

AVANT-PROPOS

Ce rapport rend compte des activités de l'UPPL comme Centre d'appui francophone, désigné par le Ministre de la Justice pour la Région wallonne les 8 octobre 1998 et 3 avril 2000, pour la Région bruxelloise le 01 janvier 2002.

L'UPPL est une ASBL fondée le 11 septembre 1998 :

- président : Michel Martin,*
- vice-président : Marc Preumont,*
- secrétaire et administrateur délégué : Bernard Pihet,*
- trésorier : Yvan Groult.*

L'UPPL est aussi un centre de référence avec une équipe de travail permanente, administrative et clinique. Elle travaille avec des consultants et a constitué un comité scientifique et d'éthique ainsi qu'un comité d'encadrement pédagogique.

L'UPPL est le Centre d'Appui prévu en Wallonie par l'Accord de Coopération signé entre l'Etat fédéral et la Région wallonne. Une subvention complémentaire du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé soutient les activités de consultance, d'information et de formations spécifiques à l'égard des Equipes de Santé Spécialisées. Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'UPPL est également le Centre d'Appui prévu à Bruxelles par l'Accord de Coopération signé par l'Etat fédéral précité et l'exécutif des communautés bruxelloises. Comme Centre d'Appui, l'UPPL contribue à l'augmentation et à l'amélioration des traitements et guidances effectivement donnés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

L'UPPL est de plus régulièrement consultée par les autorités judiciaires pour l'établissement de rapports sur la possibilité de traitement et sur le risque de récidive dans le cadre de la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs et de celui de la loi relative au Casier judiciaire central du 8 août 1997, mais qui n'est entrée en application que le 3 septembre 2001. Ces avis doivent être considérés comme des missions d'experts qui ne contribuent pas directement à l'amélioration des traitements et guidances. Ils viennent en excédent des missions du Centre d'Appui et dépendent d'un financement complémentaire insuffisant. Cela ne doit pas conduire à réduire l'offre de guidance et de traitements ambulatoires des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Nous sommes aussi consultés régulièrement pour les adolescents auteurs d'abus sexuels par les autorités judiciaires

compétentes en cette matière et par les intervenants socio-éducatifs de l'Aide à la Jeunesse. Nous y répondons ponctuellement avec des financements séparés.

PREMIERE PARTIE

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

DIRECTION

Michel Martin est neuropsychiatre (1975). Il est le directeur médical de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) et le directeur de l'Equipe de Santé Spécialisée de Herstal. Il est Vice-Président de la Plate-Forme Psychiatrique liégeoise et professeur à l'Université de Mons-Hainaut. Il est l'actuel président de l'UPPL depuis le 25 septembre 2002.

Bernard Pihet est directeur et administrateur délégué de l'UPPL. Il est psychologue clinicien (1971). Il a aussi une formation de criminologue, de psychothérapeute et de psychosociologue. Il était psychothérapeute au Centre de Guidance Psychologique de la Province du Hainaut à Mouscron depuis 1978 et à SOS Enfants de Mouscron et Tournai de 1985 à 1996. Il est consultant et formateur dans le domaine des abus sexuels depuis 1990.

EQUIPE CLINIQUE

Michel Martin est formateur et superviseur dans les études de cas organisées par l'UPPL.

Outre sa participation aux évaluations, traitements et guidances, Bernard Pihet est également formateur et superviseur dans les études de cas organisées par l'UPPL.

Madeleine Daneels est psychologue clinicienne (1999). Elle a une formation complémentaire en criminologie et termine son troisième cycle en psychothérapie d'orientation analytique adultes. Elle travaille à l'UPPL depuis octobre 2000 et parallèlement, effectue des temps partiels dans des services hospitaliers. Outre la participation aux évaluations et aux traitements des auteurs d'infractions à caractère sexuel, elle gère les relations avec les thérapeutes délégués. Elle participe aussi à des travaux de recherche en particulier sur les adolescents et sur des tests spécifiques pour les délinquants sexuels.

Sandrine Rastelli est psychologue clinicienne (1998) et a obtenu son certificat en psychothérapie d'orientation analytique adultes. Elle est doctorante à l'Université Catholique de Louvain. Elle a travaillé trois années dans les services psychosociaux spécialisés intrapénitentiaires. Outre la participation aux évaluations et aux traitements des auteurs d'infractions à caractère sexuel, elle a dirigé la gestion des dossiers du Centre d'Appui bruxellois.

François Caucheteux est psychologue clinicien (2001) dans la spécialisation cognitivo-comportementale. Après avoir travaillé en service clinique hospitalier, il travaille à l'UPPL depuis le 8 octobre 2002. Outre sa participation aux évaluations et aux traitements des abuseurs sexuels, il gère l'organisation des formations.

Christophe Scheffers est psychologue clinicien d'orientation psychanalytique (2002). Après avoir travaillé dans un centre en ambulatoire auprès d'enfants et d'adolescents, il gère les dossiers du Centre d'Appui bruxellois depuis le 15 septembre 2003.

Clarisse Hennen est criminologue clinicienne (1996). Elle travaille au Service de Santé Mentale « Le Clips » et est venue renforcer l'équipe pour les évaluations d'auteurs d'infractions à caractère sexuel à Bruxelles.

Michel Elias est neuropsychiatre (1975) et psychanalyste. Le Docteur Elias participe aux réunions d'équipe et aux études de cas organisées par l'UPPL. Il réalise des avis motivés, traitements et guidances en tant que praticien indépendant.

Donatien Macquet est licencié en psychologie clinique (2000). Il participe à la réalisation des avis motivés en tant qu'expert indépendant.

Claudio Piccirelli est licencié en psychologie clinique (1994) et psychothérapeute d'orientation systémique. Il renforce l'équipe pour le traitement de groupe sous forme de vacation.

Laetitia Van Ovenacker est psychologue clinicienne (2003). Elle a assisté Madeleine Daneels dans le recueil de données cliniques en vue de la recherche sur les adolescents.

Thierry Hoang Quoc Pham est docteur en psychologie clinique (1996). Il est directeur du Centre de Recherche en Défense Sociale à Tournai, professeur à l'Université de Mons-Hainaut et à l'Université du Québec à Trois Rivières et conseiller

scientifique pour les matières cliniques et la recherche scientifique. Il est formateur pour l'UPPL.

Marc Preumont est docteur en droit (1978). Il est professeur à l'Université Libre de Bruxelles. Il est le vice-président de l'UPPL et en est le conseiller juridique. Il est également formateur pour l'UPPL.

Maurice Korn est neuropsychiatre (1965). Il est une ressource pour l'UPPL en tant que consultant externe.

ADMINISTRATION

Myriam Roland est historienne (1998) et documentaliste. Elle travaille à l'UPPL depuis le 01/01/2000. Elle gère l'administration de l'ASBL et de ses comités. Elle s'occupe également du Newsletter et du site Web, ainsi que de la documentation de l'UPPL.

Anne-Catherine Broutin est secrétaire (1994). Elle travaille à l'UPPL depuis le 18 mars 2002 après une expérience de secrétariat dans des cabinets d'avocat. Elle gère les inscriptions aux formations.

Jocelyne Bonnet gère le personnel et les contrats de travail.

Marie-Louise Meeus gère la comptabilité de l'ASBL.

INFORMATIONS PRATIQUES

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

Téléphone : 069 888333
Fax : 069 888334
E-mail : centredappui@uppl.be
Site Web : www.uppl.be

Secrétariat : de 8h00 à 16h00 du lundi au vendredi.

Consultations : sur rendez-vous.

Bibliothèque : consultations sur place et sur rendez-vous.

Urgences : à Tournai 0475 332929 de 8h00 à 20h00.

DEUXIEME PARTIE

CENTRE D'APPUI WALLON

A. MISSIONS GENERALES¹

Article 5 de l'Accord de Coopération

I. FONCTION DE CONSULTANT

La fonction de consultance est remplie par des réponses aux demandes qui nous sont parvenues par téléphone, courrier, fax ou e-mail. Ne sont pas répertoriées dans ce cadre les demandes d'avis motivé, d'examen ou de traitement qui ont donné lieu à une ouverture de dossier dans notre service.

	Santé	Justice	Autres	TOTAL
Evaluations, traitements, guidances, orientations	4	3	7	14
Informations (particulièrement sur l'application des Accords de Coopération)	11	18	0	29
Formations	4	40	16	60
Documentation	25	13	13	51
Adresses et personnes de contact	13	17	36	66
Divers	0	0	8	8
TOTAL	57	91	80	228

Dans les colonnes « Santé » et « Justice » sont repris les professionnels acteurs à part entière dans l'Accord de Coopération, dont les administrations centrales respectives. En « Justice », sont donc particulièrement concernés les Services Psychosociaux Spécialisés et les Maisons de Justice ; en « Santé », les Equipes de Santé Spécialisées et les thérapeutes délégués.

Dans la colonne « Autres », on retrouve des professionnels qui ne sont pas repris dans l'Accord de Coopération : Services de Santé Mentale, magistrats, Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ), Services de Protection Judiciaire (SPJ), Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse (IPPJ), Services d'Aide Sociale aux

¹ Dans les relations avec les Equipes de Santé Spécialisées, quand les missions du Centre d'Appui wallon s'appliquent aux Equipes de Santé Spécialisées, elles s'appliquent également aux Equipes de Santé Spécialisées germanophones.

détenus, médecins, avocats, thérapeutes et services hospitaliers, homes et diverses structures d'accueil, étudiants et mémorants.

- Dans « Evaluations, traitements, guidances, orientations » sont reprises les consultances sur « dossiers », à savoir les demandes émanant de professionnels s'interrogeant à propos d'un patient pour lequel un dossier de traitement ou d'examen n'est finalement pas ouvert dans notre service. C'est donc du travail clinique seulement à partir de documentation ou de contacts avec les professionnels concernés. Ce sont parfois des examens complémentaires pour aider le professionnel à finaliser son dossier ou sa démarche, mais le plus souvent, cela concerne des dossiers bloqués par des refus récurrents de libération et / ou de traitement.

Analyse des demandes :

- a) Les Services Psychosociaux Spécialisés et les Maisons de Justice demandent l'orientation thérapeutique vers un service « adapté » ou à défaut vers l'UPPL elle-même comme lieu de traitement directement ou par voie de délégation.
 - Le risque de récurrence grave ou léger fait parfois l'objet de représentations et d'évaluations extrêmement différentes de la part des Services Psychosociaux Spécialisés, des directeurs de prisons, du service des cas individuels, des commissions, des parquets,... Elles renvoient vers la nécessité d'évaluation complémentaire.
 - L'orientation thérapeutique se heurte à des refus de prise en charge par les services de santé soit d'emblée, soit en cours de traitement, soit avant le terme légal du traitement.
 - Les ressources thérapeutiques existantes ne correspondent parfois pas aux orientations thérapeutiques formulées et souhaitées. Il faut donc faire au mieux en fonction des caractéristiques du client et du lieu pour mettre en place un traitement.

Les cas les plus difficiles concernent des patients qui présentent des profils qui font l'objet de refus de la part des Equipes de Santé Spécialisées, principalement les « négateurs » et les « déficitaires » (Enquête sur « la prise en charge des patients auteurs d'infraction à caractère sexuel présentant un profil déficitaire » en annexe). Ces deux critères justifient souvent les difficultés de prise en charge, mais nous observons qu'elles tiennent aussi bien souvent à l'inadaptation du client aux intervenants ou au désaccord de perception entre l'intervenant et l'auteur d'infractions à caractère sexuel. Ces facteurs sont souvent associés à la passivité du sujet, à son agressivité ou au caractère particulièrement grave, dangereux ou insaisissable de sa malignité. Le cas des auteurs d'infractions à caractère sexuel sortant de défense sociale sont particulièrement difficiles à orienter.

- b) Quelques demandes portent sur les réclamations que font certains auteurs d'infractions à caractère sexuel auprès de leurs intervenants habituels au sujet de la vraie nature de leur orientation sexuelle. Le patient se plaint alors d'être mal perçu ou mal identifié. Il est fait appel à des évaluations plus approfondies voire plus objectives qui attesteraient que le patient n'a pas telle déviance ou trouble qu'on lui imputerait.
- c) Quelques dossiers découlent des refus d'avis motivés renvoyés par les Equipes de Santé Spécialisées aux parquets.
- d) Un certain nombre de cas concernent des auteurs d'infractions à caractère sexuel détenus dont la libération conditionnelle a été reportée de multiples fois jusqu'à ne jamais être accordée en dépit du fait qu'ils y sont admissibles. Il est sans doute

estimé par les autorités judiciaires que ces délinquants sexuels sont trop dangereux pour pouvoir être libérés. Quand ces derniers souhaitent un traitement à l'intérieur des prisons, c'est soit en vue d'un bénéfice personnel, soit dans l'idée plus réaliste d'améliorer leur situation pour pouvoir être admis à la libération conditionnelle. Ce sont des traitements relativement longs et lourds (par les difficultés pratiques qu'occasionnent les consultations intra-pénitentiaires). Les Equipes de Santé Spécialisées refusent assez souvent ces traitements parce que ce n'est pas à proprement parler une préparation à la libération conditionnelle. C'est particulièrement le cas quand les détenus vont à fond de peine, ce qui est de plus en plus fréquent. L'usage des subventions prévues par l'Accord de Coopération à cette fin est au détriment des traitements et guidances pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel effectivement libérés sous condition dans le cadre d'une réinsertion sociale.

- e) Les cas « à la marge » qui ne sont pas à proprement parler auteurs d'infractions à caractère sexuel puisque n'étant pas condamnés pour délits de mœurs, mais qui sont estimés relever de ce champ et être à risque par des intervenants ou par l'environnement, ceci à partir de violences conjugales, de harcèlements ou de comportements inquiétants bien que n'étant pas qualifiés de délits.
 - f) Toute une série de cas compliqués en raison de leur situation matérielle (éloignement, difficultés à se déplacer pour des raisons financières ou médicales) ou juridique (par exemple des auteurs d'infractions à caractère sexuel internés et à la fois condamnés, des situations de personnes internées non libérées à l'essai, mais en congé quasi permanent, ou encore des patients placés en article 14 depuis très longtemps et virtuellement dans les conditions d'une libération à l'essai, etc.).
 - g) Intrication entre dossiers pénaux et dossiers civils de garde d'enfants.
 - h) Pression de l'avocat de la défense qui veut en tout état de cause que son client échappe à la prison et à la défense sociale quitte à passer par une formule de traitement très contenant, mais non judiciaire, de type traitement privé dans un centre d'hébergement par exemple.
- Les demandes d'informations portent pour une part sur les procédures à appliquer dans le cadre de l'Accord de Coopération (notamment sur les obligations de rapports, détention de documents, possibilité de refus et délégations de traitement). Elles portent aussi beaucoup sur l'exécution d'avis motivés et particulièrement cette année sur les avis de réhabilitation. Il s'agit souvent d'interpréter les textes légaux et de voir comment les appliquer pour rester fidèle à leur esprit et à la lettre mais aussi pour être innovant dans la recherche de solutions compatibles. Les demandes concernent aussi en troisième lieu des renseignements sur des institutions, services et collaborateurs occasionnels.
 - Les demandes de documentation seront détaillées dans la rubrique les concernant.
 - Au niveau des formations, les demandes d'informations sur les formations sont moins nombreuses qu'en 2002, ce qui s'explique par le nombre moins élevé de formations organisées.

- Dans la ligne « Divers » sont reprises :
 - a) des demandes de conférences ou d'interventions dans le cadre de formations, colloques, cursus universitaires ;
 - b) des demandes d'interviews de thérapeutes et de témoignages de patients dans le cadre d'activités médiatiques, reportages télévisés, articles de presse (en 2003, il s'agissait de la chaîne de TV M6, Le Vif L'Express, Magazine « Ma Santé ») ;
 - c) des demandes émanant d'étudiants, de mémorants et de doctorants pour obtenir de la documentation en rapport avec leurs sujets de recherche. Dans certains cas, cela va jusqu'à contribuer à leur recherche par des réponses à des enquêtes ou par l'apport de dossiers anonymisés ou de protocoles d'examen avec des clients volontaires.

II. INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

1. Newsletter et information

Quatre numéros du Newsletter ont été diffusés au cours de l'année 2003 – février, mai, juillet et décembre. Le Newsletter est maintenant en couleurs. On constate que sa nouvelle présentation attire plus de lecteurs. Ainsi, beaucoup de demandes de documentation découlent de la lecture de celui-ci. Plus de 500 exemplaires du Newsletter sont diffusés chaque fois qu'il paraît à travers tout le réseau de professionnels de l'UPPL.

Le site Web de l'UPPL (www.uppl.be) est accessible au public. Outre une présentation des missions de l'UPPL, le site détaille les objectifs poursuivis par la formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels, les avantages pour les cliniciens, l'organisation pratique de ces formations ainsi que le programme et les horaires de celles-ci.

Nous invitons les membres du réseau à s'abonner gratuitement en recevant un mot de passe individuel, ce qui permet :

- ❖ de s'inscrire en ligne aux formations,
- ❖ d'avoir accès à la base de documentation,
- ❖ de télécharger les newsletters.

Actuellement, nous avons 73 personnes abonnées, dont 26 nouvelles demandes en 2003. Ce nombre d'inscriptions reste trop faible selon nous. Les abonnés reçoivent maintenant systématiquement un message les avertissant de nouvelles informations disponibles sur le site. Il représente cependant un net avantage en rapidité, en coût et au total en convivialité surtout au niveau international. Plus le site sera utilisé, plus nous

développerons les services qu'il peut rendre. Nous devons veiller en particulier à ce que le site soit plus vivant et contienne davantage d'informations.

2. Documentation

Durant l'année 2002, 31 demandes de documentation ont été traitées à la requête de services de santé, de services de justice, de mémorants et d'étudiants, du personnel des deux Centres d'Appui.

Les demandes portaient notamment sur :

- le rapport d'activité de l'UPPL ;*
- la loi sur la protection pénale des mineurs du 28 novembre 2000 ;*
- la loi sur la mise en observation du 6 juin 1990 ;*
- la réhabilitation : aspects historiques, origine, philosophie ;*
- le sadomasochisme ;*
- les adolescents ;*
- la délinquance sexuelle juvénile ;*
- les abuseurs sexuels en général ;*
- les victimes d'abus sexuels ;*
- le viol, les agressions sexuelles ;*
- le traitement des délinquants sexuels ;*
- la prise en charge des délinquants sexuels en Wallonie ;*
- le programme anglais SOTP ;*
- les éléments en faveur de la castration chimique des délinquants sexuels ;*
- les délégations de traitement d'un auteur d'infractions à caractère sexuel chez un thérapeute indépendant ou une équipe de santé mentale non spécialisée (fiche 4) ;*
- les publications de Havelock Ellis ;*
- des données statistiques sur la proportion des délinquants sexuels détenus par rapport à l'ensemble de la population délinquante en Belgique ;*
- des données statistiques sur la proportion des délinquantes sexuelles femmes par rapport à l'ensemble des délinquants sexuels hommes ;*
- l'affaire de la Crèche Clovis ;*
- l'inceste mère-enfant ;*
- l'abolitionnisme ;*
- le QUICPASS ;*
- l'âme.*

Pour répondre à ces demandes, nous effectuons des recherches documentaires dans notre base de données, mais également dans des centres documentaires externes et des sites spécialisés en la matière. Nous envoyons des articles et proposons à la consultation des livres et des revues, que ce soit à l'UPPL ou en prêt. Les livres, extraits de livres et articles suivants ont été consultés et/ou empruntés :

- *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.
- AUBUT Jocelyn, *Les agresseurs sexuels*, Montréal – Paris, 1993.
- AUBUT Jocelyn, PROULX Jean, LAMOUREUX Bernadette et McKIBBEN André, *Sexual offenders' Treatment Program of the Philippe Pinel Institute of Montréal*, dans *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*, New-York, 1998.
- BALIER Cl., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris : PUF, 1996.
- BERAN C. et DE VARGAS D., *Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels : septembre à décembre 1997*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie & Psychologie Légales*, t. 12, octobre – novembre - décembre 2002, p. 3-8.
- BLANCHETTE K., *Evaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels. Analyse de la documentation* [en ligne], Disponible sur Internet.
- *Cahiers de Psychologie Clinique*, tomes 3, 5, 10, 17, 18.
- CIAVALDINI A. et BALIER Cl., *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 2000.
- COTTREAU Jean, *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, 1998.
- CRIVILLE A et al., *Parents maltraitants, enfants meurtris. L'intervenant social face à la famille de l'enfant maltraité*, Paris, 1987.
- DAMASIO A. R., *L'erreur de Descartes*, Paris : Odile Jacob, 1995.
- DEBLINGER E., STEER R. et LIPPMAN J., *Two-year Follow-up Study of Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Abused Children Suffering Post-traumatic Stress Symptoms*, dans *Child Abuse & Neglect*, vol. 23, n°12, p. 1371-1378.
- DEBUYST Chr. et PATSALIDES A., *Les perversions et les infractions sexuelles*, s.l.n.d.¹
- *Grand Dictionnaire de la Psychologie*, éd. Larousse - Bordas, 1999.
- GRAVIER Bruno et MEZZO B., *La récidive des délinquants sexuels: une réalité difficile à cerner*, dans M & H, 2003.
- GRAVIER Bruno, *Ethique de l'obligation de soin*, dans *Sexologies*, vol. 8, n° 29.
- GRAY J., NIELSEN D., WOOD L. E., ANDRESEN M., DOLCE K., *Academic Progress of Children who Attended a Preschool for Abused Children*, dans *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 1, p. 25-32.
- HAESEVOETS Y.-H., *Les adolescents transgresseurs sexuels : de la violence de l'interprétation au risque de la stigmatisation. Evaluation et traitement*, dans *Evolution Psychiatrique*, t. 66, p. 399-420.
- HAYEZ J.-Y., *Prise en charge de l'abuseur, après abus sexuel sur mineur d'âge : Un point de vue systémique*, dans *Thérapie familiale*, vol. 13, n° 4, p. 363-375.
- HENNESSY Matt, WALTER Joni S. et VESS James, *An evaluation on the empat as a measure of victime with civilly committed sexual offenders*, dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, n° 3, juillet 2002, p. 241-252.
- JACOB Martine, *Les adolescents agresseurs sexuels*, s.l.n.d.
- JACOB Martine, *Les différentes pathologies sexuelles à l'adolescence*, dans *Options CEQ*, n°19, p. 49-58.
- JACOB Martine, *Les préadolescents auteurs d'abus sexuels*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie et Psychologie Légales*, t. 12, octobre – novembre – décembre 2002, p. 17-20.
- JACOB Martine, McKIBBEN André et PROULX Jean, *Etude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels*, dans *Criminologie*, s.l.n.d., p. 133-163.
- McKIBBEN A. et GUAY J.-P., *La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie & Psychologie Légales*, t. 12, octobre – novembre – décembre 2002, p. 9-16.
- KORN Maurice, *Guidance et traitement des délinquants sexuels*, dans *L'Observateur*, n° 20, 1998.
- KORN Maurice, *Les Méthodes de la santé avec les justiciables [Jour 2 de la formation organisée par l'UPPL, et destinée au personnel S.P.S., dont le thème général est l'approche théorique et pratique de l'évaluation et du traitement des délinquants sexuels]*, 1999.

¹ Notice bibliographique « sans lieu ni date ».

- LAMEYRE Xavier, *La criminalité sexuelle*, s.l. : Flammarion, 2000 (Dominos).
- LAMEYRE Xavier, *Les violences sexuelles*, Toulouse, 2001 (Les Essentiels Milan).
- MILLAUD Frédéric, *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris : Masson, 1998 (Collection Ouvertures Psy), p. 149-162.
- MOREAU A., *Les transformations du dossier médical et de l'information transmise au patient résultant de la loi du 4 mars 2002*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie et Psychologie Légales*, t. 13, janvier – février – mars 2003, p. 38-43.
- NUNES Kevin I., FIRESTONE Philip, BRADFORD John M., GREENBERG M. Et BROOM Ian, *A comparison of modified versions of the Static-99 and the sex Offender risk appraisal guide*, dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, n°3, juillet 2002, p. 250-269.
- *L'Observatoire*, n° 37, 2002-2003, Dossier : *Entre éducation et sanction... Quelles réponses à la délinquance juvénile*, p. 17-116.
- SALTER Daniel, McMILLAN Dean, RICHARDS Mark, TALBOT Tiffany, HODGES Jill, BENTOVIM Aron, HASTINGS Richard, STEVENSON Jim et SKUSE David, *Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males : a longitudinal study*, dans *The Lancet*, vol. 361, p. 471-476.
- SAUNDERS, Elisabeth B. et AWAD George A., *Assessment, Management, and Treatment Planning for Male Adolescent Sexual Offenders*, dans *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58, n° 4, octobre 1988, p.571-579.
- SERIO G., AIGROT S., LONGUET N., DAUMAL J., RIVALS-HAULLER D., *Prise en charge des psychopathes graves au quartier de la maison centrale de Château-Thierry*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie et Psychologie Légales*, vol. 14, avril – mai – juin 2003, p. 17-26.
- SMALLBONE Stephen W. Et McCABE Billee-Anne, *Childhood Attachment, Childhood Sexual Abuse, and Onset of Masturbation Among Adult Sexual Offenders*, dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 15, n° 1, janvier 2003, p. 1-9.
- SPURIUS C., FASSEUR P. Et PREVOST P., *Les agresseurs sexuels agressés pendant l'enfance*, dans *Forensic. Revue de Psychiatrie & Psychologie Légales*, t. 13, janvier-février-mars 2003, p. 44-48.
- TANGE Carrol, *De Greeff et le problème du crime. L'attitude justicière chez l'homme criminel et son juge*, Bruxelles : Bruylant, 2001.
- TARDIF Monique et VAN GIJSEGHEN Hubert, *Do pedophiles have a weaker identity structure compared with nonsexual offenders ?*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 25, 2001, p. 1381-1394.
- *Trans-Faire*, n° 25, novembre - décembre 2002, dossier n°16 : *Santé mentale sous surveillance. En prison quels possibles pour la santé mentale ?*
- VAN GIJSEGHEN H., *La personnalité de l'abuseur sexuel*, Montréal, 1988.
- VAN PARYS Tony, MORMONT C., CORNET J.-P., COSYNS P., DE DONCKER P., OOSTVOGELS I., *Manuel de prise en charge des délinquants sexuels en milieu pénitentiaire*, s.l.n.d.

Nous sommes abonnés aux revues suivantes :

- CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE, revue semestrielle,
- CHILD ABUSE & NEGLECT ~ THE INTERNATIONAL JOURNAL, revue mensuelle,
- « FORENSIC » ~ REVUE DE PSYCHIATRIE & PSYCHOLOGIE LEGALES, revue trimestrielle,
- INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY, revue bimestrielle,
- THE JOURNAL OF FORENSIC PSYCHIATRY, paraît tous les quatre mois,
- JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS, revue bimestrielle,
- JOURNAL DE THERAPIE COMPORTEMENTALE, revue trimestrielle,
- L'OBSERVATOIRE ~ REVUE D'ACTION SOCIALE & MEDICO-SOCIALE, revue trimestrielle,
- SEXUAL ABUSE : A JOURNAL OF RESEARCH AND TREATMENT, revue trimestrielle,
- TRANS-FAIRE, LE BULLETIN D'INFORMATIONS DE LA LIGUE WALLONNE POUR LA SANTÉ MENTALE, bimestriel.

Nouvelles acquisitions durant l'année 2002 :

- BIFULCO A., MORAN P. M., BALL C., JACOBS C., BAINES R., BUNN A. et CAVAGIN J., *Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission of risk*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, n°8, p. 1075-1086.
- BIFULCO A., BROWN G. W. et HARRIS T. O., *Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A Retrospective Interview Measure*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, n° 8, p. 1419-1435.
- BIFULCO A., BERNAZZANI O., MORAN P. M. et JACOBS C., *The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q) – Validation in a community series*.
- BIFULCO Antonia, MORAN Patricia M., BALL Caroline, JACOBS Catherine et BENAÏM Kate, *Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing a new interview scale*, dans *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 66, n° 3, p. 213-239.
- BIFULCO Antonia, MORAN Patricia M., BAINES Rebecca, BUNN Amanda et STANFORD Katherine, *Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and clinical depression*, dans *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 66, n°3, p. 241-258.
- BIFULCO A., BERNAZZANI O., MORAN P. M. et BALL C., *Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI)*, dans *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 35, p. 264-275.
- BIFULCO A., BROWN G. W., LILLIE A. Et JARVIS J., *Memories of Childhood Neglect and Abuse : Corroboration in a Series of Sisters*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, n° 3, p. 365-374.
- CIAVALDINI André et BALIER Claude, *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 2000 (Collection Pratiques en Psychothérapie).
- *Dictionnaire international de la psychanalyse. Concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions*, sous la dir. de Alain DE MIJOLLA, 2 vol., Paris : Calmann-Lévy, 2002.
- EXNER John E., *Le Rorschach : Un système intégré. Théorie et pratique*, Embourg-Paris, 1995.
- HARE Robert D., *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) : 2nd Edition. Technical Manual*, New York – Toronto, 2003.
- *Quand la parole ne suffit pas*, Actes du Colloque des 30 ans des C.R.F. Psy « LE CEP » et « LE SAULE », Tournai, 23 novembre 2001.
- *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, XXXIII^e Congrès français de criminologie – Université Lille II, Paris : Dalloz, 2002 (Thèmes & commentaires).
- RENNEVILLE Marc, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris : Fayard, 2003.
- SMITH N., LAM D., BIFULCO A. et CHECKLEY S., *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations*, dans *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 37, p. 572-579.
- TOURNIER Pierre et MARY-PORTAS France-Line, *Statistiques pénales : infractions, mesures et sanctions*, dans *L'encyclopédie juridique Dalloz (répertoire de droit pénal et de procédure pénale)*, fac-simile, Paris, 10 décembre 2002.

