

**UPPL**  
UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE LEGALE

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

***RAPPORT ANNUEL 2000***

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

*Ce rapport d'activité clôture l'exercice 2000 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 (AICS). 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<sup>er</sup> 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.*

*Ce rapport est la suite de ceux de 1997, 1998 et 1999.*

## INTRODUCTION

*Durant l'année 2000, j'ai constaté que l'implémentation de l'Accord de coopération progresse de manière continue. Les équipes pénitentiaires et les maisons de justice continuent d'être renforcées en personnel qui se spécialise. Dans les Equipes de Santé Spécialisées, les cliniciens installent des procédures de travail qui s'adaptent à la problématique. En même temps que se stabilisent bon nombre de réponses adéquates, j'observe qu'elles se différencient en fonction de la position institutionnelle des intervenants et des besoins mis en évidence chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel.*

*L'activité de l'UPPL durant l'année 2000 a, quant à elle, été fort perturbée par un investissement très important dans une succession de procédures judiciaires redondantes. Dirigées contre l'Accord interministériel de coopération et sa légalisation, elles ont affecté les trois centres d'appui. Bien qu'abordant des questions très importantes, force est de reconnaître que ces attermolements remettent en question les conclusions de débats minutieux, scientifiques et démocratiques. Ils ralentissent considérablement et à grands frais les efforts des responsables gouvernementaux, des administrations et des personnels soucieux de qualité et d'éthique en même temps que d'efficacité.*

*En ce qui nous concerne, elles ont profondément bouleversé notre activité (jusqu'en septembre, période pendant laquelle un temps considérable y a été consacré au préjudice des activités courantes). Durant neuf mois, nous avons protégé la trésorerie en réduisant les dépenses, y compris en réduisant le personnel. Prioritairement nous avons continué le travail clinique et les participations auxquelles nous nous étions engagés, voire obligés légalement. Nous avons dû interrompre la diffusion des bulletins d'information, la programmation de nouvelles formations, la documentation et la participation à des activités scientifiques extérieures.*

*En septembre, nous avons réengagé le personnel. Le bulletin d'information et la formation ont été relancés. La documentation a été remise à jour. Le développement d'un site web a été décidé pour faciliter la gestion, la diffusion et l'accès du réseau des professionnels à ces données. Nous avons toujours maintenu l'activité clinique et de soutien aux équipes.*

Bernard Pihet  
Coordinateur

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

### **A. AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL**

#### **A.1. Consultation**

##### **A.1.1. Nombre d'AICS pris en charge en 2000<sup>1</sup> en Région wallonne**

centres	file active		Total
	anciens cas	nouveaux cas	
1	33	12	45
2	16	13	29
3	13	14	27
4	26	4	30
5	8	5	13
6	11	11	22
7	20	9	29
8	9	6	15
9	42	28	70
10	31	29	60
11	21	27	48
12	120	53	173
13	inconnu	67	67
14	inconnu	inconnu	0
15	58	40	98
Total	408	318	726

**Tableau 1 : Nombre de dossiers actifs par équipe de santé spécialisée<sup>2</sup>**

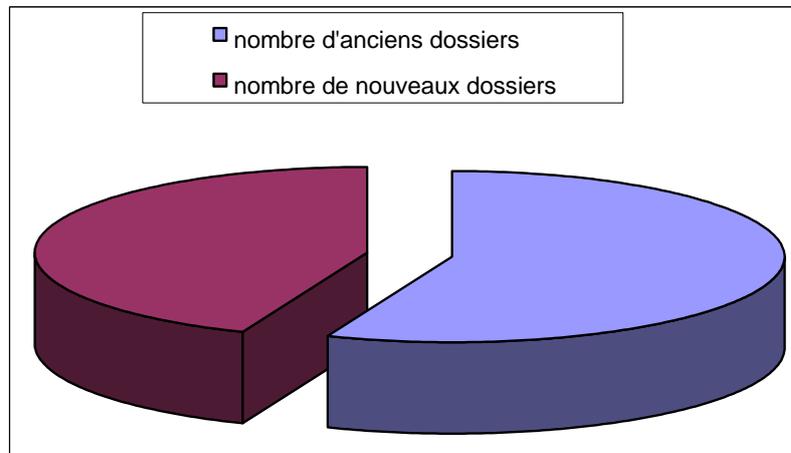
*726<sup>3</sup> auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été pris en charge en 2000. Depuis l'année 1998, 925 dossiers ont été ouverts dans le réseau et dans le cadre des Accords de coopération pour des transgresseurs sexuels.*

<sup>1</sup> Nombre vraisemblablement minoré de quelques dizaines d'unités en raison de la faiblesse des chiffres de l'un des centres et de celle des thérapeutes délégués.

<sup>2</sup> Dans le désordre, 12 équipes de santé spécialisées attachées aux services de santé mentale, plus celle de la Région germanophone, les thérapeutes délégués et la consultation de l'UPPL

<sup>3</sup> 726 auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été pris en charge, mais le nombre de dossiers correspondant aux enregistrements analysables n'est que de 593, le reste des traitements statistiques se fera sur ce nombre.

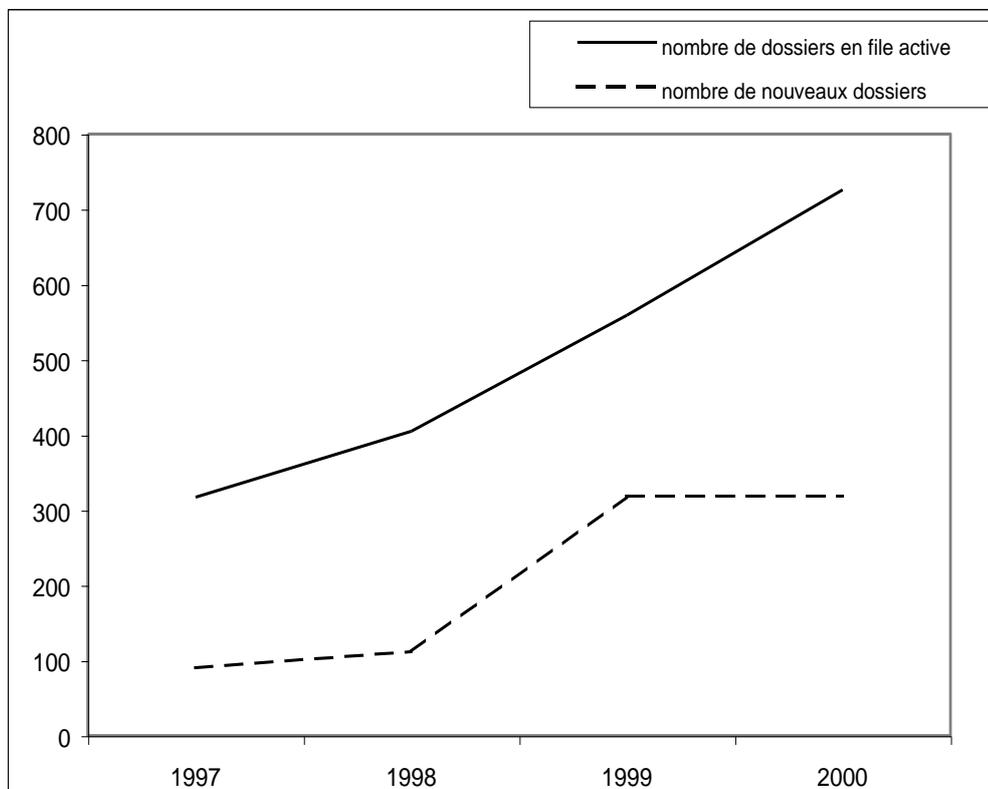
A.1.2. Evolution des dossiers



**Figure 1 : Proportion des nouveaux cas dans la file active**

*La proportion de nouveaux dossiers est plus importante dans les équipes qui rendent un plus grand nombre d'avis puisque ces dossiers sont moins longtemps actifs.*

*Le nombre de nouveaux dossiers en 2000 représente 43,8% de l'ensemble des dossiers actifs.*



**Figure 2 : Evolution du nombre de dossiers de 1997 à 2000 (voir note 1)**

On observe une grande augmentation du nombre de nouveaux dossiers en 1999, qui correspond à l'ouverture de la majorité des équipes de santé spécialisées tel que décrit dans l'Accord de coopération (art. 7).

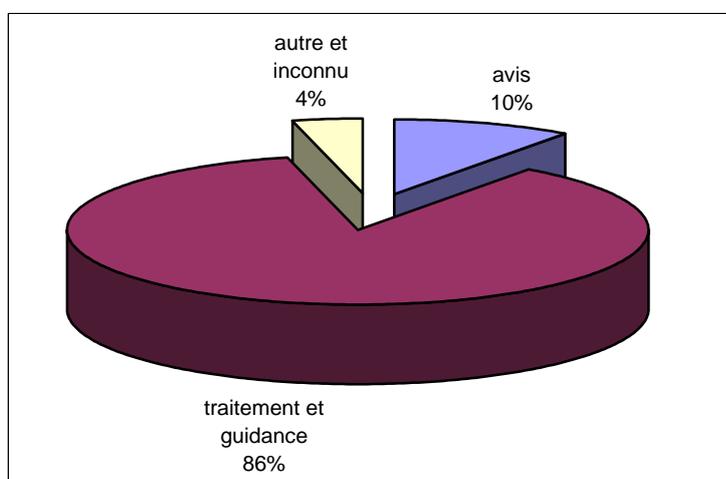
### A.1.3. Prises en charge

#### A.1.3.1. Type de prise en charge par équipe

Centres	type de prise en charge			Total
	avis	Traitements et guidances	autres	
1	9	45	4	58
2	2	30	1	33
3		27	1	28
4		32	1	33
5	4	14		18
6	3	29	5	37
7		36		36
8	3	15	1	19
9	1	73	3	77
10	7	69	2	78
11	1	48	3	52
12	6	167		173
14		2		2
15	30	90	2	122
Total	60	510	23	593

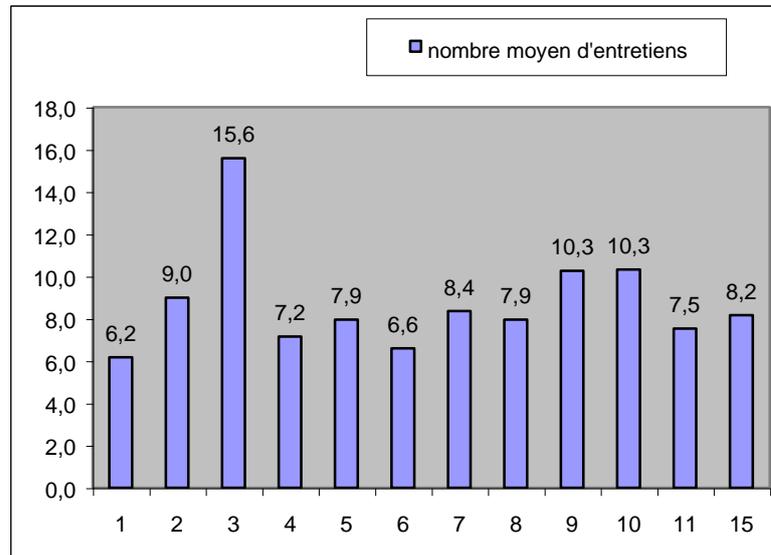
**Tableau 2**

Le nombre d'avis est peu important en général, sauf pour une équipe (l'UPPL), où cela représente près de 25% des prises en charge.



