3		2			7
	outrages publics aux mœurs	1		17				14	39
	ne sais pas							38	38
Total		35	20	220	20	68	49	58	492

Tableau 17: Nature des faits et âge de la victime (tableau croisé)

La catégorie mineurs moins de 16 ans est surtout victime d'attentats à la pudeur que ce soit avec ou sans violence et menace. Les viols sont surtout perpétrés sur des mineurs de moins de 16 ans (78%). Le viol sur majeurs représente 68,5 % de l'ensemble des abus perpétrés contre eux. Le viol sur mineurs de moins de 14 ans représente 97% des cas et 100% des cas sur les mineurs de moins de 10 ans.

La violence est très peu utilisée, seulement dans 6,7% des cas. Lorsqu'il y a violence, c'est le plus souvent par le biais de la menace (2,4%).

4.3. Sexe de la victime

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculin	79	21.5	21.5	21.5
	féminin	228	62.0	62	83.4
	masculin et féminin	29	7.9	7.9	91.3
	ne sais pas	32	8.7	8.7	100
	Total	368	100.0	100	

Tableau 18: Sexe de la victime

La (les) victime(s) était(en)t de sexe féminin dans 62% des cas et de sexe masculin dans 21,5% des cas. Dans 7,9% des cas, l'auteur s'en est pris à des victimes appartenant aux deux sexes.

4.4. Relation de l'auteur avec la victime

4.4.1. Relation de l'auteur avec la victime

		Frequency	Percent
Valid	intrafamiliale	212	57,6
	extrafamiliale	168	45,6
	les deux	24	6,5
	ne sais pas	12	3,3

Tableau 19: Relation auteur et victime

Le total des fréquences est supérieur à 368 et à 100% parce que 24 auteurs se retrouvent dans les catégories intra et extra.

L'abus intra-familial est le plus fréquent des abus, quelle que soit sa forme.

4.4.2. Détail de l'abus intra-familial

		Frequency	Percent
Valid	parent	77	20,9
	famille éloignée	51	13,9
	beau-parent	46	12,5
	fratrie	10	2,7
	conjoint	10	2,7
	demi-frère/demi-soeur	7	1,9
	grand-parent	5	1,4
	enfants	1	0,3
	autre	5	1,4
	Sous-Total	212	57,6

Tableau 20: Détail de l'abus intra-familial

Les relations incestueuses commises dans la famille nucléaire (parents ou beaux-parents) représentent 33,4% des cas (c'est-à-dire sur 368 dossiers, 33,4% des cas concernent un inceste parental).

4.4.3. Détail de l'abus extra-familial

		Frequency	Percent
Valid	voisin/fréquentation	56	15,2
	totalelement inconnu	37	10,1
	personne connue	30	8,2
	relation amicale	22	6,0
	responsable éducatif	21	5,7
	autre	2	0,5
	Sous-Total	168	45,6

Tableau 21: Détail de l'abus extra-familial

En analysant simultanément les deux tableaux, on découvre que le danger se trouve en 57,6% à 29,4% (personnes qui gravitent dans l'entourage de l'enfant) et 5,7% (responsables éducatifs). Restent quand même 10,1% d'individus totalement inconnus.

Si on observe le lien de la relation sous l'angle de la responsabilité, 39,1% des auteurs avaient la responsabilité éducative (sous quelques formes que cela soit) de leur victime.

4.5. Orientation sexuelle⁵

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hétérophile exclusif	145	39,4	39,4	39,4
	multiple	59	16,0	16	46,7
	éphébophile exclusif	9	2,4	2,4	49,1
	homophile exclusif	6	1,6	1,6	50,7
	pédophile exclusif	27	7,3	7,3	83,9
	ne sais pas	122	33,2	33,2	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 22: Orientation sexuelle

On entend par orientation sexuelle multiple les personnes qui éprouvent indifféremment des attirances sexuelles pour des personnes du même sexe et opposé, qu'importe l'âge de la personne.

L'importance du pourcentage "je ne sais pas" m'étonne chez des cliniciens spécialisés dans ce type de travail. Par ailleurs, ce pourcentage comprend vraisemblablement les auteurs d'infractions à caractère sexuel mineurs pour lesquels une orientation sexuelle n'a probablement pas été fixée.

L'orientation sexuelle exclusive vers des mineurs d'âge ne représente que 9,7% des cas.

⁵ L'orientation sexuelle concerne l'attirance sexuelle ressentie et connue par l'auteur au niveau des réactions corporelles ou mentales. Nous le distinguons du comportement sexuel qui consiste à aborder la personne qui attire pour avoir avec elle une activité sexuelle. La plupart du temps les comportements sexuels suivent des attirances sexuelles mais il peut en être autrement. Des attirances ne donnent pas lieu à des échanges sexuels ou des échanges sexuels ne sont pas fondés sur de réelles attirances (à compléter par les définitions de la grille d'enregistrement).

126 cas (soit 34,2%) sont des activités pédosexuelles. Sur ces 126 cas, 26 (ce qui représente 20,6% des 126 cas) sont d'orientation purement pédophilique (y inclus éphébofile).

4.6. L'activité sexuelle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	act hétérosexuelles	125	34,0	34	34
	act pédo et hétéro	57	15,5	15,5	49,5
	act pédosexuelles	32	8,7	8,7	58,2
	act éphébo et hétéro	25	6,8	6,8	65
	act pédo et éphébo	9	2,4	2,4	67,4
	act éphébo et homo	8	2,2	2,2	69,6
	act éphébosexuelles	4	1,1	1,1	70,7
	act homo et hétéro	3	0,8	0,8	71,5
	act homosexuelles	2	0,5	0,5	72
	ne sais pas	103	28,0	28	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 23: Activité sexuelle

45 personnes (soit 12,2%) ont eu des activités sexuelles uniquement avec des mineurs d'âge.

Les gens pour lesquels il est reconnu des activités qui comprennent des activités homosexuelles représentent 3,5%.

35,3% des cas ont des activités sexuelles uniquement avec des adultes.

Les activités sexuelles les plus fréquentes (34%) sont les activités hétérosexuelles. Puis, pour une moindre marge (15,5%), les activités pédosexuelles et hétérosexuelles (chez la même personne).

On observe qu'il existe 8,7% des auteurs qui n'ont eu que des activités pédosexuelles.

57,1% des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont au moins eu une activité hétérosexuelle. De plus, sur 145 personnes qui se déclarent hétérosexuelles, 101 (soit 70% de 145) n'ont eu que des activités hétérosexuelles. Mais 27,8% de ces mêmes personnes ont aussi eu des relations sexuelles avec des mineurs. L'orientation sexuelle déclarée par l'auteur ne rend donc compte qu'en partie seulement des activités sexuelles observées.

4.7. Age du début des activités sexuelles avec partenaire

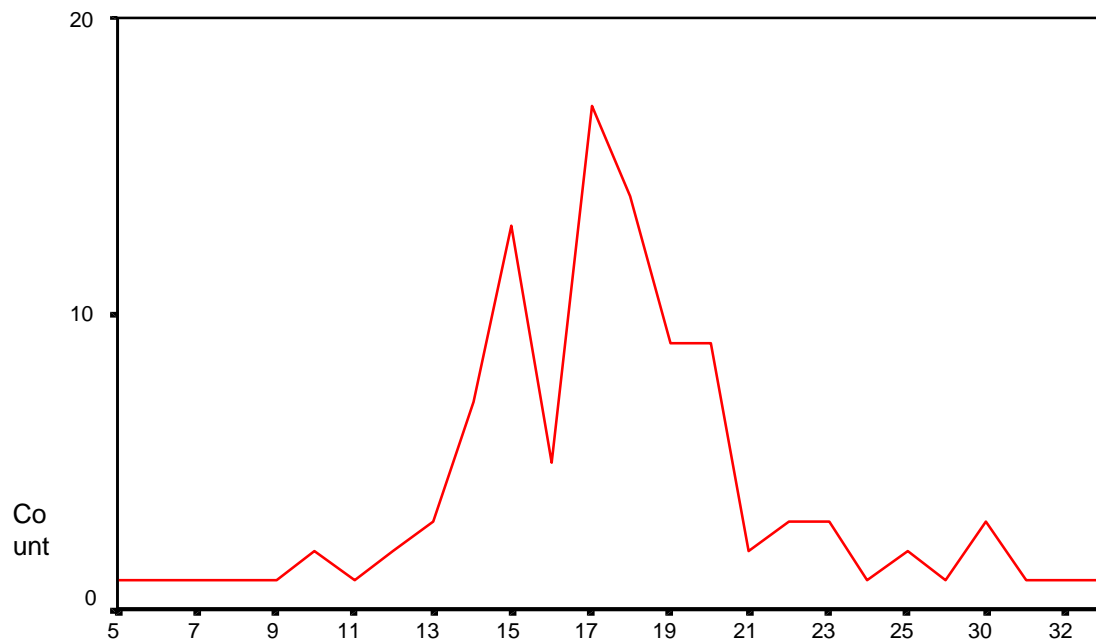


Figure 3: Âge du début des activités sexuelles avec partenaires

On observe que la majorité du début des activités sexuelles se situe entre 14 et 20 ans. Curieusement, il y a une rupture à 16 ans. L'âge de début semble plus précoce pour une partie d'entre eux. Cette précocité ne semble pas avoir d'impact sur les délits commis et la quantité de délits différents commis en analysant le tableau croisé "nature des faits" et "âge du début des activités sexuelles avec les partenaires". Ce tableau n'est pas présenté ici.

5. Données relatives à la psychologie et à la psychopathologie de l'auteur

5.1. Capacité intellectuelle

21,7% des personnes ont une arriération mentale légère ou avérée. La prise en charge de ces personnes s'avère difficile en général, et encore plus dans ce cadre particulier.

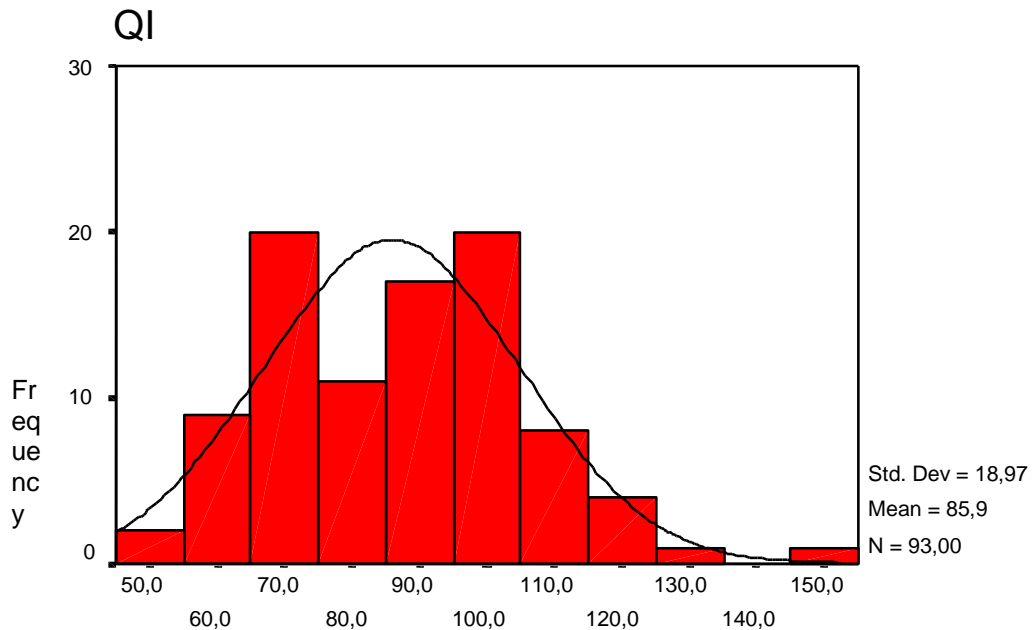


Figure 4: QI

La courbe observée s'écarte de la courbe normale. Le QI moyen est de 85,9 (100 pour la normale), et l'écart-type est de 18,97 (15 pour la normale). L'étendue des notes en moyenne va de 66,83 à 104,87 (de 85 à 115 pour la normale).

25% des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont un QI inférieur à 70 et 25% ont un QI supérieur à 99, donc 50% des gens ont un QI entre 70 et 99. On peut aussi dire que 50% des gens ont un QI inférieur à 86.

La distribution des QI se fait donc sur une courbe qui est en deçà de la normale.

5.2. Conduites addictives

Si l'on croise les données (tableau non présenté), on observe qu'au moment des faits, 67 personnes (soit presque 20% des auteurs d'infractions à caractère sexuel) étaient sous l'influence de l'alcool alors qu'habituellement 10 d'entre elles n'en consommaient pas du tout.

De même, signalons que trois personnes avaient absorbé beaucoup de drogue au moment des faits alors qu'habituellement elles n'en consommaient pas du tout.

L'utilisation de médicaments ne semble pas être un facteur très important dans les cas observés.

		Habituellement	Au moment des faits
alcool	pas du tout	195	191
	moyennement	79	58
	beaucoup	46	67
	ne sais pas	48	52
Total		368	368
drogue	pas du tout	308	305
	moyennement	8	5
	beaucoup	4	6
	ne sais pas	48	52
Total		368	368
médicament	pas du tout	296	297
	moyennement	19	14
	beaucoup	5	5
	ne sais pas	48	52
Total		368	368

Tableau 24: Comportements addictifs

5.3. Violences subies par l'auteur dans le passé

Nous avons recensé les violences dont les auteurs d'infractions à caractère sexuel s'étaient dits victimes.

Si on additionne tous les cas, on observe que 45% des auteurs ont subi soit des sévices, soit des négligences, soit des violences physiques, soit des violences psychologiques.

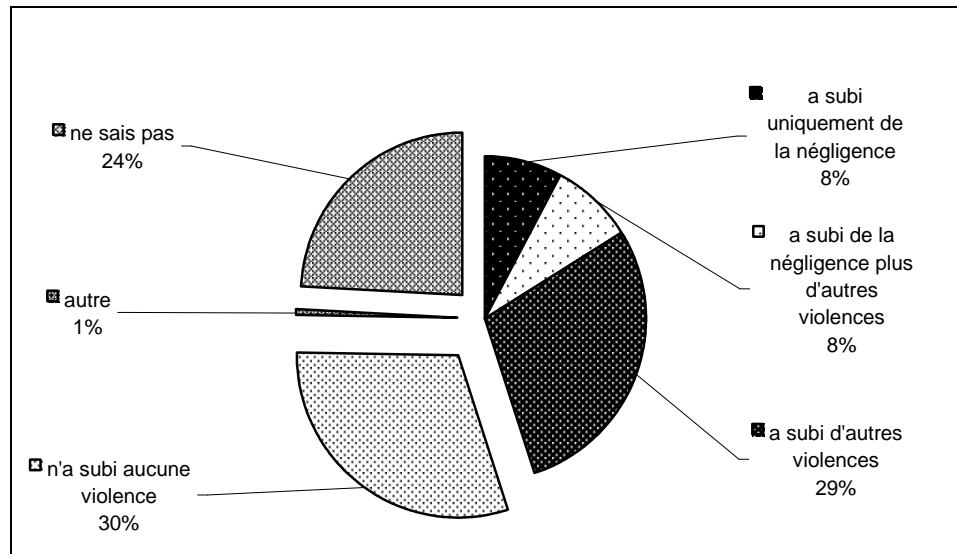


Figure 5: Négligences

On rencontre la négligence dans 16% des cas.

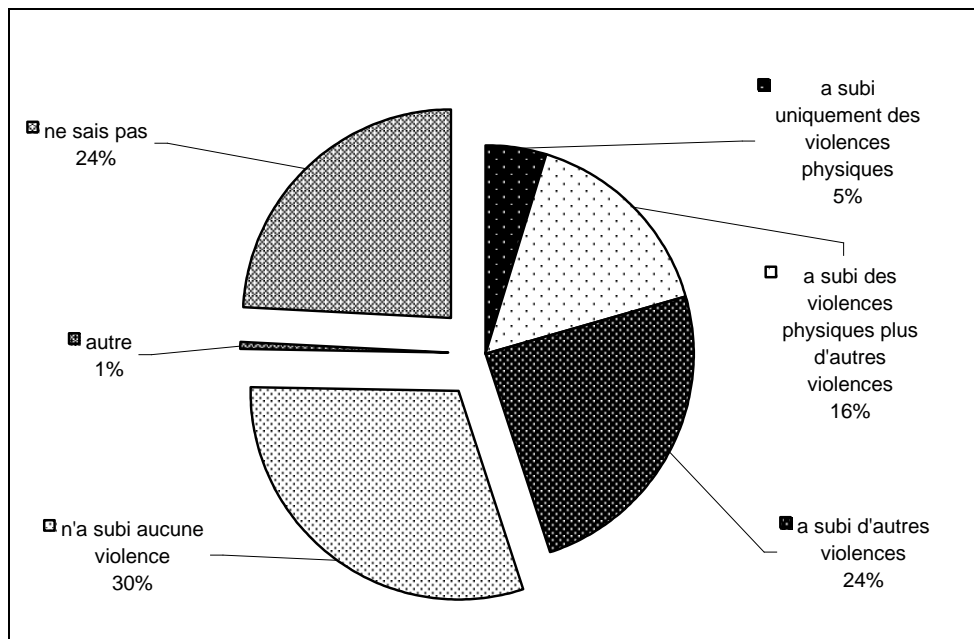


Figure 6: Violences physiques

On rencontre la violence physique dans 21% des cas.

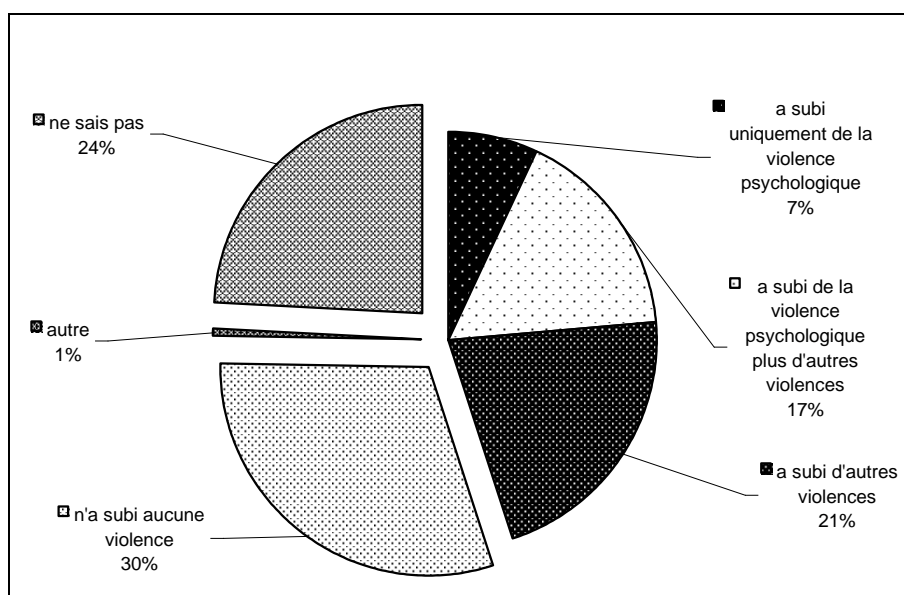


Figure 7: Violences psychologiques

On rencontre la violence physique dans 24% des cas.

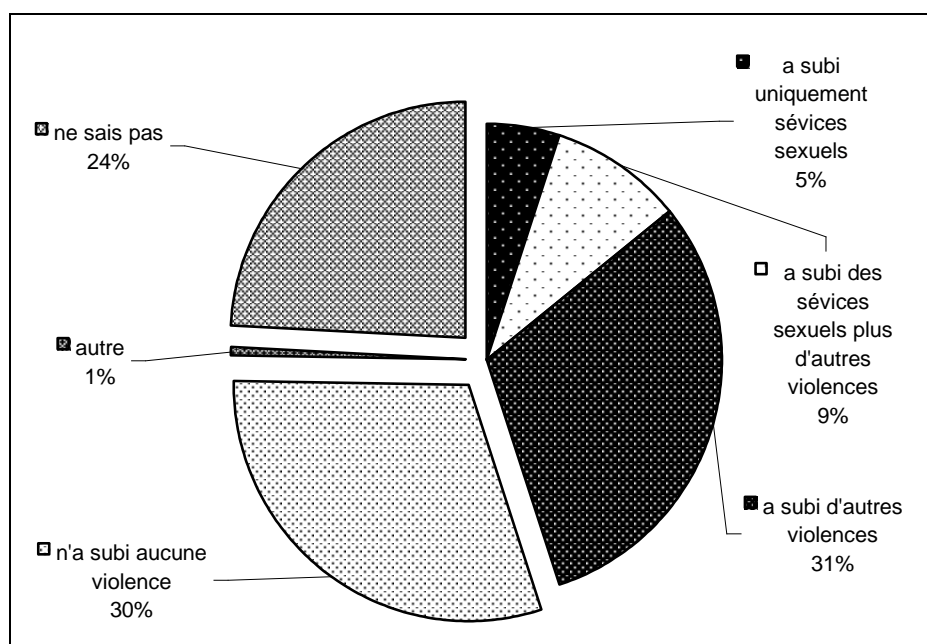


Figure 8: Sévices sexuels

On rencontre des sévices sexuels dans 14% des cas.