3. Publications

Cette rubrique reprend les publications des personnes étroitement associées à l'UPPL par la voie du Conseil d'Administration, du Comité Scientifique et d'Ethique, du Comité d'Encadrement Pédagogique et des formations. Pour certains

auteurs, cette rubrique ne concerne que des publications en 2003. Pour certains autres, cela reprend des publications plus anciennes dont ils ne nous avaient pas fait part officiellement antérieurement. La liste ci-après ne reprend donc que les publications qui nous sont communiquées par leurs auteurs et qui dépendent donc de leur seule responsabilité.

- COLLART P. et DEPAUW Yves, *Actualités dans les approches thérapeutiques des perversions sexuelles : une lecture par la théorie sociologique de la désignation*, dans *Acta Psychiatrica Belgica*, n°103/3, p. 187-190.
- CORNET J.-Ph., GIOVANANGELI D. et MORMONT C., *Panorama des théories et des pratiques thérapeutiques en matière de délinquance sexuelle – Comprendre – évaluer – soigner*, Paris : Frison-Roche, 2003.
- DUCRO C., MENGHINI M., CLAIX A. et PHAM H. T., *Evaluation de la SORAG et de la Statique-99 auprès de délinquants sexuels belges internés en Défense Sociale*, article soumis à publication (2003).
- Yves-Hiram HAESEVOETS, *Les abus sexuels extra-familiaux. Victimisation et exploitation sexuelle des enfants*, dans *Vade Mecum des Droits de l'Enfant*, Kluwer, 2003.
- Maurice KORN, *Un regard diachronique sur la déviance sexuelle et son approche. Résumé de communication*, dans *Acta psychiatria belgica*, t. 1, 2003, pp. 59-60.
- Maurice KORN, *Les infractions sexuelles*, dans *Actes du XXXIIIe Congrès français de criminologie de mai 2001 sur « Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente »*, Paris : Dalloz, 2003.
- MENGHINI M., DUCRO C. et PHAM H. T., *Evaluation de la récidive auprès de délinquants sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone*, article soumis à publication (2003).
- MORMONT C., *Le concept d'agresseur sexuel*, dans Eric BACCINO et Philippe BESSOLES, *Victime-Agresseur*, t. 2 : *L'agresseur sexuel ; problématiques et prises en charge*, Les éditions du Champ social, 2002, p. 167-170.
- PHAM H. T., CLAIX A. et DAILLIET A., *Les meurtriers sexuels en défense sociale : Données cliniques et criminologiques*, dans J. PROULX, M. CUSSON, E. BEAUREGARD et A. NICOLE (Eds), *Les meurtriers sexuels : les mythes sur le meurtre sexuel à l'épreuve de la science*, (en cours de négociation pour un éditeur).

III. SOUTIEN LOGISTIQUE

En 2003, en termes de soutien logistique, nous avons concentré nos efforts sur les problèmes rencontrés par les Equipes de Santé Spécialisées pour répondre aux nombreuses et pressantes demandes d'avis motivés en vue de la réhabilitation. Nous avons aussi entamé l'analyse des difficultés occasionnées par les refus de traitement dont il était couramment dit qu'elles étaient liées aux délinquants sexuels « négateurs » et « déficitaires ».

1. La réhabilitation

Une loi relative au Casier Judiciaire Central a été votée le 08/08/1997, que les principaux acteurs de l'Accord de Coopération ignoraient jusqu'à sa publication le 24/08/2001. Elle

a produit ses effets dans les mois qui ont suivi, principalement en 2002. Le point qui nous occupe particulièrement est la nécessité pour le Parquet d'avoir un avis motivé émanant d'une équipe spécialisée dans le traitement et la guidance. Personne ne savait comment s'y prendre tant du côté des Parquets, du côté des experts que du côté administratif surtout sur le plan pécuniaire. Les avis divergent en effet quant à savoir si le client doit payer directement son examen auprès de l'expert ou si cela transite par les frais de justice, et dans le premier cas quant à savoir le sort réservé aux plus nécessiteux. Après avoir recommandé en 2002 de surseoir à la réalisation de ces avis, nous avons abouti en 2003 à la rédaction d'une fiche d'analyse et de recommandations. Elle a précisé son cadre juridique et éthique, sa portée et le contenu dont l'avis pourrait être l'objet, ainsi que les modalités pratiques de réalisation. Cet outil a été mis à disposition des Equipes de Santé Spécialisées, a été communiqué aux Parquets et aux instances de tutelle. Cette fiche est consultable en annexe.

Globalement, les recommandations étaient de faire en sorte que ces avis puissent être réalisés, pas au sein des Equipes de Santé Spécialisées, mais par des experts indépendants qui y seraient associés. Un résultat de cette publication, outre les retombées pratiques auprès des demandeurs, est d'avoir alimenté le débat entre les experts, les magistrats et les autorités politiques sur les possibilités concrètes d'appliquer cette législation, débat qui se poursuit en 2004 et devrait aboutir à un consensus sur des solutions concrètes.

2. Conditions de refus de traitements et guidances

d'auteurs d'infractions à caractère sexuel

Nous avons commencé l'analyse de cette question par une « enquête sur les conditions d'acceptation de prises en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les Equipes de Santé Spécialisées ». La grille d'enregistrement de données donnait peu de renseignements sur ces refus, particulièrement parce qu'un grand nombre d'entre eux se sont opérés avant que le patient ne se présente. Il n'y a donc pas eu d'ouvertures de dossiers ni d'encodage de données. Un questionnaire court a été soumis aux cliniciens des Equipes de Santé Spécialisées le 30 janvier 2003. Il portait sur :

- les conditions d'admission,
- la participation financière,
- les critères, le nombre et les motifs de refus,
- les délégations de traitement,
- la réalisation d'avis motivés.

Les résultats de l'enquête ont été communiqués aux Equipes de Santé Spécialisées lors d'une journée d'étude le 7 novembre

2003 en présence de l'administration et du Ministre de la Santé. Elle fut suivie d'un débat.

Cette présentation a permis aux acteurs de cette discussion d'avoir une représentation plus riche de la diversité des pratiques et éventuellement de se repositionner dans leurs propres options. Il est apparu en effet que les refus de la part des Equipes de Santé Spécialisées sont loin de ne pouvoir être justifiés que par la dénégation et la débilité mentale, motifs qui n'apparaissent qu'en troisième ou quatrième position. Ceci est une première approche qui peut-être aura déjà un effet sur les pratiques, mais qui nous conduira aussi à faire des travaux plus approfondis sur la problématique des refus et des solutions qu'il faut y apporter.

Le questionnaire et les résultats figurent en annexe.

3. Prise en charge des patients auteurs d'infraction à caractère sexuel présentant un profil déficitaire

Dans le prolongement de l'enquête précédente, nous avons fait une deuxième enquête sur « la prise en charge des patients auteurs d'infractions à caractère sexuel présentant un profil déficitaire » en date du 10 juillet 2003, dans le cadre d'une réflexion menée par le Conseil Régional des Services de Santé Mentale (CRSSM) qui nous avait confié la mission de faire un état des lieux sur ce point.

Comme précédemment, il s'agit d'un questionnaire court à remplir dans lequel est analysée la propension des cliniciens à prendre en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel déficitaires (suivant leur équipe d'appartenance, suivant leur sexe, suivant les méthodes et leurs références méthodologiques et selon leur ancienneté et les difficultés que cela leur pose).

Les résultats de l'enquête ont été communiqués aux Equipes de Santé Spécialisées par le biais du Conseil Régional des Services de Santé Mentale le 17/09/2003.

En termes de résultats, bien qu'il y ait des variations dans la propension à prendre en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel déficitaires, globalement, nous avons constaté qu'un grand nombre d'entre eux sont bien pris en charge, plus que les remarques à ce propos ne le laissaient supposer. L'enquête rend compte des caractéristiques des cliniciens qui ont plus tendance à prendre en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Ces cliniciens sont :

- davantage les hommes que les femmes,
- les psychiatres, les criminologues et les assistants sociaux plus que les psychologues,
- également ceux qui ont des références cognitivo-comportementales, intégratives et psycho-éducatives.

Le questionnaire et les résultats figurent en annexe.

IV. RECHERCHES

1. Colloques et congrès

Nous participons à de nombreuses activités de formations, symposiums et colloques, tantôt au titre de participant, tantôt au titre d'intervenants.

1.1. Participation avec intervention

- 2e Congrès International Francophone sur l'agression sexuelle ~ L'articulation des pratiques, à Bruxelles, du 7 au 9 mai 2003. Bernard Pihet y a présenté : « La psychopathologie légale spécialisée en délinquance sexuelle. Définitions, évolutions et limites », ainsi que « Approche comparative de l'échange d'information et des pratiques du secret professionnel à l'occasion de soins pénalement ordonnés dans trois pays francophones continentaux » en collaboration avec Thierry Marchandise, Evry Archer, Xavier Lameyre, Bruno Gravier et André Valloton.
- « Journées Scientifiques d'Automne 2003 : A l'interface Justice – Santé : le contrôle social, de la contrainte à la réinsertion... A propos des auteurs d'infractions à caractère sexuel », organisé par l'équipe EPCP – Service de Santé Mentale – CPAS de Charleroi, à Charleroi, les 12-13-14 et 15 novembre 2003. Bernard Pihet y a présenté : « L'insupportable contrôle social que les thérapeutes peuvent aider à accepter ».

1.2. Participation sans intervention

- Séminaires dans le cadre du D.E.S. en expertise psychologique, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.
 - Les 5, 6 et 7 mars 2003 : « Les instruments psychométriques de l'expertise » par le Professeur Hubert Van Gijseghem, Ph. D., Professeur titulaire à l'Université de Montréal, expert psycho-juridique.
 - Les 14, 15 et 16 mai 2003 : « Le Rorschach (système intégré) en expertise » par le Professeur Anne Androkinof, Professeur à l'Université de Paris X.
- Colloque européen "La Clinique de la Concertation" au Centre Culturel d'Auderghem à Bruxelles, le 14 mars 2003.

- Symposium «Le Psychologue expert » organisé par la Fédération Belge des Psychologues à Ostende le 8 novembre 2003.
- Conférence – Débat : Les jeunes ayant commis des délits violents et/ou sexuels : Implications étiologiques, diagnostiques et pronostiques, intervenants : Dr. Antonia Bifulco et Pr. Raymond Corrado, au Centre de Recherche en Défense Sociale de Tournai, le mardi 9 décembre 2003.
- Journée de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique sur le thème de la « Psychiatrie légale » à Tournai, le samedi 13 décembre 2003.

2. Collaboration internationale

Nous poursuivons la collaboration avec Jean-Luc Viaux et Xavier Lameyre (Ecole Nationale de la Magistrature) dans le cadre de la formation des magistrats français, mais aussi d'interventions conjointes lors de colloques avec Loïck Villerbu (Université de Rennes).

Nous participons à des réflexions communes avec l'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles), particulièrement avec Bernard Savin, Philippe Genuit, Sophie Baron-Laforêt, Evry Archer et Albert Crivillé, et lors de séminaires trimestriels dans la région du Nord de la France.

Nous poursuivons également la collaboration avec nos collègues suisses dont Bruno Gravier lors de colloques.

Nous collaborons régulièrement avec nos collègues canadiens de l'Institut Pinel et de l'Université de Montréal, particulièrement avec Jean Proulx, André McKibben, Gilles Côté et leurs collaborateurs habituels pour des formations et colloques.

3. Formations « Triangle »

Nous participons au développement du Projet « Triangle » depuis 1999 qui développe des groupes de formations dans le cadre des mesures judiciaires alternatives.

Les acteurs de ce projet sont subsidiés par le Ministère de la Justice pour donner des formations aux délinquants sexuels qui sont donc fondamentalement différentes des traitements et guidances subventionnés par le Ministère de la Santé tant du point de vue des buts poursuivis que des moyens employés et du cadre éthique. Néanmoins, une finalité commune réunit ces deux modes d'intervention, à savoir travailler avec les délinquants sexuels en vue de leur épanouissement personnel en dehors de toute récidive délinquante.

Ce projet était soutenu par la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale jusqu'à l'été 2003, mais dès l'automne, ce projet est devenu une ASBL autonome appelée REFLAICS (Réinsertion et Formation pour les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel)

auquel nous avons été associés en participant à son Conseil d'Administration.

4. Fédération Belge des Psychologues

Nous restons en relation avec la Fédération Belge des Psychologues, qui soutient le projet de loi concernant la reconnaissance du titre de psychothérapeute et dont plusieurs membres réfléchissent aux modalités de travail des psychologues dans le monde judiciaire. Nous y louons des salles de séminaires pour certains de nos travaux.

5. Comité Scientifique et d'Ethique

Le Comité Scientifique et d'Ethique s'est réuni deux fois en 2003 et a traité des matières suivantes :

- le caractère expertal des avis motivés tant en matière de protection et de défense sociale qu'en réhabilitation ;*
- l'examen du contenu de ces mêmes avis ;*
- l'examen de la fiche de synthèse réalisée par l'UPPL à propos des avis de réhabilitation et recommandations du Comité Scientifique et d'Ethique quant à leur réalisation ;*
- les problèmes techniques et éthiques que pose l'enregistrement de données statistiques sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les Equipes de Santé Spécialisées, ainsi que l'usage qu'il est fait de ces données scientifiques ;*
- litige sur la compatibilité entre le statut de fonctionnaire du Ministère de la Justice et celui de thérapeute indépendant à qui serait confié le traitement d'un auteur d'infractions à caractère sexuel.*

Nous avons réduit notre participation à des congrès internationaux qui se sont tenus à l'étranger en 2003 en raison de restrictions budgétaires liées à des difficultés techniques pour la réception de subvention.

V. FORMATIONS

1. Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels

Plusieurs formations prévues en 2003 ont été reportées en 2004 en raison des moyens insuffisants du Ministère de la Justice. Une raison importante était que le Ministère de la Justice ne savait pas soutenir financièrement les déplacements de son personnel spécialisé. Nous constatons que le Ministère de la

Justice insiste sur la nécessité de formations spécialisées pour son personnel et en même temps est soumis à de nombreuses contraintes qui rendent sa réalisation difficile. Les agents n'ont pas assez de moyens matériels pour venir à nos formations et nous sont imposées des plages de formation extrêmement étroites inadéquates aux contraintes des formateurs.

1.1. Programme 2003

Trois modules de formation de base ont été proposés pour clôturer la formation de base commencée en 2002.

- ❖ Familiarisation avec la réalité de la violence sexuelle (Atelier), formateur : Bernard PIHET,*
- ❖ Psychopathologie clinique d'enfants victimes d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, formateur : Yves-Hiram HAESEVOETS, le 28/01/2003 de 9h00 à 12h00.*
- ❖ La transgression sexuelle selon les théoriques systémiques, formateur : Denise POHL, le 17/02/2003 de 9h00 à 12h00.*

1.2. Certification

Depuis la création de l'UPPL, nous avons accueilli 431 participants à nos formations. Nous avons ainsi organisé 49 modules différents (formation de base, formation de perfectionnement et études de cas) totalisant 315,75 heures.

Si l'on compte les modules de formation qui ont été reproduits plusieurs fois, nous avons proposé un total de 682,25 heures de formation.

En 2003, nous avons délivré le certificat de base à 75 personnes qui ont obtenu 40 heures pour les assistants sociaux travaillant dans les prisons et 60 heures pour tous les autres.

Le staff d'organisation a beaucoup travaillé sur l'utilisation de l'outil informatique qui permet de comptabiliser les inscriptions par modules et par participants à la formation. Le Ministère de la Justice est en effet très intéressé à ce que son personnel obtienne le certificat de formation de base qui est un critère extrêmement précis pour qu'ils puissent réaliser leurs avis spécialisés qu'ils doivent rendre. Nous devons donc tenir une comptabilité extrêmement précise du nombre d'heures auxquelles ils se sont inscrits et ont participé et du nombre global d'heures atteintes en finale.

2. Supervisions

Nous avons organisé des études de cas accessibles aux thérapeutes délégués et aux cliniciens des Equipes de Santé Spécialisées dans un premier temps une fois par trimestre et dans un second temps tous les troisièmes jeudis de chaque mois depuis octobre 2003. Elles sont animées par Bernard Pihet, le Docteur Michel Martin et le Docteur Maurice Korn. Y participent tous les cliniciens de l'UPPL dont le Docteur Michel Elias.

Elles constituent des réflexions et recherches cliniques à partir de dossiers précis amenés par les participants. Ces derniers orientent la forme du travail qui peut consister davantage en un soutien personnel, une réflexion théorique ou une manière de supervision.

Les cliniciens et thérapeutes délégués qui y viennent se disent satisfaits de pouvoir ainsi être moins isolés dans les difficultés qu'ils rencontrent qui sont particulièrement difficiles avec des délinquants sexuels et dans la forme d'un traitement contraint. Ce mélange de problématiques déviantes, criminelles et psychopathologiques est particulièrement difficile à gérer. Certaines prises en charge sont extrêmement lourdes à supporter. Le sens du travail thérapeutique s'avère parfois très difficile à dégager et les conduites à adopter dans certains cas sont particulièrement difficiles à définir.

VI. CONCERTATIONS

1. Comité d'Accompagnement des Accords de Coopération entre l'Etat Fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel

Nous avons demandé au Ministère de la Justice pour participer au Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération wallon, de la même manière que l'UFC participe au Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération flamand, c'est-à-dire avec voix consultative. Cette différence nous était en effet apparue lors de la rencontre des trois Comités d'Accompagnement en novembre 2002. Cela rejoint un objectif de cohérence et d'efficacité. En effet, dans le Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération wallon sont représentés les Maisons de Justice, les Services Psychosociaux Spécialisés, les Equipes de Santé Spécialisées par la voie de l'administration de la santé. Seul le Centre d'Appui est donc non représenté dans le Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération wallon.

De plus, comme il apparaît en Flandre, le Comité d'Accompagnement a un rôle de concertation réunissant régulièrement tous les acteurs de l'Accord de Coopération. Comme le Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération wallon a été créé plus de deux ans après l'entrée en vigueur de l'Accord de Coopération, nous avons créé un groupe de concertation pour pallier à ce manque, mais depuis lors, les deux groupes fonctionnent en parallèle avec 80% des personnes présentes dans les deux et sur des ordres du jour qui se chevauchent.

En 2003, le Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération wallon a invité un représentant de l'UPPL le 12/11/2003 pour donner des compléments d'information sur le rapport d'activité.

2. Groupe de Concertation sur l'application de l'Accord de Coopération

Le groupe s'est réuni trois fois en 2003 (le 17/01/2003, le 04/05/2003 et le 19/09/2003) et a traité des thèmes suivants :

- Les avis de réhabilitation prévus par l'article 22 de la loi du 08/08/1997 relative au Casier judiciaire central et publiée au Moniteur belge le 24/08/2001. Les points suivants ont été abordés : l'indépendance de l'examineur par rapport à l'équipe, la séparation entre l'expertise et le traitement, le paiement de la prestation et la méthode de l'évaluation, en rapport avec la fiche de synthèse élaborée par l'UPPL.*
- La réactualisation des listes des Equipes Psycho-Sociales et des Equipes de Santé Spécialisées avec mention d'une personne de contact.*
- La formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels, organisée par l'UPPL.*
- Information, discussion et possibilité de concertation sur l'application de l'Accord de Coopération bruxellois.*

3. Centres d'appui

L'UPPL et l'UFC, le Centre d'Appui de la Communauté flamande, se sont rencontrés le 28 mars 2003 à Edegem. Les responsables de l'UFC sont le Professeur Dr P. Cosyns, directeur, et Roel Verellen, coordinateur. Outre l'échange d'informations et l'adaptation commune de nos modes de travail, les échanges ont porté sur la réalisation des avis motivés par les Equipes de Santé Spécialisées et les Centres d'appui, sur l'enregistrement de données sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel et sur la réalisation des missions dans la Région bruxelloise.

4. Conseil Régional des Services de Santé Mentale

Le CRSSM est créé par le décret régional qui organise les Services de Santé Mentale en Wallonie. Il compte un certain nombre de groupes de travail sur des thématiques particulières. Le groupe « Abus sexuel » a été très actif dans la création de l'UPPL et dans la participation des Services de Santé Mentale à l'Accord de Coopération wallon. Il est un conseiller direct du ministre qui a les affaires sociales et la santé en Wallonie. Fin de l'année 2002, la composition du CRSSM a été modifiée, les précédents mandats étant échus. Claudine SOHIE est devenue présidente du CRSSM et participe au groupe « Abus sexuel » dont Michel Martin est le responsable.

En 2003, le groupe s'est réuni cinq fois le 15/01/2003, le 26/03/2004, le 11/06/2003, le 17/09/2003 et le 19/11/2003 et a abordé les points suivants :

- Position du nouveau Conseil Régional des Services de Santé Mentale quant à la continuité du groupe de travail et ses conséquences
- Avis motivés et réhabilitation
- Extension du groupe de travail, présentation des membres du groupe et de leurs attentes
- Demande des présidents de Commissions de Libération Conditionnelle de motiver les refus de traitement
- Présentation de l'enquête menée par l'UPPL relative à la prise en charge des personnes déficitaires par les ESS
- Exposé de Madame SOHIE sur la notion de débilité – Questions et commentaires de l'UPPL sur cette même question

5. Accréditation des agents SPS

Bernard PIHET représente l'UPPL dans la commission d'accréditation aménagée par la Direction générale « Exécution des peines et mesures » pour l'évaluation de l'expertise des membres des équipes psychosociales spécialisées. Cette commission accorde le label d'accréditation (sur base d'un nombre de critères d'évaluation). En 2003, la commission d'accréditation a tenu une séance le 16/01/2003.

6. Coordination avec les Equipes de Santé Spécialisées et l'Administration de la Santé

Comme évoqué précédemment, l'UPPL a attiré l'attention sur les problématiques :

- des refus de traitements récurrents auxquels sont confrontés certains auteurs d'infractions à caractère sexuel dans l'un ou l'autre Service de Santé Mentale quand ils suivent des entretiens sur une longue période de plusieurs mois ;

- *des auteurs d'infractions à caractère sexuel déficitaires. Les services psychosociaux des pénitenciers et de défense sociale trouvent difficilement des lieux de traitement adaptés. Le cas est particulièrement aigu au sortir des annexes psychiatriques.*

Nous avons mené dans chacun des cas une enquête sur les pratiques dans les Equipes de Santé Spécialisées. Elles ont été communiquées aux Equipes de Santé Spécialisées lors de débats francs et constructifs.

Sur le premier sujet, cela s'est fait lors d'une journée de réflexion organisée conjointement avec la Direction Générale des Affaires Sociales et de la Santé à Namur le 07/11/2003.

7. Avis motivés, particulièrement pour les demandes de réhabilitation

La demande croissante d'avis motivés posant de nombreux problèmes aux Equipes de Santé Spécialisées et à l'UPPL, outre les rencontres avec les services de santé spécialisés et les autres acteurs de l'Accord de Coopération, nous avons tenté de rencontrer des représentants des Parquets et Procureurs généraux. Cette concertation n'aboutira qu'en 2004 au Cabinet de la Ministre Onkelinx pour l'ensemble du pays et avec les deux Centres d'Appui.

B. ACTIVITES CLINIQUES

Article 6 de l'Accord de Coopération

I. INTRODUCTION

Jusqu'en 2002, les enregistrements statistiques de données relatifs aux auteurs d'infractions à caractère sexuel consultant à l'UPPL étaient réalisés manuellement avec des questionnaires papier. Ce même questionnaire était proposé aux Equipes de Santé Spécialisées pour leur patientèle auteurs d'infractions à caractère sexuel. L'encodage informatique de ces questionnaires était particulièrement long et onéreux en plus du fait qu'il était peu satisfaisant puisque les fiches étaient remplies de nombreuses données manquantes ou incohérentes. La Province de Hainaut nous a offert son concours pour élaborer une grille d'enregistrement statistique informatisée pour rendre ce travail plus convivial, plus fiable et moins onéreux au niveau du traitement des données.

Contrairement à nos attentes, les choses n'ont fait que se compliquer en 2003 :

- 1. La mise au point informatique s'avère beaucoup plus difficile que prévu. Malgré un test préliminaire, plusieurs bugs ont été observés en phase opérationnelle. Ils étaient inhérents à la manière de répondre à certaines questions et ne pouvaient pas tous être envisagés au point de départ. Une difficulté supplémentaire a été que ce programme devait fonctionner sur équipements informatiques très différents, tant du côté des machines que des logiciels. Des complications sont encore apparues lors de la transmission des données de chacune des équipes vers l'UPPL et vers l'opérateur final. Toutes les données doivent en effet être complètement standardisées dans une seule base de données du programme statistique sophistiqué de l'opérateur final. Un très gros effort a été fourni par les uns et les autres, mais on ne peut pas faire l'économie de toutes ces mises au point.*
- 2. La Région wallonne qui pratiquait déjà un enregistrement statistique de données, manuel lui aussi a souhaité imposer pour 2003 un encodage informatique généralisé qui lui aussi doit se mettre au point. La convergence entre les deux outils n'est pas simple bien qu'elle ait été pensée en amont. En tout état de cause, les Equipes de Santé Spécialisées se sont retrouvées avec un surcroît de travail important, un double encodage à réaliser et un outil qui ne s'est pas révélé aussi convivial que nous le souhaitions.*

En bref, ce travail a déjà pris six mois de retard et nous ne savons pas quand ni quelles données pourront être reçues, extraites et traitées comme il le conviendrait. Il n'est pas impossible que pour l'année 2003, quantité de données soient perdues et que cela soit une année de transition. Quoiqu'il en soit, l'outil est prometteur et peut être amélioré. En tout état de cause, il servira à l'UPPL pour faire ses propres statistiques mais restera la difficulté de l'harmoniser avec celui de la Région wallonne. Ajoutons que sur le plan de la définition des variables enregistrées, il reste très difficile de trouver un consensus malgré la bonne volonté des uns et des autres. Les données à recueillir systématiquement pour faire progresser la connaissance clinique et les pratiques sont très différentes suivant qu'elles sont jugées indispensables par les chercheurs, estimées acceptables par les cliniciens et considérées utiles par l'UPPL.

II. LES AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL

Nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel de la consultation spécialisée UPPL		
File active 2003		
Anciens cas en 2003	Nouveaux cas en 2003	Total
61	73	134

Tableau 1

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel que nous avons rencontrés lors de l'année 2003 sont principalement des hommes, on ne relève que deux femmes.

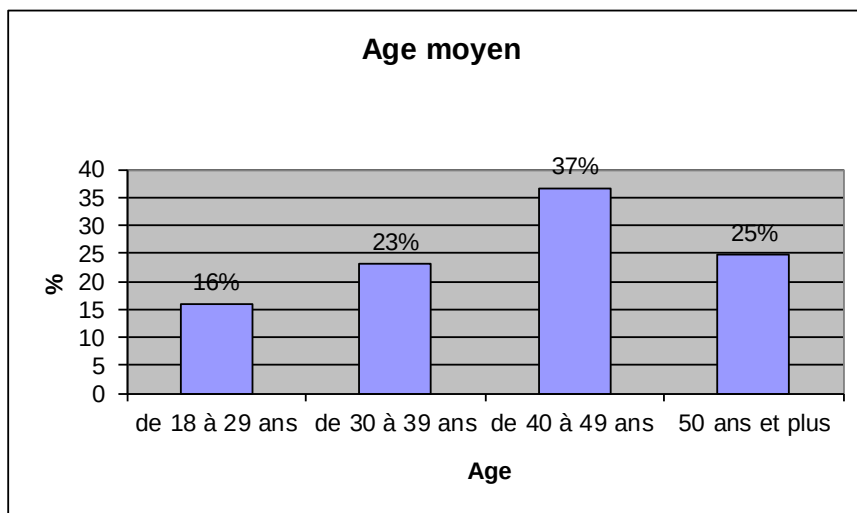


Figure 1 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel en fonction de l'âge

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel ont en moyenne 42 ans, le plus jeune ayant 18 ans et le plus âgé 78 ans. Le tableau ci-dessus donne un aperçu de la répartition des consultants selon leur âge.