**Figure 3 : Type de prise en charge pour l'ensemble des équipes**

A.1.3.2. Nombre d'entretiens cliniques et sociaux



**Figure 4 : Nombre moyen d'entretiens par auteur d'infractions à caractère sexuel et par équipe<sup>4</sup>**

*Ce nombre est calculé sur l'ensemble des dossiers enregistrés depuis 1998, clôturés ou non. La moyenne générale est de 8,73 entretiens avec un écart-type de 10. La dispersion est donc importante. Sur les 12 centres, seul 4 dépassent cette moyenne.*

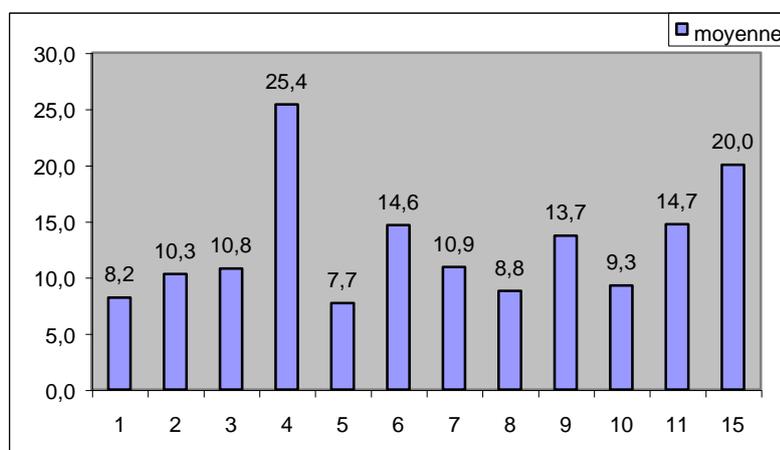
Nombre d'entretiens	type de prise en charge		
	avis	Traitement et guidance	autres
Moyenne	<b>3,8</b>	<b>9,2</b>	7,8
Ecart-type	<b>3,4</b>	<b>10,3</b>	10,9
Minimum	0,0	0,0	1,0
Maximum	16,0	115,0	39,0

**Tableau 3 : Nombre moyen d'entretiens en fonction du type de prise en charge**

*Le nombre d'entretiens varie selon le type de prise en charge, mais l'écart-type montre une beaucoup plus grande dispersion des données pour les traitements et guidances : de 9,2 à 10,3. Le nombre d'entretiens pour un avis varie beaucoup moins : de 3,4 à 3,8.*

<sup>4</sup> Trois équipes sont manquantes en raison de données insuffisantes.

### A.1.3.3. Durée de la prise en charge



**Figure 5 : Durée totale en mois de la prise en charge par auteur d'infractions à caractère sexuel et par équipe**

*La durée varie fortement selon les équipes. Cette durée est directement influencée par le type de prise en charge prépondérant.*

### A.1.3.4. Fréquence de la prise en charge

	Nombre	Pourcentage
1 * semaine	65	11
1 * 15 jours	<b>172</b>	29
1 * 3 semaines	62	10,4
1 * mois	<b>157</b>	26,5
1 * trimestre	9	1,5
1 * semestre	4	0,7
1 * an	3	0,5
inconnu	121	20,4
Total	593	100

**Tableau 4 : Fréquence de la prise en charge**

*La plus grande fréquence des entretiens est dans 55,5 % des cas soit « tous les 15 jours », soit « tous les mois ».*

## A.2. Données socio-démographiques

### A.2.1. Langue maternelle et origine géographique

nationalités	français	autre	inconnu	Total
Région flamande	14	5		19
Région wallonne	482	4	2	488
Région germanophone	3	22		25
Région bruxelloise	17	1		18
CEE	13	7		20
Hors CEE	9	4		13
inconnu	3	4	3	10
Total	541	47	5	593

**Tableau 5**

*7,9% des auteurs d'infractions à caractère sexuel n'ont pas le français pour langue maternelle.*

### A.2.2. Sexe

	Nombre	Pourcentage
Masculin	579	97,6
Féminin	10	1,7
inconnu	4	0,7
Total	593	100

**Tableau 6**

*Les pourcentages restent stables au fur et à mesure des années.*

A.2.3. Âge

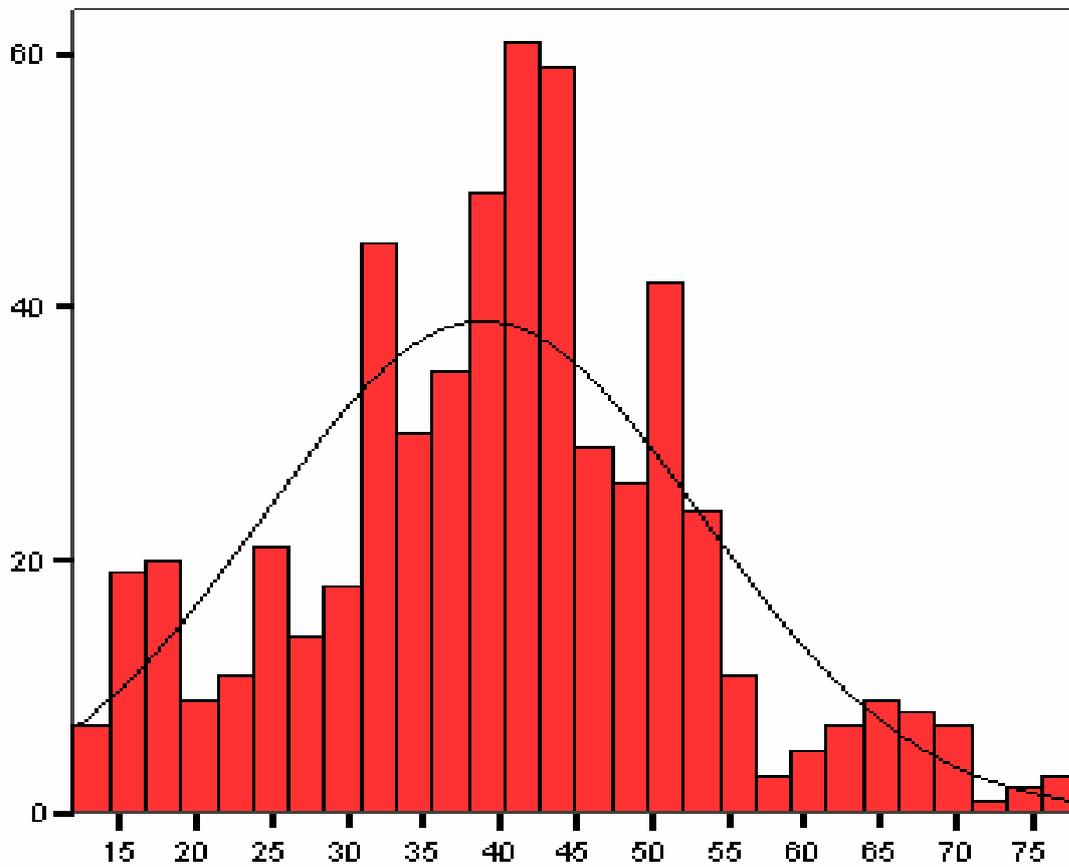


Figure 6 : Nombre d’auteurs d’infractions à caractère sexuel en fonction de l’âge

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age	593	0	78	38,85	14,33

Tableau 7 : Caractéristiques statistiques selon l’âge

*La distribution de l’âge montre quelques écarts à la distribution gaussienne dont nous n’avons pas mesuré le caractère significatif.*

	Nombre	Pourcentage
mineurs	46	7,8
majeurs	529	89,2
inconnu	18	3
Total	593	100

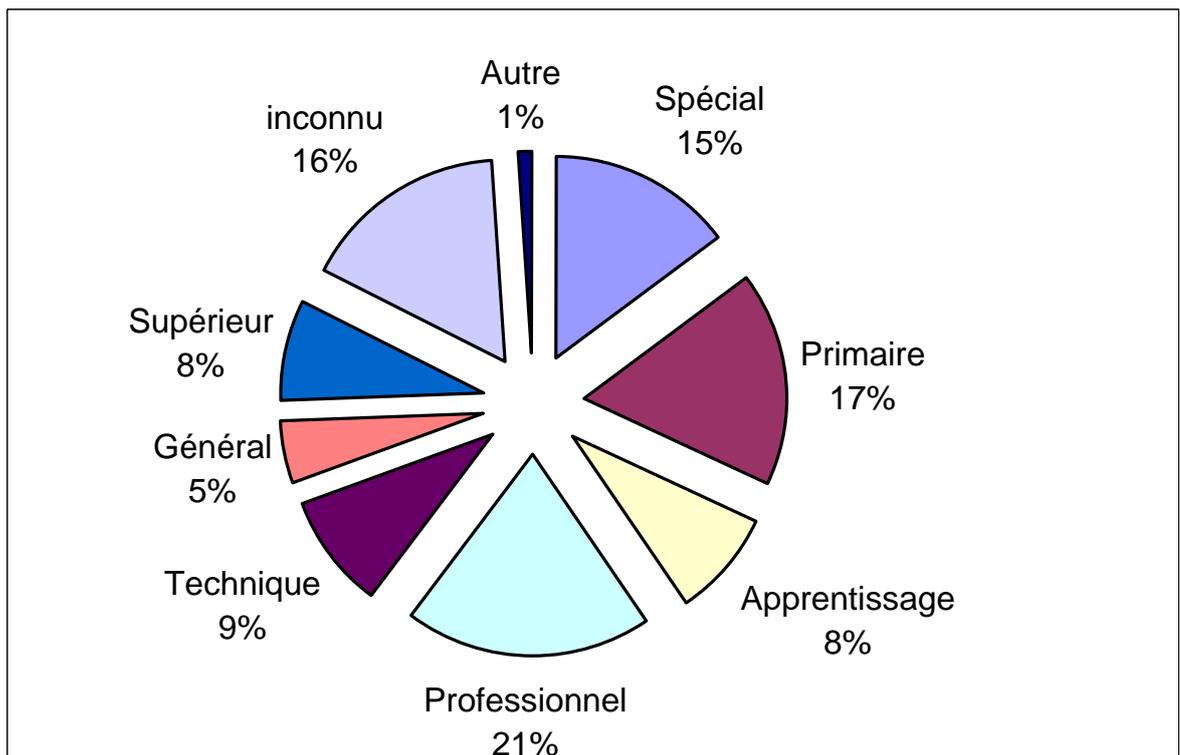
**Tableau 8 : Statut civil des auteurs d'infractions à caractère sexuel**

*Soulignons le nombre des mineurs qui est en augmentation dans les consultations.*

*Ils représentent 9,34 % des nouveaux dossiers.*

*Bien qu'ils ne fassent pas partie des Accords de coopération, ils sont acceptés dans plusieurs consultations en raison de la littérature scientifique qui insiste sur le nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel qui ont commencé les transgressions sexuelles à cet âge.*

A.2.4. Niveau scolaire



**Tableau 9 : Niveau scolaire atteint par les auteurs d'infractions à caractère sexuel**

*Les niveaux scolaires faibles sont très nombreux.*

	Nombre	Pourcentage	Pourcentages cumulés
Spécial	88	14,8	14,8
Primaire	102	17,3	32,1
Apprentissage	50	8,4	40,5
Professionnel	117	19,7	60,2
Technique	55	9,3	69,5
Général	29	4,9	74,4
Supérieur	48	8,1	82,5
inconnu	97	16,3	98,8
Autre	7	1,2	100
Total	593	100	

**Tableau 10 : Niveau scolaire atteint**

*22 % ont un niveau d'enseignement secondaire : technique, général ou supérieur.*

#### A.2.5. Vie éducative

	Fréquence	Pourcentage
père et mère ensemble	331	55,8
père et mère séparés	4	0,7
mère seule	55	9,3
père seul	20	3,4
père et mère ensemble, et différents placements	32	5,4
père et mère séparés, et différents placements	4	0,7
mère et différents placements	13	2,2
père et différents placements	2	0,3
autre famille / accueil	18	3,0
institution	23	3,9
institution et différents placements	7	1,2
Autre	5	0,8
inconnu	79	13,3
Total	593	100