Les violences observées les plus fréquentes sont donc les violences psychologiques, puis physiques. Les violences sexuelles viennent en dernier.

5.4. Soins en santé mentale antérieurs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	non	234	63.6	63.6	63.6
	léger	24	6.5	6.5	70.1
	moyen	40	10.9	10.9	81
	lourd	28	7.6	7.6	88.6
	ne sais pas	42	11.4	11.4	100
	Total	368	100.0	100	

Tableau 25: Soins en santé mentale

25% des personnes ont reçu des soins en santé mentale.

30% des personnes ayant reçu des soins en santé mentale les ont reçus spécifiquement pour les problèmes d'abus.

			soins en santé mentale					Total
			non	léger	moyen	lourd	ne sais pas	
récidive	oui	Count	30.0	7	6	4	1	48
		% within soins en santé mentale	12.80%	29.20%	15.00%	14.30%	2.40%	13.00%
	non	Count	190.0	17	33	23	28	291
		% within soins en santé mentale	81.20%	70.80%	82.50%	82.10%	66.70%	79.10%
	ne sais pas	Count	14.0		1	1	13	29
		% within soins en santé mentale	6.00%		2.50%	3.60%	31.00%	7.90%
Total		Count	234.0	24	40	28	42	368
		% within soins en santé mentale	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Tableau 26: Récidive et soins en santé mentale (tableau croisé)

Proportionnellement, les auteurs d'infractions à caractère sexuel qui avaient reçu des soins en santé mentale dans le passé sont plus enclins à la récidive (18,5% des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui ont reçu des soins ont récidivé) que ceux qui n'en ont pas reçus (seulement 12,8% des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui n'ont pas reçu de soins ont récidivé). Ces analyses tendent à conclure que l'association de délit sexuel et de soins en santé mentale spontanés augmente le risque de récidive.

De plus, lorsque ces soins étaient relatifs à l'abus sexuel, les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont encore plus enclins à la récidive (30% des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui ont reçu des soins spécifiques à l'abus sexuel ont récidivé). Le tableau sur lequel nous nous sommes basés n'est pas représenté ici.

6. Données relatives au travail fait dans les équipes de santé mentale avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel

6.1. Ancienneté des dossiers

Sur les 368 dossiers, 118 sont des dossiers antérieurs à 1999 et 222 sont des nouveaux cas. Il manque de l'information pour 28 dossiers (date non remplie).

Sur les 118 dossiers antérieurs à 1999, 36 ont cessé en 1999, ce qui représente 30,5 % de ces dossiers.

Sur les 222 nouveaux dossiers, 58 ont stoppé en 1999, ce qui représente 24,3%. Pour 18 dossiers (31,1%), il s'agit de demande d'avis. Celui-ci terminé, le dossier est clos.

Mais pour 38 dossiers (65,51% des dossiers arrêtés, soit 17,1% des dossiers de 1999), il s'agit de demande de traitement ou de guidance. Il peut s'agir dans ce cas, soit d'arrêt de la thérapie, soit de refus de prise en charge.

6.2. Type de demande

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	avis	36	9,8	9,8	9,8
	traitement/gui	316	85,9	85,9	95,7
	autre	6	1,6	1,6	97,3
	ne sais pas	10	2,7	2,7	100
	Total	368	100,0	100	

Tableau 27: Type de demande

85,9% des demandes sont de l'ordre du traitement et/ou de la guidance.

6.3. Durée de prise en charge

La durée totale de la prise en charge varie fortement en fonction du centre (voir graphe).

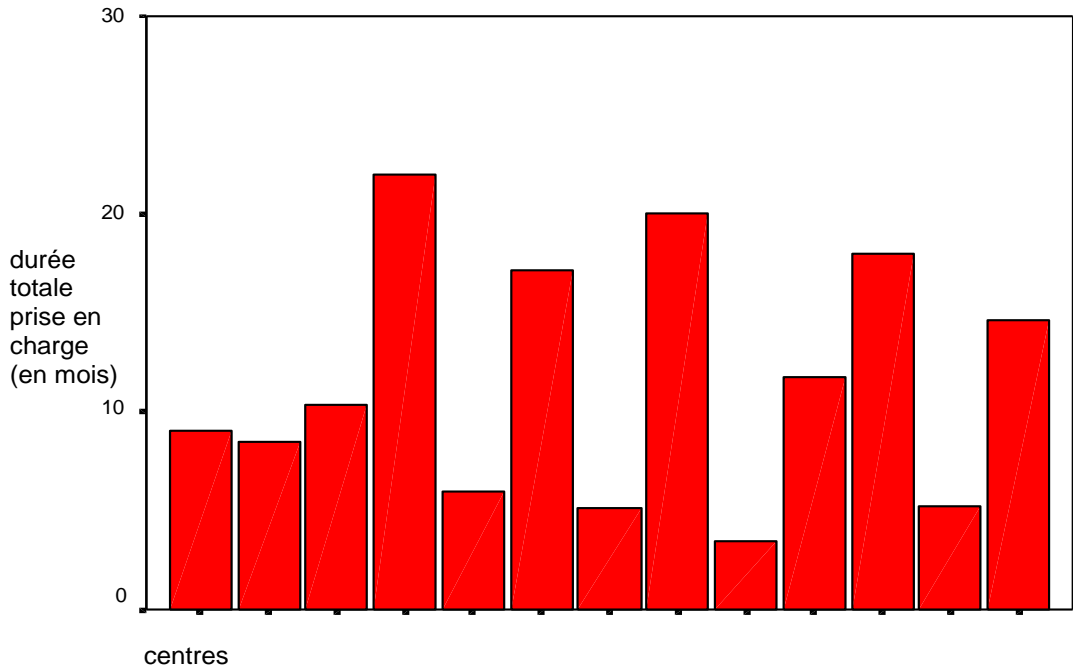


Figure 9: Durée totale de la prise en charge

Si l'on compare les centres en fonction du nombre de dossiers qu'ils traitent et en fonction de la durée moyenne de leurs prises en charge, on se rend compte qu'il n'y a pas de relation entre le nombre de dossiers et le temps consacré pour chaque dossier.

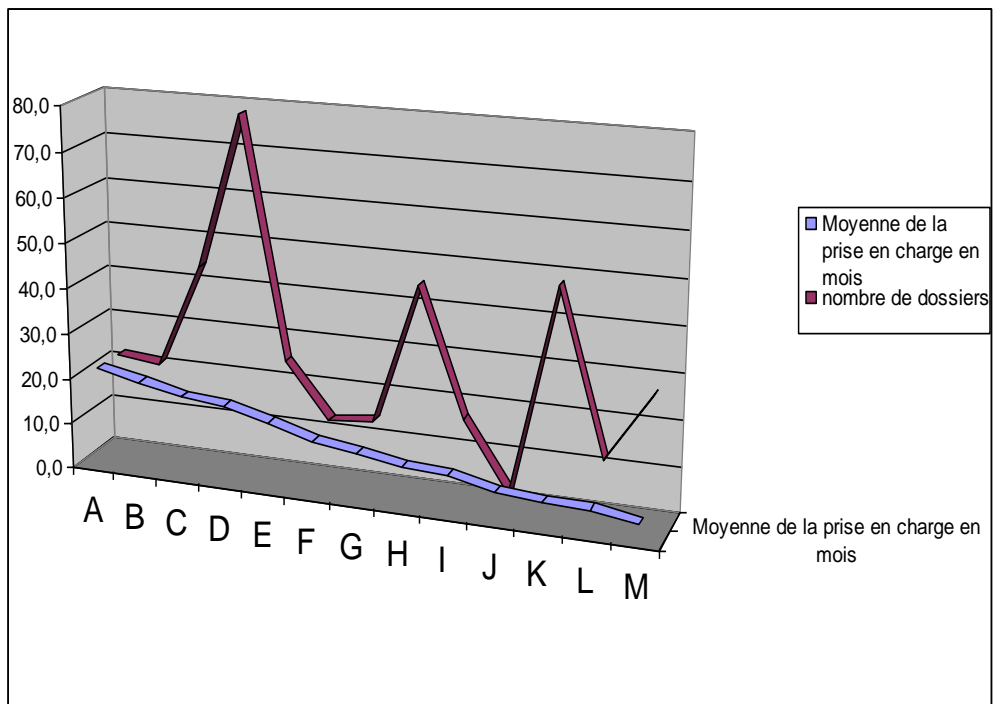


Figure 10: Nombre de dossiers par rapport à la durée de la prise en charge

On peut avoir beaucoup de dossiers et faire des prises en charge très longues ou très courtes.

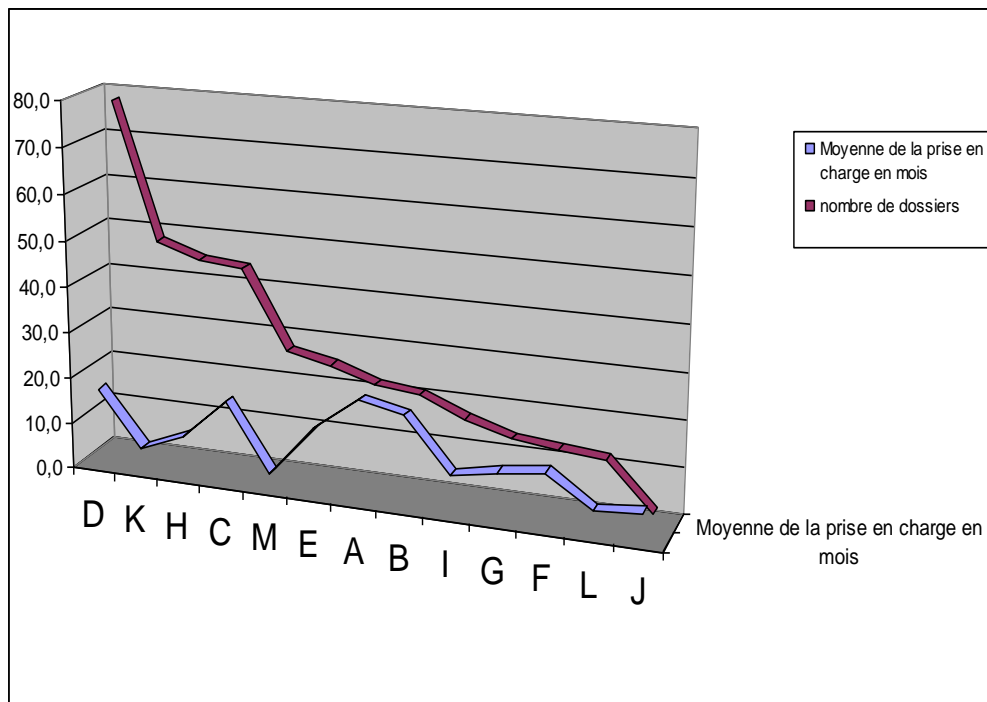


Figure 11: Durée de la prise en charge par rapport au nombre de dossiers

Ceux qui font les prises en charge très longues peuvent aussi voir de nombreux dossiers ou très peu.

6.4. Fréquence de la prise en charge

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 * 15 jours	109	29,6	29,6	29,6
	1 * mois	94	25,5	25,5	55,1
	1 * semaine	45	12,2	12,2	67,3
	1 * 3 semaines	35	9,5	9,5	76,8
	1 * trimestre	9	2,4	2,4	79,2
	1 * semestre	3	0,8	0,8	80
	1 * an	3	0,8	0,8	80,8
	ne sais pas	70	19,0	19,0	100
Total		368	100,0	100	

Tableau 28: Fréquence théorique

La fréquence des entretiens est dans plus de 50% des cas de une fois tous les 15 jours à 1 fois par mois.

6.5. Lieu de la prise en charge

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ambulatoire	268	72.8	72.8	72.8
	prison	37	10.1	10.1	82.9
	HP : externe	13	3.5	3.5	86.4
	défense	3	0.8	0.8	87.2
	autre	5	1.4	1.4	88.6
	ne sais pas	42	11.4	11.4	100
	Total	368	100.0	100	

Tableau 29: Lieu de la prise en charge

Les consultations en prison, en défense sociale et en hôpital psychiatrique sont externes, le thérapeute ne faisant pas partie de l'équipe interne de l'institution.

Cette rencontre se fait dans 72,8% des cas en ambulatoire, sur le lieu de travail du personnel de santé.

La prise en charge à l'intérieur de la prison se fait dans 10,1% des cas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oui	136	37.0	37	37
	non	161	43.8	43.8	80.7
	autre	1	0.3	0.3	81
	ne sais pas	70	19.0	19	100
	Total	368	100.0	100	

Tableau 30: Assistant de justice désigné

Un assistant judiciaire est désigné dans 37% des cas.

7. Critiques du questionnaire et des résultats

Ce premier enregistrement de données présente bien des imperfections et l'usage montre qu'il faudra apporter des modifications, aussi bien sur le plan de la forme, que sur le fond.

Dégageons cependant quelques grandes orientations de ce travail:

- *Le nombre des dossiers pris en charge est en nette augmentation et est en train de dépasser les perspectives que nous avons envisagées. Nous pensions en effet sur base des statistiques judiciaires de 1997 qu'il y avait en Belgique 1000*

délinquants sexuels en liberté sur contrainte judiciaire et que proportionnellement à la répartition démographique belge, les auteurs d'infractions à caractère sexuel wallons seraient approximativement au nombre de 400. Nous constatons aujourd'hui d'après le nouveau chiffre fourni par le Ministère de la Justice qu'il y aurait 459 auteurs d'infractions à caractère sexuels des prisons wallonnes libérés sous condition alors qu'ils ne seraient que 277 à être libérés dans les mêmes conditions des prisons flamandes. Il faut d'ailleurs ajouter à ces nombres les auteurs d'infractions à caractère sexuel qui n'ont jamais été incarcérés et qui sont maintenus dès le départ en liberté. Il faut enfin tenir compte du fait que les nouveaux patients qui entrent dans nos consultations chaque année sont destinés à y rester quelques années en fonction de la durée des contraintes judiciaires.

- Sur le plan socio-démographique, un profil de la majorité des abuseurs sexuels pourrait se dégager en direction d'un faible statut social mais les données actuelles nous semblent trop précaires et risqueraient de stigmatiser à tort certaines catégories de la population.
- Sur le plan criminologique, nous observons bien les difficultés d'avoir des renseignements précis. Il faudra vraisemblablement s'orienter vers le recueillement de données différentes à propos du délit et à propos des différentes sources: 1) la description de ce qu'on l'on sait s'être passé, 2) la qualification judiciaire de ces faits, 3) ce qu'en dit le délinquant. Il faudra sans doute développer la collaboration dans l'enregistrement de données à partir de différents types de services, y compris judiciaire, notamment pour l'examen de la récidive, mais les difficultés d'interconnexion de bases de données différentes posent de nombreux problèmes techniques et éthiques.
- Sur la nature sexuelle des infractions, les données obtenues du travail avec les victimes se trouvent être largement confirmées dans la nature des faits, l'âge des victimes et le type de relation entre l'auteur et la victime. Nous voyons également se dessiner le fait que la pédophilie stricte est moins représentée dans les activités pédophiliques que la pédophilie circonstancielle d'adultes qui se tournent vers des enfants pour la résolution d'une sexualité orientée essentiellement vers les adultes.
- Sur le plan du diagnostic, il faut reconnaître que beaucoup est encore à faire pour approfondir la psychopathologie dans des termes comparables d'un thérapeute à l'autre, congruents avec les définitions internationales et issus de mesures suffisamment objectivées.
- En ce qui concerne les prises en charge thérapeutiques, nous observons la présence effective des patients dans les consultations et l'investissement important de la part des thérapeutes en particulier sur le plan pluridisciplinaire. Il reste que nous ne sommes pas encore très avancés sur la forme des traitements et les référentiels théoriques utilisés dont nous

savons cependant qu'ils prennent en compte de plus en plus les références cognitivo-comportementales. Une tâche future sera certainement d'examiner l'adéquation des différents référents théoriques et méthodologiques avec le type de patients auxquels ils sont destinés.

B. EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES

Nous avons réuni les rapports annuels des 14 Equipes de Santé Spécialisées reconnues par le Ministre wallon de la Santé en 1999 et 2 équipes en région germanophone.

Nous en rapportons les traits saillants en sept points : les deux premiers sont consacrés à la mise en place du cadre d'intervention dans les Equipes de Santé Spécialisées. Ensuite nous abordons les méthodes de traitement, de guidance et d'évaluation utilisées dans les équipes, dont le refus de prise en charge pour certains délinquants sexuels. Les derniers points traitent des relations entre les différents intervenants de l'Accord de coopération et des difficultés qui sont rencontrées.

La liste des Equipes de Santé Spécialisées reconnues par le Ministre wallon de la Santé :

- ❖ Centre de guidance du Brabant wallon à WAVRE
- ❖ Service de santé mentale du CPAS de CHARLEROI
- ❖ Hôpital les Marronniers « Les Jasmins » à TOURNAI
- ❖ Hôpital Vincent Van Gogh, unité de sexologie, groupe EPCP à MARCHIENNE-AU-PONT
- ❖ Centre provincial de guidance psychologique de CHARLEROI
- ❖ Centre de santé de Jolimont à la HAINE ST PAUL
- ❖ Centre de guidance psychologique de MONS
- ❖ Centre de guidance psychologique de la province du Hainaut à MOUSCRON
- ❖ Centre liégeois d'intervention psychosociale-Centre de Santé mentale-(CLIPS) à LIÈGE
- ❖ Service de santé mentale « L'Accueil » à HUY
- ❖ Service de santé mentale de l'AIGS à HERSTAL
- ❖ Service de santé mentale, Dispensaire pour adultes de VERVIERS
- ❖ Service de santé mentale du nord et centre de Luxembourg à LIBRAMONT avec des sièges à ST HUBERT et à BOUILLON
- ❖ Institut provincial d'orientation et de guidance de Namur situé à DINANT

En Communauté germanophone :

- ❖ Service de santé mentale d'EUPEN
- ❖ Service de santé mentale de ST VITH

1. Engagement du personnel et infrastructures complémentaires

L'année 1999 a été marquée par la création de deux nouvelles Equipes de Santé Spécialisées : à Huy en mai 1999, et à Dinant en septembre 1999.

Plusieurs équipes de santé constatent l'importance des changements de personnel en raison de la précarité de leur emploi (temps partiels, contrats à durée déterminée). Ceci a

permis d'engager des jeunes et de donner une vigueur nouvelle dans les équipes. Néanmoins, cette situation devrait être stabilisée pour que le personnel ait le temps d'élever ses compétences, sa formation et son expérience.

Plusieurs équipes voient le nombre de dossiers augmenter plus vite qu'elles ne le pensaient jusqu'à approcher une situation de saturation. Cette situation préoccupe les équipes d'autant plus que les prises en charges entamées durent bien plus qu'une année.

2. Formation du personnel de Santé

Il ne nous est pas possible cette année de quantifier le nombre de personnes qui ont suivi telles ou telles formations avec les heures exactes. Néanmoins, nous avons constaté que le personnel des Equipes de Santé Spécialisées est toujours demandeur de formation car le domaine traité reste difficile. La majorité des membres des Equipes de Santé Spécialisées ont entrepris une spécialisation dans le domaine du traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

- *Les formations données par l'UPPL. La formation de base s'est terminée (voir chapitre suivant). L'UPPL a mis sur pied différents groupe de travail comme la supervision Marielle, les études de cas, la formation PCL-R, une préformation à l'utilisation du DSM IV.*
- *Les intervenants du réseau Santé se forment également dans des colloques, des congrès, des journées d'études, de travail et de réflexion.*
- *Beaucoup d'entre eux suivent personnellement des supervisions individuelles.*
- *La littérature toujours croissante sur ce domaine leur permet également un bon apport théorique*

3. Les méthodes d'évaluation et de traitement

La majorité des Equipes de Santé Spécialisées travaillent selon un modèle dynamique, certaines travaillent également selon le modèle cognitivo-comportemental et la systémique. On retrouve alors des traitements de groupe et individuel, des travaux avec la famille et des groupes d'apprentissage.