III. VARIABLES CRIMINOLOGIQUES

1. Types d'infraction sexuelle

tels qu'identifiés par les cliniciens sur base de données officielles

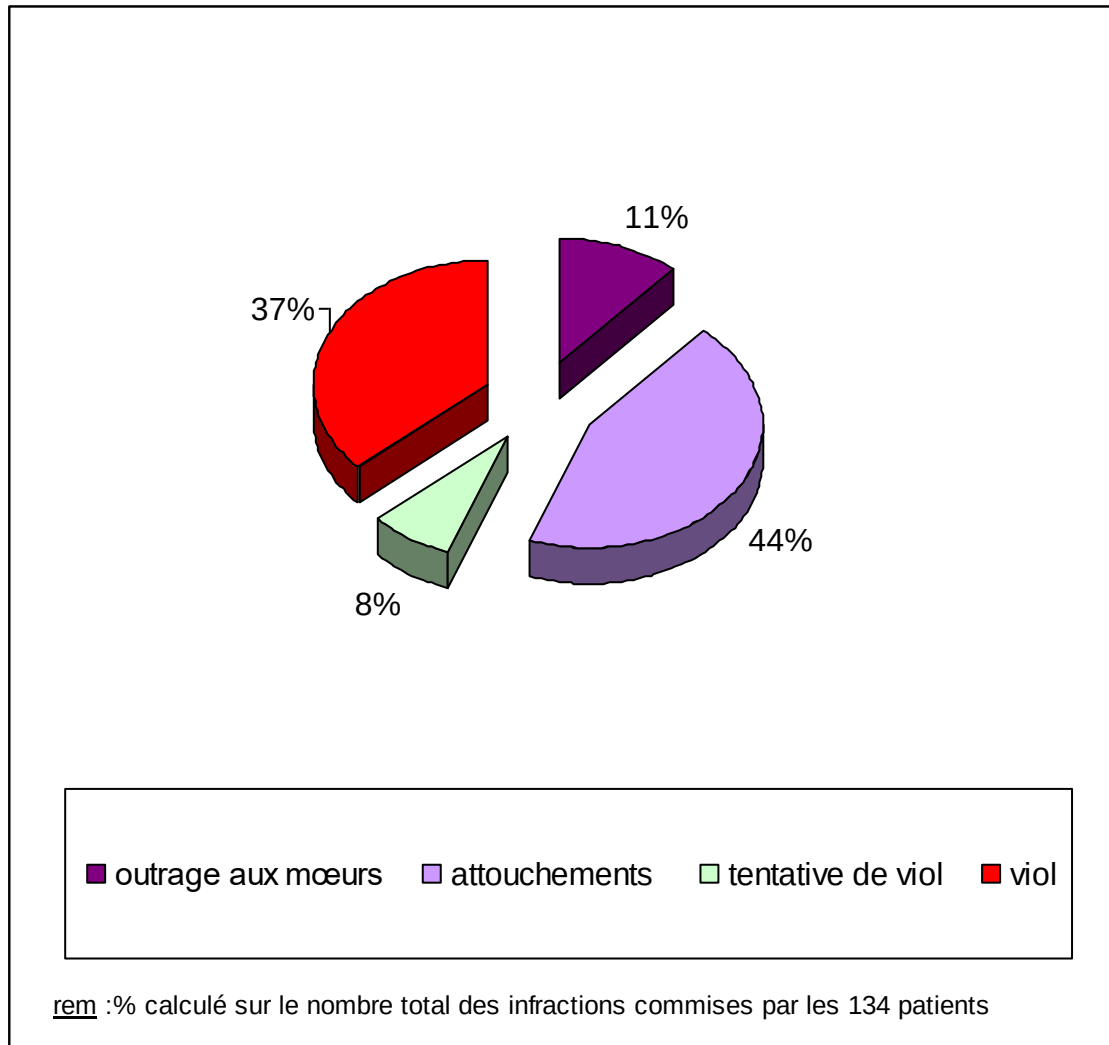


Figure 2 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le type d'infraction sexuelle pour laquelle ils ont été condamnés

2. Victimologie

2.1. Nombre, âge et sexe des victimes

AICS n'ayant eu que des victimes de sexe masculin	16,5 %
AICS n'ayant eu que des victimes de sexe féminin	74,0 %
AICS ayant eu des victimes de sexe masculin et féminin	9,5 %

Tableau 2 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel en fonction du sexe des victimes

- Le nombre total des victimes des 134 auteurs d'infractions à caractère sexuel sont au nombre de 213 :
 - 197 victimes sont mineures : 137 de sexe féminin (70%) et 60 de sexe masculin (30 %), l'âge moyen des victimes mineures est de 10 ans.
 - 16 victimes sont majeures : 13 de sexe féminin (81%) et 3 de sexe masculin (19%), l'âge moyen des victimes majeures est de 24 ans.
- 54,3% des AICS n'ont qu'une seule victime reconnue, 30% en ont deux, 16% des AICS ont fait plus de deux victimes.
- Le nombre de victimes varie entre 1 et 7.

2.2. Lien entre l'abuseur et sa victime

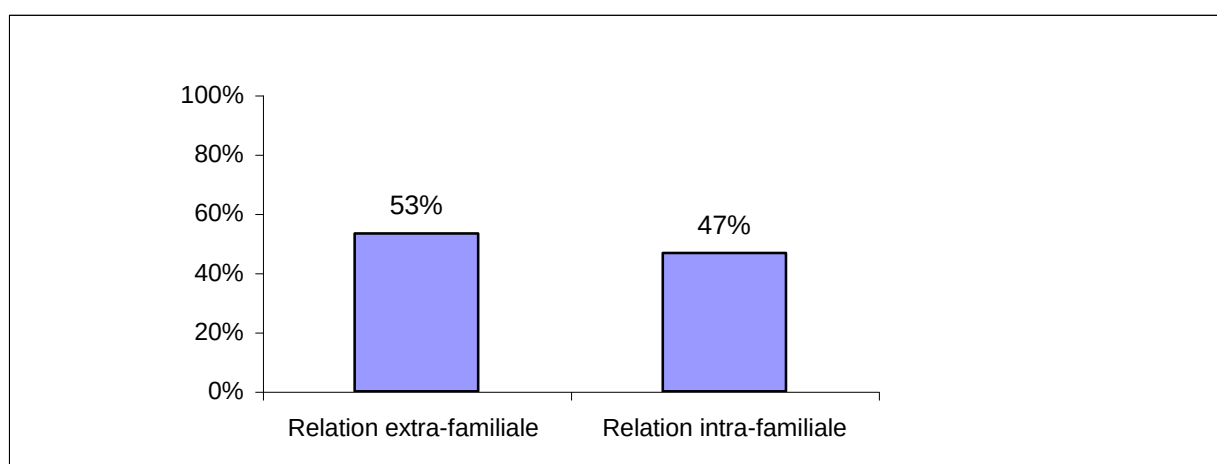


Figure 3 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel en fonction du lien entre l'abuseur et sa victime

- De manière constante depuis 1998, nous avons davantage de dossiers concernant des abuseurs extra-familiaux alors que la proportion est inverse dans les statistiques faites par les services s'occupant de victimes. Une hypothèse explicative à vérifier est que les abuseurs extra-familiaux auraient un plus grand nombre de victimes que les abuseurs intra-familiaux.
- 13% des victimes ont été abusées lors d'une relation extra-familiale avec responsabilité pédagogique (enseignant, éducateur, ...).
- Pour 15% des victimes, l'abuseur ne connaissait pas la victime.

3. Récidive

N=118	<u>Délits</u>	<u>Nbre</u>	<u>Pourcentage</u>
	Premières condamnations	105	78,0 %
	Récidivistes	29	22,0 %
	<i>Répartis suivant que la condamnation antérieure soit :</i>		
	- pour délit sexuel	6	9,0 %
	- pour délit violent non sexuel	28	42,5 %
	- pour délits sans violence sur des personnes	32	48,0 %

Tableau 3 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le caractère « primaire » ou récidivant de la condamnation pour laquelle ils consultent

La récidive des AICS est fortement liée à la poly-délinquance.

IV. CONSULTATIONS

1. Type de consultation

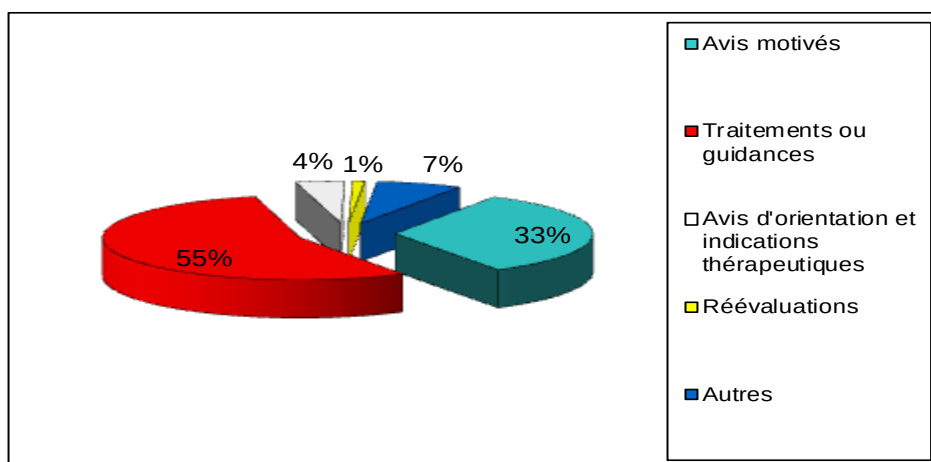


Figure 4 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le type de consultation

Pour les 134 auteurs d'infractions à caractère sexuel, nous comptons 139 prises en charge différentes.

A l'UPPL, la proportion d'avis motivés est importante et croissante dans la mesure où nous sommes un centre d'appui et nous devons compenser la situation des régions où les équipes de santé spécialisées n'en font pas ou peu. Nous sommes aussi désignés dans des cas d'expertise particulièrement difficiles.

2. Les refus

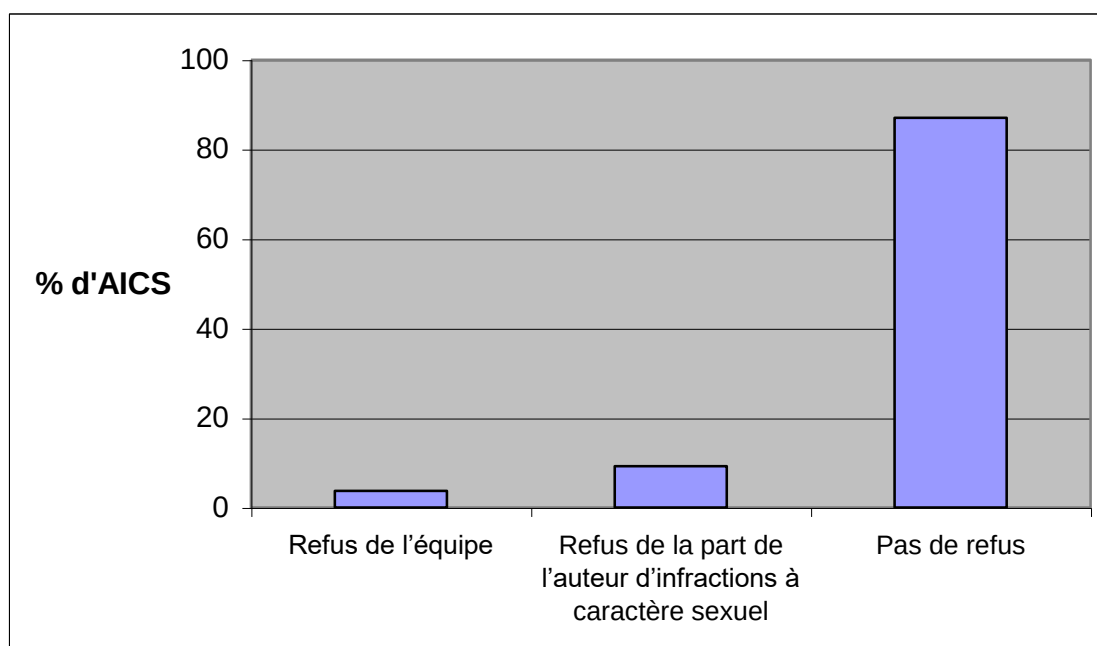


Figure 5 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le type de refus

En tant que centre d'appui, l'UPPL accepte la grande majorité des demandes de traitement ou d'avis quelles que soient les difficultés qu'ils présentent. Dans 87% des dossiers, il n'y a pas de refus. Les refus émanant de l'auteur sont dus aux exigences de travail que nous leur proposons. Nos refus de traitement en 2003 ne sont au nombre que de deux. Dans l'un des cas parce qu'il n'y avait pas moyen de se mettre d'accord sur l'objet et les conditions de traitement, et dans l'autre parce qu'il n'y avait aucune implication par rapport à une éventuelle violence sexuelle.

3. Prise en charge

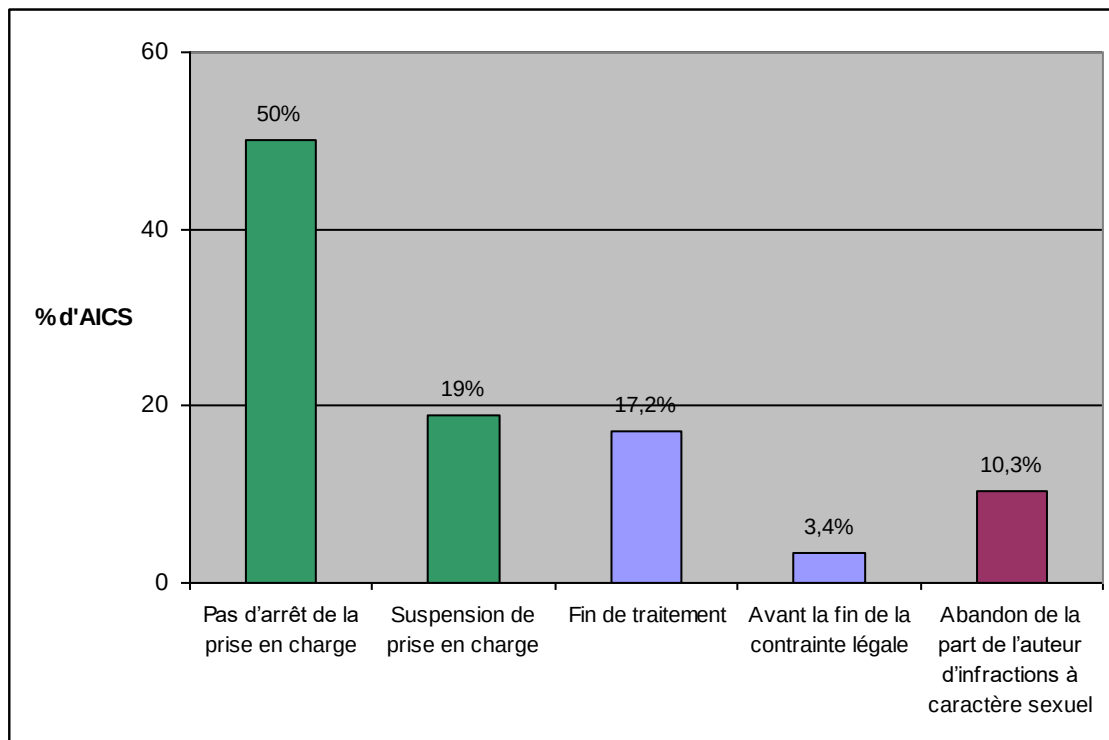


Figure 6 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le type d'arrêt de la prise en charge

- 69% des traitements sont en cours. Dix-neuf pour cent sont suspendus pour des raisons extérieures au traitement, à savoir :
 - a) des indisponibilités temporaires de l'intéressé en raison d'un travail, de maladie ou d'accident ;
 - b) des modifications du statut juridique de l'intéressé : par exemple le passage du statut de prévenu à celui de condamné, les suppressions de congés et sorties spéciales dans le cadre de la préparation de la libération conditionnelle, la révocation de mesures de libération...

- 20,6% des traitements se sont achevés pendant l'année 2003 de façon positive. La plupart de ces arrêts coïncidaient avec la fin de traitement. Dans 3,4% des cas, le thérapeute a demandé la levée de la condition de traitement avant la fin de la contrainte légale, celui-ci étant terminé, ce qui a été approuvé par la commission adhoc.
- Dans 12,3% des cas, l'auteur d'infractions à caractère sexuel a abandonné le traitement avant la fin de l'obligation légale et contre l'avis du thérapeute. Ces cas constituent selon la littérature internationale les personnes chez qui le risque de récidive est le plus important, appelées « drop-out ».

4. Profession du thérapeute

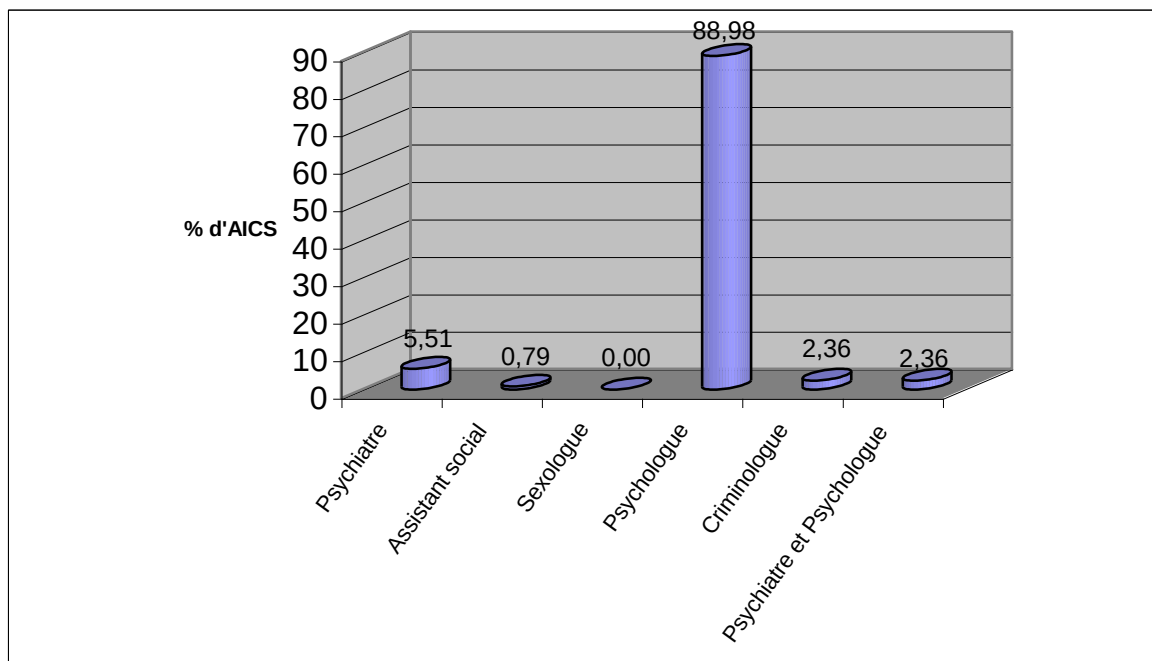


Figure 7 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon la profession du clinicien rencontré

En raison de la grande difficulté de trouver des psychiatres disponibles, intéressés et spécialisés, leurs interventions directes sont particulièrement réservées dans le cas d'évaluation des internés et des dossiers les plus problématiques, et consistent pour les autres essentiellement en supervisions et réunions d'équipe.

Il n'y avait pas d'assistant social ni de sexologue. Ils n'étaient donc dans notre équipe que des thérapeutes délégués ou des stagiaires. Le poste de criminologue n'a été occupé qu'à temps partiel et sur des contrats à durée déterminée courts.

5. Traitements ou guidances

5.1. Consultations

- 74 clients ont bénéficié de :
 - 734 heures de consultations réparties en :
 - o 466 heures de thérapies individuelles,
 - o 67 heures de thérapies de groupe (y compris couple et famille),
 - o 44 heures d'évaluation,
 - o 49 heures pour d'autres interventions (supervision, traitement médical, ...).
- 68% à une fréquence au moins mensuelle, 32% à une fréquence bimensuelle.
- En moyenne, ils sont pris en charge depuis 2 ans et 4 mois. Huit clients sont suivis depuis plus de 5 ans.

5.2. Type de traitement réalisé

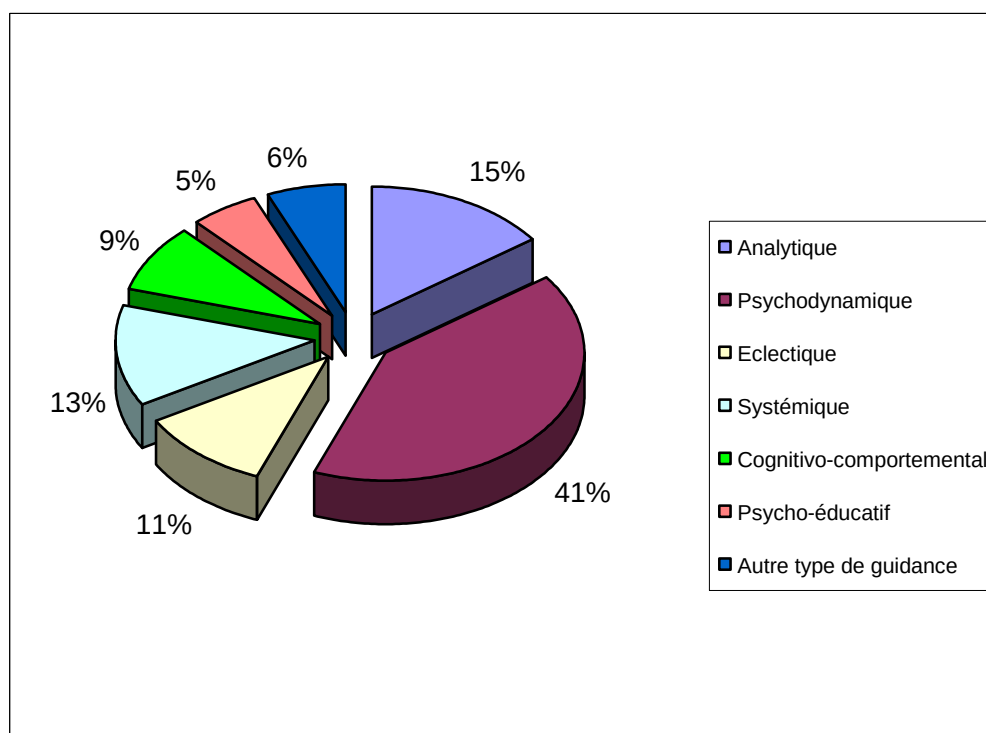


Figure 8 : Pourcentage d'auteurs d'infractions à caractère sexuel selon le type de traitement réalisé

Conformément à son rôle de centre d'appui, l'UPPL diversifie ses modes d'intervention.

5.3. Modalité de prise en charge

Individuelle	92 %
Groupale	6 %
Familiale	1 %
Conjugale	1 %

Tableau 45.4. Rapport de suivi

Rapport de suivi	39 %
Pas de rapport	61 %

Tableau 5**6. Avis motivés**

- 53 avis motivés ont nécessité :
 - 673 heures de travail,
 - 190 interventions au sein de l'équipe (rendez-vous, discussion d'équipe, ...),
 - en moyenne 13 heures par dossier, certains pouvant nécessiter jusqu'à 30 heures (examen(s), rédaction et administration).
- La durée moyenne de réalisation est de 4 mois.
- 80% des dossiers sont traités endéans les 4 mois.

V. DELEGATIONS DE TRAITEMENT

- 20 prises en charge thérapeutiques ont été confiées à 11 thérapeutes indépendants ; un de ceux-ci assure à lui seul 8 prises en charge.
- Les thérapeutes sont diplômés : 2 en médecine, 8 en psychologie et 1 en sciences sociales, dont 3 de Services de Santé Mentale non spécialisés.
- Tous disposent de la spécialisation nécessaire après examen de leurs candidatures par les responsables de l'UPPL relativement aux critères établis par le Comité Scientifique et d'Ethique et travaillent en relation avec nous.

VI. EVOLUTION DE L'ACTIVITE A L'UPPL DEPUIS 1999

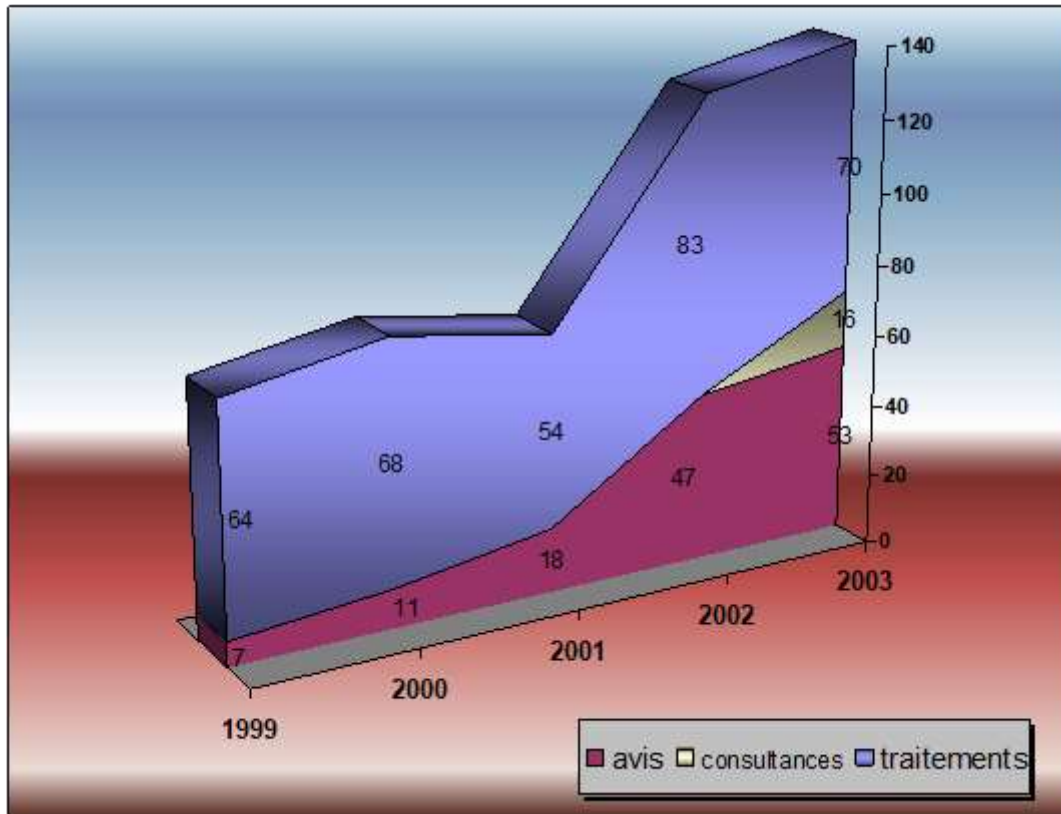


Figure 9 : Nombre de dossiers auteurs d'infractions à caractère sexuel selon l'année d'activité et répartis par type de prise en charge (les chiffres pour l'année 2003 sont repris à la figure 4)

- La proportion de traitements en 2002 était de 64%, elle est ramenée à 50% en 2003. Par contre, le nombre brut de traitements reste sensiblement égal depuis le début, hormis une légère baisse en 2001 et un pic en 2002 de type conjoncturel dus à la modification de la composition de l'équipe.
- Par contre, la proportion des missions expertales est passée de 36% à 50% (consultances et avis motivés). Avant 2003, les consultances étaient vraisemblablement considérées comme des expertises car il y en avait déjà malgré qu'elles ne soient pas reportées dans les statistiques précédentes.