**Tableau 11 : Lieu d'éducation**

*15,2 % (mère seule, père seul, mère et différents placements, père et différents placements) ont reçu une éducation monoparentale.*

*16,7 % ont connu un placement ou ont vécu en institution à un moment de leur éducation.*

A.2.6. Milieu de vie

	au moment des faits		au moment de la prise en charge	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
seul	97	16,4	91	15,3
seul avec enfants	18	3	7	1,2
avec conjoint	64	10,8	35	5,9
avec conjoint et enfants	227	38,3	60	10,1
avec parents	90	15,2	63	10,6
en famille élargie	14	2,3	14	2,4
en institution	12	2	35	5,9
autre	29	4,9	20	3,4
en prison		0	235	39,6
inconnu	42	7,1	33	5,6
Total	593	100	593	100

**Tableau 12 : Comparaison du milieu de vie en fonction du moment**

*La situation des auteurs d'infractions à caractère sexuel au moment de la prise en charge est difficile à analyser ici dans la mesure où certains ne sont jamais allés en prison, certains en sont sortis et d'autres ne vont en sortir que quelque temps après l'encodage. Près de 50 % sont dans ces cas de figure. Nous devons affiner l'enregistrement des données pour permettre une analyse fiable.*

A.2.7. Catégorie socioprofessionnelle de la famille d'origine des auteurs d'infractions à caractère sexuel

	Nombre	Pourcentage
agriculteur	22	3,7
ouvrier	188	31,7
employé	75	12,7
cadre supérieur	7	1,2
indépendant	31	5,2
profession libérale	5	0,8
inconnu	243	41
autre	22	3,7
Total	593	100

**Tableau 13 : Catégorie socioprofessionnelle du père<sup>5</sup>**

*Les deux catégories les plus représentées sont celle des ouvriers (31,7 %) et celle des employés (12,7 %). Les catégories*

<sup>5</sup> Les données obtenues concernant la catégorie socioprofessionnelle de la mère sont insuffisantes pour les traiter statistiquement.

les moins représentées sont les professions libérales (0,8 %) et les cadres supérieurs (1,2 %).

#### A.2.8. Situation socio-économique des auteurs d'infractions à caractère sexuel

Au moment des faits	Au moment de la prise en charge			Total
	travaille	ne travaille pas	inconnu	
travaille	<b>111</b>	142	2	<b>255</b>
ne travaille pas	8	<b>255</b>	4	267
inconnu	4	36	<b>31</b>	71
Total	<b>123</b>	433	37	593

**Tableau 14 : Changement de la situation socio-économique avec l'inculpation**

Comme au point A.2.6., l'analyse ne distingue pas les auteurs d'infractions à caractère sexuel qui sont sortis de prison, ceux qui y sont encore ou ceux qui n'y sont jamais allés. Les résultats sont donnés à titre indicatif.

### **A.3. Données criminologiques**

#### A.3.1. Antécédent d'aide à la jeunesse

Le nombre de non-réponses est très important et n'a pas permis une analyse descriptive.

#### A.3.2. Récidive

	Nombre	Pourcentage
oui	90	15,2
non	271	45,7
Inconnu / donnée manquante	232	39,1
Total	593	100

**Tableau 15 : Récidive générale**

Il faut insister sur le grand nombre de réponses inanalysables. Il est normal que les cliniciens aient peu d'informations sur ce sujet, notamment pour les justiciables qui ne font pas l'objet de convention et qui n'ont pas été emprisonnés dans le cadre de la condamnation.

A. 3.3. Statut légal

	Nombre	Pourcentage
libre d'obligation	43	7,3
Dépend d'une institution Aide à la Jeunesse	12	2
dépend du Tribunal de la Jeunesse	31	5,2
dépend du Parquet	20	3,4
dépend du Juge d'instruction	37	6,2
dépend de l'Administration pénitentiaire (libération provisoire)	17	2,9
dépend de l'Administration pénitentiaire (incarcéré)	185	31,2
dépend de la Commission de Libération conditionnelle	73	12,3
dépend de la Commission de Probation	85	14,3
dépend de la Commission de Défense sociale (interné)	10	1,7
dépend de la Commission de Défense sociale (libéré à l'essai)	23	3,9
autre	18	3
inconnu	39	6,6
Total	593	100

**Tableau 16 : Statut de la contrainte judiciaire**

*Ces catégories ont été construites à l'aide des variables « Envoyeurs » et « Statut légal ». Cet indice indique de quelle autorité dépend l'auteur d'infractions à caractère sexuel.*

*57 % des cas dépendent de l'administration pénitentiaire ou de la commission de libération conditionnelle ou de probation. Les personnes « libres d'obligations » consultent spontanément, sur conseil d'un proche ou d'un professionnel.*

### A.3.4. Convention

	convention signée				Total
	oui	non	autre	inconnu	
Conventions devant être légalement signées	18	40		15	73
Conventions facultatives <sup>6</sup>	21	226	2	89	338
souhaitée <sup>7</sup>	22	84	1	18	125
autre		10		8	18
inconnu	6	15		18	39
Total	67	375	3	148	593

**Tableau 17 : Conventions**

*Le nombre de conventions signées reste très faible (11,29 %), même parmi celles qui auraient dû l'être (24,66 %). Elles sont même en légère baisse par rapport à l'an dernier.*

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

### A.4.1. Dévoilement des faits

	Nombre	Pourcentage
auteur	15	2,5
victime	317	53,5
entourage auteur	20	3,4
entourage victime	106	17,9
témoin	11	1,9
complice	2	0,3
autre	11	1,8
inconnu	111	18,7
Total	593	100

**Tableau 18**

*Dans 71,33 % des cas, les faits sont dévoilés par la victime ou son entourage.*

*L'auteur et son entourage dénoncent les faits dans 5,9 % des cas.*

<sup>6</sup> Médiation pénale, alternative (détention préventive, probation prétorienne, jeunesse...).

<sup>7</sup> Probation, libération à l'essai, libération provisoire, etc.

A.4.2. Reconnaissance des faits

		Total	reconnaissance des faits (prise en charge)				
			aveu total	négation / reconnaissance partielle	négation totale	inconnu	autre
<b>Total</b>		481	164	148	93	76	1
reconnaissance des faits (au jugement)	aveu total	150	<b>143</b>	6		1	
	négation / reconnaissance partielle	141	7	<b>125</b>	6	3	
	négation totale	83	1	4	<b>77</b>	1	
	inconnu	105	13	12	10	70	
	autre	2		1		1	

**Tableau 19 : Evolution de la reconnaissance des faits**

*Les changements apparaissent peu significatifs d'une période à l'autre.*

A.4.3. Relation de l'auteur à la victime

	Nombre	Pourcentage
intrafamiliale	285	48,1
extrafamiliale	231	38,9
les deux	35	5,9
inconnu	42	7,1
Total	593	100

**Tableau 20**

	Nombre	Pourcentage
parent	118	19,9
grand-parent	13	2,2
beau-parent	64	10,8
fratrie	18	3
famille éloignée	71	12
demi-frère/demi-soeur	12	2
enfants	1	0,2
conjoint	14	2,4
autre	10	1,7
inconnu	41	6,9
extra - familial	231	38,9
Total	593	100

**Tableau 21 : Relation intra familiale**

*Dans 48,1 % + 5,9 % = 54 % des cas au moins (cf. tableau 20), l'infraction sexuelle est intra-familiale. Les relations incestueuses commises par le parent ou le beau parent représentent 30,7 % des cas (cf. tableau 21).*

	Nombre	Pourcentage
	1	0,2
responsable éducatif	31	5,2
relation amicale	40	6,7
voisin/fréquentation	81	13,7
personne connue	43	7,2
personne inconnue	67	11,3
autre	5	0,8
inconnu	40	6,8
intra - familial	285	48,1
Total	593	100

**Tableau 22 : Relation extra familiale**

*Dans 38,9 % + 5,9 % = 44,8 % des cas au moins (cf. tableau 20), l'infraction est extra-familiale. La victime connaît son agresseur dans 32,8 % des cas d'abus extra-familiaux (responsable éducatif, relation amicale, voisin / fréquentation, personne connue). Si l'on ajoute ce pourcentage à celui des abus intra-familiaux, la victime connaissait son agresseur dans 32,8 % + 48,1 % + 5,9 % = 86,8 % de l'ensemble des cas (cf. tableau 20).*

#### A.4.4. Orientation sexuelle

	Nombre	Pourcentage
pédophile	39	6,6
éphébophile	10	1,7
homophile	13	2,2
hétérophile	280	47,2
inconnu	192	32,4
multiple	59	9,9
Total	593	100

**Tableau 23 : Orientation sexuelle des auteurs d'infractions à caractère sexuel pris en charge**

*Ne sont considérées que les attirances et non seulement les comportements sexuels. Il faut entendre par « hétérophile » et « homophile » : « dans la même génération ». Par « pédophile » et « éphébophile »<sup>8</sup>, il faut entendre une attirance envers enfants ou adolescents (fille ou garçon). Le grand nombre d'inconnus peut être lié à une insuffisante familiarité des cliniciens avec ces notions, à une méconnaissance de l'intimité sexuelle par les cliniciens ou par les auteurs d'infractions à caractère sexuel eux-mêmes, et enfin, au manque de sincérité de ces derniers.*

#### A.4.5. Activité sexuelle

	Nombre	Pourcentage
act pédosexuelles	<b>45</b>	7,6
act éphébo et hétéro	37	6,3
act homo et hétéro	6	1
act éphébosexuelles	4	0,7
act homosexuelles	2	0,3
act hétérosexuelles	<b>203</b>	34,2
act pédo et éphébo	9	1,5
act pédo et hétéro	<b>108</b>	18,2
act éphébo et homo	12	2
inconnu	167	28,2
Total	593	100

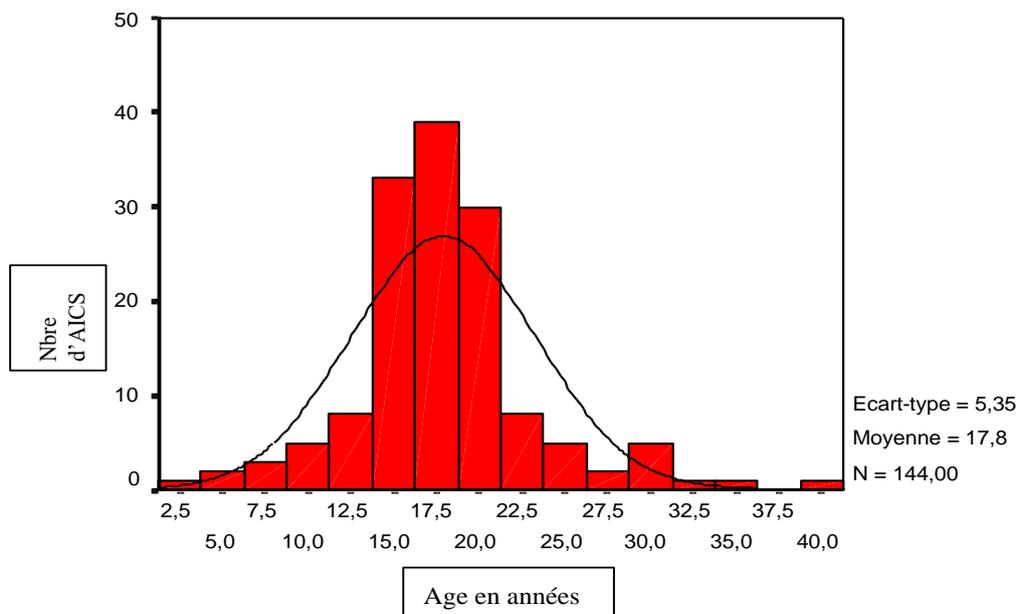
**Tableau 24 : Activité sexuelle des auteurs d'infractions à caractère sexuel pris en charge**

*Les auteurs d'infractions à caractère sexuel ont dans 34,2 % des cas uniquement des activités hétérosexuelles. L'activité sexuelle exclusive avec des enfants représente 7,6% des cas. Les deux tableaux doivent être nuancés car ils comprennent les*

<sup>8</sup> Le terme « hébéphile » serait plus approprié que le terme « éphébophile » qui ne désigne étymologiquement que les garçons.