Les cadres de travail diffèrent également dans les équipes elles-mêmes puisqu'elles se veulent pluridisciplinaires. Nous pouvons dire que le terrain est donc bien encadré et permet des confrontations de points de vue qui augmentent l'efficacité du travail thérapeutique et de guidance.

4. Les refus de traitement

Les objectifs différents des acteurs de l'Accord de coopération provoquent parfois des tensions. En effet, le but pour le service psychosocial est de trouver une équipe de santé spécialisée qui effectuera la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Pour les thérapeutes, il s'agit d'évaluer la possibilité de guidance et de traitement de ces auteurs, avec le risque qu'ils refusent de prendre en charge certains détenus.

Les équipes dans leur rapport d'activité abordent ce sujet avec la nécessité que les services psychosociaux spécialisés comprennent qu'ils ne sont pas « tout puissants » et qu'ils reconnaissent qu'ils ont aussi leurs limites.

En effet, certains auteurs d'infractions à caractère sexuel présentent des caractéristiques qui rendent le traitement extrêmement difficile. C'est le cas notamment des dénégateurs totaux, c'est-à-dire qu'ils ne reconnaissent en aucun cas les faits qui leur sont reprochés. Ces sujets sont difficiles à prendre en charge pour des équipes jeunes, il faut alors se tourner vers des équipes plus expérimentées qui peuvent faire leur guidance. L'UPPL a, dans ce cadre, mis une consultation expérimentale à la disposition des ces auteurs d'infractions à caractère sexuel plus difficiles.

5. Rencontre entre les intervenants

Dans le rapport d'activité de 1998, les premières activités des Equipes de Santé Spécialisées s'articulaient autour de la prise de contact entre les différents acteurs de l'Accord de coopération, à savoir les équipes psychosociales, les assistants de justice, les parquets et les commissions.

Durant l'année 1999, ces contacts se sont intensifiés pour former un réel réseau. En effet, aujourd'hui, il existe une meilleure communication et celle-ci ne fait que croître au fur et à mesure des mois qui passent.

6. Les difficultés⁶

Malgré les très grands progrès dans la mise en pratique de l'Accord de coopération, il reste certaines difficultés sur le terrain. Nous en avons déjà abordé certaines dans les paragraphes précédents : le risque de saturation des Equipes de Santé Spécialisées, le « turn-over » important des thérapeutes et l'incompréhension des acteurs de la Justice lorsqu'une équipe de santé refuse un traitement.

⁶ Telles que reprises dans les rapports d'activités. Une enquête plus approfondie a été menée par l'Administration (Nelly Guillaume). Cf. le point Concertation page 45.

Certaines équipes de santé travaillent beaucoup sur la nécessité de perdre l'illusion du « guérir à tout prix ». Il y a un deuil à faire qui reste encore pour certains difficile, mais qui est en bonne voie de résolution.

Certaines équipes éprouvent encore de la difficulté avec la convention telle qu'établie. En effet, beaucoup de commissions demandent que la convention soit signée avant la décision de libération, ceci pose deux problèmes majeurs :

- *Certains paragraphes de la convention ne peuvent être remplis avant la décision de la commission. Les thérapeutes doivent donc signer une convention incomplète.*
- *De plus lorsqu'un travail thérapeutique est entamé, il est difficile pour les thérapeutes et pour les détenus de se voir refuser la libération. En effet, le travail thérapeutique entamé est alors compromis et des complications d'ordre pratique se mettent en place.*

Il reste certains problèmes quant aux transmissions de données. En effet, les relations avec certaines équipes psychosociales se passent très bien et il y a une réelle collaboration. Par contre, la communication reste difficile avec d'autres services psychosociaux, qui ralentissent considérablement le travail du thérapeute. Il serait intéressant de faire comprendre que nous travaillons dans un réel esprit de collaboration qui demande une confiance entre les différents acteurs du système.

Une difficulté majeure se pose pour les équipes germanophones. En effet, les autorités ne reconnaissent pas encore officiellement l'Accord de coopération, les thérapeutes sont donc seuls à soutenir cet accord, mais aussi les responsabilités qui en découlent. Ces équipes demandent donc que les autorités germanophones prennent une position claire en l'officialisant par des actes précis (en particulier, il n'y a pas de modèle officiel de convention en langue allemande qui pourrait être signé...).

DEUXIEME PARTIE: ACTIVITES DE L'UPPL CENTRE DE REFERENCE ET D'APPUI

L'UPPL est une asbl indépendante. Elle comprend:

- a) un centre de référence cofinancé par le Ministre de la Santé et par le Ministre de la Justice comme centre d'appui en application de l'Accord de coopération du 8 octobre 1998;*
- b) un Comité Scientifique et d'Ethique;*
- c) une consultation spécialisée dans l'évaluation et le traitement expérimental des auteurs d'infractions à caractère sexuel.*

A. LE CENTRE DE REFERENCE

1. Historique

L'ensemble de la population découvrait avec cette décennie l'importance de la maltraitance et des problèmes qu'elle pose pour l'éducation ainsi que pour la santé des enfants et des générations futures. L'effroi des découvertes de 1996 et des réalités de la pédophilie a rendu les abus sexuels intolérables.

La reconnaissance sociale des multiples impacts des agressions sexuelles a déclenché de nombreuses réformes dont de profonds remaniements législatifs, administratifs et institutionnels dans le prolongement des grands mouvements de réflexion et de la prise de conscience collective.

C'est dans ce contexte que l'Unité de Psychopathologie Légale a vu le jour le 1^{er} janvier 1998, sur l'initiative du Ministère de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé, du Conseil Régional Wallon des Services de Santé Mentale, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé et avec l'aide du Centre Hospitalier Régional Psychiatrique « Les Marronniers ». Ils ont ainsi rassemblé quatre cliniciens expérimentés et chercheurs depuis plus de 15 ans dans le traitement des abuseurs sexuels: les Docteurs Jacques Antoine, Yves Depauw, Maurice Korn et Bernard Pihet.

Ce dernier, psychologue et psychothérapeute spécialisé en la matière, était désigné pour animer le réseau des soignants, participer aux concertations et donner une formation qui a rassemblé les dix spécialistes belges et étrangers. Il a

également maintenu une activité thérapeutique avec les abuseurs sexuels incarcérés et libérés.

Le 14 avril 1998, Christelle Trifaux, criminologue, était engagée comme assistante. Un deuxième groupe de formation de base a commencé. Nous avons fait le point sur les activités cliniques déjà constantes avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel et avons sensibilisé les autres thérapeutes des services de santé mentale à ce travail et avons sollicité de nouvelles collaboration sur base volontaire.

Nous avons pu aussi organiser une journée d'étude animée par André McKibben au sujet des adolescents agresseurs sexuels et un voyage d'étude au Québec avec des professionnels de la Santé et de la Justice.

Le 16 juin 1998, Le Ministre de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé, Monsieur Willy Taminiaux, a concrétisé ce projet en reconnaissant l'Unité de Psychopathologie Légale (U.P.P.L.) comme étant le centre de référence en matière de diagnostic et de traitement de la délinquance sexuelle pour aider certains services de santé mentale de la Région wallonne à se spécialiser dans l'évaluation, la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Le 28 septembre 1998, l'Unité de Psychopathologie devint une ASBL.

Le 08 octobre 1998, les Ministres de la Justice et de la Santé cosignèrent l'Accord de coopération. Le Ministre de la Santé reconnaissait douze équipes de santé spécialisées parmi les services de santé mentale volontaires pour ce service. Le Ministre de la Justice renforçait le système des équipes psychosociales intra-pénitentiaires et des assistants de Justice. Il désignait l'U.P.P.L. pour être le Centre d'appui en Wallonie.

Le 12 octobre 1998, l'équipe de l'U.P.P.L. a été renforcée par l'engagement de Florence Clamagirand, psychologue, qui a aussi consacré une partie de son temps à développer une pré-recherche sur le diagnostic et le traitement des adultes et adolescents abuseurs sexuels.

Le centre termine l'année 1998 en disposant de ses propres locaux, correctement aménagés et équipés.

2. Infrastructure

Le centre dispose d'une maison louée comprenant l'administration (secrétariat, direction, salle de réunion) au rez-de-chaussée et quatre bureaux techniques au 1^{er} étage, dont une consultation de groupe. Elle est équipée d'un réseau informatique, d'un matériel de télétransmission et d'enregistrement.

Les difficultés de recevoir les subsides, qui se sont trouvés contestés pour une part, et qui restent non récurrents pour une autre, rendent très difficile la création d'emplois à durée indéterminée et entraînent une certaine instabilité du personnel. Néanmoins l'équipe actuelle des permanents se stabilise.

Personnel de l'UPPL

Au 1^{er} janvier 2000, l'équipe permanente se compose de quatre temps pleins et demi:

- ❖ Bernard PIHET, psychologue, coordinateur de l'UPPL
- ❖ Dr Jacques ANTOINE, psychiatre
- ❖ Philippe CORTESE, psychologue
- ❖ Sophie DUVIVIER, psychologue
- ❖ Myriam ROLAND, documentaliste
- ❖ Christine MOULARD, secrétaire

Les collaborateurs permanents et vacataires sont:

- ❖ Thierry HOANG QUOC PHAM, docteur en psychologie et professeur à Lille III et à l'UCL, également chercheur associé au Centre de recherche de l'Institut Philippe PINEL, est consulté comme conseiller
- ❖ Jocelyne BONNET, gestion du personnel
- ❖ Yvan GROULT, trésorerie et comptabilité
- ❖ Didier CLAES, réviseur d'entreprise

Les collaborateurs suivants, occasionnels et vacataires, interviennent dans les formations et les groupes de réflexion. Les premiers d'entre eux sont aussi consultés pour des avis experts.

- ❖ Yves DEPAUW, psychiatre, CHU Charleroi
- ❖ Maurice KORN, psychiatre, CLIPS
- ❖ Michel MARTIN, psychiatre, Epsilon
- ❖ Christian MORMONT, psychologue et professeur ULG
- ❖ Pierre THYS, psychologue professeur ULG et Université de Mons
- ❖ Isabelle DEBRUYNE, psychologue Ministère de la Justice, Service expert
- ❖ Yves-Hiram HAESEVOETS, psychologue psychanalyste, SOS Parents - Enfants St Pierre
- ❖ Véronique SION, psychologue, SOS Parents - Enfants St Pierre
- ❖ Robert STEICHEN, psychologue psychanalyste, professeur UCL

Durant l'année 1999, nous avons connu plusieurs mouvements de personnel:

- ❖ *Christelle TRIFAU*X, criminologue, a quitté l'UPPL le 15 septembre 1999;
- ❖ *Florence CLAMAGIRAND*, psychologue, a quitté l'UPPL le 31 août 1999;
- ❖ *Véronique FILLIEUX*, documentaliste, a été engagée le 1^{er} septembre 1999 et a quitté l'UPPL le 15 novembre 1999;
- ❖ *Nathalie BASTIAENS*, criminologue, engagée le 1^{er} septembre 1999, a quitté l'UPPL le 31 décembre 1999.

Les subsides émanent à titre principal du Ministre de la Justice et du Ministre de la Santé à titre complémentaire. Les activités qui ne concernent pas le personnel de Justice et de Santé repris par l'Accord de coopération font l'objet d'un paiement différent.

3. Missions d'appui

Comme centre de référence et d'appui, l'UPPL a comme interlocuteur les professionnels qui sont confrontés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

D'une part, dans le secteur de la Santé, les cliniciens et thérapeutes ont à traiter avec eux tous les aspects de la psychopathologie en rapport avec la violence sexuelle dans l'optique de soins et de traitements qui réduisent le plus possible l'incidence d'une rechute ou récidive.

D'autre part, les cliniciens fonctionnaires du système judiciaire :

- *aident les détenus à accepter leur privation de liberté,*
- *les orientent vers l'amendement,*
- *les évaluent pour informer l'autorité des indicateurs de risques et de fiabilité qui peuvent fonder les élargissements, les conditions et les contraintes de libération.*

Notre mission est de soutenir ces professionnels dans leurs efforts et de leur apporter des aides techniques, scientifiques dans des formations, documentations, séminaires et ateliers.

Notre rôle est aussi d'être une interface entre ces deux logiques. Elles doivent rester distinctes dans l'intérêt du système judiciaire et pour garantir les droits à des soins de qualité et respectueux qui fondent l'un et l'autre l'éthique et l'équilibre social.

La coopération entre les deux systèmes qui est un objectif prioritaire, ne consiste pas à ce qu'un système aide l'autre ou soit soumis à l'autre. Elle consiste, au contraire, à renforcer l'un et l'autre dans des rôles séparés et assumer de façon autonome. L'intérêt réside dans le fait que les actions des uns ne disqualifient pas celles des autres en termes de rôle, tout en puisant dans les mêmes références théoriques et scientifiques, d'ailleurs en pleine évolution.

Ce travail passe essentiellement par différents vecteurs dans lesquels nous cherchons et apportons des solutions les plus constructives dans le respect des rôles différents des secteurs :

- *des demandes du secteur Santé et du secteur Justice,*
- *des concertations dans chaque secteur et entre les deux secteurs,*
- *des approfondissements théoriques dans lesquels puisent les deux secteurs en fonction de leurs objectifs,*
- *l'optimisation de la diffusion des informations et la communication entre les acteurs de terrain.*

3.1. Demandes

3.1.1. Du Ministère de la Justice

- ❖ *Dépendent de la Direction générale des Etablissements Pénitentiaires:*
 - *les quatre prisons disposant d'un service psychosocial spécialisé: Lantin, Mons Marneffe et Paifve. Ce nombre fut augmenté par la suite par trois nouveaux établissements, ce qui le porte à sept: Andenne, Jamioulx et Saint-Hubert.*
 - *les autres prisons francophones, à savoir celles d'Arlon, de Dinant, de Forest, de Huy, de Namur, de Nivelles, de Saint-Gilles, de Tournai et de Verviers.*
 - *le service des cas individuels et l'encadrement des services psychosociaux (un comité de qualité, un conseil d'avis et un conseil d'administration.*
 - *trois sections de défense sociale: Paifve, Tournai et Mons.*
- ❖ *Dépendent de la Direction générale de l'Organisation judiciaire treize Maisons de Justice chacune située dans un arrondissement judiciaire. Il s'agit des maisons de Nivelles, Charleroi, Mons, Tournai, Huy, Arlon, Namur, Liège, Verviers, Eupen, Marche en Famenne, Neufchâteau et Dinant.*

- *L'administration*

- *Aider à la remise d'avis spécialisés dans les prisons ne disposant pas d'un service psychosocial spécialisé.*
- *Donner une formation de base en délinquance sexuelle pour le personnel des services spécialisés en cours d'année.*

- *Les prisons*

- *Obtenir la liste des Equipes de Santé Spécialisées.*
- *Démarches à suivre dans le cas de la délégation de traitement*
- *Que faire lorsqu'une équipe de santé refuse de prendre en guidance ou en traitement un détenu qui pourrait être libéré.*
- *Intervenir pour réaliser des avis spécialisés dans les prisons bruxelloises.*
- *Compléter des avis spécialisés sur les possibilités de guidance ou de traitement et dans le cadre de la libération conditionnelle.*
- *Procédures à suivre pour qu'un détenu soit suivi dans sa zone d'habitation.*
- *Listes de structures plus spécialisées pour des cas de délinquants sexuels déficitaires ou psychotiques.*
- *Supervision.*

- *Les Maisons de Justice*

- *La liste des Equipes de Santé Spécialisées.*
- *Démarches à suivre dans le cadre d'une délégation de traitement.*
- *Difficulté de trouver une équipe spécialisée dans des régions non équipées.*

- *Formation pour les assistants de justice.*
- *Difficulté de trouver une équipe spécialisée pour des détenus refusés, souvent en raison de leur dénégation ou de leur débilité.*
- *Les commissions (libération conditionnelle, probation et défense sociale)*
 - *Réaliser des avis tiers par rapport à des avis spécialisés et sur les possibilités de traitement contesté.*
 - *Obtenir des avis spécialisés sur les possibilités de libération conditionnelle conformément à la loi et dans un délai qui respecte leur calendrier.*
- *Juge de la jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse et Service d'Aide à la Jeunesse*

Pour des adolescents ayant commis des abus sexuels des demandes nous viennent pour savoir :

 - *Quelle est la personnalité du mineur, déterminer son intérêt et les moyens appropriés à son éducation et à son traitement*
 - *Organiser des prises en charge psychologiques, médicales hospitalières, familiales et de procédure pour la protection des victimes.*
 - *Demande que l'UPPL joue un rôle d'intermédiaire dans des dossiers délicats.*

3.1.2. Réseau Santé

- Supervisions
- Délégation de traitement à des thérapeutes individuels
- Documentation
- Précisions sur les échéances et procédures pour des thérapeutes délégués
- Un thérapeute et un expert pour un sujet de langue flamande
- Liste de thérapeutes délégués dans des régions bien précises.
- Changements de thérapeutes
- Formation sur le DSM IV
- Adresses de homes ou d'institutions plus spécialisées
- Etude de cas plus proches de Bruxelles ou de Liège
- Renseignements sur des colloques
- Rencontre avec l'UPPL pour répondre à leurs questions

3.1.3. Discussion

La liste officielle des Equipes de Santé Spécialisées a maintenant été distribuée à toutes les équipes psychosociales, ainsi qu'aux équipes de santé.

Les démarches pour les délégations de traitement et les avis spécialisés pour les libérations conditionnelles ont fait l'objet de deux circulaires issus de nombreuses consultations.

Un groupe de supervision a été mis sur pied fin novembre à Namur et un groupe d'étude de cas à Tournai.

Un développement important des formations est prévu.

Un colloque est prévu sur le problème particulier des auteurs d'infractions à caractère sexuel déficients qui nécessitent un encadrement différent de celui qui est classiquement prévu par un assistant de justice et une consultation ambulatoire.

L'UPPL a déjà rencontré plusieurs Equipes de Santé Spécialisées en individuel et les autres sont programmées pour 2000.

3.2. Concertation

Suite aux différentes demandes qui nous ont été adressées, plusieurs groupes de concertations se sont mis en place.

3.2.1. Groupe de concertation sur l'application de l'Accord de coopération qui rassemble les administrations de la Santé, de la Justice et l'UPPL

Un groupe de concertation trimestriel a été créé. Il traite les difficultés concrètes rencontrées dans l'application de l'Accord

de coopération. Il rassemble des dirigeants et cadres de l'administration de la Santé, de l'UPPL et de l'administration de la Justice (la Direction générale des Etablissements pénitentiaires, services psychosociaux, service des cas individuels et la Direction générale de l'Organisation judiciaire, service des Maisons de Justice.). Les questions abordées en 1999 sont :

- La formation de spécialisation pour le personnel pénitentiaire des équipes psychosociales chargées de la délinquance sexuelle, organisée par l'UPPL.
- L'évaluation effectuée par l'Administration de la Justice dans les prisons et les Maisons de Justice au sujet de l'application de l'Accord de coopération. De même, cette évaluation a eu lieu dans les Equipes de Santé Spécialisées par l'Administration de la Santé.
- Les clients les plus difficiles qui sont refusés en traitement et leurs déplacements alors vers des équipes plus expérimentées.
- Des questions pratiques sont soulevées par rapport aux débiles et aux gros psychotiques.
- L'insuffisance du nombre de centres reconnus à certains endroits et la sur-représentation dans d'autres.
- Le nombre des entretiens d'évaluations préalables à la prise en charge des ESS et à la signature de la convention.
- La question éthique par rapport au partage d'informations et la nécessité d'avoir une dérogation pour l'obtention de documents du dossier de justice. La possibilité de se transmettre les protocoles de tests pour éviter la redondance des examens psychologiques et leur dépréciation.
- La méconnaissance des cadres légaux des Equipes de Santé Spécialisées.
- La mise en forme d'un seul modèle de convention officiel et conforme à la loi.
- Les critères de spécialisation nécessaires pour permettre cette délégation et qui rendent le rapport à l'autorité compétente.
- Financement des avis spécialisés exceptionnels en vue de libération.
- La liste officielle des Equipes de Santé Spécialisées, ainsi que le nom d'une personne-ressource pour chaque équipe.
- Evaluation des rencontres dans les arrondissements judiciaires avec les Maisons de Justice et les magistrats.