TROISIEME PARTIE

ENREGISTREMENT STATISTIQUE DE DONNEES EN REGION WALLONNE

I. LES EQUIPES SPECIALISEES PARTICIPANTES

I.1. Les Equipes de Santé Spécialisées

*Centre de Guidance du Brabant wallon
Rue Lambert Fortune, 34
1300 Wavre*

*Service de Santé Mentale du C.P.A.S.
Boulevard Zoé Drion, 2
6000 Charleroi*

*Centre Provincial de Guidance psychologique
Rue de la Science, 7
6000 Charleroi*

*Centre de Santé de Jolimont
Rue Ferrer, 196-198
7100 Haine Saint Paul*

*Centre de Guidance psychologique
Avenue d'Hyon, 45
7000 Mons*

*Centre de Guidance psychologique de la province du Hainaut
Rue de la Station, 161
7700 Mouscron*

*Centre liégeois d'Interventions psychosociales – Centre de
Santé Mentale – Clips
Rue Alex Bouvy, 18
4000 Liège*

*Service de Santé Mentale « L'Accueil »
Rue de la Fortune, 6
4500 Huy*

*Service de Santé mentale de l'A.I.G.S.
Rue Saint Lambert, 84
4040 Herstal*

*Service de Santé mentale dispensaire pour adultes
Rue du Centre, 63
4800 Verviers*

*Service de Santé mentale du Nord et Centre de Luxembourg¹
Grand'rue, 17
6800 Libramont*

*Service de Santé mentale du Nord et Centre de Luxembourg¹
Rue du Mont, 87
6870 Saint-Hubert*

*Service de Santé mentale du Nord et Centre de Luxembourg¹
Rue du Collège, 39
6830 Bouillon*

*Institut Provincial d'Orientation et de Guidance de Namur
Rue Daoust, 72
5500 Dinant*

*Les Equipes de Santé Spécialisées en Communauté
germanophone sont associées à l'enregistrement de données.*

*Service de Santé Mentale d'Eupen
Rue de Verviers, 14
4700 Eupen*

*Service de Santé Mentale de Sain-Vith
Wiesenbachstrasse, 5
4780 Saint-Vith*

1.2. Les Equipes de Santé Spécialisées intégrées dans les centres hospitaliers

*Hôpital Vincent Van Gogh – Unité de sexologie, groupe EPCP
Rue de l'Hôpital, 55
6030 Marchienne*

1.3. Le centre d'appui

*UPPL
Rue Despars, 92
7500 Tournai*

¹ Il s'agit de trois antennes de la même équipe de santé spécialisée.

II. L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

L'analyse statistique présentée dans ce chapitre se base sur les grilles d'enregistrements de 951 dossiers actifs d'auteurs d'infractions à caractère sexuel adultes répartis comme suit :

<i>Nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel consultant dans les ESS</i> File active 2003		
Anciens cas actifs en 2003	Nouveaux cas en 2003	Total
574	377	951

Tableau 6

1. L'historique du dossier

La proportion d'anciens dossiers (dossiers concernant les AICS qui ont déjà été suivis durant la ou les années précédentes au sein de l'équipe de santé spécialisée) sont en général plus nombreux que les nouveaux dossiers, un constat assez similaire aux années précédentes.

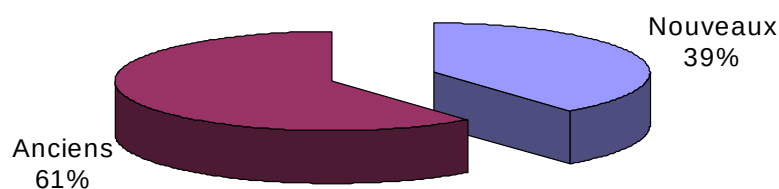


Figure 10

2. Nature des consultations

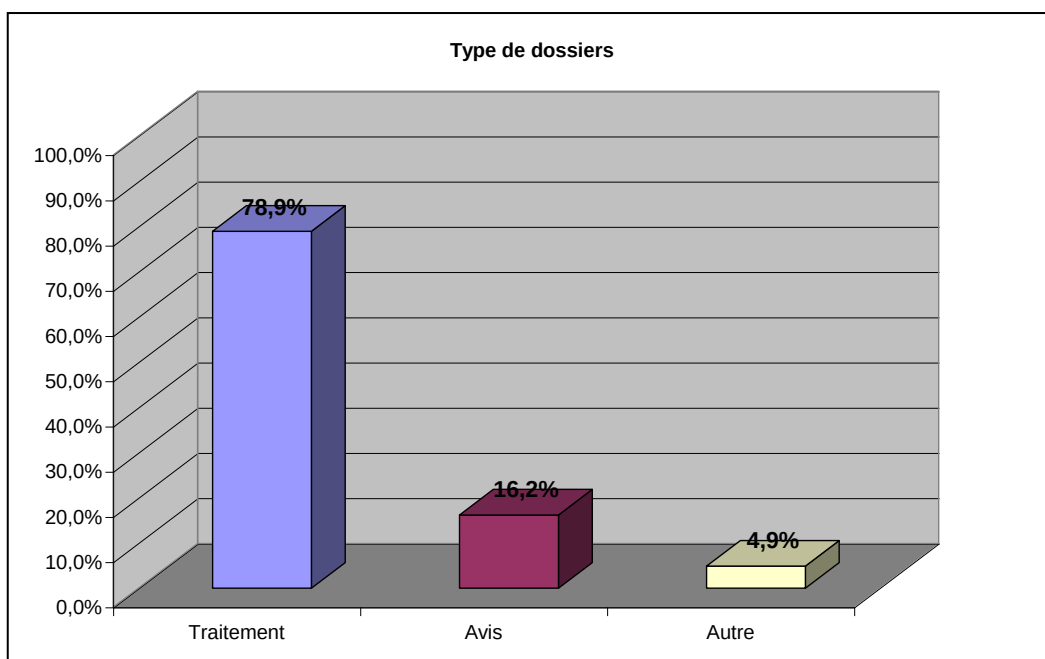


Figure 11 : proportion des types de dossiers AICS dans l'ensemble des ESS. Sous la catégorie « autre » sont repris les dossiers de consultance, ou d'examens divers dont des expertises pénales ou civiles.

L'activité de traitement reste largement dominante en moyenne dans l'ensemble des équipes de santé spécialisées bien qu'elle diminue légèrement au fil du temps.

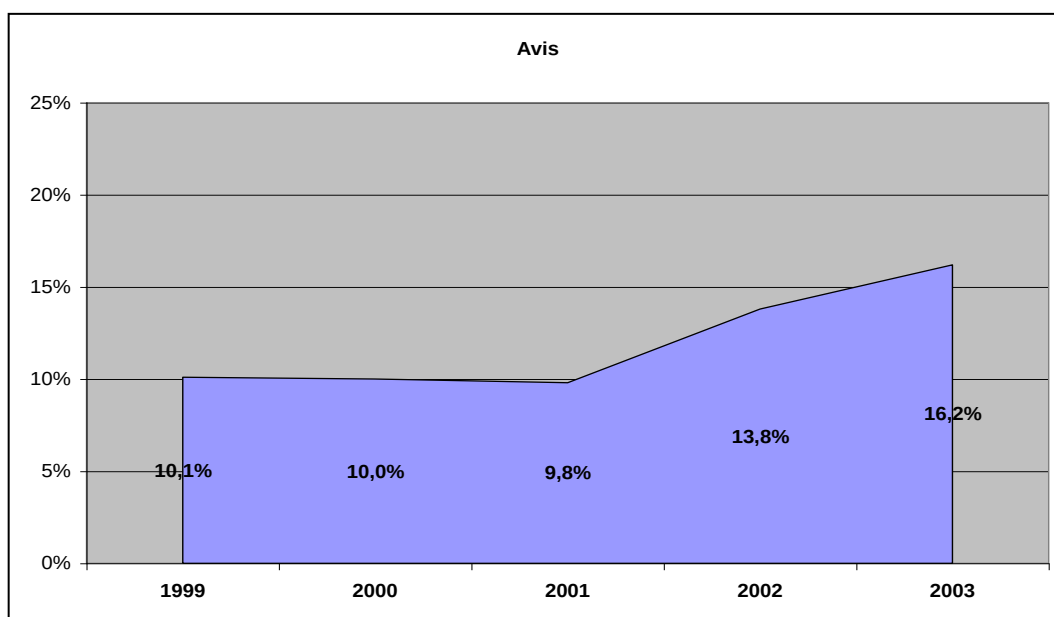


Figure 12 : Pourcentage moyen des dossiers AICS consacrés aux avis motivés entre 1999 et 2003 dans les ESS

La sollicitation pour des « avis motivés » (16,2%) augmente d'année en année, en nombre absolu et en moyenne, mais comme plusieurs équipes n'en font pas ou très peu, c'est beaucoup plus marqué pour certaines équipes.

3. Evolution de l'activité des dossiers AICS en Région Wallonne

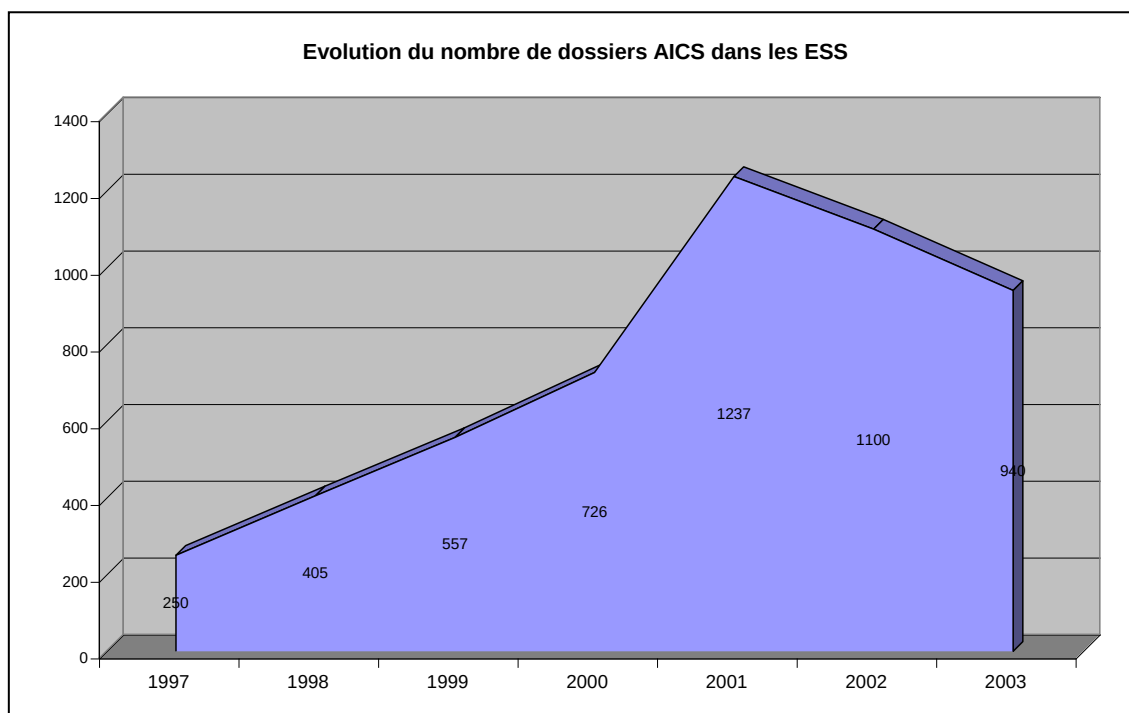


Figure 13 : évolution entre 1997 et 2003 du nombre total de dossiers AICS dans les ESS

Le nombre total de dossiers augmente jusqu'en 2001 et diminue en 2002 et 2003, confirmant la tendance.

Une bonne hypothèse est que l'augmentation tient probablement à la récupération de l'arriéré dans les domaines de la probation, de la libération conditionnelle et de la défense sociale. La diminution qui suit l'année 2001 est plus étonnante. En effet, si le nombre de dossiers était resté égal d'année en année après la récupération de l'arriéré, le nombre devrait augmenter en raison de la longueur des traitements qui s'échelonne fréquemment sur 3 et 5 ans.

QUATRIEME PARTIE

CENTRE D'APPUI BRUXELLOIS

A. MISSIONS GENERALES

Article 5 de l'Accord de Coopération

I. FONCTION DE CONSULTANT

	Santé	Justice	Autres	TOTAL
Evaluations, traitements, guidances, orientations	0	2	6	8
Informations (particulièrement sur l'application des Accords de Coopération)	0	6	11	17
Formations	0	0	4	4
Documentation	0	0	3	3
Adresses et personnes de contact	0	0	0	0
Divers	0	0	0	0
TOTAL	0	8	24	32

Dans les colonnes « Santé » et « Justice » sont repris les professionnels acteurs à part entière dans l'Accord de Coopération, dont les administrations centrales respectives. En « Justice », sont donc particulièrement concernés les Services Psychosociaux Spécialisés et les Maisons de Justice ; en « Santé », les Equipes de Santé Spécialisées.

Dans la colonne « Autres », on retrouve des professionnels qui ne sont pas repris dans l'Accord de Coopération : Services de Santé Mentale, magistrats, SAJ, SPJ, IPPJ, Services d'Aide Sociale aux détenus, médecins, avocats, quelques thérapeutes reconnus non spécialisés, homes et diverses structures d'accueil, étudiants et mémorants.

- *Dans « Evaluations, traitements, guidances, orientations », aucune demande n'émane des Equipes de Santé Spécialisées, précisément dans la mesure où par les articles 5 et 6, le Centre d'Appui est censé faire l'évaluation et l'orientation de tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel de la Région bruxelloise. Quant aux traitements et guidances, cette matière n'est pas reprise dans les compétences qui nous sont reconnues par le secteur de la santé.*

Analyse des demandes :

Pour l'essentiel, ces dossiers concernent des difficultés d'orientation dues aux spécificités de l'Accord de Coopération bruxellois. A signaler quelques demandes de praticiens privés

de la santé confrontés à une découverte ou une suspicion d'abus sexuel en consultation privée et sur la conduite à tenir en pareil cas.

Quelques demandes émanent également de thérapeutes non reconnus dans le cadre de l'Accord de Coopération bruxellois qui ont déjà des auteurs d'infractions à caractère sexuel en traitement et qui demandent comment les poursuivre dans un cadre conforme à l'esprit des lois.

- *Dans le poste « Informations », les services de santé spécialisés ne nous consultent pas et les demandes émanant du personnel de « Justice » et « Autres » sont reprises dans les demandes en Région wallonne car elles émanent de services fédéraux qui peuvent avoir indistinctement des dossiers de Bruxelles ou de Région wallonne.*
- *Les mêmes remarques sont à faire concernant les postes « Formation » et « Documentation ». Dans la colonne « Autres », nous retrouvons quelques demandes émanant de thérapeutes reconnus non spécialisés.*
- *Le poste « Adresses et personnes de contact » est vide mais il faut préciser que le Centre d'Appui a un dossier ouvert au nom de tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel de Bruxelles et que toutes les demandes de personnes de contact pour ces dossiers ne font pas partie du comptage.*
- *Les demandes pour le poste « Divers » sont reprises dans celles de la Région wallonne puisqu'elles sont adressées à l'UPPL indistinctement de la région dans laquelle ils exercent.*

Il était souhaité par le Ministère de la Justice que des économies d'échelle soient réalisées sur un certain nombre de points comme les informations, la documentation, la formation, ces services étant rendus aux professionnels sans tenir compte de la région d'appartenance. Nous rendions déjà ces services à des professionnels bruxellois avant d'être désignés Centre d'appui pour cette région et continuons de le faire. Ces données justifient la prévalence que l'on pourrait donner à un centre de référence francophone.

Les missions d'information scientifique, de soutien logistique, de recherche et de formations sont diffusées et disponibles à tous les professionnels francophones qui ont à travailler avec des auteurs d'infractions à caractère sexuel, sans distinction quant à leur région d'appartenance. Ainsi, nous pouvons dire que 16,24% des newsletters envoyés le sont à destination des institutions et professionnel bruxellois.

II. CONCERTATIONS

1. Concertation avec les Equipes de Santé Spécialisées

Nous avons tenté de poursuivre la concertation avec les Equipes de Santé Spécialisées de Bruxelles mais nous avons demandé un représentant des Equipes de Santé Spécialisées dans ces concertations dont la désignation a donné lieu à de nombreux délais et tergiversations qui n'ont finalement pas abouti en 2003. Cette présence nous paraissait particulièrement indispensable étant donné certaines attitudes négatives et hostiles. Une concertation a cependant eu lieu avec une Equipe de Santé Spécialisée et à sa demande pour prendre des dispositions pratiques eu égard à la saturation du service en termes de quantité. Une solution a été trouvée par une sélection plus grande des cas que nous lui orientions, à savoir qu'ils présentent une problématique psychopathologique clairement identifiée.

2. Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération entre l'Etat Fédéral et la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel

Eu égard aux difficultés de collaboration avec les Equipes de Santé Spécialisées et aux blocages qui en découlaient quant à l'orientation des auteurs d'infractions à caractère sexuel, le Comité d'Accompagnement a finalement été désigné par le Ministre pour entamer une concertation des partenaires, faire une évaluation de la problématique et proposer des solutions à court et à plus long terme. Il faut ajouter que les Equipes de Santé Spécialisées avaient, dès le mois de septembre 2003, suspendu leurs activités de traitement, l'une par manque de disponibilité et l'autre pour marquer son désaccord. Nous avons été entendu le 24/10/2003 dans ce cadre et avons réalisé un rapport détaillé d'évaluation de la problématique bruxelloise et de recommandation quant aux remèdes à y apporter à l'intention des autorités et des participants. Ces consultations se sont poursuivies et n'ont été conclues qu'en 2004.

- a) *Une des difficultés tient à l'application de l'article 6 qui dans l'Accord de Coopération bruxellois stipule :*
- 1. que le Centre d'Appui n'effectue aucune mission de traitement et de guidance (les Equipes de Santé Spécialisées ne réalisant aucune mission d'avis),*
 - 2. que le Centre d'appui évalue systématiquement tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel pour orientation avant l'entrée dans le dispositif de traitement. Ces*

évaluations viennent donc doubler les avis déjà rendus en amont.

Alors que le Centre d'Appui a été conçu à l'origine pour faciliter la coordination entre les réseaux d'une façon structurelle, des interprétations locales conduisent maintenant le Centre d'Appui à être l'intermédiaire systématique et obligé entre les personnes de l'un et l'autre réseaux, les isolant du contact direct. Comme il est souhaité que cela se fasse pour tout contact (téléphonique, transmission de documents, concertations), cela alourdit considérablement toutes les procédures et surtout leur forme administrative.

- b) Les ressources des Equipes de Santé Spécialisées en matière de traitement et guidance étant très limitées quantitativement (l'équivalent de deux fois un trois-quarts temps) et qualitativement (en effet psychothérapie d'inspiration analytique ou systémique), le nombre de patients réellement orientables était réduit à 15 ou 20 % des auteurs d'infractions à caractère sexuel qu'il convenait d'orienter. Nous avons entrepris de trouver des alternatives pour ces auteurs d'infractions à caractère sexuel vers des équipes ou des thérapeutes non agréés mais qui disposaient d'une spécialisation suffisante et parfois offraient une méthodologie alternative à la psychothérapie classique. Nous avons mis à leur disposition des études de cas pour les accompagner sur le modèle de la délégation. Cette solution alternative a été rejetée par les Equipes de Santé Spécialisées, mettant de très nombreux auteurs d'infractions à caractère sexuel et les autorités judiciaires dans des situations extrêmement difficiles et inconfortable, en dépit du fait que les orientations vers le traitement avait déjà été validé de manière expertale avant leur libération.

3. Centres d'appui

La concertation entre Centres d'appui requise par l'Accord de Coopération s'est trouvée reprise dans les concertations régulières entre l'UFC et l'UPPL (cf. page 22).

4. Accréditation des agents SPS

Nous participons à l'accréditation des agents SPS, sous statut fédéral sans distinction de région ou communauté.

5. Avis motivés

La problématique des avis motivés est essentiellement fédérale et ne concerne pas les Equipes de Santé Spécialisées

bruxelloises dans la mesure où l'Accord de Coopération bruxellois ne reconnaît pas leur compétence en matière d'avis. Cette problématique a été traitée par l'UFC et par l'UPPL pour ce qui concerne les francophones, en concertation avec les ministres concernés, les Parquets et les Procureurs généraux.

B. MISSIONS CLINIQUES D'EVALUATION, D'ORIENTATION, DE COORDINATION ET DE REEVALUATION

Article 6 de l'Accord de Coopération

I. NOMBRE D'AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL

Anciens cas actifs en 2003	Nouveaux cas en 2003	TOTAL
228	90	318

Tableau 1

II. DOSSIERS TRAITES

En 2002, nous avons pu effectuer 100 avis d'orientation sur les 228 dossiers ouverts. En 2003, nous avons récupéré l'arriéré de 2002 et 82 avis d'orientation ont pu être réalisés sur les 90 nouveaux dossiers. Soit un total de 210 dossiers traités.

Dossiers traités	
Sur les 128 dossiers restants de 2002	Sur les 90 nouveaux dossiers
128	82

Tableau 2

III. TRAITEMENTS EN COURS

Pour les dossiers ouverts en 2002 :

228 dossiers			
40 traitements dans les ESS	72 délégations	81 en attente de traitement	35 divers

Tableau 3

*Les 35 divers se répartissent comme suit : 28 dossiers archivés, 4 avis motivés et 3 personnes réintégrées.
On peut constater qu'environ un tiers des justiciables en traitement le sont dans les deux équipes de santé spécialisées, les deux tiers restant étant en délégation. A côté de cela, nous avons un peu moins de la moitié des justiciables qui n'ont toujours pas de traitements officiels.*

Pour les nouveaux dossiers ouverts et traités en 2003 :

82 dossiers			
11 traitements dans les ESS	33 délégations	29 en attente de traitement	9 divers

Tableau 4

Les 9 divers se répartissent comme suit : 1 dossier archivé, 3 avis motivés, 4 personnes réintégrées et une personne évadée. Un quart des justiciables en traitement se retrouve dans une équipe de santé spécialisée alors que les autres sont suivis en délégation. Plus de la moitié n'a toujours pas de traitement officiel à ce jour.

IV. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES 90 DOSSIERS OUVERTS EN 2003

Pyramide des âges	
18-29	21
30-39	30
40-49	22
50-59	10
60-69	7

Tableau 5

Ouverture des dossiers selon le mois	
Janvier	7
Février	10
Mars	13
Avril	9
Mai	9
Juin	2
Juillet	7
Août	7
Septembre	6
Octobre	3
Novembre	8
Décembre	9

Tableau 6

CINQUIEME PARTIE

ADOLESCENTS AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL

Etant donné la nécessité de considérer qu'une grande partie des problématiques délinquantes sexuelles adultes a débuté à l'adolescence, il nous a semblé important de répondre positivement aux demandes qui nous ont été faites d'investir dans la clinique des adolescents qui commettent des abus sexuels. Ces activités se font dans un département séparé du Centre d'Appui à titre expérimental, qui est financé distinctement et hors des temps de travail du Centre d'Appui.

I. EXAMENS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

A la demande du Service de Protection de la Jeunesse et du Tribunal de la Jeunesse de Tournai, nous avons accepté depuis quelques années d'effectuer des examens médico-psychologiques spécifiques des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel qui se retrouvent au Tribunal de la Jeunesse dans le cadre de l'article 36 4° de la loi de la Protection de la Jeunesse de 1965. Nous constatons une tendance à ce que d'autres tribunaux nous consultent pour obtenir un examen médico-psychologique complémentaire et spécialisé dans un certain nombre de dossiers difficiles.

Outre l'examen médico-psychologique traditionnel qui reprend l'anamnèse et la personnalité du jeune incriminé, nous examinons plus particulièrement si le jeune présente une problématique déviante sur le plan sexuel, une problématique criminelle, et une problématique psychopathologique susceptibles d'expliquer les transgressions sexuelles. Nous y faisons des recommandations de mesures et traitements qui seraient de nature à diminuer le risque de récidive pour délits de mœurs.

En 2003, 19 adolescents ont été reçus. Onze examens médico-psychologiques ont été effectués.

Nombre d'adolescents		
Anciens cas en 2003	Nouveaux cas en 2003	Total
1	10	11

Les examens médico-psychologiques ont été réalisés dans les conditions suivantes :

- *délai compris entre 4 et 5 mois (en moyenne 4 mois),*

- durée de travail entre 10 et 25 heures (en moyenne 16 heures),
- nombre d'interventions : de 3 à 15 (en moyenne 5), qui comprend les entretiens, le testing, les discussions en équipe, ...

Les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel ont les caractéristiques suivantes :

- sexe masculin uniquement,
- âge entre 13 et 19 ans (en moyenne 16 ans).

Les victimes sont :

- au nombre de 35 (9 garçons et 26 filles),
- âgées entre 3 et 78 ans.
- 25 victimes sont de type extra-familial, dont 14 victimes inconnues de l'auteur et 11 victimes connues sans lien de parenté avec l'auteur ni cohabitation,
- 10 victimes ont un lien familial avec l'adolescent auteur d'infractions à caractère sexuel (fratrie, oncle, parrain, tante,...).

Type des infractions sexuelles	
Catégories	Nombre
Outrage aux mœurs	3
Attentats à la pudeur	9
Tentatives de viol	3
Viols	10

Antécédents de délinquance juvénile	
Avant 12 ans	Après 12 ans
1 infraction non sexuelle sans violence sur autrui	1 infraction sexuelle sans violence sur autrui
	1 infraction sexuelle avec agression ou menace d'agression

II. TRAITEMENTS

Sur base d'ordonnances judiciaires ou de demandes d'institutions de l'Aide à la Jeunesse, nous recevons quelques adolescents en traitement ou en guidance. Cela prolonge parfois l'examen médico-psychologique, ce qui a été le cas pour un dossier en 2003. Il arrive aussi que des institutions d'Aide à la Jeunesse nous demandent quelques supervisions quant aux suivis socio-éducatifs.

En 2003, 9 adolescents sont venus en traitement à l'UPPL (8 anciens dossiers et un nouveau).

Les traitements ont nécessité :

- entre 1 et 5 heures d'évaluation (en moyenne 1 heure),
- entre 1 et 17 heures de traitement individuel (en moyenne 10 heures),
- entre 0 et 4 heures pour d'autres interventions auprès de la famille, etc. (en moyenne 2 heures).

La durée de prise en charge est de 18 mois en moyenne (minimum 8 mois, maximum 34 mois).

La fréquence des consultations est en moyenne de 1,5 fois par mois (3 en deux mois, avec minimum 1 par mois et maximum 2 par mois).

III. RECHERCHE

En 2003, nous avons été les maîtres d'œuvre d'une recherche intitulée : « Evaluation diagnostique, étiologique et sociale d'adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel ». Dans ce cadre, nous avons participé à l'élaboration du protocole de recherche et effectué la récolte des données.

Cette recherche a été réalisée en collaboration avec le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) de Tournai, le Centre de Recherche et de Développement en Travail Social (CRDTS) de l'ISSHA à Mons et le Service de Protection Judiciaire de Tournai sous notre direction et avec notre participation. Elle est la concrétisation d'un projet déposé en 2001 auprès de la Ministre de la Communauté Française.

L'argument de départ est que nous avons constaté, ces dernières années, une augmentation du nombre de dossiers relatifs à des infractions sexuelles commises par des mineurs ainsi qu'une diminution de l'âge des auteurs. De plus, la littérature internationale, qui s'est particulièrement intéressée à l'étude de la délinquance sexuelle juvénile, a mis en évidence qu'environ 20% des agressions commises envers des adolescents ou des adultes et entre 30 et 50 % des agressions commises envers des enfants (de 0 à 12 ans) sont le fait d'adolescents (Barbaree, Hudson et Seto, 1993 ; Becker et Hunter, 1997 ; Richard-Bessette, 1996). De même, de 50 à 80 % des abuseurs sexuels adultes auraient débuté leur carrière sexuelle déviante à l'adolescence (Bourke et Donohue, 1996 ; Becker, 1994 ; Vizard et al., 1995 ; Weinrott, 1996). Les connaissances dont nous disposons au sujet des délinquants sexuels juvéniles reposant quasi exclusivement sur la littérature nord-américaine, nous avons voulu étudier la problématique en Belgique.

Nous nous sommes fixés deux objectifs : le premier mené par l'UPPL et le CRDS, porte sur l'étude des spécificités étiologiques (antécédents familiaux et personnels des adolescents abuseurs sexuels et spécificités de leur parcours antisocial), diagnostiques (examen de la prévalence des troubles mentaux et caractéristiques de la personnalité) et pronostiques (variables statiques et dynamiques du risque de récidence) des délinquants sexuels juvéniles ; le second, mené par le CRDTS, porte sur l'analyse de la trajectoire de ces adolescents, en identifiant les intervenants, les mesures et les dispositifs d'aide mis en place.

La première phase de notre recherche s'étalait sur une année pour le recueil des données et une deuxième année était prévue pour l'analyse des résultats. A plus long terme, nous voulions proposer aux intervenants des outils d'évaluation spécifiques et dégager des pistes d'intervention adaptées pour les professionnels de la justice et de l'aide à la jeunesse en contact avec des adolescents qui ont commis des infractions à caractère sexuel.

L'étude porte sur 25 adolescents de sexe masculin, âgés de 13 à 17 ans, qui ont commis une infraction à caractère sexuel pour laquelle un dossier 36.4 (Loi de Protection de la Jeunesse) a été ouvert au Tribunal de la Jeunesse.

Au terme du recueil de données, nous avons rédigé un rapport d'activités finalisé au printemps 2004 et nous attendons les moyens nécessaires pour poursuivre l'analyse des données et l'implémentation des résultats auprès des professionnels.