*adolescents. Dans les prochains enregistrements, ils ne seront plus pris en considération.*

#### A.4.6. Age du début des activités sexuelles avec partenaires



**Figure 7 : Age de début des activités sexuelles avec partenaire**

*Les auteurs d'infractions à caractère sexuel ont commencé leur activité sexuelle majoritairement entre 15 et 20 ans. Les âges plus faibles doivent être analysés avec soin et individuellement. Sans doute correspondent-ils à un partenariat sexuel en tant que victimes. Les absences de réponses sont très nombreuses : 449, soit 75,7 %.*

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

### A.5.1. Capacité intellectuelle

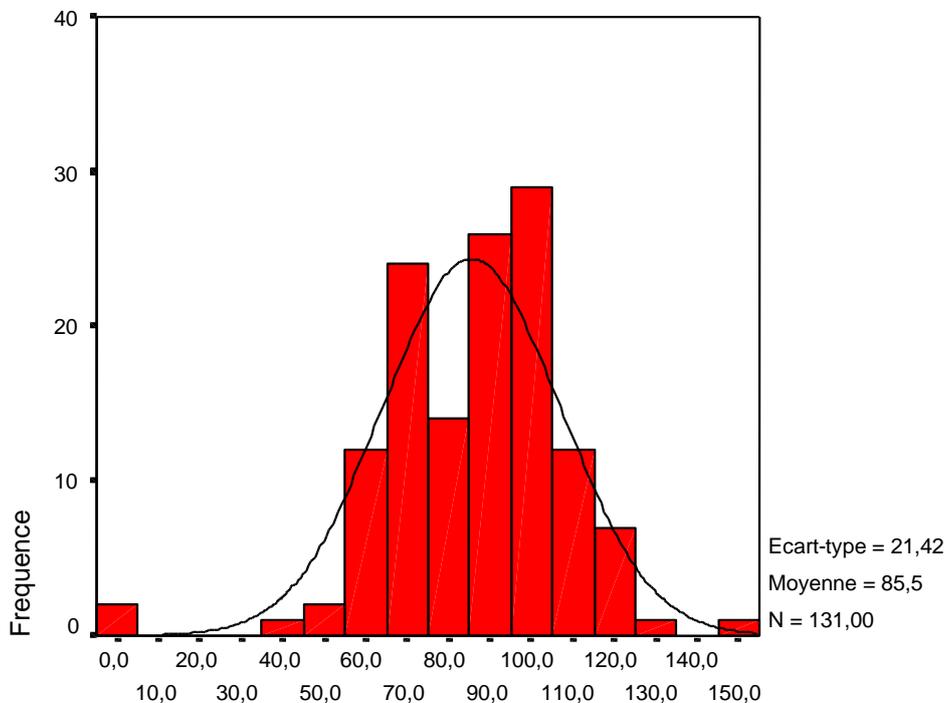


Figure 8 : QI des auteurs d'infractions à caractère sexuel

*Il semble y avoir deux courbes qui se superposent. Une avec une moyenne vers 70, et une autre avec moyenne vers 100. Il peut donc s'agir de deux types de population ou de la classification de la population en deux types si les QI donnés sont estimés cliniquement et non le résultat de notes standards étalonnées.*

*Quoiqu'il en soit, la courbe observée ne rejoint pas la courbe normale. Le QI moyen est de 85,5 avec un écart-type de 21,42. Le niveau est donc plus bas et plus étendu que celui de la population en général. Les absences de réponse sont très nombreuses : 462, soit 77,9 %.*

A.5.2. Conduites addictives

	au moment des faits	habituellement					Total
		pas du tout	un peu	moyennement	beaucoup	inconnu	
Alcool	pas du tout	<b>239</b>	21	10	1	3	274
	un peu	9	<b>22</b>	3	2	3	39
	moyennement	7	8	<b>28</b>	3	2	48
	beaucoup	12	6	18	<b>55</b>	3	94
	inconnu	1	1	3	3	130	138
Total		268	58	62	64	141	593
drogue	pas du tout	<b>407</b>	5	2	1	4	419
	un peu	1	<b>1</b>	1		1	4
	moyennement		1	<b>4</b>	1	1	7
	beaucoup	3		3	<b>2</b>	1	9
	inconnu	4	1	1	1	147	154
Total		415	8	11	5	154	593
médicament	pas du tout	<b>394</b>	7			3	404
	un peu	2	<b>9</b>		1		12
	moyennement		1	<b>8</b>	1		10
	beaucoup	1		2	<b>4</b>	1	8
	inconnu	5	1			153	159
Total		402	18	10	6	157	593

Tableau 25

*L'utilisation de médicaments et de drogues n'est pas un facteur très important. Par contre, l'alcool joue un rôle dans 55 cas soit 9,6 % des cas au moment des faits. La consommation habituelle et excessive d'alcool est déclarée par 126 auteurs d'infractions à caractère sexuel (moyennement = 62 et beaucoup = 64), soit 28 % des cas.*

A.5.3. Violences subies par l'auteur dans le passé

au moins :	Nombre	Pourcentage
violences physiques	114	19,2
violences psychologiques	126	21,3
séviesses sexuels	79	13,3
négligences	87	14,7

Tableau 26 : Violences dont les auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été victimes

L'auteur a été victime de		
	Nombre	Pourcentage
non	107	18
violences physiques	26	4,4
violences phys et psy	22	3,7
violences phys ,psy et sév sexuels	29	4,9
violences phys ,psy et négligences	20	3,4
violences phys et sév sexuels	8	1,4
violences phys et négligences	9	1,5
violences psychologiques	36	6,1
violences psy et sév sexuels	5	0,8
violences psy ,sév sexuels et négligences	2	0,3
violences psy et négligences	12	2
sévices sexuels	35	5,9
sév sexuels et négligences	5	0,8
négligences	39	6,6
autre	4	0,7
inconnu	234	39,5
Total	593	100

**Tableau 27 : Détail des violences multiples subies par les auteurs d'infractions à caractère sexuel**

*On observe que  $100\% - (39,5\% + 18\%) = 42,5\%$  des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont subi une ou des formes de violence dans leur enfance, ces violences pouvant avoir la forme de violences physiques, psychologiques, sexuelles ou de négligences. La forme de violence la plus répandue est la violence psychologique, puis physique. Les violences sexuelles viennent en dernier et n'accréditent pas l'idée parfois avancée du violé / violeur.*

#### A.5.4. Soins en santé mentale antérieurs

	Nombre	Pourcentage
non	335	56,5
léger	44	7,4
moyen	60	10,1
lourd	40	6,8
inconnu	114	19,2
Total	593	100

**Tableau 28**

*24,3 % des auteurs d'infractions à caractère sexuel (léger, moyen et lourd) ont des antécédents de soins en santé mentale, 29,2 % d'entre eux pour des problèmes d'abus sexuels.*

## **B. EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES**

*Chaque équipe de santé spécialisée rédige son rapport d'activité selon un canevas qu'elle définit elle-même. Les observations et analyses qu'ils contiennent portent donc sur des points que l'on ne retrouve que dans deux ou trois autres rapports, voire dans aucun autre. Cela ne signifie pas pour autant que ces points soient vides d'informations ou absents des préoccupations pour les autres. Une présentation comparative et une synthèse sont donc impossibles.*

- *Nous relevons que les Equipes en place se stabilisent quant à leur nombre, leur implantation et leur personnel. Les délégations à des thérapeutes hors des équipes restent très peu nombreuses et sont souvent orientées vers l'UPPL.*
- *Nous observons une diversification et une intensification des modes d'action dans toutes les directions requises pour l'approche spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel telles que relevées dans les recherches nationales et internationales. Elles ne sont cependant perceptibles que sur l'ensemble des équipes, chacune ne privilégiant que telle ou telle avancée en rapport à ses sensibilités, compétences, priorités et moyens.*

*Augmentation des évaluations des caractéristiques liées à la transgression sexuelle, celles qui résistent et celles qui peuvent être mobilisées, avec des tests mieux appropriés. Le nombre d'avis spécialisés formellement réalisés reste cependant faible. Les évaluations sont parfois réorientées vers l'UPPL.*

*Nous trouvons une grande variété de formules de travail :*

- ❖ *En prison : les équipes contactent l'auteur d'infractions à caractère sexuel en vue d'une prise en charge future, pour un traitement intra-pénitentiaire (sans nécessairement de suite à la sortie) ou pour commencer la prise en charge plus tôt dans des contextes différents de pressions (avant, pendant ou après le jugement, proche de la sortie, etc.) (au moins dans 3 équipes).*
- ❖ *En hospitalisation de jour, elles présentent une succession d'activités à portée différente (dans une équipe).*
- ❖ *En consultation classique : elles reçoivent le patient entre une demi-heure et une heure d'entretien. La séance peut être plus longue en raison d'une prise en charge groupale, d'une évaluation, ou en fonction du lieu de résidence plus ou moins éloigné de l'auteur d'infractions à caractère sexuel.*

- ❖ *En individuel ou en groupe (au moins dans 3 équipes maintenant), en couple voire en famille dans certains cas particuliers.*
- ❖ *En plus des modes de travail traditionnels dans les consultations, nous observons le recours à des médications (signalé dans 2 équipes), à des séances de travail beaucoup plus interactives (en groupe bien sûr mais aussi en individuel), à des exercices ou tâches dirigées en vue d'apprentissages ou de mises en situations nouvelles...*
- *L'augmentation des concertations avec les autres institutions ou professionnels impliqués dans la prise en charge des mêmes auteurs d'infractions à caractère sexuel est invoquée par une grande majorité des équipes, sur la connaissance réciproque ou la discussion de procédures de travail, mais aussi sur une prise en charge en transparence avec l'auteur d'infractions à caractère sexuel.*

*Les réunions d'équipes sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont régulières. S'y ajoutent des supervisions dans des sens divers : vers un « aîné qui encadre voire dirige l'orientation du travail » ou vers un « extérieur qui est appelé à donner un éclairage différent ».*

- ***L'investissement dans la formation est souligné par toutes les équipes et ce dans une proportion qui dépasse de loin les habitudes.***

*La réflexion sur les cadres, les définitions et les philosophies de travail reste présente dans bien des équipes.*

*Certaines équipes investissent dans la recherche sur leur population d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, ainsi que sur les effets obtenus par leur travail.*

- *L'obligation légale de traitement pour tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel est difficile à gérer car certains d'entre eux sont inaccessibles à un traitement quelconque ou ne sont disponibles que dans une certaine proximité. C'est également le cas des quelques, peu nombreux, auteurs qui semblent victimes d'erreur judiciaire (selon l'avis de presque tous les professionnels, y compris de la justice), mais dont le dossier est tel que le thérapeute doit faire quelques compromis, « il faut comprendre, c'est la loi ». C'est enfin le cas de délinquants pour lesquels l'infraction « mœurs » apparaît réelle, mais très ancienne, unique et non significative d'une problématique sexuelle. Les auteurs d'infractions à caractère sexuel cités par la loi ont en fait des profils criminels et sexuels*

*extrêmement différents avec des gravités se situant aux deux extrêmes.*

*L'obligation légale pour les magistrats de disposer d'avis spécialisés officiels, pour un nombre croissant de cas, entraîne des difficultés dans la mesure où ces auteurs d'infractions à caractère sexuel ont déjà été examinés par un ou deux experts, par une ou deux personnes en prison (quand c'est le cas) ou par le futur, l'ancien ou l'actuel thérapeute. Où sont tous ces cliniciens qui ne peuvent intervenir qu'une fois par rapport à un auteur d'infraction à caractère sexuel ? Ils ne sont pas aussi nombreux qu'ils le devraient pour agir en parfaite sérénité, d'où l'intérêt de former de nouveaux cliniciens spécialisés.*