A la fin de 1999, plusieurs solutions sont apportées :

- Les avis complémentaires spécialisés en vue de la libération conditionnelle ont pu être réalisés sur base d'un contrat d'entreprise avec le Ministère de la Justice.
- Un modèle officiel de la convention a été édité et distribué dans les différentes Maisons de Justice chargées de les fournir lors de la signature.

- Les Equipes de Santé Spécialisées ont reçu la procédure à suivre dans le cas de délégation de guidance ou de traitement (Accord de coopération, article 11).
- Une étude sur les critères de spécialisation nécessaires pour permettre cette délégation est demandée au Comité Scientifique et d'Ethique.
- Une formation de base pour les équipes psychosociales spécialisées a été donnée sur six jours.

3.2.2. Groupe de travail des Equipes de Santé Spécialisées avec l'UPPL et la Direction Générale des Affaires Sociales et Sanitaires

Les premières réunions de concertation avec et entre les différentes Equipes de Santé Spécialisées ont commencé par un groupe de travail sur l'enregistrement des données demandé par l'Accord de coopération, article 9, 5°. Une première grille d'enregistrement des données a été mise au point pour réaliser la statistique des traitements et des guidances en cours. Certaines modifications devront avoir lieu pour une meilleure utilisation durant l'année 2000.

3.2.3. Les Centres d'Appui

Outre le fait que les membres se rencontrent dans divers colloques et congrès et dans le prolongement des rencontres avec l'UFC, les trois centres, à savoir l'UFC d'Anvers, le CABS de Bruxelles et l'UPPL de Tournai se sont rencontrés pour la première fois et officiellement le 24 août 1999. Ils se réuniront au moins une fois par an.

Ont été particulièrement discutés le rôle du centre d'appui dans les évaluations et le rapport aux autorités dans les orientations cliniques.

3.2.4. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale

L'UPPL participe au groupe de travail sur la pédophilie et les abus sexuels créé par le CRSSM. De plus, une fois par an, nous sommes invités au Conseil régional pour faire le point sur l'application de l'Accord de coopération.

3.3. Informations

3.3.1. Information aux Parquets

L'année 1999 a été marquée par une information systématisée sur l'Accord de coopération dans chaque arrondissement judiciaire à l'intention principale des parquets, magistrats et Maisons de Justice.

Ces séances d'informations ont été confiées à Madame Catherine Hanozin, représentant le Ministère de la Justice. L'UPPL était présente dans chaque arrondissement et les Equipes de Santé Spécialisées ont été invitées dans leur arrondissement. Ces séances ont commencé en novembre 1999 par l'arrondissement de Marche en Famenne, puis par celui de Nivelles, celui de Verviers et celui d'Eupen qui clôture l'année 1999. Les arrondissements de Tournai, Mons, Huy, Arlon et Dinant ont été faits en 2000.

Les différents points qui ressortent déjà des séances de débats sont :

- *Nombre de thérapeutes discutent beaucoup de leurs difficultés à accéder à des documents du dossier pénal des patients contraints par la Justice. Les magistrats sont beaucoup plus disposés à ces transmissions que nous le pensions. N'ayant jamais reçu de demandes à ce sujet, les magistrats pensaient que les thérapeutes ne souhaitaient pas ce type de renseignements.*
- *Les magistrats insistent sur la difficulté des retours d'informations des thérapeutes concernant les personnes contraintes. Les points discutés portent sur la sélectivité des informations rapportées et leur utilité, ainsi que sur la délimitation du secret professionnel dans le cadre de l'Accord de coopération.*
- *Les pratiques des ESS sont en pleine évolution. Plusieurs équipes sont plus expérimentées et moins anxieuses, d'autres au contraire sont beaucoup plus jeunes et cherchent des repères tant au niveau des risques qu'elles peuvent prendre en toute sécurité, qu'au niveau des collaborations avec les autorités judiciaires sans porter préjudice à leurs patients.*
- *Les assistants de justice remplissent un rôle d'intermédiaire important qui devrait être renforcé au niveau de la communication d'éléments des dossiers et au niveau des communications verbales complémentaires au rapport officiel.*
- *Le nombre d'entretiens préparatoires à une prise en charge est très élevé dans certaines ESS et le délai est alors très long pour la décision de prise en charge.*
- *Dans certains arrondissements, les magistrats ne font pas souvent appel aux ESS en raison de difficultés pratiques: délai trop court dans le cadre d'une alternative à la détention préventive, thérapie déjà engagée avec quelqu'un d'autre et méconnaissance de ces ESS. En impliquant plus les assistants*

de justice, ceux-ci pourraient travailler prioritairement avec ces équipes.

- *Les refus de prise en charge pour des ESS posent des problèmes difficiles à résoudre. Dans quelles conditions peuvent-ils être donnés? Que se passe-t-il ensuite? Que faire avec la personne refusée? En cas d'accumulation des refus les magistrats hésitent à s'adresser à une ESS.*
- *Quelques questions ont eu trait à la pertinence des traitements contraints surtout en thérapie et en psychothérapie. Comment entamer une thérapie si la personne la refuse? Comment peut-elle être efficace avec les dénégateurs? Quels moyens ont les thérapeutes à leur disposition dans ces cas-là?*
- *Certains se plaignent de la mauvaise répartition territoriale ou du nombre insuffisant des ESS dans certaines régions. Si la délégation de thérapeute reste une solution intéressante, elle est insuffisante dans ces cas, d'autant que la délégation suppose qu'une équipe délègue.*
- *Certaines ESS ne se déplacent pas en prison. Les sorties spéciales sont parfois très difficiles à organiser tant pour des raisons administratives que de sécurité, ou encore parce que cela est perçu comme un régime de faveur octroyé aux délinquants sexuels.*
- *La notion d'équipe spécialisée occulte parfois le problème de la spécialisation des personnes, qui est parfois jugée insuffisante à travers les rapports.*
- *Le prix des consultations dans les ESS a été abordé pour être informés et pour s'étonner parfois du manque de clarté des règles à cet égard.*
- *Beaucoup de questions ont eu trait aux mesures alternatives et au traitement contraint pendant l'instruction quand l'inculpé est laissé en liberté. Une ordonnance du juge ne peut porter que sur une période de trois mois renouvelables une seule fois. Or, un traitement est-il possible dans un délai si court? Et s'il se poursuit, il n'est plus contraint. L'assistant de justice est fort absent dans ces circonstances. Les documents pour confronter sont inexistantes en pareille procédure.*
- *De nombreuses questions ont aussi porté sur les adolescents auteurs d'abus sexuels.*

3.3.2. Avis spécialisés

Nous avons clarifié le rôle des équipes de santé spécialisées avec le Ministère de la Justice dans le cadre d'avis spécialisés

en vue d'une libération conditionnelle, d'avis sur les possibilités de traitement et de consultance⁷.

Les Equipes de Santé Spécialisées ne sont pas compétentes pour remettre des avis spécialisés sur l'opportunité d'une libération quelle qu'elle soit. Ce sont les services psychosociaux spécialisés qui sont compétents pour remettre des avis portant sur l'opportunité de remettre en liberté, la dangerosité et les risques qu'elle représente. Néanmoins l'UPPL a collaboré avec la Direction générale des Etablissements pénitentiaires dans un système de suppléance avec quelques cliniciens expérimentés et volontaires pour la période de crise qu'ont connue les services psychosociaux intra-pénitentiaires.

Les Equipes de Santé Spécialisées ont bien des avis à remettre mais ceux-ci portent sur les possibilités de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel lors de la libération et sur les conditions qu'ils supposent.

De plus, l'UPPL a une mission de consultance. Nous pouvons être consultés en deuxième ligne sur un dossier difficile, complexe ou litigieux sur base d'examens déjà effectués que ce soit dans le secteur de la Justice ou dans le secteur de la Santé.

3.3.3. Délégation de traitement

Plusieurs demandes nous sont parvenues pour connaître les démarches d'une délégation de traitement à un thérapeute indépendant.

Ces démarches ont également fait l'objet d'une circulaire (voir annexe).

3.3.4. Convention tripartite

Il est apparu au cours de l'année que différents types de convention circulaient avec des modifications mineures mais importantes dans la mesure où le texte doit être celui de la loi.

De plus, elles émanaient soit de la Maison de Justice, de la prison ou parfois d'équipes de santé.

Enfin, certaines signatures n'étaient données que par fax. Une procédure plus stricte est élaborée pour l'administration de la Justice.

⁷ Concernant l'article 5, 1° il est précisé qu'il s'agit d'un rôle de « consultant ». Il s'agit donc, dans ce cas, de donner un avis expert à un professionnel sur un examen déjà fait parce que les conclusions de celui-ci s'avèrent particulièrement difficiles ou atypiques. L'exposé des motifs précise d'ailleurs que « les Centres d'appui peuvent jouer un rôle de soutien en ce qui concerne la guidance et le traitement des cas individuels et l'approche globale et méthodologique ». Il n'y est donc pas question de discuter la libération.

3.3.5. La liste des Equipes de Santé Spécialisées

A la suite des nouvelles questions à ce sujet, une liste officielle des différentes Equipes de Santé Spécialisées a été mise au point par l'administration de la Santé, corrigée et datée, qui sera actualisée régulièrement.

Des améliorations sont en cours. Elles portent sur le nom des personnes de contact et des thérapeutes de ces équipes.

Cette liste a été distribuée dans le secteur de la Justice. Il reste à mettre au point la question de la personne de contact dans ces équipes. Cette démarche est en cours.

3.4. Formations

3.4.1. Formation de base pour les Equipes psychosociales spécialisées

La formation de spécialisation pour le personnel pénitentiaire des équipes psychosociales, nouvellement spécialisées a commencé en septembre 1999 et a comporté neuf modules sur six journées.

- 1. l'Accord de coopération, la présentation de l'UPPL et la description du réseau des équipes de santé mentale, par Bernard PIHET;*
- 2. le modèle de travail au CHR de Charleroi (Van Gogh), par le Docteur Yves DEPAUW;*
- 3. les méthodes de la santé avec les justiciables, par le Docteur Maurice KORN;*
- 4. les traitements médicamenteux, par le Docteur Jacques ANTOINE;*
- 5. la présentation des pratiques cognitivo-comportementales de l'institut Pinel au Québec, par André McKIBBEN;*
- 6. la psychopathologie et une typologie des abuseurs sexuels, par Hubert VAN GIJSEGHEM;*
- 7. le vécu et les émotions dans les situations d'abus sexuels chez les auteurs, les victimes et les professionnels, par Bernard PIHET;*
- 8. l'exploitation sexuelle des enfants victimes et la perversion, par Yves-Hiram HAESEVOETS;*
- 9. les représentations des abus sexuels et l'intégration des composantes normales de la sexualité, par Bernard PIHET.*

La multiplicité des intervenants et la diversité des approches théoriques ont marqué très positivement les participants. De plus, le dernier module présenté a ouvert de nouvelles voies de travail constructives et prometteuses.

La critique la plus importante concerne le nombre trop élevé de participants lors de la formation et les conditions matérielles de la formation à Marneffe. Ensuite, il semble que les thèmes, bien que divers, soient restés trop généraux et auraient mérité d'être davantage approfondis. Les participants regrettent également que l'évaluation, en général, et les outils d'évaluation, en particulier, n'aient pas été suffisamment abordés. Il en est de même pour le côté pratique et quotidien de leur travail en tant qu'équipe spécialisée intra-pénitentiaire.

Elle doit être complétée par une formation plus approfondie en petits groupes et structurée en une partie théorique et une autre axée davantage sur la pratique. Les thèmes doivent être plus détaillés et porter davantage sur l'évaluation et les outils spécifiques. Elle doit aussi comporter des études de cas, voire des jeux de rôle et des supervisions.

Nous constatons que les modules répondent en partie aux attentes des participants. Ils sont dans leur grande majorité satisfaits de la formation théorique reçue et de sa qualité pédagogique.

3.4.2. Formation de Base pour les Equipes de Santé Spécialisées

L'année 1999 a été la continuation et la fin de la formation de base donnée aux équipes de santé spécialisées qui a débuté en 1998. Le groupe de Tournai a fini sa formation de 12 modules en mai 1999, celui de Liège a terminé en juin 1999 et celui de Namur en novembre 1999.

La conclusion générale qui ressort des évaluations est que la Formation de Base a été très bénéfique pour chacun et qu'elle doit être approfondie par des modules plus pointus.

La formation de Base a répondu à beaucoup de questions que se posaient les thérapeutes, ceci grâce aux différents référents théoriques qui ont été exposés. De nouveaux champs théoriques ont été ouverts pour certaines personnes.

En effet, la formation a permis d'en savoir plus sur le déroulement des abus sexuels, sur les traumatismes des victimes, la personnalité des agresseurs et la psychothérapie criminelle. Les carences, les déficits et pathologies narcissiques ont longuement été abordés. L'abord des approches cognitivo-comportementales, médicamenteuses et de groupe a été une découverte pour beaucoup, de même qu'une analyse plus psychosociologique des stratégies de pouvoir. Le fonctionnement judiciaire et de l'administration pénitentiaire a beaucoup intéressé, de même qu'une lecture des politiques criminelles.

Sont demandés des formateurs qui apportent des référents théoriques, des technicités utiles et un savoir-faire. Les formateurs les plus appréciés sont aussi ceux qui s'engagent et qui "sont vivants". Ils doivent aussi permettre un échange important dans le groupe et être capables d'organiser des exercices. On peut constater dans les évaluations que seuls trois formateurs ont répondu parfaitement à toutes ces qualités. L'optique à développer est une matinée théorique et le restant de la journée doit se faire sur des travaux plus pratiques.

Il apparaît, aux yeux des intervenants du secteur de la Santé, essentiel de rencontrer les équipes spécialisées des établissements pénitentiaires afin de créer un dialogue et d'échanger des points de vue qui semblent différer. Les SPS ont des objectifs différents de ceux des SSM et il serait très instructif de confronter ces objectifs pour pouvoir mieux collaborer.

Pendant la formation de base, tous les thérapeutes questionnent sur l'Accord de coopération pour en clarifier les termes et détails des marches à suivre pour l'appliquer: qui fait quoi, à quel moment, comment? C'est un aspect de la formation continuée qui ne doit pas être oublié et trouver sa place.

3.4.3. Etude de cas

En décembre 1999 a commencé un séminaire d'étude de cas à Tournai. Ces discussions cliniques à partir de comptes-rendus des participants sur leurs examens et thérapies portent sur l'analyse théorique, méthodologique et technique des abuseurs, agresseurs et délinquants sexuels. Il est ouvert aux cliniciens et thérapeutes membres ou délégués d'une Equipe de Santé Spécialisée. Ce séminaire est animé par le Docteur Antoine et Bernard Pihet.

D'autres groupes pourront être organisés dans d'autres régions, avec d'autres experts et aussi pour le personnel de Justice.

3.4.4. Supervision Marielle

Cette supervision a débuté en décembre 1999 à Namur, elle est animée par Bernard Pihet. Le travail concerne beaucoup plus l'implication personnelle du thérapeute et de l'évaluateur que l'analyse de l'auteur d'infractions à caractère sexuel. A partir de solutions concrètes des participants, ils expriment et explorent en groupes leurs relations avec les patients, l'efficacité, les objectifs, les alternatives, les stratégies qu'ils développent, les malaises, les blocages, les rejets, les fatigues, les sympathies et les fascinations qu'ils ressentent. Cette supervision s'adresse aux cliniciens et thérapeutes, membres ou délégués d'une Equipe de Santé Spécialisée. L'accessibilité à d'autres supervisions similaires et d'autre type sera développée ultérieurement.

3.4.5. Formation DSM IV

Le travail avec les délinquants sexuels nécessite de plus en plus d'évaluer et de communiquer pour faire progresser la qualité des services et la recherche sur un plan scientifique, national et international.

Dans cette voie-là, le premier pas serait de systématiser l'utilisation du DSM IV pour caractériser la psychopathologie des clients dont on parle. Cet outil est diversement apprécié quant à sa logique et sa complexité. Il est en tout cas très peu utilisé dans les services cliniques en Wallonie.

Dans le but de promouvoir cet outil incontournable sur le plan national et international, nous avons proposé une formation à l'usage du DSM IV spécifiquement avec les abuseurs sexuels et confectionnons des grilles pour la rendre facilement utilisable, sans devoir déployer une énergie considérable.

Deux journées, une théorique et une pratique ont été animées par le docteur Corten. Les quinze praticiens qui ont suivi le travail jusqu'à l'étude de cas ont été surpris de la précision et de l'intérêt de la réflexion clinique, quel que soit le référent théorique dans lequel on se situe.

D'autres modules d'approfondissement auront donc lieu durant l'année 2000 pour peaufiner le travail et l'élargir à d'autres cliniciens.

3.4.6. Formation PCL-R

Certains auteurs d'infractions à caractère sexuel ont une personnalité à prépondérance psychopathique, ce qui influence considérablement le pronostic, le niveau du risque de récidive et les possibilités de traitement. Avec Thierry PHAM, nous avons mis à disposition des praticiens l'outil qui permet d'évaluer le mieux la psychopathie et d'approcher cette entité diagnostique d'une façon pragmatique.

Une formation de trois jours, suivie de supervision, a donné accès à l'utilisation de l'échelle PCL-R de Hare pour vingt cliniciens du réseau Santé et du Ministère de la Justice.

Cette formation a été donnée par Gilles Côté et Thierry H. Pham, tous deux auteurs de recherches portant sur la validation de la PCL-R auprès d'échantillon représentatif de sujets québécois et belges. Gilles Côté est docteur en psychologie de l'Université de Montréal, directeur de la recherche à l'Institut Pinel et professeur à l'Université de Trois Rivières à Québec.

Cette formation sera poursuivie pour d'autres praticiens.

Toutes les formations sont organisées pour donner accès et certifier la spécialisation dans le travail avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

3.5. Documentation et publications

3.5.1. Documentation

Durant l'année 1999, cinq demandes de documentation nous ont été adressées.

Notre centre de documentation a ainsi été sollicité une fois par le réseau de la Santé, une fois par le réseau de la Justice, deux fois par la Délégation générale aux droits de l'enfant et une fois par une stagiaire en ergothérapie.

Les sujets demandés sont les suivants:

- *l'analyse de la demande dans le contexte spécifique de la prise en charge des abuseurs sexuels;*
- *le choix des victimes pour le pédophile;*
- *la pratique de l'incarcération et la politique pénitentiaire en ce domaine;*
- *l'organisation d'un quartier cellulaire pour abuseurs sexuels dans une prison;*
- *les mineurs délinquants sexuels (traitement, politique, suivi organisé au Québec);*
- *les délinquants sexuels déficients mentaux.*

De plus, nous avons également répondu à la demande de plusieurs mémorants.

3.5.2. Publications

- *Newsletter*

L'UPPL a pris l'initiative de publier un bulletin de liaison reprenant des informations spécifiques aux auteurs d'infractions à caractère sexuel: les formations (proposition et calendrier), les colloques et congrès internationaux, la documentation (lectures et revue des articles et publications), nouvelles brèves sur le réseau, les partenaires et la recherche scientifique.

Le numéro 0 est paru en novembre 1999 et a été envoyé de façon limitée dans une phase d'essai.

- *Liste des publications en 1999*

- *Rapport d'activités 1998*
- *Rapport du voyage d'étude au Québec du 12 septembre 1998 au 20 septembre 1998: Dispositions québécoises centrées sur l'évaluation et le traitement des auteurs d'abus sexuels et recommandations*

- *Manuels des formations de base, au nombre de six:*
 - I. *Présentation de l'ensemble des modules*
 - II. *Le diagnostic de l'abuseur et l'examen pénitentiaire (Documents complémentaires à la formation), Isabelle DEBRUYNE*
 - III. *Les bases biologiques de la violence et les théories du comportement violent, Docteur Jacques ANTOINE*
 - IV. *La prise en charge d'une demande contrainte (Transparents utiles durant la formation), Docteur Yves DEPAUW*
 - V. *Le traitement des abuseurs sexuels: compte-rendu d'une expérience clinique de thérapie de groupe (Documents complémentaires à la formation), Véronique SION*
 - VI. *La psychopathie et ses implications thérapeutiques (Documents complémentaires à la formation), Thierry PHAM.*

Ces volumes ne sont disponibles que pour les participants à la formation, à l'exception de celui du Docteur Jacques ANTOINE.