ANNEXE 1 : ENQUETE SUR LES CONDITIONS D'ACCEPTATION DE PRISES EN CHARGE D'AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL DANS LES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES

UPPL

UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE LEGALE

Phone + 32 69 888333
Fax + 32 69 888334
GSM + 32 475 332929e-mail centredappul@uppl.be
Web site www.uppl.be

Tournai, le 30 janvier 2003

Enquête auprès des équipes de santé spécialisées

En accord avec la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé (D.G.A.S.S.) de la Région Wallonne et dans le cadre du rapport d'activités prévu par les Accords de Coopération (article 9, 4° et article 5, 9°), nous voulons faire l'état des lieux de quelques questions qui sont mal – ou pas – investiguées par la grille d'enregistrement et qui font l'objet de problèmes que les autorités doivent examiner, tant du côté de la Justice que du côté de la Santé.

Ces points sont :

- 1) les conditions d'acceptation de prises en charge spécialisées d'auteurs d'infractions à caractère sexuel,
- 2) les refus de prise en charge spécialisée
- 3) les délégations de traitement,
- 4) la réalisation d'avis motivés.

Veuillez donc répondre au questionnaire suivant pour le **20 février 2003**.

Il n'est pas nécessaire, pour répondre à ce questionnaire, de reprendre tous vos dossiers. Il s'agit d'une enquête sur la pratique générale, veuillez seulement indiquer **le nombre le plus précis possible** qui correspond le plus vraisemblablement à votre réalité (en indiquant la marge d'approximation, par exemple: à 1 près, à 5 près, à 10 près,...).

Bernard PIHET
Coordinateur

Pour accord
P. BEKA
D.G.A.S.S.
Directrice Générale

UPPL - gdel
Rue Despois, 92 - 7500 TOURNAI
compte financier 291.0121368-50

Au cours de l'année 2002,

A. LES TRAITEMENTS OU GUIDANCES D'A.I.C.S

1. LES PRISES EN CHARGE

1. Y a-t-il des conditions pour être admis en traitement ou guidance dans votre équipe?

NON OUI
☐ ☐

Si oui, lesquelles :

- Documents à disposition

- Motivation de l'AICS

- Autre : _____

☐
☐
☐

2. Quel est votre délai pour accepter ou refuser la prise en charge de l'AICS?

a) Nombre d'entretiens

b) Durée approximative du délai d'acceptation :

- Minimum :

- Maximum :

3. Quelle est la participation financière demandée au client pour le traitement ou la guidance ?

Pour les détenus

a) Entretiens préliminaires

b) Séance de traitement ou guidance :

- En individuel :

- En groupe :

Pour les libérés

a) Entretiens préliminaires

b) Séances de traitement ou guidance :

- En individuel

- En groupe

2. LES REFUS DE PRISE EN CHARGE

1. Hormis les délégations que vous auriez effectuées vous-même vers une autre équipe ou un thérapeute indépendant, combien d' AICS avez-vous refusés ? _____

2. Parmi ceux-ci, combien ont fait l'objet d'une Grille d'Enregistrement de Données Statistiques (parce que supposés rencontrés en consultation) _____

3. Quels sont les motifs des refus?

- a) Manque de disponibilité ☐
- b) En raison de problèmes pratiques :
 - Non-présentation de l'intéressé ☐
 - Non-envoi de documents ☐
 - Délai trop court (pour réaliser l'avis motivé ou commencer la prise en charge.) ☐
 - Nécessité de se rendre en prison ☐
 - Autre : _____ ☐
- c) En raison du comportement, de l'attitude ou de caractéristiques de l'intéressé :
 - Négation des faits ☐
 - Déficience mentale ☐
 - Absence de déviance sexuelle ☐
 - Autre : _____ ☐

4. Ces motifs ont-ils été communiqués?

- a) *Au client*
 - Non ☐
 - Oui, oralement ☐
 - Oui, par écrit ☐
- b) *Au demandeur*
 - Non ☐
 - Oui, oralement ☐
 - Oui, par écrit ☐
- c) *A l'autorité*
 - Non ☐
 - Oui, oralement ☐
 - Oui, par écrit ☐

5. Quelles suites ont été données à ces refus ?

- a) Aucune ☐
- b) Concertation avec d'autres professionnels ☐
- c) Réorientation ☐
- d) Autre : _____ ☐

3. LES DELEGATIONS DE TRAITEMENT

1. Combien de guidances ou de traitements d'AICS avez-vous confiés à un thérapeute indépendant ou à une autre équipe (dans le cadre d'une délégation de traitement, article 11) ? _____

2. Pour ces AICS, avez-vous ouvert un dossier et avez-vous complété une Grille d'Enregistrement de Données Statistiques ?

NON OUI
☐ ☐

3. La loi prévoit que la délégation peut être totale ou partielle. Parmi celles que vous avez octroyées, combien étaient

a) Partielles _____

b) Totales _____

4. Combien de thérapeutes indépendants ont reçu une délégation de votre part ? _____

5. Quelles sont les modalités de ces délégations?

a) Discussion du dossier avec l'équipe et le thérapeute délégué ☐
Si oui, selon quelles modalités ? _____

b) Entretien avec l'AICS en traitement chez le thérapeute indépendant
- Avant le traitement ☐
- Durant le traitement ☐

c) Demande et réception des rapports de suivis ☐

B. LES AVIS MOTIVES

1. Combien d'avis motivés avez-vous réalisés au total ? _____

2. Quels tribunaux vous ont requis?

En Première Instance

- Arlon
- Bruxelles
- Charleroi
- Dinant
- Eupen
- Huy
- Liège
- Marche en Famenne
- Mons
- Nivelles
- Namur
- Neufchâteau
- Tournai
- Verviers

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

En Appel

- Bruxelles
- Liège
- Mons

☐
☐
☐

3. Quels avis motivés avez-vous réalisés et combien?

- a) Libération provisoire _____
- b) Sursis probatoire ou suspension du prononcé _____
- c) Libération à l'essai ou libération définitive en Défense Sociale _____
- d) Réhabilitation dans le cadre du casier judiciaire _____
- e) Autre _____

4. Qui vous a requis pour ces missions et combien de fois ?

- a) L'administration pénitentiaire _____
- b) Juge d'instruction _____
- c) Juge du fond _____
- d) Parquet _____

5. Ces avis ont-ils été facturés?

	NON	OUI
Si oui, à qui ?	☐	☐
a) aux frais de justice via tribunal (pour les sursis probatoires et les suspensions de prononcés)		☐
b) aux frais de justice via la commission de défense Sociale (pour les libérations à l'essai ou définitive)		☐
c) à l'intéressé		☐
d) Autre : _____		☐

6. Sur quelle base avez-vous déterminé le tarif de votre prestation ? _____

7. Quel était votre délai pour réaliser ces avis?

- Délai minimum	_____
- Délai maximum	_____

Nous vous remercions de votre collaboration.

ENQUETE LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUTEURS D'INFRACTION A CARACTERE SEXUEL DANS LES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES

Bernard Pihet¹, François Caucheteux²

INTRODUCTION

Cette enquête entre dans le cadre de notre collaboration au Groupe de travail « abus sexuels » du Conseil Régional des Services de Santé de Mentale en Région wallonne. Les résultats ont été présentés lors d'une journée d'étude le 07.11.2003 à Jambes, organisée par la Direction Générale des Affaires Sociales et de la Santé et l'UPPL à l'intention des Equipes de santé spécialisées. L'année de référence est 2002.

La question principale qui est à l'origine de cette enquête est l'analyse des refus de prise en charge thérapeutique de certains AICS dans des ESS, en dépit de leur demande et de l'Accord de coopération qui prévoit qu'ils y soient acceptés (article 9). L'Accord prévoit une possibilité de refus (article 10) mais les raisons de ces derniers ne sont pas explicitées et donc laissées à l'appréciation des équipes. Il faut remarquer que si les AICS sont les demandeurs de traitements ou guidances (il n'y a en effet pas de mandat judiciaire donné au clinicien en ces cas), ils sont contraints de le faire en raison d'une obligation légale et judiciaire pour obtenir une mesure de liberté et peuvent être peu motivés. Des avis experts sont aussi prévus dans l'Accord qui peuvent aussi être refusés sans plus d'explication. Dans le cas des avis motivés qui sont indispensables avant la décision judiciaire (probation, défense sociale, réhabilitation), la demande consiste en un mandat judiciaire.

Le but de cette enquête est d'objectiver des impressions quant aux pratiques cliniques des ESS dans ces cas et aux critères ou conditions qui influencent les décisions de refus.

La méthodologie n'est pas celle d'une recherche, mais bien celle d'une enquête. Elle n'est cependant pas sociologique et ne porte pas sur des opinions, mais investigate les pratiques des ESS à partir de leurs réponses à des questions simples, sans observation directe.

Le nombre des ESS est faible et il n'y a aucun dispositif d'expérimentation ou d'observation scientifique, les statistiques sont donc à considérer comme des comptages et avec précaution, en raison de l'articulation des questions et des réponses autour de mots et concepts pris dans le sens usuel. Ils peuvent donc varier mais sont aussi rapportés aux représentations courantes véhiculées dans nos milieux professionnels.

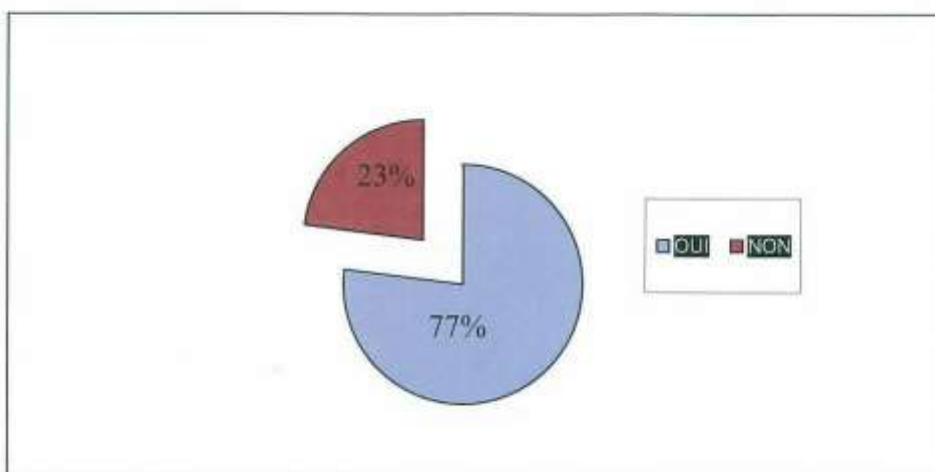
La forme de l'enquête était simple, 9 questions en 2 pages. Quelques minutes suffisaient à la remplir et à la renvoyer par fax, pour des raisons de facilité, de moyens et de motivations. C'est un compromis entre l'évaluation, la priorité à la clinique et la nécessaire participation des acteurs de terrains.

¹ Psychologue, Directeur UPPL

² Psychologue UPPL

1. Conditions de prise en charge de traitement ou guidance

1.1 CRITERES D'EXCLUSION



Graphique 1

Dans un quart des équipes cliniques, des critères d'inclusion et/ou d'exclusion sont définis a priori pour accepter ou refuser l'AICS qui en fait la demande.

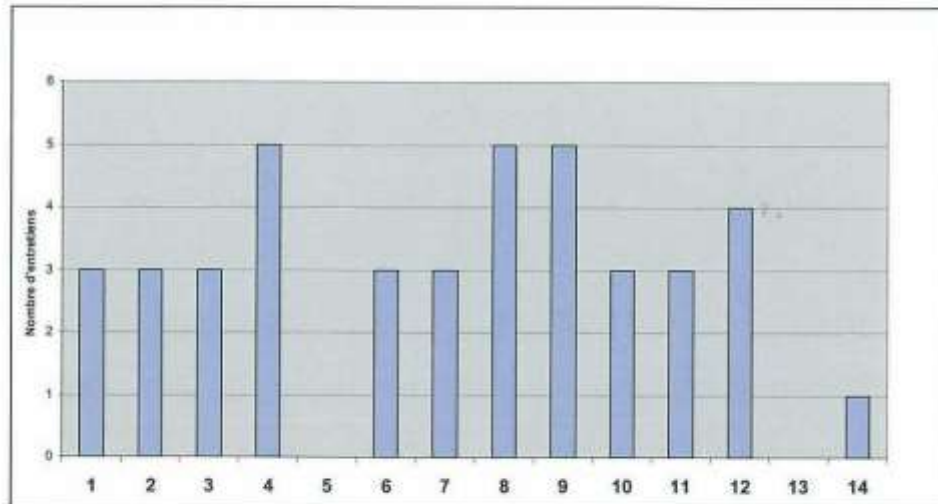
1.2 CRITERES NECESSAIRES A L'ADMISSION

N° E.S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
Motivation			•	•						•	•	•			5
Documentation judiciaire			•				•			•					3
Recommandation des GPs	•	•													2
Faisabilité de la consultation						•						•			2
Proximité géographique						•						•			2
Ouverture à un questionnement				•											1
Capacités intellectuelles						•									1
Compétences de l'intervenant						•									1
Possibilité de changement							•								1
Age minimum (18 ans)									•						1
Suffisance												•			1

Tableau 1 (Par « documentation judiciaire » il faut entendre « reçue »)

Les Equipes de Santé spécialisées³ (y inclus le centre d'appui qui effectue aussi les missions d'équipe de santé spécialisée) sont mises en parallèle et désignées anonymement par un numéro d'ordre aléatoire qui restera le même tout au long de l'enquête. Les critères sont classés suivant le nombre de fois qu'ils sont cités.

1.3 DELAI DE LA PHASE D'ADMISSION



Graphique 2

Suivant les équipes, le nombre d'entretiens nécessaires a priori pour examiner une demande et préalables à une acceptation ou un refus va de 0 à 5.

1.4 PARTICIPATION FINANCIERE

La participation financière demandée aux AICS pour les consultations peut varier fortement. Des questions et remarques sont formulées par des acteurs du monde judiciaire car elles peuvent être discriminatives dans les demandes formulées à l'équipe, surtout après le premier entretien si les conditions financières étaient inconnues au départ et ne sont découvertes que durant les consultations.

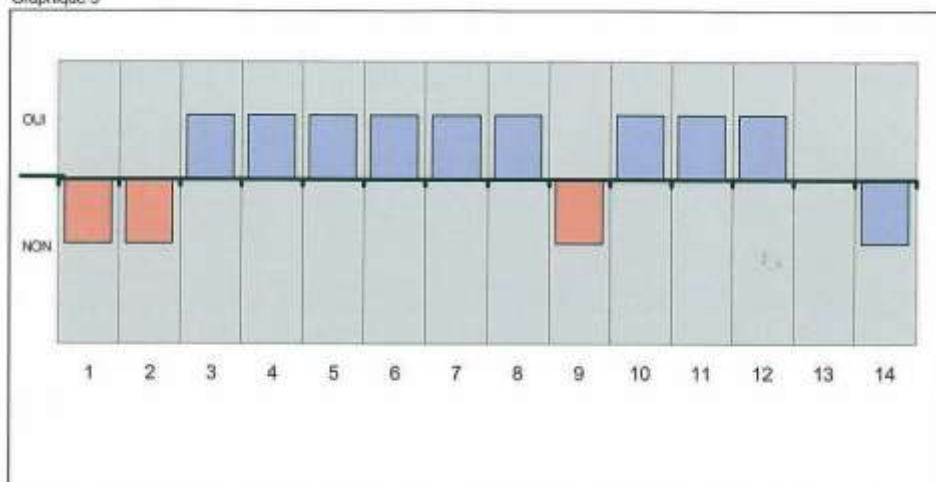
1.4.1 Demandée ou non pour les entretiens préliminaires et pour les détenus

Toutes les équipes demandent une participation financière pour les traitements en cours, nous avons voulu savoir s'ils faisaient une différence dans le cas des entretiens préliminaires à l'acceptation du traitement (classiquement et anciennement il arrivait qu'ils ne soient pas

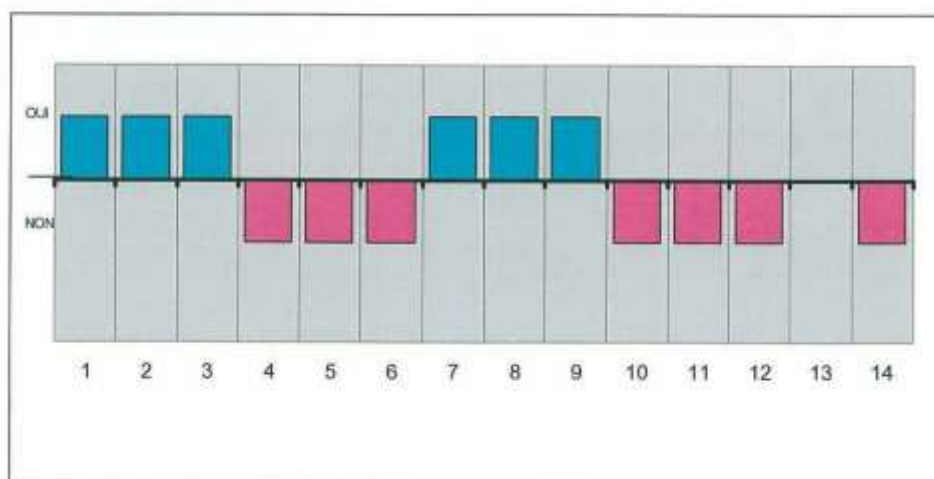
³ Les équipes de Charleroi CPAS ambulatoire et CHU hospitalière sont séparées, les trois sièges de Libramont sont considérés comme une seule équipe. Quand une colonne est vide, c'est qu'il n'y a pas de réponses de l'équipe à la question ou au questionnaire, en l'occurrence l'équipe 13 n'a pas reçu le questionnaire.

payants) et dans le cas des détenus (qui sont normalement à la charge de l'Etat pour toutes leurs dépenses indispensables dont on peut penser que c'est le cas ici). Dans les deux cas, les réponses sont les mêmes, seules quatre équipes ne demandent pas de participation financière en ces cas.

Graphique 3



1.4.2 Récupération par mutuelle

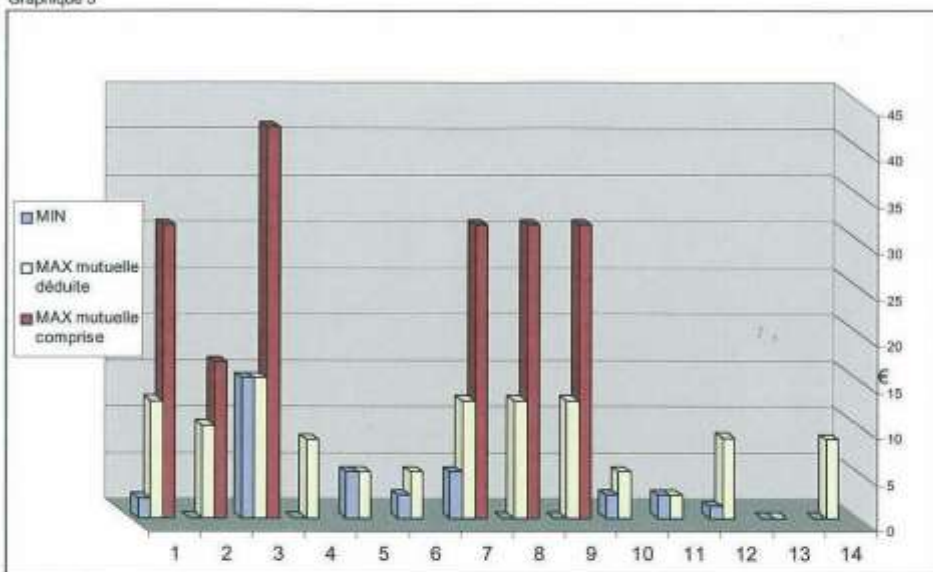


Graphique 4

Les participations financières peuvent faire l'objet de récupération à la mutuelle pour les consultations médicales.

1.4.3 Montant de la participation financière

Graphique 5



Les montants demandés pour les consultations ne sont la plupart du temps que des participations puisqu'elles sont effectuées dans le cadre de services publics. Ces participations sont légalisées par le décret sur les services de santé mentale. Les variations en Euro (en ordonnée à droite) sont importantes d'un service à l'autre et entre les clients notamment en fonction de leur capacité à payer.

2. Refus de traitement ou guidance

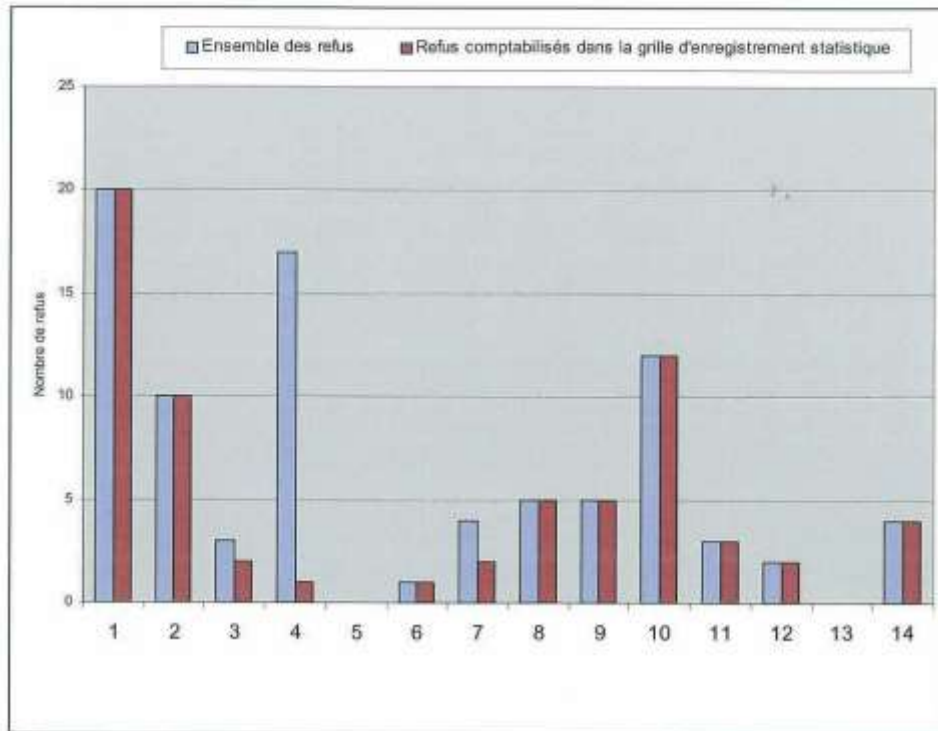
2.1 NOMBRE DES REFUS

Nous avons essayé de mesurer l'importance des refus de prises en charge comparativement dans chaque équipe. L'enregistrement statistique de données renseigne des cas de refus mais nous savons que des refus échappent à cet enregistrement quand ils sont formulés par téléphone par exemple et ne font pas l'objet de l'ouverture d'un dossier, ce qui est le cas des demandes en liste d'attente qui ne sont pas forcément poursuivies lorsqu'arrive la disponibilité parce que le demandeur a trouvé ailleurs entre-temps.

Des informations sont données à ce sujet par des acteurs du monde judiciaires et par les AICS eux-mêmes, nous ne sommes pas sûr de la fiabilité de ces informations, elles sont donc une première approche et doivent être examinées avec prudence, comme les autres items d'ailleurs.

Le présente estimation donnerait environ 85 refus sur plusieurs centaines de dossiers, il nous semble d'après des estimations calculées qu'ils varieraient entre 5 et 20 % des demandes suivant les équipes avec une moyenne approximative de 10 %.

Il est possible qu'un AICS refusé dans une équipe le soit encore dans une autre, et le soit d'ailleurs dans toutes. Certaines équipes acceptent peut-être davantage d'AICS refusés ailleurs que d'autres.



Graphique 6

2.2 MOTIFS

Les motifs de refus ne correspondent pas nécessairement aux critères précédemment énoncés.

- La motivation qui était le premier critère cité cinq fois, se retrouve en septième position citée seulement une fois, encore que l'absence de demande citée 3 fois recouvre cette notion.
- La nécessité de documentation judiciaire n'est pas reprise ici.
- La reconnaissance des faits est une importante question dans les deux cas.
- La faisabilité de la consultation est aussi très importante, puisque beaucoup de refus tiennent à l'absence de l'intéressé aux rendez-vous.

- Le diagnostic est important dans les deux cas mais à travers de nombreux concepts difficilement superposables, il faudra affiner les questions et concepts. L'absence de psychopathologie et surtout la déficience mentale et l'absence de déviance sexuelle, bien que non définis comme critères d'exclusion, restent importantes pour certaines équipes.
- Les possibilités personnelles des intervenants et des équipes (en terme de nombre de cliniciens et de diversité dans l'offre) sont indiquées mais peu soulignées.

Tableau 2

N° E.S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
pas de déviance	•	•	•	•				•	•			•			7
absence	•	•	•					•							4
déficience mentale	•	•	•								•	•			4
origine des faits	•	•				•					•				4
pas de demande						•			•			•			3
déjà jugé coupable	•	•													2
pas de possibilité thérapeutique							•	•							2
pas de détresse marquée			•												1
non ambulatoire							•								1
indisponible				•										•	2
pas de psychopathologie								•							1
pas de motivation								•							1
se parle pas le français									•						1
personne											•				1
seuil moyen											•				1

2.3 COMMUNICATION DES MOTIFS DE REFUS

N° E.S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
AU CLIENT ORALE	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•		•	12
AU CLIENT ECRIT	•	•								•	•	•			5
AU DEMANDEUR ORALE				•			•				•			•	4
AU DEMANDEUR ECRIT	•	•	•				•	•		•	•			•	8
A L'AUTORITE ORALE				•		•						•		•	4
A L'AUTORITE ECRITE	•	•						•	•	•		•		•	7

Tableau 3

Les motifs sont bien communiqués au client et verbalement, mais le sont nettement moins aux autorités et par écrit.

2.4 SUITES DONNEES

N° E.S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
AUCUNE	•	•		•		•	•	•		•		•			8
CONCERTATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS	•	•		•		•								•	3
REORIENTATION	•	•	•					•	•		•	•		•	8

Tableau 4

Nous observons une prévalence des manques de suites par rapport aux suite données par une réorientation ou une concertation avec des collègues.

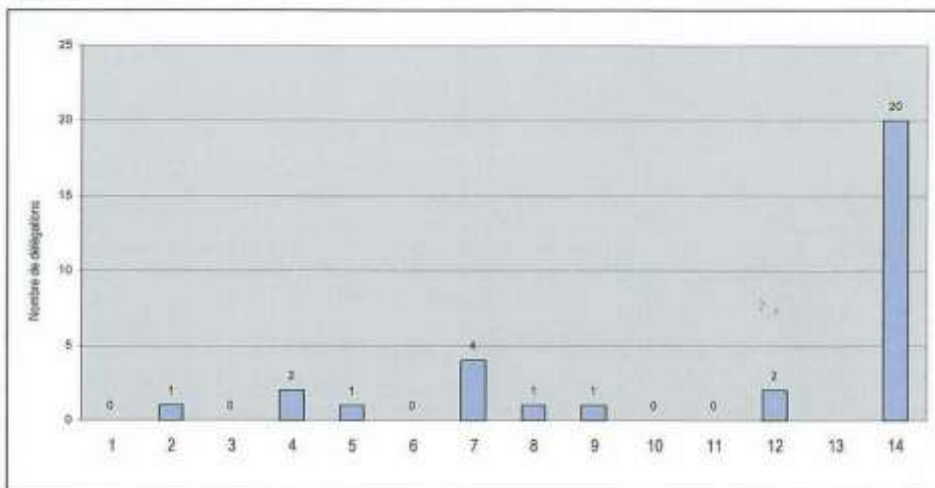
3. Délégations de traitement ou guidance

Les délégations sont très peu nombreuses d'une façon très générale. Il est vrai qu'elles doivent rester une exception mais peuvent répondre à des refus pour liste d'attente et offrir des modalités thérapeutiques dont ne dispose pas l'équipe.