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

*L'UPPL est une asbl indépendante. Elle comprend:*

- *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, article 5;*
- *une consultation spécialisée dans l'évaluation et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.*

### **1. Historique**

*En Belgique francophone, les professionnels de la Santé d'une part et du Droit d'autre part ont progressivement pris de plus en plus au sérieux les violences faites aux personnes, les maltraitances infantiles et particulièrement sexuelles à partir de la fin des années 70.*

*La mobilisation a été institutionnelle mais aussi associative (notamment les asbl ALEM, Respect et APEP).*

*Citons quelques points de repère :*

- *1979 : expérience pilote de prise en charge des enfants et familles ayant à connaître des maltraitances, dirigée par l'ONE avec les universités UCL, ULB et ULg.*
- *1985 : création en secteur de dix équipes SOS Enfants dans lesquelles la part de maltraitances sexuelles n'a cessé d'augmenter.*
- *1988 : Recherche sur la violence physique et sexuelle à l'égard des femmes en Belgique par la KUL, l'UCL et l'ULg, commanditée par le secrétaire d'Etat à l'environnement et à l'émancipation sociale M. SMETS.*
- *1989 : Modification de la définition légale du viol.*
- *1991 : Livre blanc sur la pédophilie en concertation interministérielle, dirigé par le délégué général aux droits de l'enfant.*
- *1992 : Recherche action sur l'abus sexuel de l'enfant dirigé par le fonds Houtman avec l'ULB, l'ULg et les FUNDP.*
- *1993 : Création de l'UFC à Anvers et du CRASC à Bruxelles.*
- *1995 : Loi relative aux abus sexuels à l'égard des mineurs qui augmente le recours à des services spécialisés dans le code d'instruction criminelle, dans le code pénal et dans la loi de Défense Sociale.*
- *En août 1996, la presse, qui était mobilisée depuis plus de vingt ans sur les maltraitances sexuelles sur enfants, va révéler à la population ce qu'il convient d'appeler maintenant l'affaire*

*Dutroux et enclencher une prise de conscience et un mouvement populaire (mouvement blanc) qui ne cessera d'insister auprès du monde politique et professionnel pour apporter des solutions adaptées au problème dit de la pédophilie et de l'agression sexuelle.*

- *1997 : Parallèlement aux différentes impulsions légales qui contraignent les auteurs d'infractions à caractère sexuel à recourir aux cliniciens spécialisés pour examen, traitement et guidance, les gouvernements s'engagent dans le développement d'évaluations, de traitements et de guidances dispensés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ils décident de les confier au système de soins lorsque ces derniers vivent dans la communauté hors des systèmes fermés et sécuritaires et ils s'appliquent à développer la coopération entre les systèmes de Justice et de Santé dans des cadres économiques et éthiques rigoureux sans préjudice pour leurs objectifs et leurs responsabilités respectives.*

*En 1997, le Ministre de l'Action Sociale, du Logement et de la Santé, et le Conseil Régional Wallon des Services de Santé Mentale rassemblaient les quelques cliniciens expérimentés qui travaillaient dans ce domaine depuis plusieurs années, la plupart depuis plus de quinze ans avec l'aide de leurs institutions, notamment le CHRP « Les Marronniers » (à Tournai), le CLIPS (Equipe de Santé Spécialisée à Liège), la Province de Hainaut (Service de Santé Mentale de Mouscron) et l'Hôpital Vincent Van Gogh (CHU de Charleroi).*

- *Le 1<sup>er</sup> janvier 1998 était créée l'UPPL qui deviendra une ASBL en septembre 1998.*
- *Le 8 octobre 1998, les Ministres de la Justice et de la Santé cosignent l'Accord de coopération. Le Ministre de la Santé reconnaît dix équipes de santé spécialisées (douze implantations professionnelles) au sein des services de santé mentale qui décident de s'impliquer dans cette problématique. Le Ministre de la Justice renforce les équipes psychosociales intra-pénitentiaires et les maisons de justice. Il désigne l'UPPL pour être le Centre d'appui en Région wallonne, désignation confirmée le 3 avril 2000. Depuis, l'UPPL stabilise progressivement son équipe, ses ressources, sa méthode de travail et les outils dont elle se dote.*
- *1998 : loi sur la libération conditionnelle*
- *Le 28 novembre 2000 a été promulguée une loi relative à la protection pénale des mineurs.*

## **2. Informations pratiques (au 31-12-2000)**

Adresse : Unité de Psychopathologie Légale (UPPL)  
Rue Despars, 92  
7500 Tournai

Téléphone : 069 888333

Fax : 069 888334

E-mail : [uppl@skynet.be](mailto:uppl@skynet.be) (va être supprimé)  
[Centredappui@uppl.be](mailto:Centredappui@uppl.be) est le nouvel e-mail  
depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001.

GSM : 0475 332929

Le secrétariat de l'UPPL est facilement accessible (dix lignes téléphoniques) du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 (répondeur en dehors des heures). En cas d'urgence, GSM tous les jours de 8h00 à 20h00. Le mail et le fax sont relevés très fréquemment dans la journée.

### 2.1. ASBL

Bureau du Conseil d'Administration :

- Maurice Korn, président
- Marc Preumont, vice-président
- Bernard Pihet, secrétaire et administrateur délégué
- Yvan Groult, trésorier

### 2.2. Le centre d'appui

#### 2.2.1. L'équipe

- Bernard Pihet, directeur et coordinateur, psychologue, psychothérapeute ;
- Maurice Korn, [vacataire], docteur en médecine et psychiatre (professeur à l'UMH) ;
- Thierry Hoang Quoc Pham, conseiller scientifique [vacataire], docteur en psychologie (professeur à l'UCL et à Lille III) ;
- Marc Preumont, conseiller juridique [consultatif], docteur en droit, (professeur à l'ULB).
  
- Philippe Cortèse, psychologue
- Madeleine Daneels, psychologue
  
- Myriam Roland, assistante d'administration et documentaliste
- Françoise Nys, secrétaire [temps partiel]
  
- Yvan Groult, trésorerie et comptabilité [vacataire]

- Jocelyne Bonnet, gestionnaire [vacataire]

### 2.2.2. Le Comité Scientifique et d'Ethique

- Xavier Bongaerts, docteur en médecine, neuropsychiatre et criminologue, expert auprès des tribunaux et médecin hospitalier au Centre le "Chêne-aux-Haies" à Mons ;
- Henri Boon, docteur en médecine, sexologue et psychiatre, médecin-chef au Centre hospitalier le "Chêne-aux-Haies" à Mons et membre du Conseil Régional des Services de Santé Mentale ;
- Pierre Collart, sociologue, travaille au CHU de Charleroi avec le Docteur Depauw et également au Centre de planning de Charleroi, assistant d'université à l'UCL ;
- Yves Depauw, docteur en médecine, 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 ;
- Yves-Hiram Haesevoets, psychologue clinicien à SOS Enfants de l'hôpital St-Pierre à Bruxelles (ULB) ;
- Maurice Korn, neuropsychiatre, ex-médecin-directeur du Service de Santé Mentale "Le CLIPS", professeur à l'UMH et à l'ULg ;
- Christian Mormont, psychologue et professeur à l'ULg ;
- Bernard Pihet, psychologue, coordinateur de l'UPPL.

### 2.2.3. Le Comité d'Encadrement Pédagogique

- Thierry Hoang Quoc Pham, docteur en psychologie, chercheur associé à l'Institut Philippe Pinel à Montréal, professeur à l'UCL et à Lille III (France) ;
- Christian Mormont, docteur en psychologie et professeur à l'ULg ;
- Bernard Pihet, psychologue, psychosociologue consultant en formation professionnelle ;
- Marc Preumont, docteur en droit, professeur à l'ULB ;
- Pierre Thys, docteur en psychologie, professeur à l'UMH et à l'ULg.

### 2.2.4. Collaborateurs non encore cités

- Adèle Claix, psychologue, CHRP « Les Marronniers » à Tournai ;
- Gilles Côté, docteur en psychologie, directeur du Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal et professeur au Département de Psychologie de l'Université des Trois Rivières à Québec ;
- Alexandre Dailliet, neuropsychiatre, fonctionnaire dirigeant ff au CHRP « Les Marronniers » à Tournai ;
- Isabelle Debruyne, psychologue, conseiller adjoint au service des cas individuels de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires ;

- *Christine Dubois, psychologue, directeur coordonnateur du service psychosocial central de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires ;*
- *Nelly Guillaume, psychologue, Inspectrice à la DGASS de la Région wallonne ;*
- *Alain Jacobeus, conseiller au Cabinet du Ministre - Président Jean-Claude Van Cauwenberghe, Gouvernement wallon ;*
- *Michel Jadot, neuropsychiatre, Service de Santé Mentale de Verviers ;*
- *André McKibben, criminologue, Institut Pinel de Montréal ;*
- *Michel Martin, neuropsychiatre, Directeur du Service de Santé Mentale de Herstal, vice-président du CRSSM ;*
- *Véronique Sion, psychologue, SOS Enfants St Pierre ;*
- *Robert Steichen, psychologue psychanalyste, professeur à l'UCL ;*
- *Hubert Van Gijsegheem, docteur en psychologie, professeur à l'Université de Montréal.*

### 3. Missions d'appui

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

- *d'une part, dans le secteur de la santé, les cliniciens et les thérapeutes qui :*
  - *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 qui :*
  - *aident les détenus à accepter leur privation de liberté,*
  - *les orientent vers l'amendement,*
  - *les évaluent pour informer l'autorité des indicateurs de risque 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 assumés 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 :*

- *disponibilité et présence sur les lieux de travail et de rencontres,*
- *convocations et mises en relation des acteurs,*
- *réponses à des demandes concrètes du secteur Santé et du secteur Justice,*
- *organisation de concertations dans chaque secteur et entre les deux secteurs,*
- *approfondissements théoriques dans lesquels puisent les deux secteurs en fonction de leurs objectifs,*
- *diffusion d'information aux acteurs de terrain.*

*Prioritairement et la plupart du temps, les réunions se tiennent à Namur ou dans le lieu le plus adéquat par rapport aux demandeurs.*

### 3.1. Demandes

*Nous ne reprenons ici que les thèmes de demandes les plus spécifiques qui méritent d'être signalées. Pour les demandes de documentation et d'inscription aux formations, nous renvoyons aux chapitres concernés.*

#### 3.1.1. Du Ministère de la Justice

- ❖ *Direction générale des Etablissements Pénitentiaires :*
  - *prisons francophones : Lantin, Mons Marneffe, Paifve, Andenne, Jamioulx, Saint-Hubert, Arlon, Dinant, Forest, Huy, Namur, Nivelles, Saint-Gilles, Tournai et Verviers.*
  - *service des cas individuels et encadrement des services psychosociaux (un comité de qualité, un conseil d'avis et un conseil d'administration).*
  - *Défense sociale : Paifve, Tournai et Mons.*
- ❖ *Direction générale de l'Organisation judiciaire : treize Maisons de Justice chacune située dans un arrondissement judiciaire : Nivelles, Charleroi, Mons, Tournai, Huy, Arlon, Namur, Liège, Verviers, Eupen, Marche en Famenne, Neufchâteau et Dinant.*

*Outre les questions techniques et administratives émanant des administrations et cabinets, les principaux thèmes des questions qui nous sont posées sont les suivants :*