- *Prévention des abus sexuels commis par des mineurs d'âge. Prévention générale 1999. Recherche subventionnée par le Ministère de la Communauté française - Direction générale de l'Aide à la Jeunesse*
- *T. H. PHAM et G. CÔTE (éds), Psychopathie: Théorie et recherche, Septentrion: Presses Universitaires, 1999 (Psychologie, Acquisition et transmission des savoirs).*
- *B. PIHET, Ecologie des comportements sexuels, des abus et des traitements, dans Violence subie, violence agie, sous la dir. de Cl. SERON et C. DENIS, Editions Jeunesse et droit, Liège, 2000, p. 87-101.*
- *L'Accord de coopération pour la guidance et le traitement des délinquants sexuels. Actes de la journée de formation organisée à la Maison de la Culture de Namur le 22 janvier 1999, [1999]. Les publications susmentionnées sont disponibles à l'UPPL à la demande de ceux qui le désirent. Pour la formation de base destinée au personnel de Justice à Marneffe, le manuel est en cours de publication.*

3.6. Colloques et congrès

Nous avons participé à plusieurs colloques et congrès durant l'année 1999:

- *26 au 28.05.1999: XIIIème Congrès International de Recherche en Criminologie Juvénile, à Liège.*
- *06 au 09.06.1999: Conférence internationale "Psychology and Law", à Dublin.*
- *13 au 18.06.1999: XXIVème Congrès international de droit et de santé mentale, à Toronto.*
- *15 au 18.09.1999: 6th International Congress on the Disorders of Personality: Managing complexity: Mind, Brain, Body and Abnormal Personalities, à Genève, pour lequel notre*

collaborateur Thierry Pham a réalisé deux communications orales. Aucun article formel n'a été publié.

- 10.12.1999: journée scientifique "violences sexuelles - le soin sous contrôle judiciaire", à Grenoble.
Les programmes, abstracts et actes sont disponibles dans la mesure où ils ont été publiés.

3.7. Recherche

3.7.1. Prévention des abus sexuels commis par des mineurs d'âge

En 1999, l'UPPL a obtenu une subvention par le Ministère de la Communauté française, Direction générale de l'Aide à la Jeunesse, pour effectuer une recherche préliminaire auprès des adolescents ayant commis des infractions à caractère sexuel. Cette recherche préliminaire dégage les problèmes essentiels que posent l'examen et le traitement des enfants et adolescents qui ont commis des abus sexuels, dont le repérage de la dangerosité et de la psychopathologie dans les passages à l'acte. Elle est divisée en trois axes:

- Le premier axe a concerné la revue de la littérature sur le sujet, essentiellement nord-américaine. Les mesures des spécificités étiologiques, diagnostiques et pronostiques de délinquants sexuels juvéniles sont encore peu nombreuses et donnent des résultats intéressants, essentiellement dans le domaine actuariel. Elles doivent être poursuivies, approfondies et observées avec attention.
- Nous avons recensé les représentations des éducateurs sur les jeunes, leur famille et leurs propres attitudes éducatives dans le domaine de la sexualité. L'enquête a porté sur 13 services résidentiels dans l'arrondissement judiciaire de Tournai accueillant des adolescents.
- Parallèlement, nous avons analysé huit prises en charge qui ont eu lieu à l'UPPL : sept mineurs sous ordonnance du tribunal de la jeunesse et un consultant libre, mais sous l'insistance du service social chargé de son dossier.

La recherche théorique met en avant la nécessité de valider les données déjà obtenues en Europe et de développer des critères diagnostiques plus discriminants et opérants en termes de traitement. Cette pré-recherche a mis en évidence les besoins d'informations et de formations des personnes travaillant en institutions pour qu'elles puissent dépasser leur prévention et se rapprocher davantage des efforts des jeunes par rapport à leur difficulté sexuelle. Il en ressort enfin qu'il faut adapter les stratégies de travail pour aider un jeune adolescent à des modifications déterminantes. Le temps de travail est généralement très court et l'intervention est isolée d'une large perspective de vie en raison des clivages inhérents aux âges de majorités légales et aux cadres administrativo-judiciaires qui séparent les jeunes des adultes.

En finale, nous sommes renforcés dans l'idée que les risques sont grands, d'une part de banaliser des comportements précurseurs de grands dangers ou d'autre part de stigmatiser les adolescents sains dans des schémas, procédures et marginalisations préjudiciables pour leur évolution.

3.7.2. Collaboration avec l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC)

L'Institut national de criminalistique et de criminologie a coordonné une recherche sur la validation de tests pour délinquants sexuels sous la commande du Ministère de la Justice. Cette recherche clinique avait pour but la mise en place d'une batterie de tests d'évaluation permettant de discriminer les sujets au niveau clinique que ce soit pour un avis, un plan de détention ou une préparation à la libération. Une collaboration a été envisagée afin de travailler avec la France et les Pays-Bas. Ce projet n'a pu aboutir.

Une collaboration a aussi été demandée à l'UPPL. La nature de la collaboration devait s'exprimer en termes de conseils, d'éclairages, de critiques du travail effectué par l'INCC.

Les tests étudiés étaient le Masa (typologie des délinquants sexuels), l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R), l'échelle d'acceptation des mythes à propos du viol (RMAS, mesures des distorsions cognitives chez les violeurs), l'échelle de distorsion cognitive de Abel et Becker, le MNPI 2 et le NEO-PI-R.

L'étude de la validation de ces tests a été effectuée pour la partie wallonne par l'UCL et pour la partie flamande par la KUL. L'UPPL est devenue membre du Comité d'accompagnement à la moitié de la recherche. Nous avons surtout participé à l'analyse des rapports de recherche réalisés par l'équipe de l'UCL et de la KUL.

3.7.3. Aide à l'utilisation du DSM IV

Nous rendons compte au cours des discussions sur des cas cliniques que dans les différents centres de santé, les différents intervenants avaient des formations diverses et variées. Une source d'incompréhension importante est apparue au niveau du vocabulaire diagnostique utilisé.

Afin d'harmoniser celui-ci et d'améliorer la compréhension de chacun sans pour autant uniformiser les différents champs théoriques, il nous est paru important de mettre en place l'utilisation du DSM IV. Ceci s'est fait par les formations (voir plus haut) et par l'élaboration de documents de synthèse. Ceux-ci sont:

- un aide-mémoire de la classification DSM IV qui reprend des consignes, les principaux troubles de l'axe 1, tous les troubles de l'axe 2, une explication pour l'axe 3, les différents problèmes retrouvés dans l'axe 4 et l'échelle de l'axe 5;*
- un synoptique exhaustif du DSM IV avec le code et son intitulé;*

- *une feuille récapitulative qui comprend le diagnostic selon les cinq axes.*
Cette feuille diagnostique sera intégrée à la grille d'enregistrement de données pour l'année 2000. Ce qui enrichira fortement la connaissance des auteurs d'infractions à caractère sexuel et permettra un échange international des informations obtenues.

3.7.4. Outils de diagnostic

Dans l'approche clinique des abuseurs sexuels, le besoin de tests est fort important pour approcher les différentes composantes de la personnalité et ceci pour deux raisons :

- *les patients ne sont pas nécessairement très collaborants à cause de la contrainte et des procédures judiciaires dans lesquelles ils sont impliqués;*
- *ils sont nombreux à présenter des pathologies qui ont longtemps été négligées en ambulatoire.*

Les besoins de tests concernent essentiellement l'évaluation d'une part de la dangerosité et du risque de récurrence et d'autre part des composantes de la personnalité et du comportement susceptibles d'être modifiées.

Nous devons puiser dans les travaux anglo-saxons des outils qu'il faut traduire et valider dans nos populations européennes. Notre rôle est alors de fournir aux cliniciens ces outils, la possibilité de les employer et la documentation s'y référant.

Nous avons développé en 1999 l'utilisation des outils suivants avec les abuseurs sexuels : Les Progressives Matrices de J.C. Raven, le questionnaire d'impulsivité de Barratt, le SCID-II, le questionnaire d'agression de Buss et Perry, le questionnaire de recherche de sensations de Zuckerman, le questionnaire de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe, le questionnaire d'empathie de Mehrabian et Epstein, l'échelle de psychopathie de Hare et le Rorschach.

Sont à l'étude : le SVR 20, le SPM, BDI, l'inventaire de coping, l'échelle d'évaluation de la résistance aux conflits, l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith, le test d'intelligence sociale, le test d'anxiété, l'échelle de support social, le MCMI III, le questionnaire d'alexithimie, le DIS screening, l'échelle de dangerosité d'Elbrin, le PBI.

4. Accords de coopération

Les Accords de coopération entre l'Etat Fédéral et la Région Wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, signés le 8 octobre 1998 ont été promulgués par la loi fédérale du 4 mai 1999 et le décret

régional du 1^{er} avril 1999 qui portent assentiment de l'Accord de coopération concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Les Accords de coopération ont fait l'objet d'une requête au Conseil d'Etat pour demander la suspension, puis l'annulation des désignations des Centres d'appui.

Le CRASC revendique d'être le meilleur à devoir être désigné à ce titre et conteste la désignation de l'UFC en Flandre et de l'UPPL en Wallonie.

Le Centre d'appui bruxellois s'est constitué fin 1999. Sa désignation n'était pas encore faite lors du dépôt de cette requête.

Le Conseil d'Etat a suspendu la désignation précitée le 25 mars 1999 en raison d'erreurs techniques de ces désignations sur le plan logistique.

L'annulation n'a pas été prononcée subséquemment et la désignation doit faire l'objet de révision.

Du 25 mars 1999 au 31 décembre 1999, nous avons poursuivi les activités entamées à titre conservatoire pour maintenir le soutien aux réseaux et poursuivre les traitements entamés, gages de la sécurité qui sous-tend l'Accord de coopération.

5. Partenaires sociaux et affiliations internationales

5.1. Partenaires sociaux

Nous sommes en relation régulière avec des associations proches de nos activités.

5.1.1. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale

Le CRSSM est institué par le décret régional sur les Services de Santé Mentale. Cet organisme officiel a créé un groupe de travail dès l'année 1996 sur la pédophilie, les agressions sexuelles que cela entraîne, dans les Services de Santé Mentale.

5.1.2. La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale

La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale est un organisme de coordination et de promotion en santé mentale. A ce titre, elle encourage et soutient la coordination des acteurs de terrain - quelque soit leur secteur d'intervention -, confrontés de près ou de loin aux difficultés de vie et aux souffrances psychiques des personnes.

Elle participe aussi à l'élaboration d'outils d'intervention qui peuvent rencontrer de façon appropriée l'évolution des problématiques. C'est dans cette dynamique qu'a été envisagé le projet TRIANGLE, qui veut offrir une "formation spécialisée"

aux auteurs d'infractions à caractère sexuel qui se la voient imposée dans le cadre des mesures alternatives.

La Ligue a un homologue dans la Région bruxelloise: la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Nous sommes partenaires dans de nombreuses actions et réflexions et faisons partie du Comité d'accompagnement du projet TRIANGLE.

5.1.3. Le Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut Occidental

Le Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut Occidental, agréé par la Communauté Française, a pour but:

- *de promouvoir et de dynamiser la promotion et l'éducation pour la santé à l'échelon local, via la création de structures de rencontres, de concertations et de coordinations des initiatives locales;*
 - *de garantir la qualité, la viabilité, et la pertinence des démarches en promotion et éducation pour la santé menées localement.*
- Nous collaborons dans de nombreuses réflexions.*

5.1.4. Plate-forme psychiatrique à Liège

En 1998, nous avons été invités par la plate-forme psychiatrique de Tournai pour informer de l'application de l'Accord de coopération et de la création de l'UPPL. En 1999, ce fut le tour de la plate-forme psychiatrique de Liège.

5.1.5. Conseils d'Arrondissements d'Aide à la Jeunesse

Les Conseils d'Arrondissements d'Aide à la Jeunesse se préoccupent de la prévention générale des jeunes, des problématiques les plus graves qui touchent les jeunes dont celle des agressions sexuelles. Nous suivons de près ses travaux, sommes associés à certaines réflexions et sommes agréés au CAAJ de Tournai.

5.1.6. Délégation générale aux droits de l'enfant

La Délégation générale aux droits de l'enfant se préoccupe légitimement des problèmes d'abus sexuels concernant la jeunesse. Elle avait d'ailleurs publié un livre blanc sur les actions professionnelles autour de la pédophilie. Nous avons des rapports régionaux et étroits sur les problématiques qui concernent les auteurs d'infraction à caractère sexuel.

5.1.7. Nous répondons aussi à des demandes ponctuelles d'associations ou d'institutions voisines pour des formations:

- *La gendarmerie au sujet de l'audition des auteurs d'abus sexuels et de leurs auteurs spécialement dans des cadres incestueux.*
- *L'Association Paroles d'Enfants au sujet des difficultés émotionnelles de compréhension qu'éprouvent de nombreux*

- intervenants sociaux quand ils doivent rencontrer professionnellement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.*
- *P.O.B.O.S. est une organisation qui assure l'aide aux personnes ayant subi un événement traumatisant et leur suivi. Elle cherche des thérapeutes éclairés dans le domaine des abus sexuels.*
 - *L'Association de Psychologues et de Psychiatres Experts Francophones en Maltraitance et Abus Sexuels d'Enfants (APPEFMASE) est une association d'experts judiciaires qui examine en particulier la question des rapports entre les experts concernés particulièrement au niveau des victimes, secondairement au niveau des auteurs. De nombreuses questions sont abordées au niveau méthodologique et éthique.*
 - *La Fédération Belge des Psychologues (FBP) dispose d'une Commission d'Ethique et d'Avis en matière de déontologie et a créé un groupe de travail sur "Psychologie et Justice", travaux auxquels nous allons nous associer et dont Thierry Pham fait partie.*
- Sont notamment affiliés à cette Fédération la Société Belge de Psychologie et l'Association des Psychologues.*

5.2. Associations internationales

5.2.1. ATSA

L'Association for the Treatment of Sexual Abusers est l'une des plus importantes dans le monde anglo-saxon. Elle est une organisation interdisciplinaire à but non lucratif qui fut formellement créée en 1984 par un petit groupe de cliniciens en Oregon qui travaillent avec des abuseurs sexuels. ATSA est une association qui prône la recherche et l'échange d'informations, une formation professionnelle, spécialisée dans le champ du traitement et de l'évaluation des abuseurs sexuels. L'organisation compte actuellement plus d'un millier de professionnels affiliés originaires des Etats-Unis, du Canada et de plusieurs autres pays, dont l'UPPL depuis le 10 juillet 1999. Bernard Pihet est "clinical member" de cette association, comme quelques autres cliniciens partenaires à l'Accord de coopération. Cette affiliation nous permet entre autres d'être abonnés à la revue Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment.

5.2.2. IPSCAN

- L'IPSCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), fondée en 1977 par Henry Kempe, est la seule organisation non gouvernementale qui rassemble, à travers le monde, des personnes travaillant pour la prévention contre les abus et manquements sur des enfants. Le but de l'IPSCAN est:*
- *de prévenir les sévices sur les enfants dans chaque nation, qu'il s'agisse d'abus, de manquements ou d'exploitation, que ce soit à l'intérieur ou en dehors du cercle familial;*

- de promouvoir les droits des enfants dans chaque Etat.
Bernard PIHET en est membre depuis 1994.

5.2.3. Académie internationale de droit et de santé mentale

L'Académie Internationale de Droit et de Santé Mentale insiste sur la collaboration entre les professionnels des différentes disciplines du droit et de la santé mentale. A ce titre, l'Académie met sur pied chaque année un International Congress of Law and Mental Health, dont le XXIVème (auquel l'UPPL a participé) qui s'est déroulé en juin dernier à Toronto et auquel quelques 1200 personnes ont participé.

Bernard Pihet est membre de cette académie, ainsi que plusieurs membres du réseau Santé et de l'administration de la Justice.

5.2.4. L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles

L'ARTAAS a été créée pour résoudre le gros problème de la formation des équipes psychiatriques qui interviennent dans les établissements pénitentiaires alors qu'elles ont été jusqu'ici très peu confrontées à cette pathologie. Bernard Pihet est membre de cette association.

5.2.5. L'American Psychological Association (APA)

L'objectif de l'APA est de faire avancer la psychologie comme science, comme profession et comme moyen de promouvoir le bien-être humain:

- en encourageant la psychologie dans toutes ses branches de la manière la plus large possible;
- en promouvant la recherche en psychologie et en améliorant les méthodes et conditions de recherche;
- en développant les qualifications et l'utilité des psychologues à travers les hauts standards de l'éthique, l'éducation...;
- par la création et le maintien des plus hauts standards de l'éthique et du comportement professionnel des membres de l'association;
- par l'augmentation et la diffusion des connaissances en psychologie par des rencontres, des contacts professionnels, des comptes-rendus, des journaux, des discussions et des publications.

Notre collaborateur Thierry Pham en est membre international.

5.2.6. L'European Association for Psychology and Law

Il s'agit d'une organisation scientifique essentiellement de recherche expérimentale regroupant des professionnels européens travaillant dans le domaine de la psychologie légale.

Thierry Pham en est membre.

5.2.7. L'Association Française de l'Etude et la Recherche sur les Troubles de la Personnalité (AFERTP)

L'AFERTP est une asbl qui a été créée en 1996. Elle a pour objet de développer, soutenir et diffuser la recherche en Psychiatrie et en Psychologie concernant les troubles de la personnalité et leurs implications sur les stratégies thérapeutiques et préventives.

Cet objectif inclut notamment la présentation lors de deux réunions annuelles des travaux en cours et projets de recherche, l'organisation de journées scientifiques et de congrès, la création d'un répertoire contenant les coordonnées des membres des différentes équipes de recherche dans ce domaine, la constitution d'un thésaurus de références bibliographiques et la création ou la traduction d'échelles, de questionnaires et autres modalités d'évaluation de la personnalité et de ses troubles.

Thierry Pham en est également membre.

B. LE COMITE SCIENTIFIQUE ET D'ETHIQUE

1. Objectifs

- 1. Le Comité Scientifique et d'Ethique est essentiellement un organe de réflexion sur les pratiques, l'état des connaissances et les limites d'interventions.*
- 2. Il rend des avis qui orientent les missions et travaux de l'UPPL.*

2. Composition

Les membres du Comité Scientifique et d'Ethique sont nécessairement des praticiens et ont participé à des recherches, formations et publications. Dans la composition, une attention particulière est portée au pluralisme, à la représentation des Universités francophones et des différentes professions impliquées dans ce champ. Il est actuellement composé de neuf personnes:

- Docteur Jacques Antoine, psychiatre, retraité de l'établissement de défense sociale de Tournai;*
- Docteur Xavier Bongaerts, neuropsychiatre et criminologue, expert auprès des tribunaux et médecin hospitalier au Centre les "Chênes-aux-Haies" à Mons;*
- Docteur Henri Boon, médecin, sexologue et psychiatre, médecin-chef au Centre hospitalier les "Chênes-aux-Haies" à Mons et membre du Conseil Régional des Services de Santé Mentale;*

- *Monsieur Yves Depauw, neuropsychiatre, responsable de l'Unité de sexologie à l'Hôpital Vincent Van Gogh au CHU de Charleroi et au Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi;*
- *Monsieur Pierre Collart, sociologue, travaille au CHU de Charleroi avec le Docteur Depauw et également au Centre de planning de Charleroi;*
- *Monsieur Maurice Korn, psychiatre, médecin-directeur du Service de Santé Mentale "Le CLIPS", expert auprès des tribunaux;*
- *Monsieur Christian Mormont, psychologue et professeur à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Liège;*
- *Monsieur Yves-Hiram Haesevoets, psychologue éthicien auprès de SOS Enfants - ULB de l'hôpital St-Pierre à Bruxelles, expert auprès des tribunaux et du Ministère de la Justice;*
- *Monsieur Bernard Pihet, psychologue, coordinateur de l'UPPL.*

Le groupe peut encore s'élargir et peut inviter différents experts ou personnes étrangères pour certains de ses travaux. Les demandes sont à adresser à l'UPPL.