Des commentaires peuvent être ajoutés qui ne concernent qu'une ou deux équipes :

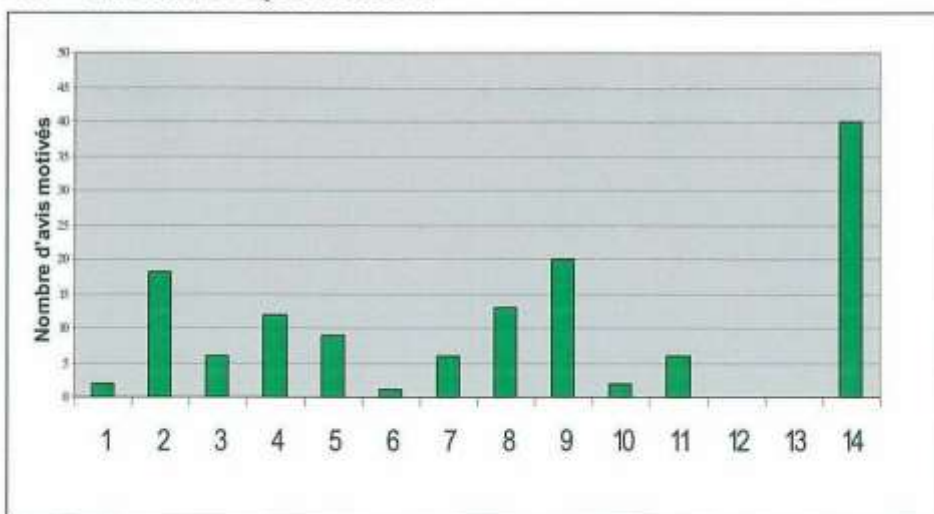
- Les délégations sont quasi toujours totales sauf quelques exceptions, la modalité de délégation partielle (pour un temps donné par exemple) est peu exploitée.
- Les délégations font presque toujours l'objet d'un dossier patient sauf dans certains cas « *par manque de collaboration de la part des délégués* ».

Graphique 7



4. Réalisation d'avis

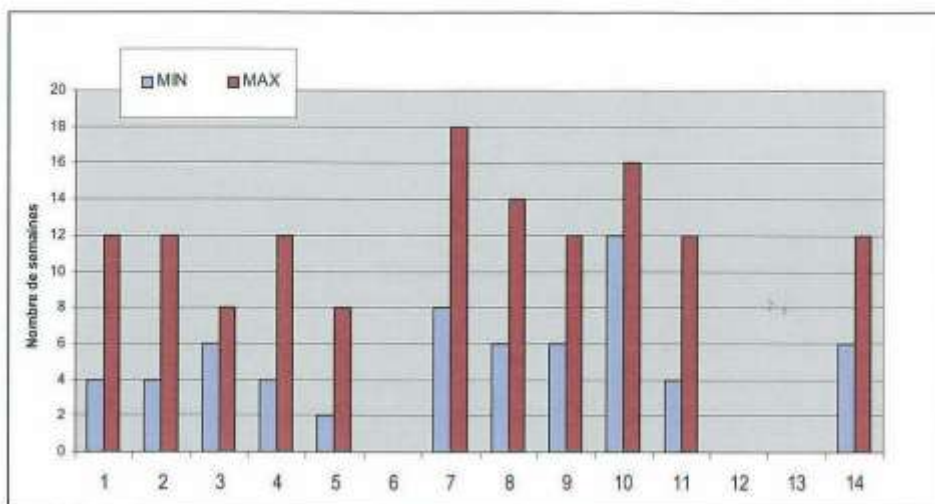
4.1 IMPORTANCE QUANTITATIVE



Graphique 8

Le nombre d'avis réalisés à la demande des autorités judiciaires est extrêmement variable de 0 à 40.

4.2 DELAI DE REPONSE



Graphique 9

Le délai de réponse varie lui de 2 à 18 semaines, plus souvent entre 4 à 12 semaines. Cela nous conduit à penser qu'un délai de 3 mois est raisonnable pour la réalisation d'avis.

4.3 TYPE DE DEMANDE JUDICIAIRE

Graphique 10

N° E.S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
LIBERATION PROVISOIRE			4		3						6				13
SURIS PROBATOIRE	2	18	2	12	2		4	12	18	2				20	92
LIBERATION A L'ESSAI ou DEFINITIVE					2		2		2					10	16
REHABILITATION						1		1						10	12
ARTICLE 69 BIS					2										2
TOTAL	2	18	6	12	9	1	6	13	20	2	6			40	135

On se demande si « libération provisoire » est bien compris puisque dans ce cas, des avis ne sont pas alors classiquement demandés aux ESS. C'est la « probation » qui conduit le plus souvent aux requêtes d'expertise. La « libération définitive » est peu demandée encore en 2002, mais les demandes commencent à croître, elles sont particulièrement sensibles. Les « réhabilitation » posent le plus de problèmes et nous avons conseillé de ne pas les faire, mises à part des expérimentations dont les conclusions ont été données séparément.

4.4 FACTURATION

N° ESS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
AVIS FACTURES	OUI	OUI	OUI				OUI	OUI	OUI	OUI	OUI			OUI	11
TRIBUNAL FRAIS DE JUSTICE	*	*	*				*	*	*	*	*			*	9
COMMISSION DE DEFENSE SOCIALE FRAIS DE JUSTICE									*					*	2
AICS							*							*	2

Graphique 11

Les résultats surprennent en relation avec le tableau précédent : deux équipes ne factureraient pas ce travail aux « frais de justice », travail qui n'est pourtant pas à compter dans la subvention, identiquement par rapport à la commission de défense sociale qui est l'autorité judiciaire pour les cas de libération définitive.

ANNEXE 2 : ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL PRESENTANT UN PROFIL DEFICITAIRE

Enquête sur la prise en charge des patients auteurs d'infraction à caractère sexuel présentant un profil déficitaire*

[* : nous entendons par « profil déficitaire », les personnes qui n'ont pas été en mesure d'achever avec succès l'enseignement primaire ordinaire ou d'obtenir le certificat d'études primaires, ou encore qui ont fréquenté l'enseignement spécial]

Nom de l'Equipe de Santé Spécialisée : _____

Identifiant du thérapeute (code à fixer par vous et non identifiable par nous) :

N° de téléphone : _____

1. Profil du Thérapeute

1.1. Sexe : Féminin ☐
Masculin ☐

1.2. Formation de base :

Psychiatre	☐
Psychologue	☐
Assistant social	☐
Criminologue	☐
Sexologue	☐
Autre : _____	☐

1.3. Orientation thérapeutique :

Biologique (médicament)	☐
Corporel	☐
Psychanalyse	☐
Psychothérapie analytique	☐
Psychothérapie psychodynamique	☐
Psychothérapie systémique	☐
Thérapie cognitive	☐

- Thérapie comportementale ☐
- Psychothérapie intégrative ☐
- Thérapie psycho-éducative ☐

1.4. Depuis combien de temps exercez-vous comme thérapeute ? Années

1.5. Depuis combien de temps travaillez-vous avec des AICS ? Années

2. La prise en charge des patients au profil déficitaire

2.1. Combien d'auteurs d'AICS avez-vous déjà pris en charge, approximativement ?

2.2. Combien d'AICS ayant un profil déficitaire avez-vous pris en charge depuis l'entrée en service de votre Equipe de Santé Spécialisée approximativement? Patients

2.3. Cette prise en charge thérapeutique se déroule-t-elle... en individuel ? ☐
et/ou
en groupe ? ☐

2.4. Quelles difficultés avez-vous rencontrées avec les patients à profil déficitaire ?

	Incontournable	Surmontée
1. _____	☐	☐
2. _____	☐	☐
3. _____	☐	☐
4. _____	☐	☐
5. _____	☐	☐
6. _____	☐	☐

**ENQUETE
LES TRAITEMENTS ET GUIDANCES
DES AICS¹ ESTIMES « DÉFICITAIRES² »
DANS LES ESS³**

CONSEIL REGIONAL DES SERVICES DE SANTE MENTALE

Groupe de travail « abus sexuel »

Région wallonne - Jambes - 17.09.2003

Bernard Pihet, Directeur UPPL, François Caucheteux, psychologue UPPL

INTRODUCTION

La question générale qui est à l'origine de cette enquête est l'analyse et l'amélioration de l'offre thérapeutique aux AICS qui sont évalués « déficitaires ». Les SPS et l'UPPL ont observé qu'un nombre important d'AICS sont refusés dans les ESS avec cette justification. Les SPS constatent la difficulté d'être accepté en traitement ou guidance avec ce « diagnostic » qui entraîne souvent le refus de plusieurs ESS consécutivement. Ils sont envoyés à l'UPPL pour orientation qui constate alors l'indication d'un traitement ou d'une guidance mais qui se heurte à un manque de moyens, dits quantitatifs mais surtout qualitatifs « comment faire avec un patient qui a si peu de capacités mentales (dans des sens nombreux) ? », et parfois même théorique « il n'y a pas de prise en charge thérapeutique possible dans ces cas ».

Le but de cette enquête est d'objectiver des impressions quant aux pratiques cliniques des ESS avec ces cas et surtout quant aux refus de prise en charge.

La méthodologie n'est pas celle d'une recherche, mais bien d'une enquête. Elle n'est cependant pas sociologique et ne porte pas sur des opinions, mais investigate les pratiques des ESS à partir de leurs réponses à des questions simples, sans observation directe.

Le nombre des ESS est faible et il n'y a aucun dispositif d'expérimentation ou d'observation scientifique, les statistiques sont donc à considérer comme des comptages et avec précaution en raison de l'articulation des questions et des réponses autour de mots et concepts pris dans le sens usuel. Ils peuvent donc varier mais sont aussi rapportés aux représentations courantes véhiculées dans nos milieux professionnels.

La forme de l'enquête était simple, 9 questions en 2 pages. Quelques minutes suffisaient à la remplir et à la renvoyer par fax, pour des raisons de facilité, de moyens et de motivations. C'est un compromis entre l'évaluation, la priorité à la clinique et la nécessaire participation des acteurs de terrains.

¹ AICS : Auteurs d'infractions à caractère sexuel (Accord de coopération)

² Estimation par les cliniciens qui ont rencontré les AICS concernés

³ ESS : Equipes de santé spécialisées (Accord de coopération)

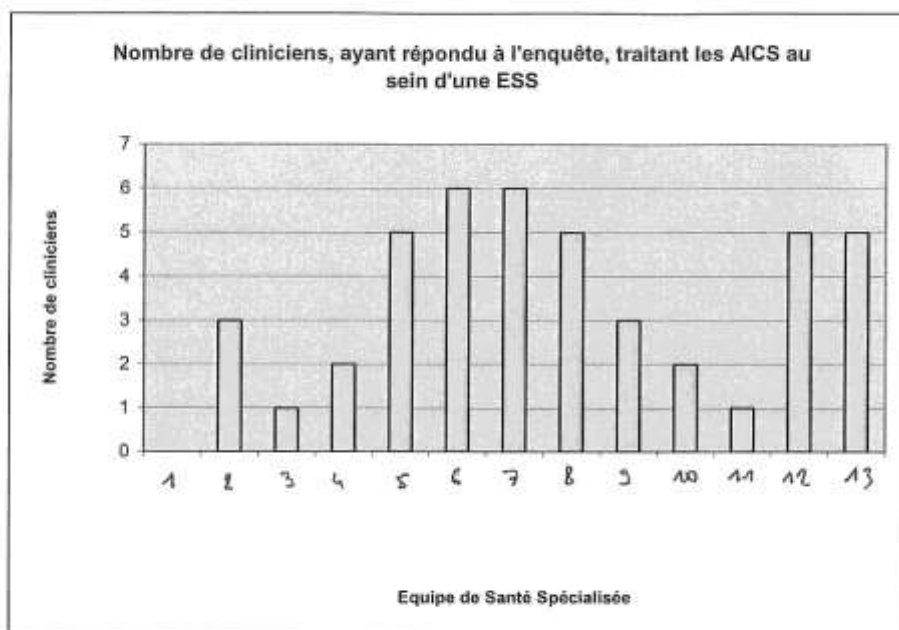


Tableau 1

Les nombres sont peut-être différents de ceux des cliniciens effectivement en charge d'AICS, certains cliniciens, voire équipes ayant pu être indisponibles au moment de l'enquête.

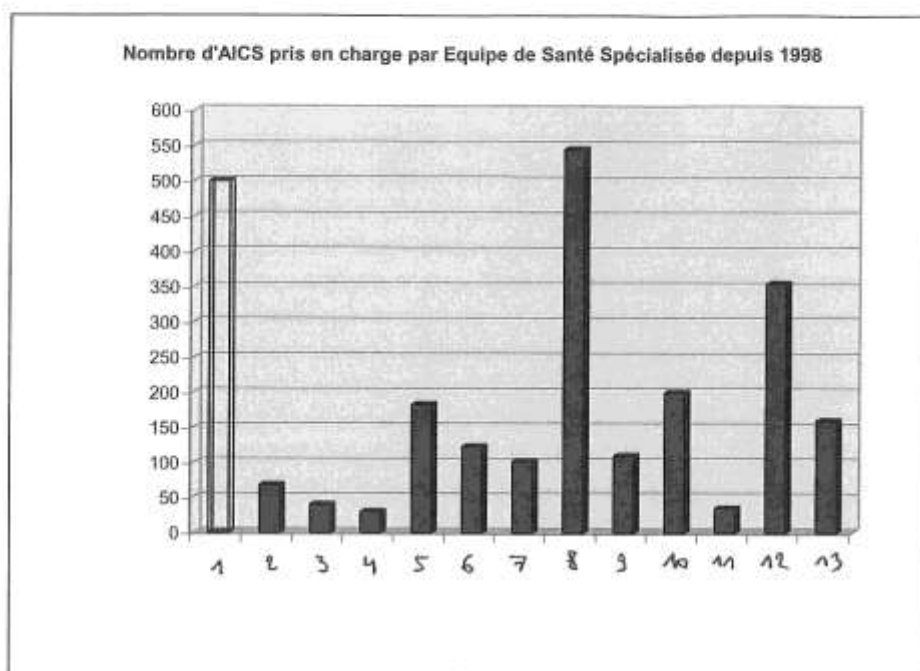


Tableau 2

Il s'agit d'un nombre estimé et subjectif qui peut être différent de la réalité objective, mieux approchée en cumulant les chiffres des enregistrements statistiques annuels.

L'estimation porte sur une période plus ou moins longue puisque toutes les équipes n'ont pas commencé au même moment, avec des différences allant jusqu'à plus de six mois.

La première colonne est en transparence parce que le nombre a été donné en réunion le jour du compte-rendu.

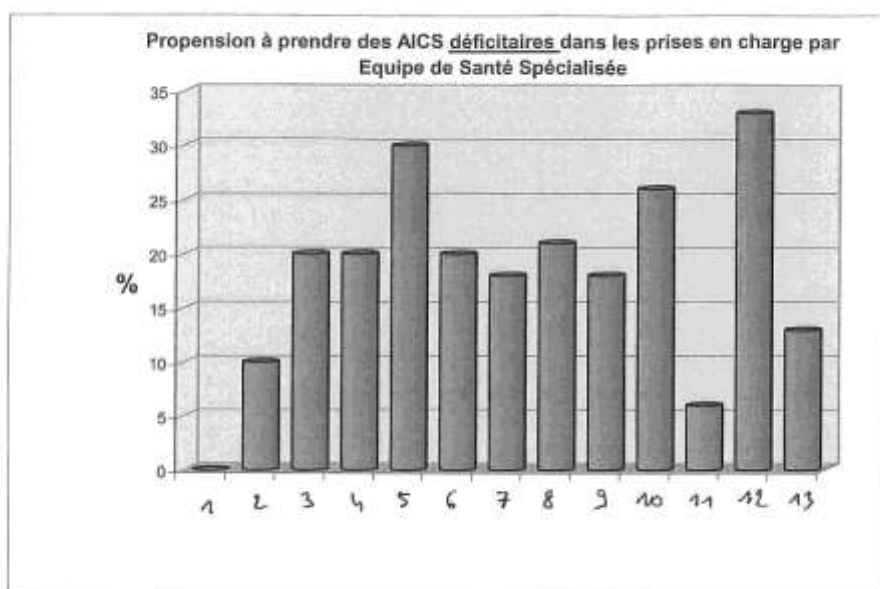


Tableau 3

Il s'agit donc d'un calcul, le nombre déclaré d'AICS estimés « déficitaires » rapporté à celui du nombre d'AICS total du tableau 2 précédent, toujours sur la totalité de la période d'exercice depuis 1998. Les calculs sont faits pour chaque clinicien et globalisés en une moyenne pour chaque équipe.

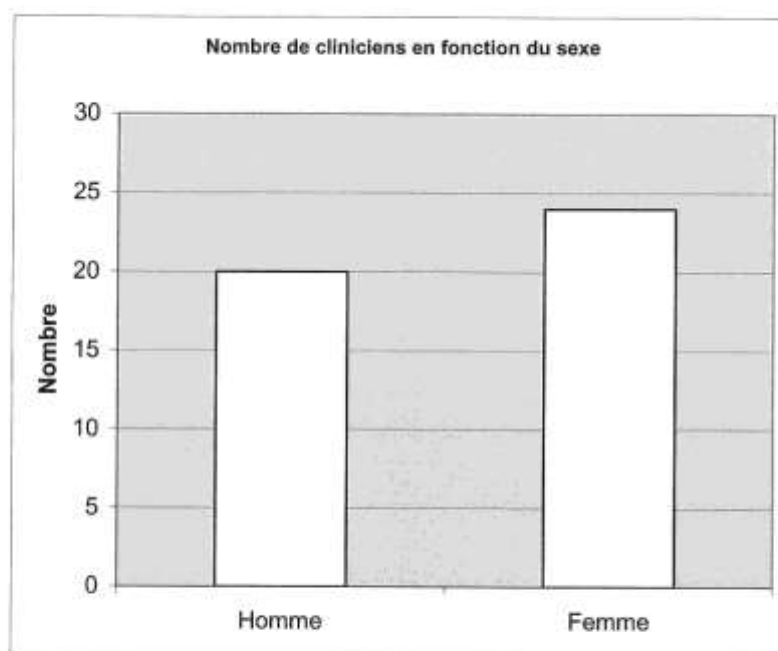


Tableau 4

Il s'agit de la simple répartition des répondants du premier tableau, répartis suivant qu'ils sont cliniciens hommes ou femmes dans les ESS. La proportion de femmes est plus élevée comme attendu, mais peut-être moins que l'on ne peut le supposer à la vue de la même répartition dans l'ensemble de nos professions en général. On peut penser que cette différence s'accroîtra encore avec le temps eu égard à cette répartition chez les actuels étudiants de nos universités.

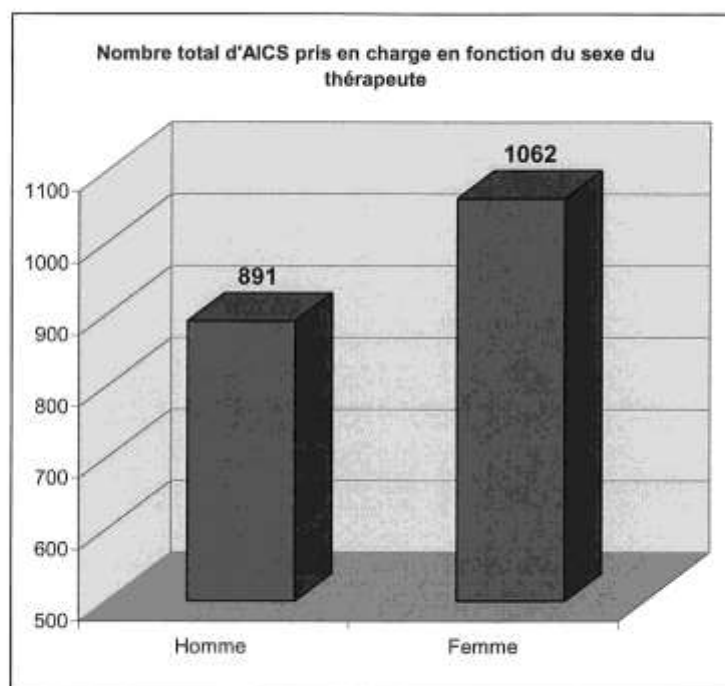


Tableau 5

Les femmes et les hommes globalement prennent en charge le même nombre d'AICS, soit 44 AICS par clinicien dans les deux cas.

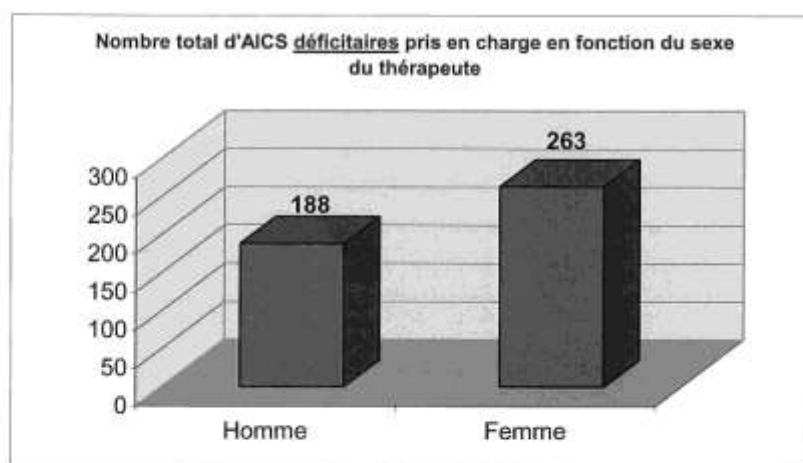


Tableau 6

Contrairement au tableau 5 précédent, les femmes prennent plus d'AICS estimés « déficitaires » que les hommes, presque 11 pour un peu plus de 9.

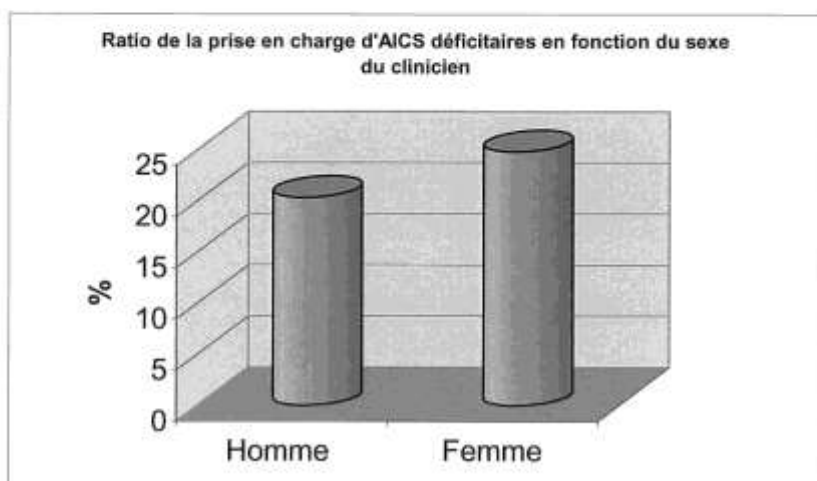


Tableau 7

La propension à prendre en charge des AICS estimés « déficitaires » est donc plus élevée chez les cliniciens femmes, suivant le même calcul qu'au tableau 3.

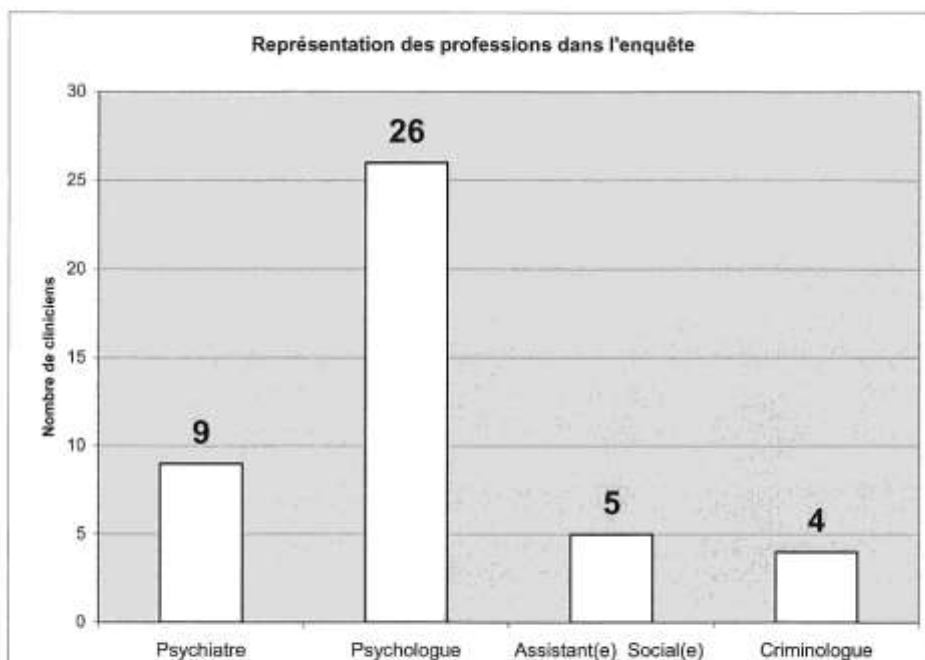
Différences selon le type de formation de base du professionnel

Tableau 8

Répartition des répondants selon les professions comme aux tableaux 1 et 4.

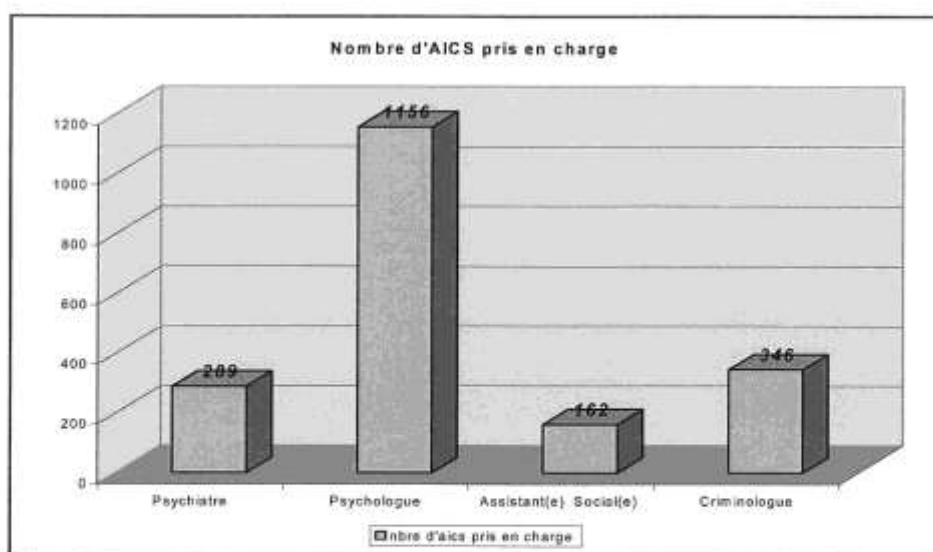


Tableau 9

Comme aux tableaux 2 et 5, il s'agit ici de tous les AICS, sans distinguer les AICS estimés « déficitaires ». Si l'on fait une moyenne des AICS pris en charge par un clinicien : les psychologues en prennent le même nombre que la moyenne de tous les cliniciens (44 comme au tableau 5) ; les psychiatres moins (32) mais assurent la direction médicale des prises en charge de tous les AICS, y compris ceux qu'ils ne voient pas directement ; les assistants sociaux en voient aussi moins (36) mais ont des prises en charge en général plus lourdes en temps ; les criminologues en prennent beaucoup plus (86) peut-être à la faveur des thérapies de groupe.

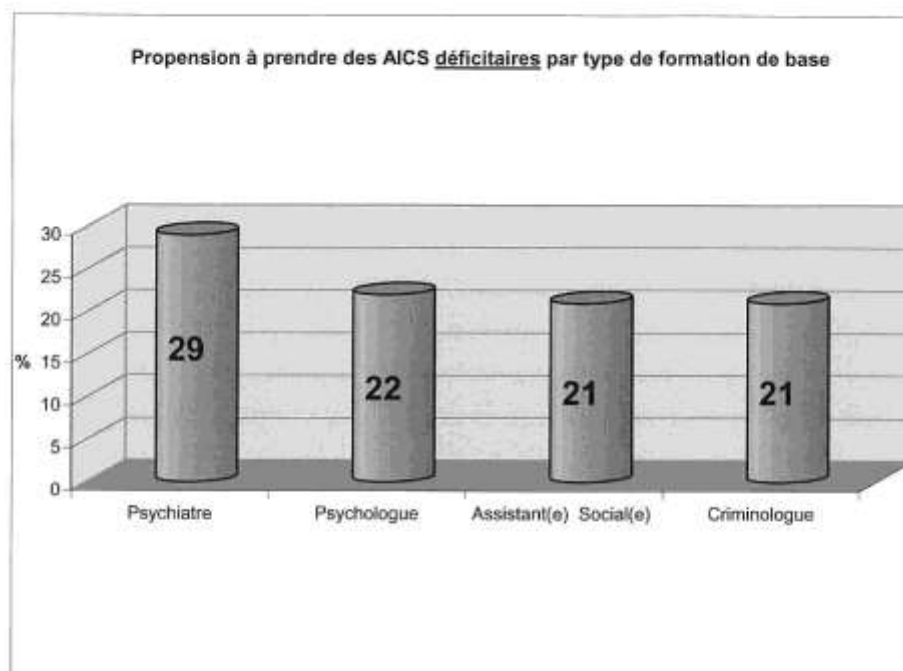


Tableau 10

La propension, calculée comme précédemment dans les tableaux avec des « colonnes rondes et roses », est plus élevée pour les psychiatres, qui voient cependant moins d'AICS directement. Cela reflète peut-être leur meilleure capacité (dans des sens multiples) à prendre des AICS estimés « déficitaires », mais aussi indique que les AICS estimés « déficitaires » ne trouvent pas suffisamment de cliniciens qui les acceptent.