- *Les prisons et les maisons de justice*
  - *Demande d'informations sur les possibilités de réaliser certains avis spécialisés, guidances et traitements dans le cadre de la libération conditionnelle.*
  - *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 (particulièrement dans le cas d'auteurs d'infractions à caractère sexuel dont le profil criminel domine largement le tableau psychopathologique, de négateurs ou de déficients mentaux) ?*
  - *Obtenir qu'un détenu puisse trouver une équipe de santé ou un thérapeute délégué près de chez lui (particulièrement dans le cas de francophones résidant en Flandre, de Bruxellois désirant être soignés en Région wallonne, de détenus wallons incarcérés dans les prisons bruxelloises et de patients germanophones résidant en Région wallonne).*
- *Les commissions (libération conditionnelle, probation et défense sociale)*
  - *Réaliser des avis tiers par rapport à des avis spécialisés contestés sur des conditions de libération ou possibilités de traitement.*

- *Avis sur la délégation d'un thérapeute qu'une Equipe de Santé Spécialisée soumet à leur approbation.*
  - *Concertation entre les présidents de Commissions de Libération Conditionnelle et les experts de l'UPPL.*
  - *Coordination avec les Equipes de Santé Spécialisées, notamment en ce qui concerne la qualité et la régularité des rapports qu'ils doivent recevoir sur les traitements en cours.*
  - *Participation à des séances de Commissions de Libération Conditionnelle.*
- *Juge de la jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse et Service d'Aide à la Jeunesse*

*Des demandes portent sur :*

- *des examens spécifiques de mineurs concernant la nature et la portée des abus, à savoir leur caractère exploratoire bénin et gérable dans un cadre éducatif ou au contraire les prémices d'un comportement délinquant ou d'une possible évolution psychopathologique et grave qui demanderait un encadrement clinique plus important.*
- *l'organisation ou la coordination des prises en charge psychologiques, médicales hospitalières, familiales et éducatives adaptées dans ces derniers cas.*

### 3.1.2. Réseau Santé

*La liste des Equipes de Santé Spécialisées des Services de Santé Mentale est reprise au point B de la première partie. Il faut y ajouter les hôpitaux psychiatriques comportant une section de Défense Sociale à Tournai et Mons, l'Hôpital Vincent Van Gogh avec le Centre de jour à Charleroi et l'équipe clinique de l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve.*

- *Demandes de supervisions dans le cadre d'équipes en prolongement du programme de formation.*
- *Demandes d'information sur les critères, procédures et échéances pour des thérapeutes délégués de la part de thérapeutes individuels. Un certain nombre d'entre eux vont ensuite jusqu'à demander une délégation. Certains cliniciens demandent la liste des thérapeutes qui ont déjà des délégations dans des régions bien précises.*
- *Adresses de homes ou d'institutions spécialisées qui pourraient recevoir des auteurs d'infractions à caractère sexuel.*
- *Rencontre avec l'UPPL pour répondre à leurs questions*
- *Renseignements sur l'utilisation de la grille d'enregistrement*
- *Renseignements quant à la signature de la convention, particulièrement en langue allemande en l'absence d'un accord de coopération avec la Communauté germanophone.*

### 3.2. Concertation

*Des concertations sont organisées avec des Equipes de Santé Spécialisées dans les Services de Santé Mentale, avec des Services Psychosociaux Spécialisés dans les prisons, à la demande de l'un ou l'autre, et organisées de façon ponctuelle ou quelque fois régulière. Signalons en particulier la concertation fréquente avec la section de Défense Sociale du CHRP « Les Marronniers ». D'autres concertations sont beaucoup plus formelles et organisées régulièrement plusieurs fois sur l'année.*

#### 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 en 1999. Il traite des 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 2000 sont :*

- *Formation de spécialisation de base qui doit être organisée pour le personnel des Equipes Psychosociales Spécialisées et des Equipes de Santé Spécialisées. Les conditions de formation et le contenu du programme sont discutés en détail.*
- *Evaluation des modalités concrètes d'application de l'Accord de coopération par l'Administration de la Justice, dans les prisons et dans les Maisons de Justice et par l'Administration des Affaires Sociales et de la Santé dans les Equipes de Santé Spécialisées.*
- *L'évaluation globale des effets de l'Accord de coopération a porté sur la réestimation des besoins en matière d'avis, de guidances et de traitements pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel libérés. Sont examinés corollairement : l'insuffisance du nombre de thérapeutes dans certains endroits, et également la difficulté de prise en charge à l'égard d'auteurs d'infractions à caractère sexuel qui se traduit par des refus de prise en charge dans certains cas de négation, de déficience mentale, et de délinquants dont la poly-délinquance et la criminalité dominant largement le tableau psychopathologique.*
- *Accréditation dans des équipes psychosociales intra-pénitentiaires du personnel spécialisé qui est habilité à gérer les délinquants sexuels lorsque la prison ne dispose pas de Services Psychosociaux Spécialisés.*
- *Répartition du travail entre le Centre d'Appui Bruxellois et l'UPPL concernant les auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés dans une prison bruxelloise mais résidant en Région wallonne.*

- *Problèmes posés par l'enregistrement des données concernant les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Celles qui émanent des Equipes de Santé Spécialisées sont anonymisées et très peu documentées sur le volet judiciaire. Les données émanant du monde judiciaire sont extrêmement peu nombreuses. Le croisement des données émanant de ces deux sources se révèle impossible en raison des dispositions de protection de la vie privée.*
- *Gestion de collaboration particulièrement difficile entre Equipe de Santé Spécialisée et Service Psychosocial Spécialisé en charge du même dossier.*
- *Evaluation des réunions d'information destinées aux magistrats (cf. en annexe le compte rendu de Catherine HANOZIN). Elles ont été organisées par les Maisons de Justice dans chaque arrondissement judiciaire. Y étaient invités l'UPPL, les membres des Services Psychosociaux Spécialisés intra-pénitentiaires, les Equipes de Santé Spécialisées régionales ainsi que certains assistants de justice.*

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

*La Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne (D.G.A.S.S.), le groupe de travail « Abus sexuel » du Conseil Régional des Services de Santé Mentale (C.R.S.S.M.), et l'Unité de Psychopathologie Légale (U.P.P.L.) ont organisé une journée de travail en octobre 2000 avec toutes les Equipes de Santé Spécialisées.*

*Les problèmes essentiels abordés au cours de cette journée ont concerné les relations et la volonté de mieux travailler avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cette première réunion a été tout à fait positive et a laissé la possibilité de trouver des perspectives de travail (maintien et qualité de l'emploi, rôle des différentes professions, interactions équipes spécialisées et équipes généralistes).*

### 3.2.3. Les Centres d'Appui

*Nous avons eu une coordination avec le centre d'appui néerlandophone au printemps et en automne pour une information réciproque et une harmonisation en ce qui concerne les difficultés dans l'application de l'accord, les relations avec les différents partenaires et les perspectives d'avenir. De plus, une collaboration a porté sur l'implémentation des techniques pléthysmographiques utilisées à l'UFC à la section de Défense sociale de l'hôpital psychiatrique « Les Marronniers ». L'UPPL pourrait en effet bénéficier de ce dispositif auprès de l'Hôpital « Les Marronniers » pour des clients externes.*

### 3.2.4. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale

*L'UPPL est invitée au groupe de travail sur la pédophilie et les abus sexuels créé par le CRSSM.*

## 3.3. Informations

### 3.3.1. 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 (propositions 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. En raison des difficultés financières qui ont perturbé le bon fonctionnement de l'UPPL durant l'année 2000, la parution du Newsletter a été interrompue après le n°1. Cette interruption nous a permis de restructurer et de rationaliser notre façon de travailler, de telle sorte que la composition du Newsletter soit sous-traitée et que sa parution soit bimestrielle.*

### 3.3.2. Site Internet

*Plusieurs contacts ont été pris en vue de la création d'un site Internet pour l'UPPL. <http://www.uppl.be>. La création de ce site devrait permettre de faire circuler les informations émanant de l'UPPL plus rapidement dès qu'elles sont disponibles et sans attendre plusieurs semaines. Le newsletter sera désormais accessible via le Web. Les stagiaires de la « Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels » pourront également s'inscrire en ligne. Les internautes découvriront également les missions de l'UPPL et les cadres légaux de référence (sans doute opérationnel à partir de septembre 2001).*

## 3.4. Formations

### 3.4.1. Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels

- a) *La formation spécialisée adressée aux équipes spécialisées est restée en « stand-by » jusque fin septembre 2000 (voir plus haut). Pour relancer le programme de formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels et lui donner plus de rigueur, l'UPPL a constitué un Comité d'Encadrement Pédagogique composé de formateurs, professeurs d'université et consultants en formation professionnelle.*

*Il supervise toute la formation à programme, les conditions de formation, les formateurs, les stagiaires, la certification et évaluation.*

*Les formations sont prioritairement et la plupart du temps organisées à Namur dans des locaux offrant des conditions de travail adaptées. Episodiquement, ces activités sont décentralisées dans un type de lieu ou un autre qui conviennent mieux (grandeur de salle, traduction simultanée, proximité du matériel pédagogique).*

*b) Cette formation poursuit deux objectifs principaux :*

- Proposer des modules de formation spécifique à la clinique des agresseurs sexuels sous forme de cours, conférences, ateliers ou de symposia. L'UPPL recommandera également des modules organisés par d'autres institutions. A la demande des stagiaires, l'un ou l'autre cours qu'ils auront suivis pourront être comptabilisés après approbation du Comité d'Encadrement Pédagogique.*
- Délivrer un certificat de spécialisation.*

*Avantages pour le clinicien :*

- accroître la compréhension des comportements qui portent atteinte à l'intégrité sexuelle d'autrui ;*
- améliorer l'aisance des praticiens dans les relations avec cette clientèle spécifique ;*
- accéder aux méthodes et aux outils spécifiques pour développer les compétences en matière d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de guidance ;*
- aider les professionnels dans l'optimisation de leur rôle et mandat dans la prévention de la récidive.*

*Public visé :*

- Les cliniciens en contact avec des agresseurs sexuels : médecins psychiatres, psychologues, assistants sociaux, criminologues et sexologues, acteurs de l'accord de coopération y compris les thérapeutes délégués.*
- D'autres professionnels peuvent présenter leur candidature au Comité d'Encadrement Pédagogique.*

*Certificat :*

*Il existe trois types de formation :*

- Formation de base :  
60 heures de formation s'étalant sur une période d'un an choisies dans les modules réservés à la formation de base selon une répartition diversifiée et équilibrée, combinant les aspects théoriques et pratiques.*
- Formation de perfectionnement :  
En préparation*
- Formation continuée :*

*Après l'obtention du certificat de base ou de perfectionnement, les professionnels peuvent s'inscrire à un ou plusieurs modules chaque année en fonction de leurs intérêts ou nécessités.*

*Les formations donnent accès à un certificat de spécialisation qui sanctionne la participation effective aux modules de formation.*

- c) Un module sur la « familiarisation avec les violences sexuelles (émotions et représentations) » a été proposé en décembre 2000. Formateur : Bernard Pihet. Un atelier de douze heures a réuni 20 personnes.*

### 3.4.2. 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. Nous avons mis à disposition des praticiens l'outil qui permet actuellement d'évaluer le mieux le niveau de psychopathie et d'approcher cette entité diagnostique d'une façon pragmatique.*

*Un deuxième groupe de formation qualifiante de 24 heures (7-10 mars 2000), suivie de supervision, a donné accès à l'utilisation de l'échelle PCL-R de Hare pour le diagnostic de la psychopathie pour vingt cliniciens du réseau Santé et du Ministère de la Justice.*

*Cette formation a été donnée par Gilles Côté et Thierry H. Pham, accrédités pour ce fait par le professeur Hare, tous deux auteurs de recherches portant sur la validation de la PCL-R auprès d'échantillons représentatifs de sujets québécois et belges.*