3. Activités

Le Comité a commencé à se réunir le 10 mars 1999 et jusqu'à présent, il a travaillé:

- *à l'établissement de son règlement d'ordre intérieur;*
- *au traitement des délinquants sexuels par les analogues LH-RH et au remboursement de ce traitement par l'INAMI;*
- *à l'établissement des critères de spécialisation indispensables pour les thérapeutes, conformément à l'article 11 de l'Accord de coopération du 8 octobre 1998.*

C. LA CONSULTATION SPECIALISEE DANS L'EVALUATION ET LE TRAITEMENT EXPERIMENTAL

Comme prévu dans l'Accord de coopération à l'article 6, l'UPPL a d'une part des activités de conseil où des examens et avis sont réalisés pour des commanditaires externes, et d'autre part des activités de traitement au service des auteurs d'infractions à caractère sexuel eux-mêmes. Le clinicien ne peut évidemment pas être "clinicien conseil" pour le patient qu'il a en traitement.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	avis	14	17.5	17.5	17.5
	traitement/guidance	66	82.6	82.6	100
	Total	80	100	100	

Tableau 31: Type de demande

La proportion des avis est beaucoup plus élevée que la moyenne des autres centres. Ce qui se justifie par notre qualité de « centre de référence », qui est consulté pour des avis sur base de dossiers déjà constitués.

1. Les activités de conseil dans le domaine psycho-médico-légal comprennent:

- a) des demandes d'autorités judiciaires pour des expertises pénales, civiles;*
- b) des demandes du tribunal de la jeunesse pour des examens médico-psychologiques;*
- c) des avis spécialisés à la demande des administrations pénitentiaires, et des commissions de libération conditionnelle, de probation et de défense sociale;*
- d) des examens privés à la demande des intéressés;*

2. Les activités de guidance et de traitement répond à des demandes individuelles d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, parfois de leur seule initiative ou sous la pression de leur entourage personnel et professionnel, ou encore en conséquence de l'obligation qu'ils ont reçue des autorités judiciaires de suivre un traitement.

La consultation privilégie les demandes les plus difficiles qui sont rejetées ou difficilement acceptables dans des équipes de santé mentale, en particulier les négateurs, les délinquants sexuels présentant une forte pathologie narcissique et ceux qui présentent une déficience mentale, aussi ceux chez lesquels la part de la psychopathologie est tenue dans le processus criminel qui prend le devant de la scène.

Un effort tout particulier est aussi porté sur la clientèle adolescente qui nécessite des examens minutieux pour discriminer les expériences adolescentes qui nécessitent un encadrement restreint des débuts de carrière criminelle qui demanderait un encadrement plus important.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mineur	7	8.8	8.8	8.8
	majeur	73	91.3	91.3	100
	Total	80	100	100	

Tableau 32: Statut civil (majeur/mineur)

Le pourcentage de mineur est sensiblement le même que pour l'ensemble des centres.

Les patients en traitement dans ce service sont repris dans les statistiques globales sur les activités de santé en Région wallonne.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	avant 1999	49	61.3	61.3	61.3
	en 1999	31	38.8	38.8	100
	Total	80	100	100	

Tableau 33: Dossiers en cours

La proportion de nouveaux dossiers est inférieure à la moyenne de la région. En effet, travaillent dans notre centre deux thérapeutes qui effectuent des traitements pour délinquants sexuels depuis plus de 10 ans, et par ailleurs notre service n'a pas vocation de prendre de nouvelle demande de thérapie, mais d'expérimenter de nouveaux traitements dans des cas particulièrement rebelles.

CONCLUSION

Les données du travail effectué sur le terrain avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel montrent bien que les ministres responsables de la justice et de la santé appliquent l'Accord de coopération qu'ils ont signé. Ils ont mis en place avec leur administration des personnels supplémentaires et des structures de travail spécifiquement affectés à ces tâches.

- *Le cadre des Maisons de Justice et des services psychosociaux intra-pénitentiaires a été considérablement augmenté. Les autorités judiciaires documentent leurs décisions par des évaluations spécifiques.*
- *Dans les services de santé agréés, plusieurs dizaines de thérapeutes acquièrent la spécialisation nécessaire par l'expérience de cette clientèle sous le regard de leurs aînés et par des formations spécifiques.*
- *Le centre d'appui participe activement aux travaux des cliniciens qu'il soutient et il initie des activités d'information, de formation, de documentation, de recherche, de concertation et de coordination avec toutes les instances impliquées par les Accords.*

Dans les consultations, les cliniciens "traitants" sont maintenant plus nombreux à accepter des "patients" qui sont le siège d'impulsions violentes en raison de troubles psychiques et qui ont agressé autrui. Certains d'entre eux sont des personnes troublées qui souffrent et veulent changer, mais la plupart n'ont pas le même degré de conscience, de regret et de volonté et présentent parfois des psychopathologies jadis confinées en psychiatrie asilaire. La contrainte judiciaire et la pression extérieure sont des paramètres qui modifient le travail habituel et qui ouvrent de nouvelles perspectives thérapeutiques.

En ce qui concerne les avis, expertises et activités de "conseil", l'examen clinique des délinquants sexuels contribue de mieux en mieux à saisir les réalités vécues ainsi que les parts respectives de la psychopathologie et de la criminologie déterminantes dans la genèse des délits et dans la probabilité de leur récidive.

Dans le domaine de la recherche scientifique, on observe un investissement important de la part d'universitaires et de cliniciens, spécialement dans le champ expérimental. On constate que l'ouverture interdisciplinaire progresse entre des professions et des orientations théoriques jadis cloisonnées et

que le dialogue international s'intensifie. La réflexion éthique devient un préalable à toute action et confère une rigueur croissante dans la compréhension des violences sexuelles, de leurs effets, de leurs origines et des possibilités d'intervention.

Des auteurs d'infractions à caractère sexuel sont libérés sous un contrôle effectif des conditions imposées. Ils consultent des équipes thérapeutiques qui les reçoivent avec des méthodes adaptées.

En nous limitant à la psychopathologie légale, malgré ces progrès et réalisations concrètes, subsistent de nombreux problèmes et inconnues sur lesquelles devront porter les efforts futurs. Sans être exhaustif, quelques axes prioritaires peuvent être retenus.

- Le nombre des auteurs d'infractions à caractère sexuel devant être reçus dans les consultations n'est pas encore stabilisé et, dans certaines régions, la saturation est déjà atteinte ce qui pose le problème des moyens humains et de leur répartition géographique. Le nombre des évaluations cliniques à faire dans un délai donné dépasse lui aussi les possibilités dans de nombreux endroits, tant sur la dangerosité que sur les possibilités de traitement.
- Le domaine des évaluations subit de nombreuses sollicitations. Elles devraient devenir plus précises, plus rapides et donner de meilleures informations techniques aux décideurs judiciaires. Le champ de compétence des cliniciens et leurs limites doivent encore être mieux définis suivant leur position et leur appartenance institutionnelle, spécialement dans les distinctions entre les activités intérieures aux institutions judiciaires et en consultation extérieure dans des services privés, et aussi entre activités cliniques de conseil et de traitement. Il faut ajouter que l'on assiste à une forte augmentation du nombre des demandes d'avis à de multiples moments du processus judiciaire d'un délinquant.
- Le délai d'acceptation dans les services de santé et leur possibilité de refus entrent parfois en conflit avec les modalités de libération et l'obligation légale de traitement pour tous les abuseurs sexuels. Les conditions de traitement, la gestion de la dénégation des faits et le niveau de risque de récurrence méritent encore de nombreuses analyses.
- La transmission de données du dossier judiciaire, les capacités des commissions, des prisons et de l'assistant de justice à cet égard et les retours des thérapeutes posent encore de nombreux problèmes d'application.
- La difficulté de traitement avec certains auteurs d'infractions à caractère sexuel conduit parfois à des impasses. Rappelons que les cas les plus sensibles sont: le prévenu

pour lequel il n'est encore rien établi, les déficients mentaux et les adolescents, ceux qui se disent victimes d'erreur judiciaire.

Réduire l'impuissance et l'abus de nos capacités professionnelles autant que celles des populations sexuellement violentes pour lesquelles nous travaillons me semble être un idéal intéressant. Maintenons que chaque secteur doit développer de façon autonome ses buts et moyens dans sa logique propre et dans le respect des autres. L'idéal n'est pas dans la "collaboration", qui peut garder des connotations de fusion et de domination, mais dans la "coopération". Les débats internes sont indispensables, autant que les informations et négociations intersectorielles, pour développer une meilleure qualité de travail et atteindre nos objectifs communs.

*Bernard Pihet
Coordinateur*

ANNEXE 1

**ENREGISTREMENT DE DONNEES STATISTIQUES
RELATIVES AUX CONSULTATIONS EN SANTE MENTALE
DES AUTEURS D'ABUS SEXUELS¹**

1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES

1.1. Langue maternelle :

Français: oui non

1.2. Sexe

Masculin
Féminin

1.3. Année de naissance : 19__

1.4. Nationalité

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Belge <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Région flamande <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Région wallonne <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Région germanophone <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Région de Bruxelles <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • CEE <input type="checkbox"/> • Hors CEE <input type="checkbox"/> |
|--|---|

1.5. Niveau scolaire atteint²

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Spécial <input type="checkbox"/> • Primaire <input type="checkbox"/> • Secondaire <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Contrat d'apprentissage³ <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Supérieur <input type="checkbox"/> • Ne sais pas <input type="checkbox"/> • Autre : _____ <input type="checkbox"/> |
|--|--|

1.6. Milieu éducatif

1.6.1. L'auteur a été éduqué et a vécu⁴ chez :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ses deux parents <input type="checkbox"/> • Son père <input type="checkbox"/> • Sa mère <input type="checkbox"/> • Autre famille ou famille d'accueil <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Institution <input type="checkbox"/> • Ne sais pas <input type="checkbox"/> • Autre : _____ <input type="checkbox"/> |
|---|--|

1.6.2. Catégorie socioprofessionnelle des parents au moment de l'éducation⁵

- | | Père | Mère | | Père | Mère |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Agriculteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Indépendant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ouvrier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Profession libérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Employé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cadre supérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Autre : | _____ | _____ |

1 Une feuille pour client en charge durant l'année en cours, plusieurs cases peuvent être cochées simultanément dans tous les items

2 Notez le niveau connu ou que vous estimez atteint par l'auteur

3 Et assimilés cours à horaires réduits

4 Il s'agit d'une estimation pour les grandes périodes de sa vie, cocher plusieurs cases s'il a vécu successivement dans plusieurs milieux

5 Estimation du niveau socioprofessionnel des parents

1.1.1. Situation socio-économique des parents au moment de l'éducation :

	Père	Mère		Père	Mère
➤ Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➤ Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ne travaille pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➤ Autre ¹	_____	_____
➤ Bénéficie d'allocations diverses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Chômage</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>CPAS</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Allocations maladies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Allocations handicapé</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Pensionné</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

1.2. Milieu de vie**1.2.1. Au moment des faits**

➤ Vit seul	<input type="checkbox"/>	➤ Vit avec parents	<input type="checkbox"/>
➤ Vit seul avec enfants	<input type="checkbox"/>	➤ Vit en famille élargie	<input type="checkbox"/>
➤ Vit avec conjoint	<input type="checkbox"/>	➤ Vit en Institution	<input type="checkbox"/>
➤ Vit avec conjoints et enfants	<input type="checkbox"/>	➤ Autres : _____	

1.2.2. Au moment de la demande

➤ Vit seul	<input type="checkbox"/>	➤ Vit en famille élargie	<input type="checkbox"/>
➤ Vit seul avec enfants	<input type="checkbox"/>	➤ Vit en Institution	<input type="checkbox"/>
➤ Vit avec conjoint	<input type="checkbox"/>	➤ En prison	<input type="checkbox"/>
➤ Vit avec conjoints et enfants	<input type="checkbox"/>	➤ Autre : _____	
➤ Vit avec parents	<input type="checkbox"/>		

1.3. Situation socio-économique de l'auteur**1.3.1. Catégorie socioprofessionnelle²**

➤ Agriculteur	<input type="checkbox"/>	➤ Indépendant	<input type="checkbox"/>
➤ Ouvrier	<input type="checkbox"/>	➤ Profession libérale	<input type="checkbox"/>
➤ Employé	<input type="checkbox"/>	➤ Ne sais pas	<input type="checkbox"/>
➤ Cadre supérieur	<input type="checkbox"/>	➤ Autre : _____	

1.3.2. Situation socio-économique au moment des faits :

➤ Travail	<input type="checkbox"/>	➤ Ne sais pas	<input type="checkbox"/>
➤ Ne travaille pas	<input type="checkbox"/>	➤ Autre ³ : _____	
➤ Bénéficie d'allocations diverses	<input type="checkbox"/>		
<i>Chômage</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>CPAS</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Allocations maladies</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Allocations handicapé</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Pensionné</i>	<input type="checkbox"/>		

1.3.3. Situation socio-économique au moment de la demande :

➤ Travail	<input type="checkbox"/>	➤ Ne sais pas	<input type="checkbox"/>
➤ Ne travaille pas	<input type="checkbox"/>	➤ Autre : _____	
➤ Bénéficie d'allocations diverses	<input type="checkbox"/>		
<i>Chômage</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>CPAS</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Allocations maladies</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Allocations handicapé</i>	<input type="checkbox"/>		
<i>Pensionné</i>	<input type="checkbox"/>		

¹ Etudiant, sans activité professionnelle² Estimation du niveau socioprofessionnel³ Etudiant, sans activité professionnelle

I. DONNEES CRIMINOLOGIQUES¹

1.1. Complété par l'assistant de justice :

oui non

1.2. Antécédents d'aide à la jeunesse (mineur - avant 18 ans)

- A fait l'objet d'un dossier - Mineur en danger
- A fait l'objet de mesures - éducatives
- A fait l'objet de mesures - de placement
- A fait l'objet de mesures - de placement en IPPJ
- A été sous l'autorité du SAJ
- Ne sais pas
- A été sous l'autorité du SPJ
- Autre : _____

1.3. Antécédents judiciaires (majeur)

	Récidive ²		Récidive ³	L'abus sexuel est		
	Récidive	Spécifique	Légale	antérieur à	en même temps que	postérieur à
➤ Escroquerie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Trafic de drogue <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Vol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Port d'arme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Coups et blessures <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Séquestration <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Homicide <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Faits de mœurs : _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ne sais pas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autre : _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4. Envoyeurs

- Venus spontanément
- Police, gendarmerie
- Venus sur conseil de sa famille, ses amis, ...
- Parquet, Procureur du Roi
- Avocat
- Juge d'instruction
- Médecin de famille
- Service psychosocial pénitentiaire
- Centre hospitalier
- Commission de probation
- Service de santé mentale
- Commission de libération conditionnelle
- Tribunal de la Jeunesse
- Commission de défense sociale
- SAJ
- Assistant de justice (fédéral)
- SPJ
- Ne sais pas
- Aide sociale au justiciable (communauté française)
- Autre : _____

¹ Ces données concernent les personnes faisant l'objet de poursuite ou non (personne venant spontanément). S'il y a un assistant de justice, cette partie doit être remplie de préférence par lui ou en collaboration avec lui. Dans les dossiers non judiciairisés, l'intervenant devra le compléter en appréciant au mieux.

² Ne peut être rempli que sur base de l'extrait de jugement

³ Ne peut être rempli que sur base de l'extrait de jugement

<ul style="list-style-type: none"> • Viol : 	I. <i>Viol sur personne majeure</i>	<input type="checkbox"/>
	II. <i>Viol sur mineur + 16 ans accomplis</i>	<input type="checkbox"/>
	III. <i>Viol sur mineur + 14 ans accomplis</i>	<input type="checkbox"/>
	IV. <i>Viol sur mineur - 14 ans accomplis</i>	<input type="checkbox"/>
	V. <i>Viol sur mineur - 10 ans accomplis</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Ayant causé la mort</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Précédé de tortures corporelles ou séquestration</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Sur personne particulièrement vulnérable/par menace ou d'un objet y ressemblant</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Sur personne particulièrement vulnérable</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Par menace ou d'un objet y ressemblant</i>	<input type="checkbox"/>
	• <i>Auteur = ascendant, ayant autorité, médecin, .../aidée par une ou plusieurs personnes</i>	<input type="checkbox"/>
• <i>Auteur = ascendant, ayant autorité, médecin, ...</i>	<input type="checkbox"/>	
• <i>Aidée par une ou plusieurs personnes</i>	<input type="checkbox"/>	

<ul style="list-style-type: none"> • Crimes et délits relatifs à la débauche et à la prostitution : 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incitation à la débauche, à la corruption ou prostitution, dont l'auteur connaissait l'état de minorité :</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Plus de 16 ans</i> <i>De 14 à 16 ans</i> <i>De 10 à 14 ans</i> <i>Moins de 10 ans</i> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incitation à la débauche, à la corruption ou prostitution, dont l'auteur, par négligence, ignorait l'état de minorité :</i> 		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Provocation à la débauche par paroles, gestes ou signes dans un lieux public</i> 	<i>Envers mineur</i>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Embauchage, entraînement ou détournement en vue de la débauche ou de la prostitution</i> 	<i>D'une personne mineure</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Retenir contre son gré une personne, majeure ou mineure, dans une maison de débauche ou de prostitution /contraindre une personne majeure à la débauche ou à la prostitution</i> 		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Retenir contre son gré une personne, majeure ou mineure, dans une maison de débauche ou de prostitution</i> 		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contraindre une personne majeure à la débauche ou à la prostitution</i> 		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Publicité en matière de débauche ou de prostitution</i> <i>Auteur =</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Ascendant</i> <i>Personne ayant autorité sur la victime</i> <i>Instituteur, serviteur à gages de la victime, ...</i> <i>Fonctionnaire public ou ministre d'un culte</i> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> • Outrages publics aux mœurs 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pornographie : diffusion, commerce, ...</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pornographie : création</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Envers un mineur</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auteur = libraire, bouquiniste, ...</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diffusion d'objets de nature à troubler l'imagination des mineurs</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auteur = libraire, bouquiniste, ...</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outrage public aux mœurs</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En présence d'un enfant de moins de 16 ans</i> 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Envers un mineur de plus de 16 ans</i> 	<input type="checkbox"/>

1.1. Lieu du délit

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| • Domicile de la victime | <input type="checkbox"/> | • Lieu de loisirs | <input type="checkbox"/> |
| • Domicile de l'auteur | <input type="checkbox"/> | • Véhicules | <input type="checkbox"/> |
| • Domicile commun auteur et victime | <input type="checkbox"/> | • Lieux publics | <input type="checkbox"/> |
| • Milieu professionnel | <input type="checkbox"/> | • | |
| • Milieu institutionnel (milieu scolaire, home, ...) | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| | | • Autre : _____ | |

1.2. Dévoilement des faits

Faits dévoilés par :

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| • Auteur | <input type="checkbox"/> | • Témoin | <input type="checkbox"/> |
| • Victime | <input type="checkbox"/> | • Complice/coauteur | <input type="checkbox"/> |
| • Entourage de l'auteur | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| • Entourage de la victime | <input type="checkbox"/> | • Autre : _____ | |

1.3. Reconnaissance des faits

1.3.1. Au moment du jugement :

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| • Aveu total | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| • Négation/Reconnaissance partielle ¹ | <input type="checkbox"/> | • Autre ² : _____ | |
| • Négation totale | <input type="checkbox"/> | | |

1.3.2. Au moment de la prise en charge :

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| • Aveu total | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| • Négation/Reconnaissance partielle ³ | <input type="checkbox"/> | • Autre ⁴ : _____ | |
| • Négation totale | <input type="checkbox"/> | | |

¹ Négation soit des faits, soit sur les intentions, soit sur la responsabilité, soit sur les conséquences, soit amnésie (je ne m'en souviens plus, ...)

² si la personne souffre d'amnésie manifeste, le noter dans « Autre »

³ Négation soit des faits, soit sur les intentions, soit sur la responsabilité, soit sur les conséquences, soit amnésie (je ne m'en souviens plus, ...)