Différences selon la méthodologie de référence utilisée

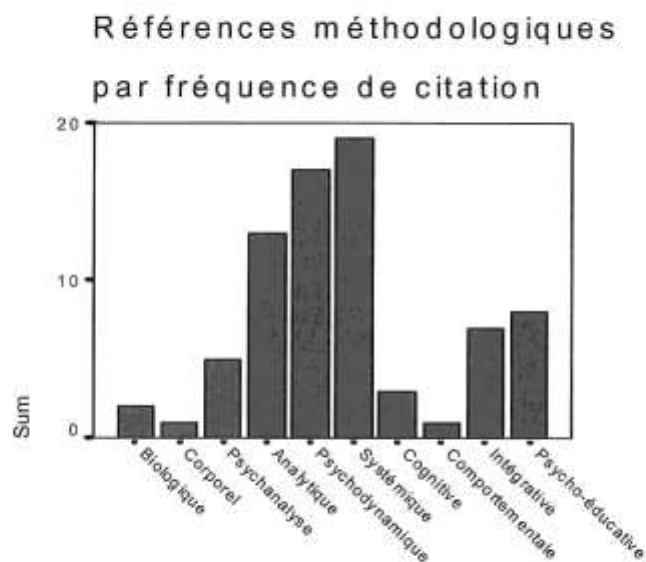


Tableau 11

On reprend ici la logique des tableaux 1, 4 et 8, qui donne une simple répartition des répondants. La couleur est ici rouge plutôt que turquoise (pour ceux qui ont la couleur), dans la mesure où les réponses ne sont pas ici mutuellement exclusives mais où un clinicien peut avoir donné plusieurs références. L'ordonnée de 0 à 20 donne le nombre de fois que cette référence est citée dans les réponses.

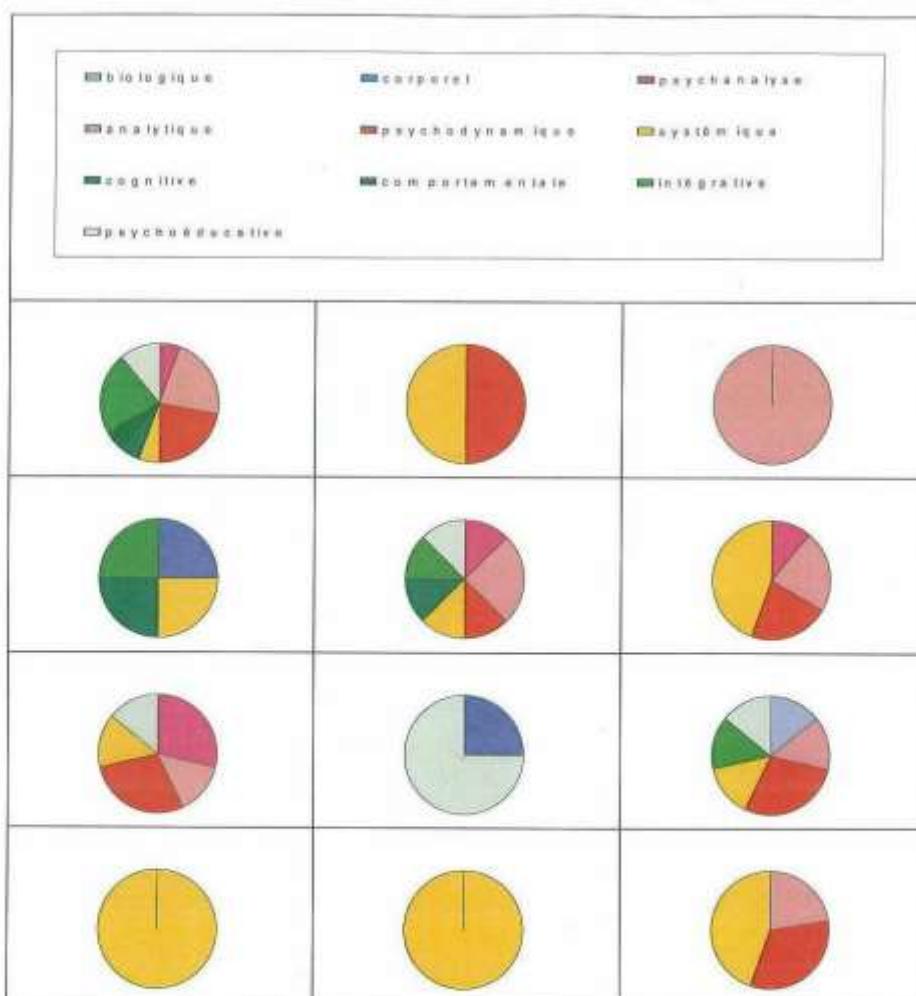


Tableau 12 (Pour ceux qui feraient des photocopies noir et blanc, ce graphe est évidemment illisible sans les couleurs).

Nous avons figuré la plus ou moins grande diversité des références théoriques citées et utilisées dans chaque ESS (nombre de quartiers), ce qui permet la comparaison des équipes.

Nous avons aussi indiqué les importances relatives attribuées à chaque référence théorique utilisée, pour les comparer à l'intérieur de chaque équipe (en %). Le « poids » d'une référence dans une équipe ne peut pas être comparé au poids qu'elle a dans une autre, ces poids relatifs n'étant pas pondérés en fonction de la taille des ESS.

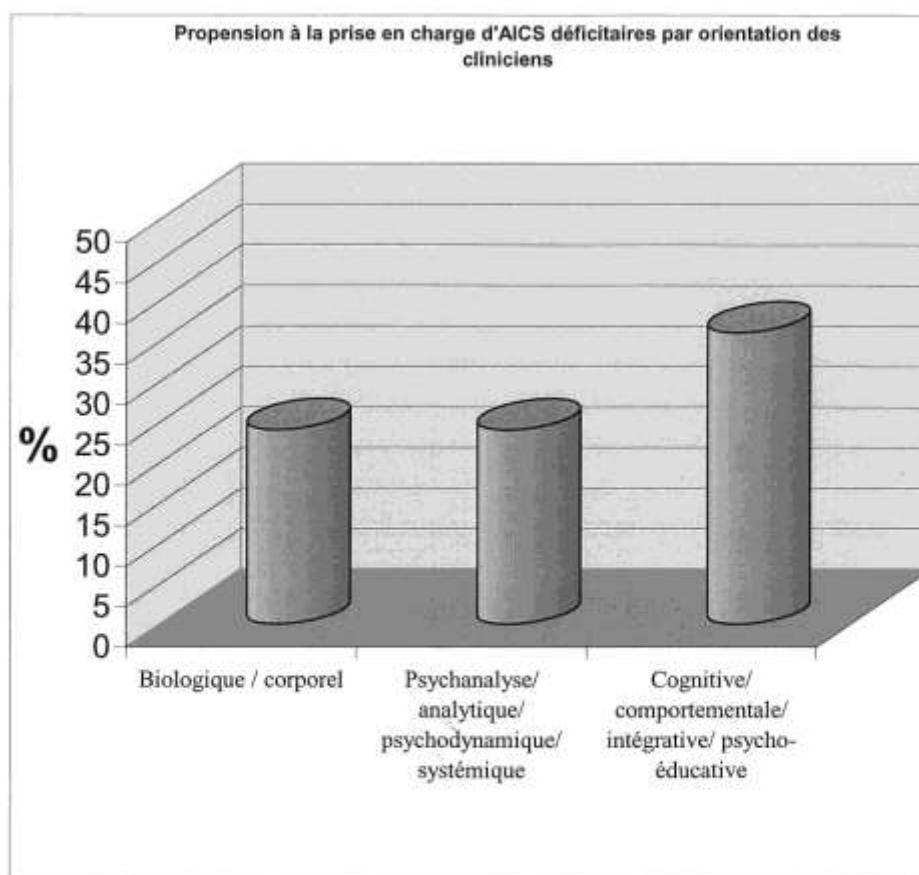


Tableau 13

Les référentiels théoriques ont été regroupés en 3 catégories de proximité. Calculées comme dans les tableaux précédents sur la propension, les références dites cognitives et comportementales sont plus adaptées ou tolérantes, donnent plus de capacités au sens large, d'accepter des AICS estimés « déficitaires » pour une prise en charge clinique et ce dans une proportion de 10 %. Remarquons que ce sont aussi des références théoriques moins citées et utilisées dans les ESS : 19 contre 54 au groupe « psychodynamique » et 3 au groupe « biologique » (repris du tableau 11).

Différences selon l'ancienneté du professionnel

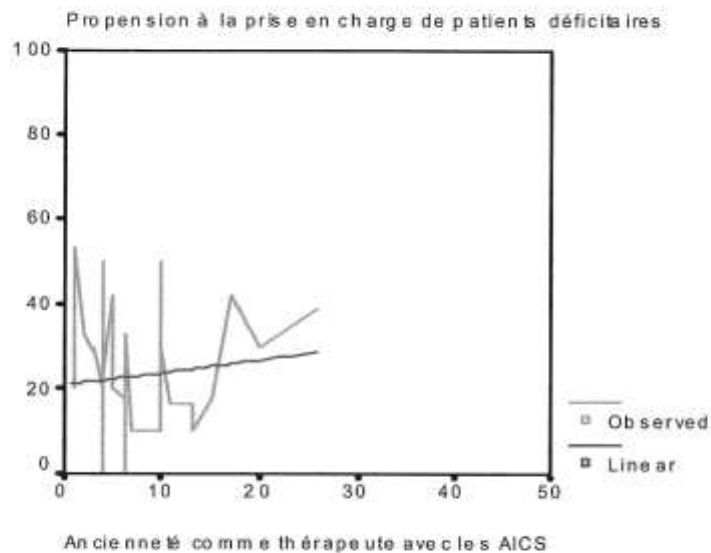


Tableau 14

Régression linéaire.

En ordonnée (vertical), de 0 à 100 est indiqué le nombre d'AICS pris en charge. En abscisse (horizontal), de 0 à 50 est indiquée en années, l'ancienneté du clinicien dans la prise en charge d'AICS (telle qu'il nous l'a renseignée). La ligne verte indique donc la variation de la propension décrite en premier suivant l'ancienneté décrite en second. La ligne rouge est une projection de la tendance qui dans ce cas est faiblement positive, comme si plus un clinicien a d'expérience avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel, plus il a une propension à accepter des AICS estimés « déficitaires ». La tendance est cependant insuffisamment significative.

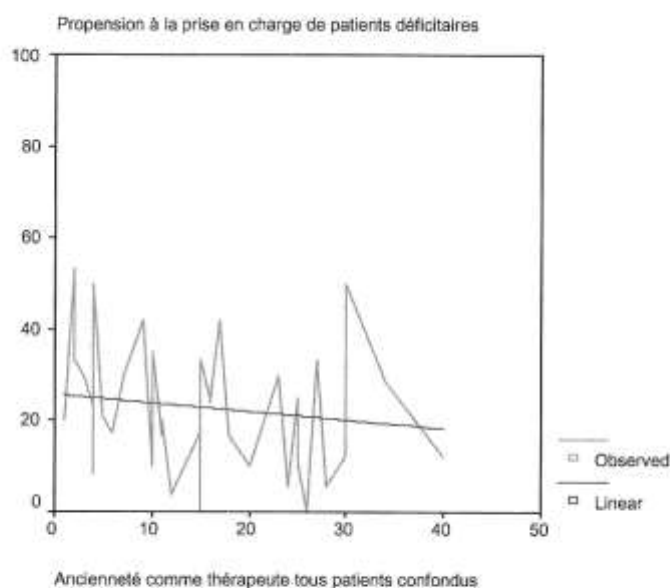


Tableau 15

Le calcul est exactement le même mais en prenant en compte l'ancienneté générale du clinicien quelque que soit le type de patient. La tendance est légèrement négative dans le sens contraire au tableau 14 précédent comme si plus le clinicien est ancien, moins il prend d'AICS estimés déficitaires. Cette tendance est également non significative.

Nous ne pouvons mettre en évidence que la différence d'ancienneté puisse avoir une réelle influence sur la propension étudiée, avec les données dont nous disposons.

Motivation au refus de prise en charge

Réponses reçues transcrites comme telles:

Tableau 16

DIFFICULTES RENCONTREES		
1. FAIBLE NIVEAU INTELLECTUEL / DIFFICULTÉ D'ÉLABORATION MENTALE	A	21
2. PEU DE CAPACITÉ D'INTROSPECTION / DIFFICULTÉ DE PRISE DE CONSCIENCE DE LA GRAVITÉ DE SES ACTES	A	14
3. CONFUSION DU CADRE THÉRAPEUTIQUE ET JUDICIAIRE	F	9
4. ÉLABORATION D'UN LANGAGE ADAPTÉ / PAUVRETÉ DU CONTENU	A	7
5. DÉTRESSE MULTIPLE / GRANDE PRÉCARITÉ	C	5
6. RIGIDITÉ / STÉRÉOTYPE DE LA PENSÉE ET DU JUGEMENT	A	4
7. ATTITUDE DE SOUMISSION EXCESSIVE	C	4
8. ACTIVATION SUR LE RÉSEAU / TROUVER DES COLLABORATIONS PROFESSIONNELLES	E	4
9. DIFFICULTÉ DE TROUVER DES OUTILS OU DES MÉDIAS POUR FACILITER L'EXPRESSION	E	4
10. DIFFICULTÉ DE SE SITUER SUR UN PLAN DIACHRONIQUE / DIFFICULTÉ DE RAPPEL D'ÉVÉNEMENTS EN MÉMOIRE	A	3
11. ISOLEMENT / GRANDE SOLITUDE	C	3
12. FLOU DE LA LITTÉRATURE SUR LE SUJET	E	3
13. DIFFICULTÉ DE CONCENTRATION	A	2
14. INCOMPRÉHENSION DE SA SITUATION / DU CADRE THÉRAPEUTIQUE	A	2
15. DÉNÉGATION	B	2
16. PAS DE PLACE POUR L'AUTRE / NON RECONNAISSANCE D'AUTRUI	C	2
17. DIFFICULTÉ D'AUTONOMISATION / DÉPENDANCE	C	2

18. DIFFICULTÉ À GARDER UNE CERTAINE DISTANCE	C	2
19. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉES	D	2
20. GESTION DES PULSIONS	D	2
21. MOTIVATION AU CHANGEMENT	D	2
22. INADÉQUATION DE LA CONDITION DE PROBATION	F	2
23. PAS D'APPROPRIATION DE SA PROPRE PAROLE	A	1
24. EMPATHIE À LA VICTIME	B	1
25. CONSOMMATION D'ALCOOL	D	1
26. GESTION DES LIMITES	D	1
27. ÉTABLISSEMENT D'UNE RELATION COMPLÉMENTAIRE D'AIDE	E	1
28. ADÉQUATION / INDICATION THÉRAPEUTIQUE	F	1
29. PAS DE PROJET D'AVENIR	C	1
30. SENTIMENT D'INJUSTICE SUBIE	B	1

Tableau 16

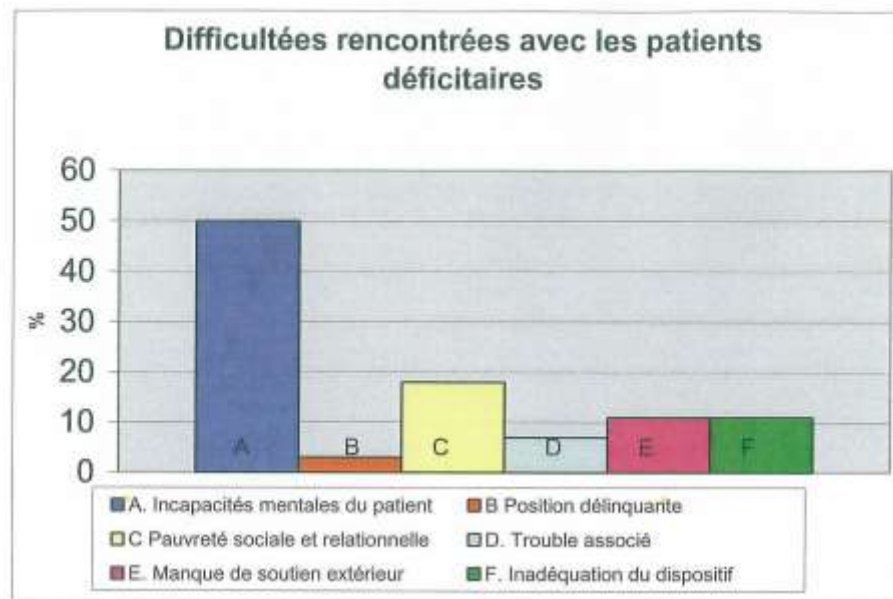


Tableau 17

Les difficultés rencontrées ont été regroupées en six catégories dont on peut retrouver le contenu dans le tableau 16.

CONCLUSIONS

Contrairement aux impressions, les AICS « déficitaires » sont pris en charge de façon non négligeable dans les ESS (repris du procès-verbal de séance). Ils le sont légèrement plus par les cliniciens femmes, par les psychiatres et par les criminologues, plus que les hommes et les psychologues.

La notion de déficitaire fait référence à des contenus très différents dès qu'il s'agit de l'expliquer.

Les réponses à l'enquête semblent sous-estimer le rejet des « déficitaires » et du rôle de la dénégation dans le refus de prise en charge par le clinicien, habituellement perçu, ou la réalité de ces rejets n'appartient qu'à une minorité très visible, hypothèses parmi d'autres.

L'enquête donne de nombreuses informations utiles pour améliorer le dispositif de prise en charge et sa représentation.

ANNEXE 3 : NEWSLETTERS

U.P.P.L. NEWSLETTER



UPPL Newsletter • Février 2003 • N° 11



Calendrier

La formation de base de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels se termine. Voici la dernière date programmée qui clôture la formation 2002-2003.

■ 17 février 2003

CTS. « *La transgression sexuelle selon les théories systémiques* », formateur : Denise POHL (Cours 4)

A Saint-Servais, ASBL Entraide Sociale, de 9h00 à 12h00

Unité de PsychoPathologie Légale asbl

92, rue Despars - 7500 TOURNAI

Tél. +32 (0) 69 888 333

Fax +32 (0) 69 888 334

E-mail : centredappui@uppl.be

Est. Resp. : B. Pflaet

Ce bulletin de liaison est destiné à faire circuler :

- les messages de l'UPPL et des partenaires de l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (cf. loi du 4 mai 1999)
- des textes, acceptés par le comité de lecture, publiés sous la responsabilité de leur auteur
- des informations diverses répertoriées de manière succincte qui sont autant de fenêtres ouvertes sur des matières qu'il appartient à chaque lecteur d'approfondir (et qui pourront faire l'objet de développements ultérieurs au sein du Bulletin).

Distribution : dans chaque service impliqué dans l'Accord de Coopération et sur demande.

Il est possible de s'inscrire aux formations en ligne et de consulter la base de données documentaire via le site **WWW.UPPL.BE**

N'hésitez pas à demander un mot de passe pour obtenir un accès personnel.

INFO-TESTS

Le Parental Bonding Instrument (PBI)

Le Parental Bonding Instrument (PBI) a été développé par Parker et ses collaborateurs en 1979. Il s'agit d'un instrument de mesure des styles parentaux dans leurs dimensions de soins et de surprotection tels que perçus par le sujet examiné.

Le PBI se présente sous forme d'un auto-questionnaire de 2x25 items. Les 25 premiers items concernent les comportements et attitudes du père (PBI-P), les 25 autres items concernent la mère (PBI-M).

Le PBI comprend deux dimensions : les dimensions de soin et de surprotection réparties selon trois facteurs :

- Facteur 1 : Soins
- Facteur 2 : Déné de l'autonomie psychique
- Facteur 3 : Encouragement à la liberté comportementale

De nombreuses études ont montré que les styles parentaux mesurés par le PBI ont des répercussions sur le devenir de l'enfant et les qualités précaires de relations parents-enfants peuvent être associées à diverses pathologies ou troubles du comportement (psychopathie, délinquance juvénile, personnalité limite ou borderline, dépressions, alcoolisme, troubles alimentaires, etc.).

Des études de validation de ce questionnaire sont en cours en collaboration avec le Centre de Recherche en Défense Sociale

auprès de populations francophones européennes. Il nous semble que ce questionnaire pourrait avoir une utilité clinique auprès de populations délinquantes belges. Nous invitons donc les personnes travaillant en Equipes de Santé Spécialisées, qui partagent notre intérêt, à nous contacter. L'UPPL pourrait alors organiser une réunion d'information en vue de discuter des apports du questionnaire pour les thérapeutes et ses possibilités d'utilisations cliniques.



DELEGATIONS DE TRAITEMENT

La fiche n°4 concerne la façon de confier la guidance ou le traitement d'un auteur d'infractions à caractère sexuel chez un thérapeute indépendant (ou une équipe non spécialisée). Vous la découvrirez dans ce newsletter. Elle est également disponible sur simple demande par courrier, téléphone, fax ou e-mail.

AVANT LA CONVENTION

Engagement du représentant de l'équipe de santé spécialisée préalablement à la libération conditionnelle

Le Groupe de Concertation¹, a conclu un accord avec les Commissions de Libération Conditionnelle de Bruxelles, de Liège et de Mons, concernant la signature des conventions dans le cadre des traitements et guidances des auteurs d'infractions à caractère sexuel. D'une part, il est nécessaire dans un souci de cohérence et de réalisme que cette convention ne soit signée qu'une fois la décision de libération prise. D'autre part, les Commissions de Libération Conditionnelle ont besoin de savoir quel sera le traitement ou la guidance fait à la sortie avant même de pouvoir prendre la décision de libérer. Les acteurs précités ont donc conclu que préalablement à la libération, il serait fourni aux

autorités pénitentiaires et judiciaires un engagement écrit du représentant de l'Equipe de Santé Spécialisée qui signera la convention après la libération. Il se fera dans les formes suivantes :

« Je soussigné....., représentant l'ESS , ayant rencontré et pris connaissance des termes de la convention que je m'engage à signer, accepte de le prendre en guidance ou en traitement dès sa libération ».

¹ Il réunit des représentants de l'UPPL, de l'Administration de la Justice (DGEP et DGOJ), de l'Administration de la Santé. Ils représentent leur institution dans le groupe et répercutent ensuite les conclusions de ce comité dans leurs institutions respectives. Ils ont donc un rôle de concertation qui débouche sur des propositions décisionnelles.

DOCUMENTATION

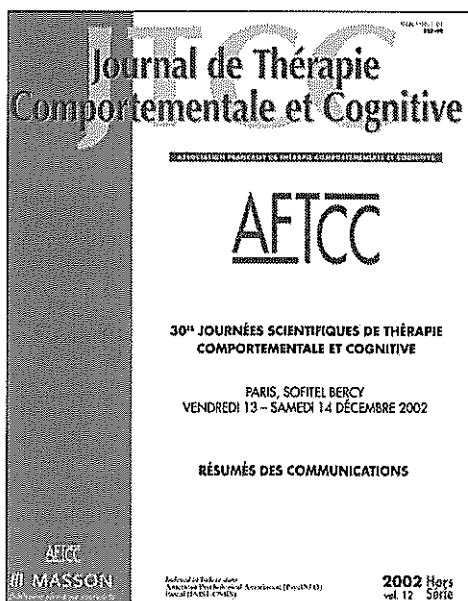
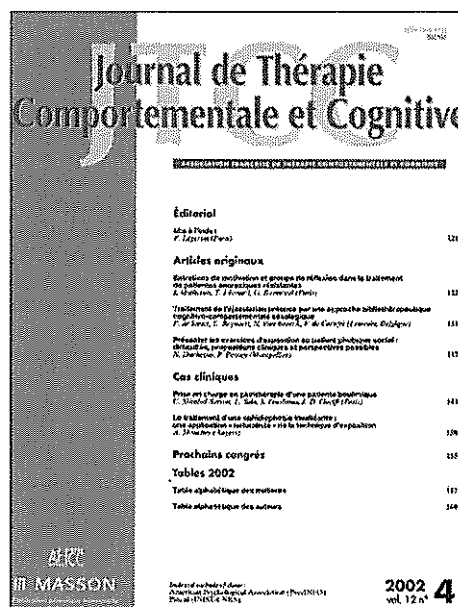
Nous reprenons la table des matières des revues.

Les articles peuvent être commandés à l'UPPL soit par courrier, par téléphone, par fax ou par e-mail.

Pour les commandes de documentation venant de professionnels externes à l'Accord de coopération, les articles sont facturés à 5 Cents par page.

International Journal of Law and Psychiatry	
Volume 25, Number 6, November/December 2002	
CONTENTS	
<i>Johs Q. La Fond</i> <i>Debra Strubik</i>	537 The impact of mental health advance directives on patient perspectives of coercion in civil commitment and treatment decisions
<i>Miki Hayashi</i> <i>Toshimori Kikunuma</i>	537 Euthanasia trials in Japan: Implications for legal and medical practice
<i>I.L.S. Andersen</i> <i>D. Saitoh</i> <i>T. Lilliback</i> <i>G. Gohlielsen</i> <i>R. Henningsen</i>	573 Validity of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a prison population: Data from a randomized sample of prisoners on remand
<i>A.S. Crisanti</i> <i>E.J. Love</i>	581 From one legal system to another? An examination of the relationship between involuntary hospitalization and arrest
<i>Atalay Alan</i> <i>Leyla Jacobson</i> <i>Niels Lynde</i> <i>Robert Kohn</i> <i>Günther Rüdiger</i>	599 Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment
<i>Maria Underwood</i> <i>Daniel Stein</i> <i>Ell Lubiensky</i> <i>Stefan Haged</i> <i>Sally Barel</i> <i>Gideon Ardon</i> <i>David Eilat</i> <i>Abraham Weizman</i>	613 Individual and familial psychopathology among hospitalized minors at risk, juvenile delinquents, and psychiatric controls
<i>Ivan Center</i>	623 Genuism to "James Kierman and the responsible parent" International Journal of Law and Psychiatry 25 (2002) 331-350
INDEXED IN Adol Ment High Abstr, Curr Cont ASCA, ASSIA Comput Cont, Curr Cont/Health Serv Admin, Curr Cont/Soc & Beh Sci, Crim Just Abstr, Curr Law Index, EMBASE/Excerpta Medica, Leg Cont, Leg Per, MEDLINE, Psychol Abstr, Social Abstr, Curr Cont Soc Sci Cit Indx, Ind Med, PsycINFO	
ISSN 0160-2527 (2002)	

International Journal of Law and Psychiatry	
Volume 25, Number 5, September/October 2002	
CONTENTS	
<i>Henry Wolff</i>	437 (New) Public Management of Mentally Disordered Offenders: Part II: A Vision with Promise
<i>Stanley Yeo</i>	445 Clarifying Automatism
<i>Samuel R. McPherson</i>	459 Holismness in Capital Crimes: Myths of Proportionality and Social Protection
<i>Jeremy Rigg</i>	473 Measures of Perceived Coercion in Prison Treatment Settings
<i>Laura Davidson</i>	491 Human Rights vs. Public Protection: English Mental Health Law in Crisis?
<i>Norman G. Paylor</i> <i>John Petrie</i> <i>Annette McGuire</i> <i>Roger Gooding</i>	517 Perceived Coercion and Procedural Justice in the Howard Mental Health Court
<i>Virginia Aldred Hillyer</i> <i>Jeffrey W. Swanson</i> <i>Marvin S. Swartz</i> <i>Randy Borson</i> <i>H. Ryan Wagner</i>	535 Erratum to "Victimization: A link between Mental Illness and Violence?" [International Journal of Law and Psychiatry 24 (2001) 559-572]
INDEXED IN Adol Ment High Abstr, Curr Cont ASCA, ASSIA Comput Cont, Curr Cont/Health Serv Admin, Curr Cont/Soc & Beh Sci, Crim Just Abstr, Curr Law Index, EMBASE/Excerpta Medica, Leg Cont, Leg Per, MEDLINE, Psychol Abstr, Social Abstr, Curr Cont Soc Sci Cit Indx, Ind Med, PsycINFO	
ISSN 0160-2527 (2002)	



Sexual Abuser: A Journal of Research and Treatment	
Volume 14, Number 4	October 2006
CONTENTS	
Assessing Victim Empathy in Sexual Offenders Using the Victim Letter Task <i>Stephen D. Webster</i>	28
Issues Concerning the Reliability and Validity of the Diagnosis of Sexual Sadism Applied in Prison Settings <i>W. L. Marshall, Pam Kennedy, and Pamela Yates</i>	30
Some Implications of Prenatal Alcohol Exposure for the Treatment of Adolescents With Sexual Offending Behaviors <i>Jeremy Dunsbach</i>	31
Prediction of Recidivism in Exhibitionists: Psychological, Phallometric, and Offense Factors <i>Sharon R. Robinson-Greene, Phillip Firestone, John M. Bradford, and David M. Greenberg</i>	32
A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males ($n = 120$) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders <i>Martin P. Kojan and John Hennen</i>	34

Journal of PERSONALITY DISORDERS		
Volume 16, Number 5, October 2002		ISSN 0885-579X
Adaptive Personality Functioning within the Big Five and the Five-Factor Model Linda Anne Coker, Douglas B. Samuel, and Thomas A. Widiger	385	
A Comparative Study of the Dimensions and Facets of the Five-Factor Model in the Diagnosis of Cases of Personality Disorder June Spoth	402	
Dependency, Impulsivity, and Self-Harm: Traits Hypothesized to Underlie the Association Between Cluster B Personality and Substance Use Disorders Alex Guillot and Lee Anna Clark	424	
Impaired Social Functioning and Symptoms of Personality Disorders Assessed by Peer and Self-Report in a Nonclinical Population Thomas F. Oltmanns, Alison H. Melley, and Eric Turkheimer	437	
MMPI-II Profiles of Women with Eating Disorders: A Cluster Analytic Investigation Dorothy L. Espelage, Suzanne E. Mazzeo, Roberta Sherman, and Ron Thompson	453	
Gender Role and Personality Disorders B. David Klonsky, J. Scruta Janc, Eric Turkheimer, and Thomas F. Oltmanns	461	
The Structure of Traits Delineating Personality Disorder in a Chinese Sample Wenya Zheng, Wei Wang, Zhenjie Huang, Congyan Sun, Jiaming Zhu, and W. John Livesley	477	

l'observatoire		
Revue d'action sociale & médico-sociale ASH Trimestriel n° 36 / 2002		
Sommaire Trimestriel n° 36 / 2002		
	Déjà parus ou à paraître	2
	Coup d'Oeil	3
	Arrêt Péniche: Nature ou no pas nature, telle est la question (M. Mercier, D. Pruniz)	7
	Dérives	
	DOSSIER	
	<i>Magistral, thérapeute</i> Acteurs de la prise en charge des délinquants sexuels	9 - 120
	Région wallonne	121
	Intégration et accessibilité des personnes handicapées	
	Provinces	
	Lige: Racines Africaines, l'aide psychosociale aux migrants (D. Schumann)	123
	Luxembourg: Accueil de l'enfance, un projet de développement pour aider les parents à mieux concilier travail et famille (M. Tallefer)	125
	Namur: Divorce, séparation de la cohabitation à l'enfance en passant par la médiation familiale (C. Brieland)	127
	Lectures	129
	Livres, études & brochures Recevez	
	Congrès, journées d'études, ...	132

Revue « Child Abuse & Neglect »

Les éditeurs de cette revue font maintenant suivre leurs articles d'un résumé en français et en espagnol, ce qui en facilite la lecture.