*Cette formation sera poursuivie et intégrée à la formation de spécialisation.*

### 3.4.3. Approche émotionnelle des thérapies cognitives de l'anxiété et de la dépression

*En collaboration avec le Centre Hospitalier Psychiatrique "Les Marronniers" (7 avril 2000), nous avons invité Pierre Philippot, Professeur au Département de Psychologie de l'Université Catholique de Louvain, pour une matinée de travail sensibilisant aux approches cognitivo-comportementales.*

#### 3.4.4. Le traitement « extra-muros » dans un centre de traitement

*Date : 13 octobre 2000*

*Durée : Intervention de 14h50 à 15h20*

*Public :*

- *Juges d'instruction, magistrats de la jeunesse, magistrats siégeant dans les affaires correctionnelles et / ou à la chambre du conseil,*
- *Stagiaires judiciaires,*
- *Assistants de justice pour l'accueil des victimes,*
- *Fonctionnaires du service de la Politique Criminelle.*

#### 3.4.5. Etude de cas

*En décembre 1999 à Tournai, l'UPPL a ouvert un séminaire mensuel d'étude de cas aux cliniciens des Equipes de Santé Spécialisées et aux thérapeutes délégués. Il a comporté des discussions cliniques à partir de comptes rendus des participants sur leurs examens et thérapies portant sur l'analyse théorique, méthodologique et technique des délinquants sexuels. Ce séminaire a été animé par le Docteur Antoine et Bernard Pihet. Il a été interrompu en juin 2000.*

#### 3.4.6. Supervision Marielle

*Cette supervision a débuté en décembre 1999 à Namur, et était 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 groupe 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'adressait aux cliniciens et thérapeutes, membres ou délégués d'une Equipe de Santé Spécialisée. Elle a été interrompue en juin 2000.*

#### 3.4.7. Etudes de cas rétrospectives

*L'UPPL a organisé en octobre 2000 en collaboration avec le Docteur DAILLIET, médecin directeur ff, une Etude de cas rétrospective au Centre Hospitalier Régional Psychiatrique « Les Marronniers ». Ce séminaire était destiné aux cliniciens, tels que médecins, psychologues, assistants sociaux, criminologues, infirmiers, éducateurs, etc. concernés et intéressés.*

*Il s'agit d'analyser rétrospectivement un cas de récidive grave. Nous reprenons le dossier tel qu'il se présentait avant la récidive pour analyser ses forces et ses faiblesses, la façon dont il a été utilisé et les leçons qu'il faut en tirer pour l'avenir jugées*

particulièrement instructives. Ce séminaire sera poursuivi sur d'autres cas, deux ou trois fois par an.

### 3.5. Documentation et publications

#### 3.5.1. Documentation

Durant l'année 2000, onze demandes de documentation nous ont été adressées par

- le réseau de la Santé (5),
- le réseau de la Justice (2),
- un centre d'appui (1),
- des collaborateurs extérieurs aux Accords de coopération (2),
- des mémorants et étudiants (2).

Les sujets demandés sont les suivants:

- la guidance et le traitement des abuseurs sexuels,
- l'anthropologie pénitentiaire,
- la réforme insufflée par le Ministère de la Justice au niveau des délinquants sexuels,
- le fétichisme,
- le transsexualisme,
- le sadomasochisme,
- la perversion,
- le traitement des délinquants sexuels en Belgique,
- la gestion des personnalités difficiles,
- sexualité et violence,
- la pratique de la liberté surveillée,
- l'accord de coopération et son application,
- les activités de l'UPPL,
- quelques demandes d'articles ou de livres bien précis suite à leur annonce faite lors de la parution du newsletter.

Durant la fin de l'année 2000, après le déblocage de la situation financière, l'UPPL a pu engager une documentaliste à temps plein pendant deux mois et demi afin de mettre à jour et d'encoder la base de documentation scientifique à l'usage des cliniciens. Le fichier comprend actuellement près de 1000 notices bibliographiques.

#### 3.5.2. Revues

Nous sommes maintenant abonnés aux revues suivantes :

- Cahiers de psychologie clinique, revue semestrielle ;
- Trauma, Violence, & Abuse : A Review Journal, revue trimestrielle ;
- Revue de psychiatrie & psychologie légales FORENSIC, revue trimestrielle ;
- Journal de thérapie comportementale, revue trimestrielle ;
- Journal of Forensic Psychiatry, 3 parutions par an ;

- *Trans-faire, le bulletin d'informations de la ligue wallonne pour la santé mentale, bimestriel ;*
- *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 4 parutions par an ;*
- *Child Abuse & Neglect : The International Journal, revue mensuelle.*

*Nous avons également accru notre fonds d'une dizaine de livres, dont nous avons fait mention dans le newsletter.*

*Nous avons enfin acquis des tests :*

- *Personal Sentence Completion Inventory,*
- *Adult Sexual Offender Assessment,*
- *Adolescent Sexual Offender Assessment,*
- *WAIS-R,*
- *Test d'intelligence sociale,*
- *CISS,*
- *WISC III,*
- *MMPI 2,*
- *SVR-20.*

### 3.6. Colloques et congrès

*Nous avons participé à plusieurs colloques et congrès durant l'année 2000:*

- *9 au 15.07.2000 : XXVème congrès international de Droit et de santé Mentale (IALMH), à Sienne (Bernard Pihet a présenté La psychothérapie individuelle dans la stratégie de traitement des délinquants sexuels et Thierry Pham a présenté The Historical-Clinical-Risk – 20 items and the PCL-R in a Belgian high Security Prison).*
- *1 au 04.11.2000 : 19<sup>th</sup> Annual 2000 Research and Treatment Conference, organisé par l'ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers), à San Diego.*
- *8 au 09.09.2000 : Symposium européen : "Enfance maltraitée : l'ambition thérapeutique", organisé par le centre SOS-Enfants de l'ULB, à La Hulpe.*
- *21 au 24.06.2000 : 4<sup>th</sup> European Congress on Personality Disorders, à Paris (Thierry Pham a présenté Relations entre burn-out et personnalité chez des soignants en unité de soins palliatifs).*
- *16.06.2000 : "Données récentes en criminologie clinique" , organisé par l'Unité de recherche de l'Hôpital Psychiatrique "Les Marronniers", à Tournai.*
- *28.04.2000 : Journée de travail ayant pour thème "L'agressivité" avec le Docteur Charles HERSCHKOWITZ, organisée par le Centre de Planning et de Consultation familiale et conjugale, à Arlon.*
- *16 au 17.03.2000 : 13<sup>ème</sup> journée d'étude : "Autres regards sur la maltraitance", organisée par AFIREM (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée), à Angers.*

### 3.7. Recherche

#### 3.7.1. Onderzoek naar de penitentiaire inflatie en de aanpak van geweld- en seksuele misdrijven – Examen de l'inflation pénitentiaire et de la gestion de la violence et de la délinquance sexuelle

*Le Ministre de la Justice a commandé une recherche à Hilde TUBEX (VUB). Cette recherche consiste en enquêtes auprès de détenus des Communautés néerlandophone et francophone. Nous participons au Comité d'accompagnement. Ces résultats devraient être fournis dans le courant de l'année 2001.*

#### 3.7.2. Outils de diagnostic

*Dans l'approche clinique des abuseurs sexuels, l'utilisation de tests est particulièrement importante.*

- *Les patients ne sont pas nécessairement collaborants et sincères en raison de la contrainte et des procédures judiciaires dans lesquelles ils sont impliqués.*
- *Nombreux sont ceux qui présentent des pathologies qui ont été écartées des soins ambulatoires des services de santé.*
- *Les évaluations et avis doivent être étayés en raison de la gravité de leurs conséquences.*

*Les besoins de tests concernent l'évaluation de la personnalité, des comportements, des troubles et déficiences en relation avec la dangerosité. Nous utilisons à la fois des standardisés et des tests projectifs. Nous devons souvent puiser dans la littérature anglo-saxonne, traduire les outils et les valider dans nos populations européennes.*

##### *I. Les tests standardisés*

- ❖ *La WAIS-III - échelle d'intelligence de Weschler pour adultes (forme révisée 2000)*
- ❖ *Le WISC-III - échelle d'intelligence de Weschler pour enfants (3<sup>ème</sup> édition).*
- ❖ *Les Progressive Matrices Standard de JC Raven (PM 38)*

*Cette épreuve a été conçue pour comparer rapidement des individus quant à leur capacité d'observation et leur clarté de raisonnement et ce, quels que soient le niveau d'instruction, l'origine culturelle ou les dispositions des sujets.*

- ❖ *L'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI 2)*

❖ *Le SCID-II*

*Le Questionnaire SCID-II et l'entretien structuré du SCID-II permettent d'évaluer les troubles de la personnalité présentés par les patients.*

❖ *Le questionnaire d'impulsivité de Barratt*

*Ce test évalue le niveau d'impulsivité présenté par le sujet et distingue trois aspects de l'impulsivité : l'impulsivité motrice, l'impulsivité attentionnelle et la non-planification.*

❖ *Le questionnaire d'agression de Buss et Perry*

*Ce questionnaire évalue le niveau d'agressivité présenté par le sujet et distingue 4 facteurs : l'agressivité physique, l'agressivité verbale, la colère et l'hostilité.*

❖ *Le questionnaire de recherche de sensations de Zuckerman*

*Ce questionnaire évalue la tendance à rechercher des expériences intenses, complexes et nouvelles et la volonté de prendre des risques à cause de telles expériences. Les sujets qui ont un besoin élevé de stimulation apparaissent impulsifs, extravertis, actifs et manifestent des tendances non conformistes voire antisociales.*

❖ *Le questionnaire de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe*

*Ce questionnaire évalue l'image sociale que le sujet veut renvoyer de lui-même.*

❖ *Le questionnaire d'empathie de Mehrabian*

*Ce test évalue le niveau d'empathie présenté par le sujet, c'est-à-dire sa faculté de s'identifier à l'autre et de ressentir les émotions qu'il éprouve.*

❖ *L'inventaire d'estime de soi sociale*

*L'inventaire d'estime de soi sociale a été développé pour évaluer l'estime de soi dans les situations sociales.*

❖ *L'entretien structuré pour la personnalité borderline (DIB-R)*

*Le Diagnostic Interview for Borderline – Revised est un entretien semi-structuré développé afin de différencier les sujets ayant une personnalité borderline des sujets ayant d'autres troubles de la personnalité.*

### ❖ *L'échelle de Psychopathie de Hare*

*Cet instrument a été développé par Hare pour évaluer les comportements ainsi que les traits de personnalité considérés comme fondamentaux pour le diagnostic de la psychopathie. La PCL-R comprend deux facteurs stables : le premier décrit des caractéristiques affectives et interpersonnelles narcissiques essentielles pour la description clinique de la psychopathie ; le second facteur reflète un style de vie avec des comportements impulsifs, antisociaux et instables.*

*D'autres instruments sont à l'étude : le SPM (Standard Progressive Matrix), le BDI (Beck Depression Inventory), l'inventaire de Coping, l'échelle d'évaluation de la résistance aux conflits, le test d'intelligence sociale, le test d'anxiété, l'échelle de support social, le MCMI-III de Millow, le questionnaire d'alexithymie, le DIS screening, l'échelle de dangerosité d'Helbrun, le PBI (Parental Bonding Instrument).*

## II. *Les tests projectifs*

### ❖ *Le test de Rorschach*

*Le Rorschach aborde la personnalité dans ses dimensions à la fois affective, dynamique et cognitive. Il permet une évaluation assez exhaustive des caractéristiques psychologiques du sujet : diagnostic, indications thérapeutiques et pronostic. Enfin le Rorschach est utilisé en clinique à des fins d'évaluation mais aussi comme outil favorisant un cheminement dans le cadre d'une psychothérapie grâce au matériel projectif.*

### ❖ *Le TAT de Murray*

*Ce test permet de mesurer les 20 besoins latents du patient examiné et les déterminants du « système de tensions » auquel il est confronté.*

### ❖ *Le Rosenzweig*

*Le test met en évidence, pour chaque réponse, la direction de l'agressivité et le type de réaction à la frustration.*

## III. *Echelles d'évaluation du risque de récurrence*

*Ces instruments doivent être distingués selon qu'ils permettent de prédire la récurrence générale, violente ou sexuelle. Les échelles en étude sont : la HCR-20 et son homologue spécifique*

à la récidive sexuelle : la SVR-20, la VRAG et son équivalent  
pour la récidive sexuelle : la SORAG et la Statique-99.