⁴ si la personne souffre d'amnésie manifeste, le noter dans « Autre »

I. DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES

1.1. Diagnostic spécifique de l'abus sexuel

1.1.1. Orientation sexuelle de l'auteur

- Pédophile¹
- Ephébophile²
- Homophile
- Hétérophile
- Ne sais pas

1.1.2. Activité sexuelle

- Activités pédosexuelles³
- Activités éphébosexuelles⁴
- Activités homosexuelles
- Activités hétérosexuelles
- Ne sais pas

• Age du début des activités sexuelles avec partenaires : _____

1.1.3. Victime(s)

- Victime(s) **masculine(s)** :

Nombre de victime : _____

Nombre de faits d'abus sexuels par victime (ou total par défaut) : _____

	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
• Age(s) des victimes ⁵ :																			

Age(s) des victimes si plus de 18 ans et nombre de victimes par âges : _____

- Victime(s) **féminine(s)** :

Nombre de victime : _____

Nombre de faits d'abus sexuels par victime (ou total par défaut) : _____

	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
• Age(s) des victimes ⁶ :																			

Age(s) des victimes si plus de 18 ans et nombre de victimes par âges : _____

1.1.4. Durée du délit

Le (les) délit(s) a (ont) duré : _____

1 Orientation sexuelle vers des enfants (fille ou garçon) de 13 ans et moins
 2 Orientation sexuelle pour des adolescents (fille ou garçon) entre 13 et 16 ans
 3 Activité sexuelle avec des enfants (fille ou garçon) de 13 ans et moins
 4 Activité sexuelle avec des adolescents (fille ou garçon) entre 13 et 16 ans
 5 Mettez le nombre de victime dans la case s'il y a plusieurs victimes du même âge
 6 Mettez le nombre de victime dans la case s'il y a plusieurs victimes du même âge

1.1.1. Identité de l'auteur par rapport à la victime

Intra familial :

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| • Parent | <input type="checkbox"/> | • Demi-frère/ Demi-sœur | <input type="checkbox"/> |
| • Grand-parent | <input type="checkbox"/> | • Enfants | <input type="checkbox"/> |
| • Beau-parent | <input type="checkbox"/> | • Petits-enfants | <input type="checkbox"/> |
| • Fratrie | <input type="checkbox"/> | • Conjoints / compagnes | <input type="checkbox"/> |
| • Famille éloignée (oncle, ...) | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| | | • Autre : _____ | |

Extra Familial :

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| • Responsable éducatif | <input type="checkbox"/> | • Personne connue | <input type="checkbox"/> |
| • Relation amicale de la famille | <input type="checkbox"/> | • Totalement inconnu | <input type="checkbox"/> |
| • Voisin et fréquentation | <input type="checkbox"/> | • Autre : _____ | |

1.2. Données anamnestiques et nosologiques concernant l'auteur

1.2.1. Eléments de repérage somato-psychique

- Arriération mentale légère ou avérée
- Démence, involution
- Q.I. : _____

1.2.2. Utilisation de substances psycho-actives

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Au moment des faits	Alcool				
	Drogue				
	Médicament				
	Ne sais pas				
De manière habituelle	Alcool				
	Drogue				
	Médicament				
	Ne sais pas				

1.2.3. L'auteur a été victime

- | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------------------|---|--------------------------|
| • De violences | Physiques | <input type="checkbox"/> | • De négligences (pour sa santé, son alimentation, son éducation,...) | <input type="checkbox"/> |
| | Psychologiques | <input type="checkbox"/> | • Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| • De sévices sexuels | | <input type="checkbox"/> | • Autres : _____ | |

1.2.4. Antécédent(s) psychiatrique(s)

- A reçu des soins en santé mentale :

Non	<input type="checkbox"/>
Léger	<input type="checkbox"/>
Moyen	<input type="checkbox"/>
Lourd	<input type="checkbox"/>
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>

- Ces soins étaient :

Spécifique à l'abus sexuel	<input type="checkbox"/>
Non Spécifique à l'abus sexuel	<input type="checkbox"/>
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>

1 Instituteur, Educateur, Moniteur, Professeur, Prêtre, ...

1.1.1. Identité de l'auteur par rapport à la victime

Intra familial :

- Parent • Demi-frère/ Demi-sœur
- Grand-parent • Enfants
- Beau-parent • Petits-enfants
- Fratrie • Conjoints / compagnes
- Famille éloignée (oncle, ...) • Ne sais pas
- Autre : _____

Extra Familial :

- Responsable éducatif • Personne connue
- Relation amicale de la famille • Totalement inconnu
- Voisin et fréquentation • Autre : _____

1.2. Données anamnestiques et nosologiques concernant l'auteur

1.2.1. Eléments de repérage somato-psychique

- Arriération mentale légère ou avérée
- Démence, involution
- Q.I. : _____

1.2.2. Utilisation de substances psycho-actives

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Au moment des faits	Alcool				
	Drogue				
	Médicament				
	Ne sais pas				
De manière habituelle	Alcool				
	Drogue				
	Médicament				
	Ne sais pas				

1.2.3. L'auteur a été victime

- De violences Physiques • De négligences (pour sa santé, son alimentation, son éducation,...)
- Psychologiques • Ne sais pas
- De sévices sexuels • Autres : _____

1.2.4. Antécédent(s) psychiatrique(s)

- A reçu des soins en santé mentale : Non
- Léger
- Moyen
- Lourd
- Ne sais pas
- Ces soins étaient : Spécifique à l'abus sexuel
- Non Spécifique à l'abus sexuel
- Ne sais pas

1 Instituteur, Educateur, Moniteur, Professeur, Prêtre, ...

I. PRISE EN CHARGE

1.1. Le type de demande¹

- Pour avis
- Pour traitement ou guidance
- Autre : _____
- Temps passé entre les faits et la prise en charge : _____

1.2. Date de prise en charge

- Date de début de prise en charge : ____/____/19__
- Date de fin de prise en charge : ____/____/19__
- Date de reprise en charge : ____/____/19__

1.3. Pour la prise en charge actuelle :

- Nombre d'entretiens effectués durant l'année : ____

Fréquence théorique de la prise en charge totale

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| • 1 * par semaine | <input type="checkbox"/> | • 1 * par trimestre | <input type="checkbox"/> |
| • 1 * 15 jours | <input type="checkbox"/> | • 1 * semestre | <input type="checkbox"/> |
| • 1 * 3 semaines | <input type="checkbox"/> | • 1 * an | <input type="checkbox"/> |
| • 1 * par mois | <input type="checkbox"/> | | |
- Durée totale depuis le début de la prise en charge : ____ans/mois²

Lieu de la prise en charge

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| • En Prison | <input type="checkbox"/> | • Ambulatoire/Dans votre service | <input type="checkbox"/> |
| • En Défense sociale | <input type="checkbox"/> | • Autre : _____ | <input type="checkbox"/> |
| • En hôpital
psychiatrique | | | |
| Consultation interne | <input type="checkbox"/> | | |
| Consultation externe | <input type="checkbox"/> | | |

Type de prise en charge

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| • Systémique | <input type="checkbox"/> | • Individuel | <input type="checkbox"/> |
| • Psychodynamique | <input type="checkbox"/> | • Groupe | <input type="checkbox"/> |
| • Médicamenteuse | | • Autre : _____ | |
| Hormonale | <input type="checkbox"/> | | |
| Non hormonale | <input type="checkbox"/> | | |
| • Cognitivo-comportementale | <input type="checkbox"/> | | |
| • Familiale | <input type="checkbox"/> | | |
| • Éducative | <input type="checkbox"/> | | |

Praticien assurant la prise en charge

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| • Psychiatre | <input type="checkbox"/> | • Sexologue | <input type="checkbox"/> |
| • Assistant psychiatrique | <input type="checkbox"/> | • Autre : _____ | |
| • Psychologue | <input type="checkbox"/> | | |

1.4. Prise en charge antérieure dans le même mandat

- Nombre : ____

1 terme générale incluant l'avis, le traitement ou la guidance

2 Biffez la mention inutile

1.1. Collaboration avec le Ministère de la Justice

- Assistant de justice désigné au moment de la prise en charge : oui non Autre : _____
- Convention signée au moment de la prise en charge : oui non Autre : _____
 - Document(s) reçu(s) :
- Exposé des motifs • Expertise de l'inculpé
- Rapport du service psychosocial • Extrait du dossier judiciaire de la victime
- Procès verbal d'audition *de l'inculpé* • Jugement
- Procès verbal d'audition *de la victime* • Acte indiquant les conditions de libération
- Autre : _____

1.2. Autre(s) collaboration(s)

ANNEXE 2

ACCORD DE COOPERATION APPLICATION

(Loi de l'état fédéral du 4.5.99
Décret de la région wallonne du 1.4.99)

Délégation de guidance ou de traitement A un thérapeute individuel

Procédure

L'accord de coopération prévoit que les auteurs d'infractions à caractère sexuel contraint à une guidance ou à un traitement soit pris en charge par des équipes de santé spécialisées (article 8) et reconnues dans une liste établie par le ministère wallon de la santé (article 7). Les guidances et traitements s'inscrivent dans un cadre particulier comportant des droits et devoirs précisés à l'article 9.

L'application de cette disposition est parfois difficile dans la mesure où il serait préférable dans un cas particulier que l'auteur d'infractions à caractère sexuel soit suivi par un thérapeute indépendant à une des équipes précitées.

- Ce peut-être le cas d'un auteur d'infractions à caractère sexuel attaché à travailler avec un thérapeute particulier, choisi par lui, parfois bien avant l'existence de l'accord de coopération.
- Ce peut-être aussi le cas quand l'équipe de santé spécialisée n'est pas en capacité de répondre à la demande de l'auteur d'infractions à caractère sexuel.

Dans ces situations, l'article 11 prévoit que la guidance ou le traitement peut-être « *confié par une équipe de santé spécialisée à un autre service de santé mentale, à un centre d'appui ou à un thérapeute indépendant* » moyennant un certain nombre de conditions qui pose quelques questions au praticien relatives aux modalités d'application de ces dispositions.

Les procédures suivantes devraient faciliter ce travail. Elles émanent des concertations avec les administrations de la santé et de la justice et avec les centres d'appui de la région flamande et bruxelloise.

- Les thérapeutes individuels aptes à recevoir une délégation sont ceux qui peuvent

- « *apporter la preuve de la spécialisation indispensable* » et
- s'engagent à remplir les obligations qui découlent de la convention.

Cette délégation n'est conférée que pour un seul patient.

- Le service habilité à donner une délégation

A priori, toutes les équipes de santé spécialisées peuvent déléguer « *la guidance ou le traitement* » à un thérapeute individuel n'appartenant pas à une équipe de santé spécialisée qui est reconnue par l'accord de coopération. Dans l'hypothèse

où des difficultés surviendraient, les demandes pourront être répercutées vers les consultations les plus expérimentées, à savoir celles du Dr M. Korn, du Dr Y. Depauw et, en dernier recours, de l'UPPL où elles seraient examinées par le Dr J. Antoine et M. B. Pihet.

• La procédure à suivre pour obtenir une délégation :

La délégation peut être demandée

- 1° par le patient lui-même désirant être suivi par un thérapeute autre que ceux proposés dans les équipes de santé spécialisées,
- 2° par différentes instances judiciaires, telles que les équipes psychosociales spécialisées, les commissions de libération conditionnelle, de probation ou de défense sociale, les maisons de justice, les services de protection judiciaire ...
- 3° par une équipe de santé spécialisée qui voudrait orienter les patients vers un autre thérapeute.

C'est à cette personne (1°, 2° ou 3°) d'interpeller le thérapeute pressenti pour savoir si ce dernier est intéressé par l'obtention de la délégation. Dans ce cas, il appartient au thérapeute de contacter, au moyen d'une demande écrite, une équipe de santé spécialisée chargée de la délégation.

Il revient à l'équipe de santé spécialisée

- d'informer le thérapeute individuel de ses droits et devoirs découlant de la délégation, à savoir les dispositions prévues par l'article 9 de l'accord de coopération (en lui donnant une copie de l'accord de coopération),
- de réclamer au dit thérapeute les éléments qui prouvent sa spécialisation (curriculum vitae ...),
- de gérer le suivi de la délégation.

Développons ces trois points :

→ Les droits et devoirs du thérapeute individuel

Le thérapeute individuel délégué doit :

- rédiger un rapport de suivi et l'envoyer au service qui s'est chargé de la délégation, lequel le transmettra à l'assistant de justice et à l'autorité compétente ;
- communiquer annuellement à l'équipe de santé spécialisée des données relatives à l'auteur d'infractions à caractère sexuel dans un modèle standardisé d'enregistrement des données anonymes.

→ Les critères de spécialisation

Le comité scientifique et d'éthique de l'UPPL est chargé d'élaborer la liste des critères satisfaisant aux exigences internationales en la matière. Celle-ci sera soumise à l'homologation du Ministre.

Les critères provisoires suivants ont été adoptés par le Conseil d'administration de l'UPPL jusqu'à publication des critères officiellement reconnus :

- un diplôme universitaire directement ciblé sur la psychothérapie,

- une expérience clinique avérée comportant notamment une connaissance et une pratique du traitement des abuseurs sexuels,
- une participation à des sessions cliniques d'étude de cas, d'analyse et de réflexion organisées ou approuvées par l'UPPL,
- une concertation structurée avec le centre déléguant.

→ L'encadrement de la délégation par l'équipe de santé spécialisée

L'équipe de santé spécialisée conférant la délégation doit veiller, notamment en disposant d'une copie, à ce que les rapports de suivi sur le patient soient transmis à l'autorité compétente et à l'assistant de justice. Il lui revient aussi d'organiser les réunions cliniques indispensables à l'analyse de la situation.

Le thérapeute individuel garde la responsabilité de la gestion du traitement lui-même.

ANNEXE 3**AIDE MEMOIRE DE LA CLASSIFICATION DSM IV :**

Consignes :

Vous devez cocher la case en fin de ligne qui correspond au diagnostic principal (c'est à dire est-ce que le diagnostic principal est le premier de l'axe un, deux ou trois). S'il n'y a rien dans ces axes, l'axe quatre ou cinq peut contenir le diagnostic principal. Il faut donc le préciser en rajoutant : « DP⁸ », soit à côté de « spécifier », soit à côté de la note.

Pour l'axe I et II, vous devez compléter toutes les lignes, même s'il n'y pas de diagnostic. Dans ce cas, vous notez 000.00.

Si le diagnostic est différé, mettez le code diagnostic en première ligne , et le code différé en seconde ligne.

Vous devez rajouter une feuille pour l'accompagnant uniquement s'il a une demande.
Vous devez remplir une feuille si une personne vient pour une autre (par exemple, une femme vient pour demander conseil car elle a peur des agissements de son mari, ...).

Axe I⁹ : troubles cliniques / autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

TROUBLES HABITUELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS PENDANT LA PREMIÈRE ENFANCE, LA DEUXIÈME ENFANCE OU L'ADOLESCENCE :

Troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur (page¹⁰ 93, 63)

DELIRIUM, DÉMENCE, TROUBLES AMNÉSQUES ET AUTRES TROUBLES COGNITIFS (PAGE 148, 81)

TROUBLES MENTAUX DUS À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE NON CLASSÉE AILLEURS :

Modification de la personnalité due à une affection médicale générale (page 201, 101)

TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE (PAGE 207, 105)

SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES (PAGE 321, 147)

TROUBLES DE L'HUMEUR :

Troubles bipolaires (page 419, 172)

- Troubles bipolaires I
- Épisode maniaque isolé
- Épisode le plus récent hypomaniaque
- Épisode le plus récent maniaque
- Trouble cyclothymique
- Trouble bipolaire non spécifié

TROUBLES ANXIEUX :

Trouble obsessionnel-compulsif (page 491, 207)

⁸ Diagnostic Principal

⁹ Voici ce que l'on peut vraisemblablement retrouver comme trouble sur l'axe I

¹⁰ Le premier numéro correspond à la page dans le gros DSM IV, le second à la page dans le petit livre.

TROUBLES DISSOCIATIFS :

- Trouble dissociatif de l'identité (page 567, 230)
- Trouble dissociatif de dépersonnalisation (page 572, 231)
- Trouble dissociatif non spécifié (page 575, 231)

TROUBLES SEXUELS ET TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE :

- Paraphilie (page 613, 245)
- Trouble de l'identité sexuelle (page 625, 250)

TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSION NON CLASSÉS AILLEURS

- Trouble explosif intermittent (page 718, 271)

TROUBLES DE L'ADAPTATION (PAGE 733, 275)**AUTRES SITUATIONS QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN CLINIQUE :**

- Problèmes relationnels (page 795, 297)
- Problèmes liés à l'abus ou à la négligence (page 797, 299)
- Situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique (page 798, 301)

axe II : troubles de la personnalité / retard mental

TROUBLES HABITUELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS PENDANT LA PREMIÈRE ENFANCE, LA DEUXIÈME ENFANCE OU L'ADOLESCENCE :

- Retard mental (page 46, 50)

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ (PAGE 739, 279)**AUTRES SITUATIONS QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN CLINIQUE :**

- Situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique :
Fonctionnement intellectuel limite (page 799, 303)

Axe III : affections médicales générales

S'il n'y a pas de diagnostic, mettez « Aucun » ; s'il y en aura un plus tard, notez « Différé » ; si on ne le sait pas, écrivez « Pas connu ».

axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux

• Problèmes avec le groupe de support principal

p. ex., décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille; déménagement; remariage d'un parent; abus physique ou sexuel; surprotection parentale; négligence envers un enfant; discipline inadéquate; désaccord dans la fratrie ; naissance d'un frère ou d'une sœur ...

• Problèmes liés à l'environnement social

p. ex., mort ou perte d'un ami; support social inadéquat; fait d'habiter seul; difficulté d'acculturation; discrimination; adaptation aux grandes étapes de la vie (telle la retraite) ...

• Problèmes d'éducation

p. ex., analphabétisme, problèmes scolaires, conflits avec les enseignants ou les camarades de classe, environnement scolaire inadéquat ...

• Problèmes professionnels

p. ex., chômage, menace de perte d'emploi, horaires de travail stressants, conditions de travail difficiles, insatisfaction au travail, changement d'emploi, conflit avec l'employeur ou les collègues ...

• Problèmes de logement

p. ex., absence de domicile fixe, logement inadapté, insécurité du quartier, conflits avec les voisins ou le propriétaire ...

• Problèmes économiques

p. ex., très grande pauvreté, insuffisance des revenus et des prestations sociales ...

• Problèmes d'accès aux Services de santé

p. ex., Services de santé inadaptés ou non desservis, Sécurité Sociale inadaptée ...

• Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales

p. ex., arrestation, incarcération, litige, victime d'un crime ...

• Autres problèmes psychosociaux et environnementaux

p. ex., catastrophes naturelles, guerre, autres conflits; conflits avec des soutiens extérieurs à la famille tels que conseillers, travailleurs sociaux ou médecins; absence de Services sociaux ...