#### 4. Le Comité Scientifique et d'Ethique<sup>9</sup>

Sujets abordés en 2000 :

- Etablissement de son règlement d'ordre intérieur ;
- Traitement des délinquants sexuels par les analogues LH-RH et demande de remboursement de ce traitement par l'INAMI ;
- Etablissement et approbation des critères de spécialisation indispensables pour les thérapeutes délégués, conformément à l'article 11 de l'Accord de coopération du 8 octobre 1998 ;
- Mise en conformité du fichier de données de l'UPPL par rapport à la loi sur la protection de la vie privée.

#### 5. La consultation spécialisée dans l'évaluation et le traitement

Nombre d'AICS pris en charge en 2000 :

file active		
ancien cas actif en 2000	nouveau cas en 2000	Total
58	40	98

Tableau 29 : File active

statut civil		
mineur	majeur	Total
19	102	121

Tableau 30 : Statut civil

type de consultation		
avis	Traitement et guidance	Total
30	91	121

Tableau 31 : Type de consultation

Moyenne	8,2
Ecart-type	6,3
Minimum	0
Maximum	31

Tableau 32 : Nombre moyen d'entretiens à l'UPPL

<sup>9</sup> Voir définition dans le rapport d'activité 1999.

		type de consultation		
		Toutes consultations confondues	avis	Traitement et guidance
nbr entretiens	Moyenne	8,2	4,86	8,98
	Ecart-type	6,3	4,2	6,42
	Minimum	0	1	0
	Maximum	31	16	31

**Tableau 33 : Nombre moyen d'entretiens à l'UPPL en fonction du type de consultation**

durée totale de la prise en charge (en mois)	
Moyenne	20
Ecart-type	20,8
Minimum	1
Maximum	120

**Tableau 34 : Durée totale de la prise en charge (en mois)**

	type de consultation		
	Toutes consultations confondues	avis	Traitement et guidance
Moyenne	20	7,4	22,7
Ecart-type	20,8	9,6	21,5
Minimum	1	1	1
Maximum	120	36	120

**Tableau 35 : Durée totale de la prise en charge en fonction du type de consultation**

## **6. Partenaires sociaux et affiliations internationales**

### 6.1. Partenaires sociaux

*Nous sommes en relation régulière avec des associations proches de nos activités et participons aux activités auxquelles elles nous invitent.*

#### 6.1.1. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale

*Participation au groupe de travail sur la pédophilie.*

#### 6.1.2. La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale

*Participation au Comité d'accompagnement du projet TRIANGLE et particulièrement sur les différenciations et le recouvrement des notions de traitement et de formation.*

### 6.1.3. Plate-forme psychiatrique

*Participation à des réunions de travail du Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut Occidental.*

### 6.1.4. Conseils d'Arrondissements d'Aide à la Jeunesse

*Participation active au CAAJ de Tournai en tant que membre.*

### 6.1.5. Les Tribunaux de la Jeunesse et Services de Protection de la Jeunesse

*Collaboration pour le repérage des critères permettant d'évaluer la plus ou moins grande gravité des abus sexuels commis par des adolescents, et, le cas échéant, pour l'instauration de traitements spécifiques en cette matière.*

### 6.1.6. SOS-Enfants

*Contacts épisodiques dans des situations cliniques et sur la compréhension des paramètres déterminants dans les abus sexuels.*

### 6.1.7. Cellule provinciale « Violence »

*Mise en place d'un groupe de parole pour recevoir des hommes violents en famille, à l'instigation de leur conjoint ou des services de proximité. Force est de reconnaître après expérience et consultation de services similaires en Belgique et en France que si les groupes de femmes victimes de violences fonctionnent, les groupes d'hommes auteurs de violences ne rencontrent pas d'attentes de la part de ceux qui seraient censés y participer.*

### 6.1.8. Délégation générale aux droits de l'enfant

*Participation active à la préparation du Congrès international francophone sur l'agression sexuelle de janvier 2001 à Québec.*

### 6.1.9. Université de Rouen

*Participation à l'enseignement du Diplôme d'Université d'anthropologie et psychologie criminelle sur le traitement des abuseurs sexuels.*

### 6.1.10. Le Centre Hospitalier Régional Psychiatrique « Les Marronniers »

*Outre la proximité et les collaborations entre de nombreuses personnes du Centre Hospitalier Régional Psychiatrique et de notre unité, les deux institutions ont signé une convention de collaboration sur des activités de formation et de recherche communes sur l'évaluation et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. En particulier, nous avons collaboré à la mise en place d'un service de pléthysmographie*

(cf. collaboration avec l'UFC) et à plusieurs séminaires et journées d'étude spécifiques (cf. formations). Dans certaines activités de recherche, les cohortes de sujets examinés sont parfois augmentées d'un certain nombre de nos patients « externes ». Nous participons ensemble à un effort commun de présence dans les activités internationales.

6.1.11. 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 victimes 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.
- L'Association de Psychologues et de Psychiatres Experts Francophones en Maltraitance et Abus Sexuels d'Enfants (APPEFMASE).
- La Fédération Belge des Psychologues (FBP) : Nous sommes associés au groupe de travail « Psychologie et Justice » et restons attentifs à la « Commission d'Ethique et d'Avis en matière de déontologie » et aux critères d'agrément proposés pour la protection du titre de psychothérapeute. Sont notamment affiliés à cette Fédération la Société Belge de Psychologie et l'Association des Psychologues.

6.2. Associations internationales

Nous sommes membres de :

- L'ATSA
- L'IPSCAN
- L'Académie Internationale de Droit et de Santé Mentale
- L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles
- L'American Psychological Association (APA)
- L'European Association for Psychology and Law
- L'Association Française de l'Etude et de la Recherche sur les Troubles de la Personnalité (AFERTP).

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE: ACTIVITES DU RESEAU DES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES EN REGION WALLONNE .....</b>	<b>4</b>
<b>A. AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL .....</b>	<b>4</b>
<b>A.1. Consultation.....</b>	<b>4</b>
A.1.1. Nombre d'AICS pris en charge en 2000 en Région wallonne .....	4
A.1.2. Evolution des dossiers .....	5
A.1.3. Prises en charge .....	6
A.1.3.1. Type de prise en charge par équipe .....	6
A.1.3.2. Nombre d'entretiens cliniques et sociaux.....	7
A.1.3.3. Durée de la prise en charge .....	8
A.1.3.4. Fréquence de la prise en charge .....	8
<b>A.2. Données socio-démographiques .....</b>	<b>9</b>
A.2.1. Langue maternelle et origine géographique.....	9
A.2.2. Sexe.....	9
A.2.3. Âge.....	10
A.2.4. Niveau scolaire.....	11
A.2.5. Vie éducative.....	12
A.2.6. Milieu de vie .....	13
A.2.7. Catégorie socioprofessionnelle de la famille d'origine des auteurs d'infractions à caractère sexuel....	13
A.2.8. Situation socio-économique des auteurs d'infractions à caractère sexuel.....	14
<b>A.3. Données criminologiques .....</b>	<b>14</b>
A.3.1. Antécédent d'aide à la jeunesse.....	14
A.3.2. Récidive .....	14
A. 3.3. Statut légal.....	15
A.3.4. Convention .....	16
<b>A.4. Données relatives à la nature sexuelle de l'infraction.....</b>	<b>16</b>
A.4.1. Dévoilement des faits .....	16
A.4.2. Reconnaissance des faits .....	17
A.4.3. Relation de l'auteur à la victime.....	17
A.4.4. Orientation sexuelle.....	19
A.4.5. Activité sexuelle.....	19
A.4.6. Age du début des activités sexuelles avec partenaires .....	20
<b>A.5. Données relatives à la psychologie et à la psychopathologie de l'auteur .....</b>	<b>21</b>
A.5.1. Capacité intellectuelle .....	21
A.5.2. Conduites addictives.....	22
A.5.3. Violences subies par l'auteur dans le passé .....	22
A.5.4. Soins en santé mentale antérieurs .....	23
<b>B. EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES .....</b>	<b>24</b>
<b>DEUXIEME PARTIE: ACTIVITES DE L'UPPL CENTRE DE REFERENCE ET D'APPUI.....</b>	<b>27</b>
1. Historique .....	27
2. Informations pratiques (au 31-12-2000).....	29
2.1. ASBL .....	29
2.2. Le centre d'appui.....	29
2.2.1. L'équipe.....	29
2.2.2. Le Comité Scientifique et d'Ethique.....	30
2.2.3. Le Comité d'Encadrement Pédagogique.....	30
2.2.4. Collaborateurs non encore cités .....	30
3. Missions d'appui .....	32
3.1. Demandes.....	33
3.1.1. Du Ministère de la Justice.....	33
• Les prisons et les maisons de justice .....	33
• Les commissions (libération conditionnelle, probation et défense sociale) .....	33
• Juge de la jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse et Service d'Aide à la Jeunesse .....	34
3.1.2. Réseau Santé.....	34

3.2. Concertation.....	35
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.....	35
3.2.2. Groupe de travail des Equipes de Santé Spécialisées avec l'UPPL et la Direction Générale des Affaires Sociales et Sanitaires .....	36
3.2.3. Les Centres d'Appui.....	36
3.2.4. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale .....	37
3.3. Informations.....	37
3.3.1. Newsletter.....	37
3.3.2. Site Internet .....	37
3.4. Formations .....	37
3.4.1. Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels .....	37
3.4.2. Formation PCL-R.....	39
3.4.3. Approche émotionnelle des thérapies cognitives de l'anxiété et de la dépression .....	39
3.4.4. Le traitement « extra-muros » dans un centre de traitement .....	40
3.4.5. Etude de cas.....	40
3.4.6. Supervision Marielle .....	40
3.4.7. Etudes de cas rétrospectives .....	40
3.5. Documentation et publications .....	41
3.5.1. Documentation .....	41
3.5.2. Revues .....	41
3.6. Colloques et congrès.....	42
3.7. Recherche .....	43
3.7.1. Onderzoek naar de penitentiaire inflatie en de aanpak van geweld- en seksuele misdrijven – Examen de l'inflation pénitentiaire et de la gestion de la violence et de la délinquance sexuelle .....	43
3.7.2. Outils de diagnostic .....	43
4. <i>Le Comité Scientifique et d'Ethique</i> .....	46
5. <i>La consultation spécialisée dans l'évaluation et le traitement</i> .....	46
6. <i>Partenaires sociaux et affiliations internationales</i> .....	47
6.1. Partenaires sociaux .....	47
6.1.1. Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale .....	47
6.1.2. La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale .....	47
6.1.3. Plate-forme psychiatrique.....	48
6.1.4. Conseils d'Arrondissements d'Aide à la Jeunesse.....	48
6.1.5. Les Tribunaux de la Jeunesse et Services de Protection de la Jeunesse.....	48
6.1.6. SOS-Enfants.....	48
6.1.7. Cellule provinciale « Violence » .....	48
6.1.8. Délégation générale aux droits de l'enfant .....	48
6.1.9. Université de Rouen .....	48
6.1.10. Le Centre Hospitalier Régional Psychiatrique « Les Marronniers ».....	48
6.1.11. Nous répondons aussi à des demandes ponctuelles d'associations ou d'institutions voisines pour des formations: .....	49
6.2. Associations internationales.....	49
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>50</b>