Axe V : Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Code (NB Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié p. ex. 45, 68, 72)

100	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptôme..
91	
90	Symptômes absents ou minimales (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, Intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille).
81	
80	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire).
71	
70	Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
61	
60	Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoi affectif, proximité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
51	
50	Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vol répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
41	
40	Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
31	
30	Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou Incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
21	
20	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
11	
10	Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.
1	
0	Information inadéquate

ANNEXE 4

SYNOPTIQUE DES CODES DU DSM-IV

I Tr. Habituellement diagnostiqués pendant la 1°, la 2° enfance ou l'adolescence			
Retard mental		Tr. : déficit de l'att° et compt perturbateur	
Retard mental léger	317	Déficit de l'attent°/hyperactivité	314.XX
Retard mental moyen	318.0	<i>type mixte</i>	314.01
Retard mental grave	318.1	<i>type inattent° prédominante</i>	314.00
Retard mental profond	318.2	<i>Type hyperactivité-impuls. prédominante</i>	314.00
Retard mental. sévérité NS	319	Déficit de l'attent°/hyperactivité NS	314.9
Tr. Apprentissages		Tr. Des conduites	312.8
Tr. Apprentissages	315.00	Tr. Opp° avec provocat°	313.81
Tr. Calcul	315.1	Tr. Compt perturbateur NS	312.9
Tr. Expression écrite	315.2	Tr. Alimentat° et Tr. Cond. alimentaires	
Tr. Apprentissages NS	315.9	Pica	307.52
Tr. des habiletés motrices		Mérycisme	307.53
Tr. Acquisit° de la coordinat°	315.4	Tr. de l'alim° de la 1° ou 2° enfance	307.59
Tr. Communication		Tics	
Tr. Langage (expressif)	315.31	Syndrome de Gille de la Tourette	307.23
Tr. Langage (mixte)	315.31	Tic moteur ou vocal chronique	307.22
Tr. Phonologique	315.39	Tic transitoire	307.21
Bégaiement	307.0	Tic NS	307.20
Tr. Communicat° NS	307.9	Tr. Contrôle sphinctérien	
Tr. Envahissant du développement		Encoprésie	
Tr. Autistique	299.00	<i>avec constipat° et incont. par débord.</i>	787.6
Autisme atypique	299.80	<i>sans constipat° ni incont. par débord.</i>	307.7
Syndrome de Rett	299.80	Enurésie	307.6
Tr. désintégratif enfance	299.10	Au. tr. de la 1°, 2° enfance ou de l'ado.	
Syndrome d'Asperger	299.00	Anxiété de séparat°	309.21
Tr. envahissant du développ. NS	299.80	Mutisme sélectif	313.23
		Tr. Réact° de l'attachem. 1° ou 2° enfance	313.89
		Mouvements stéréotypés	307.3
		Tr. de la 1°, 2° enfance ou de l'ado NS	313.9

II Délirium, Démence, tr.amnésiques et autres tr.cognitifs			
Délirium		Avec humeur dépressive	290.43
dû à ..	293.0	<i>Dém. due à la maladie du VIH</i>	294.9
Délirium NS	780.09	<i>Dém. due à traumatisme crânien</i>	294.1
Démence		Dém. due au Parkinson	294.1
<i>Alzheimer précoce (<65 a)</i>		Dém. due à Huntington	294.1
Non compliquée	290.10	Dém. due à Pick	290.10
avec idées délirantes	290.12	Dém. due à Creutzfeldt-Jakob	290.10
Avec humeur dépressive	290.13	Dém. due à ... (AMG)	294.1
<i>Alzheimer tardif (>65 a)</i>		Démence NS	294.8
Non compliquée	290.0	Troubles amnésiques	
avec idées délirantes	290.20	Tr. amnésiques dû à ... (AMG)	294.0
Avec humeur dépressive	290.21	Tr. amnésiques NS	294.8
<i>Vasculaire</i>		Autres troubles cognitifs	
Non compliquée	290.40	Trouble cognitif NS	294.9
avec idées délirantes	290.42		

III Tr. Mentaux dus à une AMG non classée ailleurs			
Tr. Catatonique dû à (AMG)	293.89	Tr. Mental NS dû à (AMG)	393.9
Modif° de la perso. dû à (AMG)	310.1		

IV Tr. Liés à une substance												
	ALCOOL	AMPHE	CAFEINE	CANNAB	COCAINE	HALLUC	SOLV	NICOTINE	OPIACES	PHENCY	SED et Co.	Aut. ou inc.
Dépendance	303.90	304.40		304.30	304.20	304.50	304.60	305.10	304.00	304.90	304.10	304.90
Abus	305.00	305.70		305.20	305.60	305.30	305.90		305.50	305.90	305.40	305.90
Intoxication	303.00	292.89	305.90	292.89	292.89	292.89	292.89		292.89	292.89	292.89	292.89
Sevrage	291.8	292.0			292.0			292.0	429.00		292.0	292.0
Délirium par intoxicat°	291.0	292.81		292.81	292.81	292.81	292.81		292.81	292.81	292.81	292.81
Délirium du sevrage	291.0										292.81	
Démence persistante	291.2						292.82				292.82	292.82
Tr. Amnésique persistant	291.1										292.83	292.83
Tr. Psychot.(idées délir.)	291.5	292.11		292.11	292.11	292.11	292.11		292.11	292.11	292.11	292.11
Tr. Psychot.(avec halluc°)	291.3	292.12		292.12	292.12	292.12	292.12		292.12	292.12	292.12	292.12
Tr. Humeur	291.8	292.84			292.84	292.84	292.84		292.84	292.84	292.84	292.84
Tr. Anxieux	291.8	292.89	292.89	292.89	292.89	292.89	292.89		292.89	292.89	292.89	292.89
Dysfonct° sexuelle	291.8	292.89			292.89				292.89		292.89	292.89
Tr. Sommeil	291.8	292.89	292.89		292.89				292.89		292.89	292.89
Tr. Persistant des percep°						292.89						
Tr. Lié NS	291.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9	292.9

Tr. lié à +ieurs substances		304.80										
-----------------------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V Schizophrénie et autres Tr. Psychotiques			
Schizophrénie de type : paranoïde	295.30	Tr. Délirant	297.1
désorganisé	295.10	Tr. Psychotique bref	298.8
catatonique	295.20	Tr. Psychotique partagé	297.3
indifférencié	295.90	Tr. Psycho. dû à ... AMG(délir.)	293.81
résiduel	295.60	Tr. Psycho. dû à ... AMG(halluc.)	293.82
Tr. Schizophréniforme	295.40	Tr. Psychotique NS	298.9
Tr. Schizo-affectif	295.70		

VI Tr. de l'humeur			
Tr. Dépressifs		Tr. Bipolaire II	296.89
Tr. dépressif majeur	296.XX	Tr. Cyclothymique	301.13
<i>Episode isolé</i>	.2X	Tr. Bipolaire NS	296.80
<i>Récurrent</i>	.3X	Autres tr. de l'humeur	
Tr. dysthymique	300.4	Tr. de l'humeur dû à ... (AMG)	293.83
Tr. Dépressif NS	311	Tr. de l'humeur NS	296.90
Tr. Bipolaires		<i>X: Spécifier pour le dernier chiffre</i>	
Tr. Bipolaire I	296.XX	léger	1
<i>épisode maniaque isolé</i>	.0X	moyen	2
<i>épis. le + récent hypomaniaque</i>	.40	sévère sans car. Psychotiques	3
<i>épisode le + récent maniaque</i>	.4X	sévère avec car. Psychotiques	4
<i>épisode le plus récent mixte</i>	.6X	en rémission partielle	5
<i>épis. le plus récent dépressif</i>	.5X	en rémission totale	6
<i>épisode le plus récent NS</i>	.7	NS	0

VII Tr. Anxieux			
Tr. Panique sans agoraphobie	300.01	État de stress post-traumatique	309.81
Tr. Panique avec agoraphobie	300.21	État de stress aigue	308.3
Agora. sans atcdt de tr. panique	300.22	Anxiété généralisée	300.02
Phobie spécifique	300.29	Tr. Anxieux dû à ... (AMG)	293.89
Phobie sociale	300.23	Tr. Anxieux NS	300.00
Tr. Obsessionnel-compulsif	300.3		

VIII Tr. Somatoformes			
Tr. Somatisation	300.81	Hypocondrie	300.7
Tr. Somatoforme indifférencié	300.81	Peur d'une dysmorphie corporelle	300.7
Tr. Conversion	300.11	Tr. Somatoforme NS	300.81
Tr. Dououreux	307.XX		
<i>associé à des fact. psycho. et à une AMG</i>	.80		
<i>associé à des fact. psycho. et à une AMG</i>	.89		

IX Tr. Factices			
Tr. Factice	300.XX	<i>assoc° signes et sympt. Psycho. et phys.</i>	.19
<i>avec signes et sympt. Psycho. Prédomin.</i>	.16	Tr. Factice NS	300.19
<i>avec signes et sympt. Phys. Prédomin.</i>	.19		

X Tr. Dissociatifs			
Amnésie dissociative	300.12	Tr. Dépersonnalisation	300.6
Fugue dissociative	300.13	Tr. Dissociatif NS	300.15
Tr. Dissociatif de l'identité	300.14		

XI Tr. Sexuels et tr. de l'identité sexuelle			
<i>Tr. du désir sexuel</i>		Au. dysfont° sex. (H)	608.89
Tr.: baisse du désir sexuel	302.71	Dysfonction sexuelle NS	302.70
Tr.: aversion sexuelle	302.79	<i>Paraphilies</i>	
<i>Tr. De l'excitat° sexuelle</i>		Exhibitionnisme	302.4
Tr. de l'excitat° sexuelle chez la femme	302.72	Fétichisme	302.81
Tr. de l'érection chez l'homme	302.72	Frotteurisme	302.89
<i>Tr. de l'orgasme</i>		Pédophilie	302.2
Tr. de l'orgasme chez la femme	302.73	Masochisme sexuel	302.83
Tr. de l'orgasme chez l'homme	302.74	Sadisme sexuel	302.84
Ejaculation précoce	302.75	Transvestisme sexuel	302.3
<i>Tr. Sexuels avec douleur</i>		Voyeurisme	302.82
Dyspareunie	302.76	Paraphilie NS	302.9
Vaginisme	306.51	<i>Tr. de l'identité sexuelle</i>	
<i>Dysfonct° sexuelle due à une AMG</i>		Tr de l'identité sexuelle	302.XX
Tr.: baisse du désir sexuel (F)	625.8	<i>chez les enfants</i>	.6
Tr.: baisse du désir sexuel (H)	608.89	<i>chez les ado ou adultes</i>	.85
Tr. érection (H)	607.84	Tr de l'identité sexuelle NS	302.6
Dyspareunie (H)	608.89	Tr. Sexuel NS	302.9
Au. dysfont° sex. (F)	625.8		

XII Tr. des conduites alimentaires			
Anorexie mentale	307.1	Tr. des conduites alimentaires NS	307.50
Boulimie	307.51		

XIII Tr. du sommeil			
<i>Dyssomnies</i>		Parasomnie NS	307.47
Insomnie primaire	307.42	<i>Tr. du sommeil liés à un autre tr. mental</i>	
Hypersomnie primaire	307.44	Insomnie liée à ...	307.42
Narcolepsie	347	Hypersomnie liée à ...	307.44
Tr. sommeil lié à la respirat°	780.59	<i>Autres tr. du sommeil</i>	
Tr. sommeil lié au rythme circadien	307.45	Tr. du sommeil dû à ... (AMG)	780.XX
Dyssomnie NS	307.47	<i>type insomnie</i>	52.00
<i>Parasomnies</i>		<i>type hypersomnie</i>	.54
Cauchemars	307.47	<i>type parasomnie</i>	.58
Terreurs nocturnes	307.46	<i>type mixte</i>	.58
Somnambulisme	307.46		

XIV Tr. Contrôle des impulsions non classé ailleurs			
Tr. Explosif intermittent	312.34	Jeu pathologique	312.31
Kleptomanie	312.32	Trichotillomanie	312.39
Pyromanie	312.33	Tr. Contrôle des impulsions NS	312.30

XV Tr. Adaptation			
Tr. Adaptation	309.XX	<i>avec à la fois anxiété et humeur dépressive</i>	.28
		<i>avec humeur dépressive</i>	.0
		<i>avec perturbation des conduites</i>	.3
		<i>avec anxiété</i>	.24
		<i>avec pert° des émot° et des cond</i>	.4
		<i>Non spécifié</i>	.9

XVI Tr. De la Personnalité			
Pers. paranoïaque	301.0	Pers. narcissique	301.81
Pers. schizoïde	301.20	Pers. évitante	301.82
Pers. schizotypique	301.22	Pers. dépendante	301.6
Pers. antisociale	301.7	Pers. obsessionnelle-compulsive	301.4
Pers. borderline	301.83	Trouble de la personnalité NS	301.9
Pers. histrionique	301.50		

XVII Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique			
Fact. psycho. Influençant une AM	316		
<i>Tr. des mvts induits par médic.</i>			
Parkinsonisme induit par neurolept.	332.1	Dyskinésie tardive induite par neurolept.	333.82
Syndrome malin des neurolept.	333.92	Tremblement d'attitudes par médicament	333.1
Dystonie aigüe induite par neurolept.	333.7	Tr. Des mouvements induits par médic. NS	333.90
Akathisie aigüe induite par neurolept.	333.99		
<i>Autre tr. Induit par médicament</i>			
Effets sec. d'un médicament NS	995.2		
<i>Problèmes relationnels et autres situations</i>			
Probl. Relationnel/tr. mental ou AMG	V61.9	Probl. Relationnel dans fratrie	V61.8
Probl. Relationnel Parent-Enfant	V61.20	Probl. Relationnel NS	V62.81
Probl. Relationnel avec partenaire	V61.1		
<i>Probl. Liés à l'abus ou à la négligence</i>			
Abus phys. d'un enfant	V61.21	Abus phys. d'un adulte	V61.1
Abus sex. d'un enfant	V61.21	Abus sex. d'un adulte	V61.1
Négligence envers un enfant	V61.21		
<i>Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique</i>			
Non-observance du traitement	V15.81	Probl. scolaire ou universitaire	V62.3
Simulation	V65.2	Probl. professionnel	V62.2
Comport. antisocial de l'adulte	V71.01	Probl. d'identité	313.82
Comport. antisocial de l'enfant ou de l'ado.	V71.02	Probl. religieux ou spirituel	V62.89
Fonctionnement intellectuel limite	V62.89	Probl. lié à l'acculturation	V62.4
Déclin cognitif lié à l'âge	780.9	Probl. en rapport avec une étape de vie	V62.89
Deuil	V62.82		

XVIII Codes additionnels			
Trouble mental NS (non psychotique)	300.9	Absence de diag. ou d'affec° sur Axe II	V71.09
Absence de diagnostic ou d'affec° sur Axe I	V71.09	Diagnostic différé sur l'Axe II	799.9
Affection ou diagnostic différé sur l'Axe I	799.9		

ANNEXE 5

DIAGNOSTIC SELON LA CLASSIFICATION DSM IV :

Client

Le client est accompagné : oui non
 Si oui, cette personne est¹¹ : _____
 Le client est l'accompagnant : oui non
 Si oui, cette personne est : _____
 Le client vient pour une autre personne : oui non
 Si oui, cette personne est¹² : _____

Axe I : tr. cliniques/autres situat^o qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Code diagnostic	Intitulé DSM IV	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>

Axe II : tr. de la personnalité/retard mental

Code diagnostic	Intitulé DSM IV	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>

0. Axe III : affections médicales generales

Code diagnostic	Intitulé	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____ . _____	_____	<input type="checkbox"/>

Axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux

- Problèmes avec le groupe de support principal** : *spécifier* : _____
- Problèmes liés à l'environnement social** : *spécifier* : _____
- Problèmes d'éducation** : *spécifier* : _____
- Problèmes professionnels** : *spécifier* : _____
- Problèmes de logement** : *spécifier* : _____
- Problèmes économiques** : *spécifier* : _____
- Problèmes d'accès aux Services de santé** : *spécifier* : _____
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales** : *spécifier* : _____
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux** : *spécifier* : _____

Axe V : Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement EGF

Note : _____

¹¹ Décrire le lien existant (parenté, ...)

¹² Décrire le lien existant (parenté, ...)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE: ACTIVITES DU RESEAU DES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES EN REGION WALLONNE	6
A. AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL	6
1. <i>Nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel pris en charge</i>	<i>6</i>
2. <i>Données socio-démographiques sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel.....</i>	<i>7</i>
2.1. Langue maternelle	7
2.2. Sexe.....	8
2.3. Age.....	8
2.4. Niveau scolaire	9
2.5. Lieu d'éducation	9
2.6. Milieu de vie	10
2.7. Catégorie socioprofessionnelle.....	11
2.8. Situation socio-économique	12
3. <i>Données criminologiques.....</i>	<i>12</i>
3.1. Antécédent d'aide à la jeunesse	13
3.2. Récidive	13
3.3. Statut légal	14
3.4. L'envoyeur.....	14
3.5. Convention	15
4. <i>Données relatives à la nature sexuelle de l'infraction</i>	<i>16</i>
4.1. Les faits	16
4.1.1. Dévoilement des faits.....	16
4.1.2. Reconnaissance des faits.....	16
4.1.3. Nature des faits	17
4.1.4. Lieu du délit.....	17
4.2. Age de la victime	18
4.3. Sexe de la victime	18
4.4. Relation de l'auteur avec la victime	19
4.4.1. Relation de l'auteur avec la victime	19
4.4.2. Détail de l'abus intra-familial.....	19
4.4.3. Détail de l'abus extra-familial	20
4.5. Orientation sexuelle	20
4.6. L'activité sexuelle.....	21
4.7. Age du début des activités sexuelles avec partenaire	22
5. <i>Données relatives à la psychologie et à la psychopathologie de l'auteur.....</i>	<i>22</i>
5.1. Capacité intellectuelle	22
5.2. Conduites addictives	23
5.3. Violences subies par l'auteur dans le passé.....	24
5.4. Soins en santé mentale antérieurs.....	27
6. <i>Données relatives au travail fait dans les équipes de santé mentale avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel</i>	<i>28</i>
6.1. Ancienneté des dossiers	28
6.2. Type de demande	28
6.3. Durée de prise en charge	28
6.4. Fréquence de la prise en charge	30
6.5. Lieu de la prise en charge.....	31
7. <i>Critiques du questionnaire et des résultats</i>	<i>31</i>
B. EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES	34
1. <i>Engagement du personnel et infrastructures complémentaires</i>	<i>34</i>
2. <i>Formation du personnel de Santé</i>	<i>35</i>
3. <i>Les méthodes d'évaluation et de traitement.....</i>	<i>35</i>
4. <i>Les refus de traitement.....</i>	<i>36</i>
5. <i>Rencontre entre les intervenants.....</i>	<i>36</i>
6. <i>Les difficultés</i>	<i>36</i>

DEUXIEME PARTIE: ACTIVITES DE L'UPPL CENTRE DE REFERENCE ET D'APPUI..... 38

A. LE CENTRE DE REFERENCE	38
1. <i>Historique</i>	38
2. <i>Infrastructure</i>	40
3. <i>Missions d'appui</i>	42
3.1. Demandes	43
3.1.1. Du Ministère de la Justice	43
• L'administration	43
• Les prisons	43
• Les Maisons de Justice	43
• Les commissions (libération conditionnelle, probation et défense sociale)	44
• Juge de la jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse et Service d'Aide à la Jeunesse	44
3.1.2. Réseau Santé	45
3.1.3. Discussion	45
3.2. Concertation	45
3.2.1. Groupe de concertation sur l'application de l'Accord de coopération qui rassemble les administrations de la Santé, de la Justice et l'UPPL	45
3.2.2. Groupe de travail des Equipes de Santé Spécialisées avec l'UPPL et la Direction Générale des Affaires Sociales et Sanitaires	47
3.2.3. Les Centres d'Appui	47
3.2.4. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale	47
3.3. Informations	47
3.3.1. Information aux Parquets	47
3.3.2. Avis spécialisés	49
3.3.3. Délégation de traitement	50
3.3.4. Convention tripartite	50
3.3.5. La liste des Equipes de Santé Spécialisées	51
3.4. Formations	51
3.4.1. Formation de base pour les Equipes psychosociales spécialisées	51
3.4.2. Formation de Base pour les Equipes de Santé Spécialisées	52
3.4.3. Etude de cas	53
3.4.4. Supervision Marielle	53
3.4.5. Formation DSM IV	54
3.4.6. Formation PCL-R	54
3.5. Documentation et publications	55
3.5.1. Documentation	55
3.5.2. Publications	55
• Newsletter	55
• Liste des publications en 1999	55
3.6. Colloques et congrès	56
3.7. Recherche	57
3.7.1. Prévention des abus sexuels commis par des mineurs d'âge	57
3.7.2. Collaboration avec l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC)	58
3.7.3. Aide à l'utilisation du DSM IV	58
3.7.4. Outils de diagnostic	59
4. <i>Accords de coopération</i>	59
5. <i>Partenaires sociaux et affiliations internationales</i>	60
5.1. Partenaires sociaux	60
5.1.1. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale	60
5.1.2. La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale	60
5.1.3. Le Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut Occidental	61
5.1.4. Plate-forme psychiatrique à Liège	61
5.1.5. Conseils d'Arrondissements d'Aide à la Jeunesse	61
5.1.6. Délégation générale aux droits de l'enfant	61
5.1.7. Nous répondons aussi à des demandes ponctuelles d'associations ou d'institutions voisines pour des formations:	61
5.2. Associations internationales	62
5.2.1. ATSA	62
5.2.2. IPSCAN	62
5.2.3. Académie internationale de droit et de santé mentale	63
5.2.4. L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles	63
5.2.5. L'American Psychological Association (APA)	63
5.2.6. L'European Association for Psychology and Law	63
5.2.7. L'Association Française de l'Etude et la Recherche sur les Troubles de la Personnalité (AFERTP)	64
B. LE COMITE SCIENTIFIQUE ET D'ETHIQUE	64

1. Objectifs	64
2. Composition	64
3. Activités	65
C. LA CONSULTATION SPECIALISEE DANS L'EVALUATION ET LE TRAITEMENT EXPERIMENTAL.....	65
CONCLUSION	68
ANNEXE 1	71
ANNEXE 2	82
ANNEXE 3	85
ANNEXE 4	89
ANNEXE 5	93
TABLE DES MATIERES	94