Le volume 26, numéro 9, diffuse de bonnes études sur les agresseurs sexuels, notamment les adolescents, dont les deux suivantes :

- David L. BURTON, Diane Lynn MILLER et Chien Tail CHILL, *A social learning theory comparison of the sexual victimization of adolescent sexual offenders and non-sexual offending male delinquents*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 26, n°9, p.893-907.

RÉSUMÉ :

Objectif : Cet article vérifie des hypothèses basées sur le concept de Garland et Dougher (1990) à savoir la relation entre la victime et l'agresseur. Plus précisément, c'est une approche qui explique l'agression de l'adolescent à partir de la théorie de l'apprentissage social.

Méthode : Ont participé à une étude, 216 adolescents agresseurs qui avaient eux-mêmes été agressés sexuellement et 93 adolescents agressés qui n'étaient pas des agresseurs. Ces participants, qui faisaient partie d'un programme thérapeutique dans l'Etat du Michigan aux E.-U., ont été interviewés par le biais d'un sondage anonyme à propos de leurs agressions subies et de leurs actes en tant qu'agresseurs. On les a aussi testés au moyen d'une échelle mesurant leur comportement social.

Résultats : Ayant comparé les deux groupes, on a noté que (1) les adolescents agresseurs avaient eu des liens plus étroits avec leur agresseur ; (2) une plus grande probabilité que l'agresseur fut du sexe masculin ; (3) les agressions étaient d'une plus longue durée ; (4) il y avait eu agression par la force ; et (5) les adolescents avaient vécu un acte de pénétration. Une régression logique indique que des facteurs prédisent de façon importante l'appartenance au groupe des agresseurs : si leurs agresseurs ont appartenu aux deux sexes, et si l'agression était accompagnée par de la force.

Conclusions : L'étude a, de façon générale, appuyé l'hypothèse basée sur la théorie de l'apprentissage social. Des recherches à variables multiples devront approfondir nos connaissances sur cette théorie.

- Jackie CRAISSATI, Grace McCLURG et Kevin BROWNE, *The parental bonding experiences of sex offenders : a comparison between child molesters and rapists*, t. 26, n°9, p. 909-921.

RÉSUMÉ :

Objectif : On a souvent pensé que les agresseurs sexuels grandissent sans réussir à établir des liens avec des adultes à cause d'une carence affective en bas âge, et que ceci les pousse à rechercher des liens intimes inacceptables. Cette recherche a voulu examiner de façon empirique le caractère de l'attachement parental qu'ont connu un groupe d'agresseurs sexuels, plus particulièrement en comparant ceux qui agressent les enfants et ceux qui commettent des viols.

Méthode : Par le biais d'une entrevue clinique semi-structurée, on a administré le parental bonding instrument (PBI) à 76 hommes trouvés coupables d'agressions sexuelles (57 ayant molesté des enfants, 19 ayant commis des viols).

Résultats : On a noté que plusieurs des agresseurs sexuels ont connu un type d'attachement parental contrôlant et sans affection. On est porté à croire que des soins parentaux médiocres sont reliés à des événements, de mauvais traitements et de difficultés en enfance, surtout pour ce qui est des agresseurs d'enfants. On a noté aussi que ceux qui ont eu des mères surprotectrices ont connu une séparation d'avec leur parent et des jeux sexuels entre garçons durant leur enfance.

Conclusions : On devrait répéter cette étude avec la participation d'un groupe de comparaison composé d'agresseurs non sexuels afin d'établir si le PBI fournit une aide utile pour mieux comprendre les attachements romantiques chez les agresseurs sexuels.

Nouvelles acquisitions ces derniers mois

☐ André CIAVALDINI et Claude BALIER, *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 2000 (Collection Pratiques en Psychothérapie), cote : UPPL CIA 22 1 A.

☐ *Quand la parole ne suffit pas*, Actes du Colloque des 30 ans des C.R.F. Psy « LE CEP » et « LE SAULE », Tournai, 23 novembre 2001.

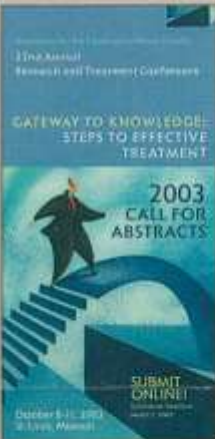
☐ Pierre TOURNIER et France-Line MARY-PORTAS,

Statistiques pénales : infractions, mesures et sanctions, dans *L'encyclopédie juridique Dalloz (répertoire de droit pénal et de procédure pénale)*, fac-simile, Paris, 10 décembre 2002.

Nous signalons le dossier n°16 « Santé mentale sous surveillance. En prison : quels possibles pour la santé mentale ? », dans le *Bimestriel d'informations « Transfaire »*, n°25, novembre - décembre 2002.

U.P.P.L. NEWSLETTER

Colloques



2003 CALL FOR ABSTRACTS

October 8-10, 2003
St. Louis, Missouri

THE INTERNATIONAL SOCIETY OF CRIMINOLOGY
announces a call for papers for the
THIRTEENTH WORLD CONGRESS OF CRIMINOLOGY
to be held in
RIO DE JANEIRO, BRAZIL
AUGUST 10-15, 2003
on the theme of
REDUCING CRIME AND PROMOTING JUSTICE: Challenges to Science, Policy and Practice
and for the
FOURTEENTH WORLD CONGRESS OF CRIMINOLOGY
to be held in
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA, USA
August 6-12, 2005



L'AGRESSION SEXUELLE
L'ARTICULATION DES PRATIQUES

July 8-10, 2003
Edinburgh, Scotland

1^{ER} COLLOQUE EUROPÉEN

La Clinique de la Concertation:
Enjeux théoriques,
cliniques et politiques



Le vendredi 14 mars 2003
au Centre Culturel d'Andelghem à Bruxelles

Chaque participant recevra de l'Université de Valenciennes et du Centre Culturel d'Andelghem, 100 € de frais de déplacement, de séjour et de restauration. Les frais de participation sont de 100 € par participant. Les frais de participation sont de 100 € par participant. Les frais de participation sont de 100 € par participant.



Psychology & Law
International Conference
Edinburgh, Scotland
7th-12th July 2003

Supported by:
American Psychology - Law Society
European Association of Psychology & Law
Australian and New Zealand Association of Psychology, Psychiatry and Law
With financial support from the Faculty of Advocates, Edinburgh

U.P.P.L. NEWSLETTER



UPPL Newsletter • Mai 2003 • N° 12



Unité de PsychoPathologie Légale asbl

92, rue Despars - 7500 TOURNAI
Tél. +32 (0) 69 888 333
Fax +32 (0) 69 888 334
E-mail : centredappui@uppl.be
Edit. Resp. : B. Pihet

Ce bulletin de liaison est destiné à faire circuler :

- les messages de l'UPPL et des partenaires de l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (cf. loi du 4 mai 1999)
- des textes, acceptés par le comité de lecture, publiés sous la responsabilité de leur auteur
- des informations diverses répétées de manière succincte qui sont autant de fenêtres ouvertes sur des matières qu'il appartient à chaque lecteur d'approfondir (et qui pourront faire l'objet de développements ultérieurs au sein du Bulletin).

Distribution : dans chaque service impliqué dans l'Accord de Coopération et sur demande.

Il est possible de s'inscrire aux formations en ligne et de consulter la base de données documentaire via le site WWW.UPPL.BE
N'hésitez pas à demander un mot de passe pour obtenir un accès personnel.

Calendrier

■ Mercredi 21, jeudi 22 et vendredi 23 mai 2003

Introduction théorique et formation à la CECA (Childhood Experience of Care and Abuse), formateur : Dr Antonia BIFULCO (Université de Londres)
Au CHRP « Les Marronniers », salle audiovisuelle.

RECHERCHE CONCERNANT LES ADOLESCENTS

QUI ONT ETE DEFERES AUX JUGES DE LA JEUNESSE POUR AGRESSIONS SEXUELLES

Etant donné la nécessité de considérer qu'une grande partie des problématiques délinquantes sexuelles adultes a débuté à l'adolescence, il nous semble important d'investir dans une recherche spécifique à ce sujet. Considérant que notre subventionnement de Centre d'Appui ne pouvait pas y être consacré, nous avons déposé en novembre 2001 à la Communauté Française un projet de recherche intitulé : « *Evaluation scientifique des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel* ». Cette recherche doit être réalisée en collaboration avec le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) du CHRP « Les Marronniers » de Tournai, le Centre de Recherche et de Développement en Travail Social (CRDTS) de l'ISSHA à Mons et le Service de Protection Judiciaire de Tournai sous notre direction et avec notre participation. Fin décembre 2002, la Ministre de la Communauté Française, Madame Nicole Maréchal, a accordé une subvention qui va nous permettre de participer à la réalisation de cette recherche en marge des missions qui nous sont confiées par l'Accord de Coopération et sans empiéter sur ces dernières.

Cette recherche se compose de deux sections : la première, menée par l'UPPL et le CRDS, porte sur l'étude des spécificités étiologiques, diagnostiques et pronostiques des délinquants sexuels juvéniles ; la seconde, menée par le CRDTS, porte sur l'analyse de la trajectoire de ces adolescents, en identifiant les intervenants, les mesures et les dispositifs d'aide mis en place. La première phase de notre recherche est axée sur le recueil des données, la seconde portera sur l'analyse des résultats. A plus long terme, cette recherche vise à proposer aux intervenants des outils d'évaluation spécifiques et à dégager des pistes d'intervention pour les professionnels en contact avec des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Notre échantillon se compose d'une trentaine d'adolescents pour lesquels un dossier 36.4 a été ouvert au tribunal de la jeunesse pour un fait de mœurs. D'abord centré sur l'arrondissement de Tournai, nous n'avons pas pu réunir suffisamment de sujets et avons élargi notre secteur d'investigation à l'arrondissement de Mons.

FORMATIONS

Madame Antonia BIFULCO va faire une formation approfondie à la pratique de la CECA (Childhood Experience of Care and Abuse) pour une équipe restreinte de chercheurs, exclusivement en anglais du 21 au 23 mai 2003 au CHRP « Les Marronniers » à Tournai. Le 21 mai 2003, de 9h30 à 12h30, aura lieu une séance d'introduction à la CECA et à ses implications en psychopathologie, également en anglais et sans traduction, à laquelle tout le monde est le bienvenu, moyennant inscription à l'avance. Les personnes intéressées peuvent nous contacter au 069/888.333.

La CECA est un instrument conçu pour mesurer rétrospectivement les diffé-

rentes expériences vécues, et les relations parents-enfants, durant l'enfance et l'adolescence. Il peut être utilisé avec des jeunes gens ou des adultes. Les dimensions évaluées concernent le manque de soins (l'antipathie et la négligence), l'abus physique, sexuel, et psychologique. Des échelles supplémentaires évaluent entre autres la supervision, le contrôle disciplinaire, le renversement des rôles, et la violence entre les parents. Sont également évalués le support, les stratégies d'adaptation, et la proximité des parents.

La CECA a été développée et utilisée au cours des vingt dernières années, sur le plan international, pour investiguer les facteurs de risque de trouble

mental majeur (Axe 1 du DSM).

L'évaluation à partir de la CECA implique des entretiens semi-structurés, menés par des cliniciens formés. Ceux-ci doivent être familiarisés avec les définitions, les niveaux d'évaluation, et les techniques d'entretien liés à l'instrument. Ils doivent pouvoir apprécier dans quelle mesure les expériences décrites par le participant rencontrent les critères d'abus, de négligence (...) et ce, indépendamment de la manière selon laquelle le répondant les décrit. La CECA constitue donc un guide d'entretien permettant d'obtenir des informations de type objectives.

DOCUMENTATION

Nous reprenons la table des matières des revues. Les articles peuvent être commandés à l'UPPL soit par courrier, par téléphone, par fax ou par e-mail. Pour les commandes de documentation venant de professionnels externes à l'Accord de coopération, les articles sont facturés à 5 Cents par page.

Le dossier « Entre éducation et sanction... Quelles réponses à la délinquance juvénile ? » est un dossier très complet sur la situation de la délinquance juvénile aujourd'hui, reprenant le cadre légal dans lequel elle est appréhendée. Les moyens mis à disposition des juges sont développés : travail d'intérêt général ; Institution Publique de Protection de la Jeunesse ; la médiation. Ce dossier fait également une lecture historique sur l'évolution de cette délinquance et la perception sociale que nous en avons.

International Journal of Law and Psychiatry —Special Issue on Specialty Courts

Volume 26, Number 1, January/February 2003

CONTENTS

<i>Norman G. Poythress</i>	1	Guest Editor's Introduction
<i>John Petrila</i>	3	An Introduction to Special Jurisdiction Courts
<i>Michael Burrell Sae Dumohamed Hilaine Hunter Helen McElroy</i>	13	The Management of Mentally Impaired Offenders Within the South Australian Criminal Justice System
<i>Eric Trappin Henry Richards</i>	33	Seattle's Mental Health Courts: Early Indicators of Effectiveness
<i>Roger A. Boothroyd Norman G. Poythress Annette McGloin John Petrila</i>	55	The Broward Mental Health Court: Process, Outcomes, and Service Utilization
<i>S.P. Hillier D.A. Lowe</i>	73	The South African Court for Sexual Offences
<i>Sireen Belenky Richard Dembo</i>	87	Treating Adolescent Substance Abuse Problems in the Juvenile Drug Court

INDEXED IN: Adol Ment Hlth Abstr, Curr Cont ASCA, ASSIA Comput Cont, Curr Cont/Health Serv Admin, Curr Cont/Soc & Beh Sci, Crim Just Abstr, Curr Law Index, EMBASE/Excerpta Medica, Leg Cont, Leg Per, MEDLINE, Psychol Abstr, Sociol Abstr, Curr Cont Soc Sci Ctr Index, Ind Med, PsycINFO

ISSN 0160-2527
(2003)

l'observatoire (6)

Trimestriel n° 37 / 2002-2003

Sommaire

Trimestriel n° 37 / 2002-2003

 Déjà parus ou à paraître	2
 Coup d'Oeil	
C'est quand qu'on va où? (Ph. Désjard)	3
La violence dans l'information télévisée (C. L.)	9
www.lubino.be, nouvelle édition, nouveau support (Th. Lemaire)	12
L'usage, un acte de langage (B. Meijer)	14
 DOSSIER	
entre éducation et sanction... Quelles réponses à la délinquance juvénile	17 - 116
 Etat fédéral	
Où à la différence (C. L.)	117
 Région wallonne	
L'habitat permanent en zone de loisirs (J.-Cl. Jacobs)	118
 Provinces	
Litige: Prévention du suicide & pratiques de réseaux (C. Leclercq)	122
Luxembourg: Interface une nouvelle alternative judiciaire pour les mineurs (J. Audebert)	124
Namur: Le réseau des intervenants en matière d'assuétudes (Ph. Harzé, J. Collin, M. Vassart)	126
 Lectures	
Liège, études & brochures Revue	128
 Congrès, journées d'études, ...	132

Journal of PERSONALITY DISORDERS		ISSN 0885-579X
Volume 16, Number 6, December 2002		
Personality Disorders at the Crossroads Norman S. Endler and Nancy L. Kretsch		487
Defining Disordered Personality Functioning Gordon Finkel, Lindsay Joffe, Amanda O'Leary, Dorian Hadzi-Pavlovic, Penelope Irvine, and George Jurk		503
The Relations between Depressive Symptoms and Borderline Personality Disorder Features Over Time in Dysphoric Disorder Daniel N. Klein and Joseph R. Scherzer		523
Perceived Dysfunctions of Male-Typed and Female-Typed DSM-IV Personality Disorder Criteria Andrew J. Howell and David C. Watson		536
Sociopathy, Autonomy, and Personality Disorder Criteria in Psychiatric Patients Jennifer Q. Muris, Clive J. Robinson, and Harri Giusti-Pue		549
High-Risk Situations Associated with Parasuicide and Drug Use in Borderline Personality Disorder Sally Shore Welch and Martin H. Linton		561

Journal of PERSONALITY DISORDERS		ISSN 0885-579X
Volume 17, Number 1, February 2003		
Behaviorally Referenced Interpretation and Symptom Validation: A Paradigm for 21st-Century Personality Disorder Research Robert F. Bornstein		1
DIAPP-BQ: Factor Structure and Reliability in Personality Disorder Symptoms in a Non-Clinical Sample Courtney L. Bagar and Timothy J. Trull		19
Evaluating NBO Personality Inventory-Revised Profiles in Veterans with Personality Disorders Steven K. Hopfen		33
Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index Arnoud Arnt, Marije van den Hoogen, Jeroen Cornelis, Ron Verheul, Wim M.G. van den Bosch, and Armin J. L. de Ge		45
Changes in Personality Psychology after Psychotherapy and Combined Therapy for Depressed Patients Svenja Koch, Joch Dedert, Ugo J. DeJong, Frans de Jonghe, and Bertold Pele		60
Personality Disorders and Personality Dimensions in Antisocial Nervous Andrew Korman, Nicholas A. Trone, Sophia Rabe-Hesketh, David A. Collier, and Joan L. Treadwell		73

Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment		January 2003
Volume 15, Number 1		
CONTENTS		
Childhood Attachment, Childhood Sexual Abuse, and Onset of Masturbation Among Adult Sexual Offenders Stephen W. Sewell-Bower and Bette-Lane McCall		1
Victim Empathy, Social Self-Esteem, and Psychopathy in Rapists Rodolfo M. Fernandez and W. L. Marshall		11
Juvenile Sex Offenders: Toward the Development of a Typology John A. Hunsie, Aurelio J. Figueredo, Neil M. Malamuth, and Judith Y. Becker		27
Trail Empathy and Criminal Versatility in Sexual Offenders Stephen W. Sewell-Bower, Julie Whelan, and Denise Houtique		49
Multiple Versus Multiple Taxonomy of Psychopathy: Case Example Gregory K. Lober and John Henry		61
Request for Membership Application Materials		73

Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment		April 2003
Volume 15, Number 2		
CONTENTS		
A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders: Part 1. Early Developments D. R. Lober and W. L. Marshall		75
A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offender Treatment: Part 2. The Modern Era W. L. Marshall and D. R. Lober		93
Implications for Treatment of Sexual Offenders of the Ward and Hudson Model of Relapse James A. Bickley and Anthony R. Beech		121
College Women Who Had Sexual Intercourse When They Were Underage Minors (13-19): Age of Their Male Partners, Relation to Current Adjustment, and Statutory Rape Implications Hendrik Lohmeyer and Heidi Salzman		135
Predicting Psychological Distress in Sex Offender Therapies Liam Evans and Sharon Horne		149
Request for Membership Application Materials		159

Forensic
REVUE DE PSYCHIATRIE & PSYCHOLOGIE LÉGALES

Psychiatrie et violence

Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels :
septembre à décembre 1997
C. Bégin, D. De Vargas

La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels :
problématique, cadre théorique et approche phénoménologique
A. McIlroy, J.-P. Guay

Les préadolescents auteurs d'abus sexuels
M. Jacot

Avicoidite : à propos de quatre cas cliniques
F. Minard, N. Auelak, J.-D. Minard

La relation de couple chez les mères filicides est-elle importante ?
L. Laporte, D. Poulin, J.-D. Minard

Mesure des risques de victimisation associés à la pratique clinique
auprès des détenus fédéraux
R. Lussignea

Repérage et évaluation de la littérature scientifique concernant
le syndrome de la femme battue
J.-D. Minard, N. Bégin

Le suicide est-il un problème ?
M. Cornu

12
2002

L'article de la page 3, « *Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels* » nous explique la mise en place d'une thérapie de groupe en douze séances. Les auteurs nous invitent à suivre avec eux les thèmes abordés pour chacune des séances. Ils en arrivent à la conclusion que douze séances ne sont pas suffisantes. Cependant, cette expérience leur fait pointer les intérêts à mettre en place une telle méthodologie pour permettre aux abuseurs de parler de l'abus et d'eux-mêmes en s'étayant sur la dynamique du groupe.

Dans l'article de la page 9, « *La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique* », les auteurs mettent en place une méthodologie afin de quantifier et d'évaluer les progrès de la thérapie pour les délinquants sexuels en général en liant les acquis de la thérapie aux autres domaines de la vie en groupe. Ceci permet de voir si les apprentissages sont vraiment intégrés et ne consistent donc pas uniquement en des apprentissages de « façade ».

L'article de la page 17, « *Les pré-adolescents auteurs d'abus sexuels* », fait le point sur les études relatives aux pré-adolescents abuseurs. Il en ressort essentiellement deux profils de délinquants en fonction de ceux des familles d'origine d'où ils proviennent. En fonction du profil dégagé, les interventions thérapeutiques seront différentes.

Revue « Child Abuse & Neglect »

Les éditeurs de cette revue font maintenant suivre leurs articles d'un résumé en français et en espagnol, ce qui en facilite la lecture. Le volume 27, numéro 1, diffuse un article intéressant sur le traitement de l'inceste : Khawla Abu BAKER et Marwan DWAIRY, *Cultural norms versus state law in treating incest : a suggested model for Arab families*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 27, n°1, p. 109-123.

RÉSUMÉ

Objectif : Cet article se penche sur les difficultés qu'éprouvent les sociétés collectives lorsqu'elles interviennent au niveau des agressions sexuelles. Il propose un modèle d'intervention qui soit sensible aux particularités culturelles.

Méthode : Le texte est fondé sur la littérature ethnoculturelle et sur des cas cliniques de la collectivité Palestinienne en Israël.

Résultats : Contrairement à ce qu'on retrouve dans l'Occident, où l'Etat assume une responsabilité pour les besoins de ses citoyens et légifère pour protéger les victimes d'agressions sexuelles et punir les agresseurs, dans plusieurs sociétés collec-

tives, leurs membres sont dépendants de leur famille. La famille, plutôt que l'Etat, est la source principale de protection et de soins. De mettre en application des lois pour punir des agresseurs sexuels a pour effet, généralement, de menacer l'unité et la réputation d'une famille. Ainsi, la famille répudie cette approche et se tourne contre la victime. Au lieu de punir l'agresseur, la famille le protège et blâme la victime. Par contre, de punir l'agresseur entraîne de nouvelles agressions puisque c'est la famille qui jouit d'une autorité suprême. Les auteurs recommandent un modèle d'intervention qui soit sensible aux particularités culturelles et qui comprendra six étapes :

(1) la vérification des renseignements ; (2) une analyse descriptive de la famille ; (3) une orientation vers des idées progressives ; (4) un rite qui a pour but de condamner, d'offrir des excuses et de punir ; (5) une thérapie ; et (6) un suivi.

Conclusions : Il est probable qu'une intervention sensible aux particularités culturelles et qui exploite les pouvoirs de la famille en faveur de la victime de mauvais traitements, avant même d'avoir recours à la loi, saura atteindre les mêmes buts légaux que l'intervention de l'Etat, sans pour autant menacer la réputation et l'unité de la famille, et par le fait même saura mieux protéger la victime.

Nous attirons également l'attention sur les articles suivants :

- Michael P. DUNNE, David M. PURDIE, Michelle D. COOK, Frances M. BOYLE et Jake M. NAJMAN, *Is child sexual abuse declining ? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia*, dans *Child Abuse & Neglect*, t.27, n°2, p. 141-152.

- Andrew DAY, Katie THURLOW et Jessica WOOLISCROFT, *Working with childhood sexual abuse: a survey of mental health professionals*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 27, n°2, p. 191-198.

NOUVELLES ACQUISITIONS CES DERNIERS MOIS :

- ✓ *Dictionnaire international de la psychanalyse. Concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions*, sous la dir. de Alain DE MIJOLLA, 2 vol., Paris : Calmann-Lévy, 2002.
- ✓ *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente, XXXIII^e Congrès français de criminologie - Association française de criminologie - Société belge de criminologie - Université Lille II, Paris : Dalloz, 2002 (Thèmes & commentaires), cote : UPPL SOI 1 Colloque.*

Colloques



AFC
Association Française de Criminologie

Orléans - CAP 2004

Vendredi 5 juin 2003, de 14h à 17h30

Public (Une à priori)

Conférence - débat

What Works in Reducing Crime

Terms of the Debate in The United States

Nature la diligence et la criminalité : ce qui marche
Les travaux de débat pour États-Unis

avec

Professor Chris Eckridge
Director of Forensic Studies of Criminology,
Department of Criminal Justice, University of Nebraska

Auditorium : Pierre V. Thorelli, directeur de recherche au CNRS, Centre d'Études sociales du CNRS (Université Paris 5), président de l'Association Française de Criminologie.

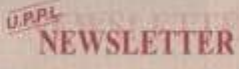
Accompagné : Sébastien Naud, chargé de recherche au CNRS, CESP, Centre d'Études sociales, Université de Caen.

Traduction offerte : Pascal Giguère, directeur de recherche en criminologie, Université Mon. Black, Rimouski, N. Brunswick, Canada et Québec en Europe.

Cette conférence se situe dans le cadre de la préparation de la 1^{re} conférence des études de criminologie qui se tiendra à Paris les 12-13-14 mai 2004 sur le thème : « Science et politiques de la criminalité : ce qui marche » (What Works in Reducing Crime).

Inscriptions obligatoires, mais gratuites (membres de places limitées)

AFC c/o M. Pierre Thorelli 17, rue Clémence 75011 PARIS
Tél. 01 42 83 43 04, fax 01 42 83 43 05 ou 01 42 83 43 06
E-mail: pthorelli@orange.fr



UPPL NEWSLETTER



www.uppl.fr

COMPTE RENDU

Nous avons participé au Colloque européen « La Clinique de Concertation : Enjeux théoriques, cliniques et politiques » qui s'est déroulé le vendredi 14 mars 2003 au Centre Culturel d'Auderghem à Bruxelles. Nous avons été fort intéressés d'écouter le Docteur J.-M. LEMAIRE et M^{me} V. DESPRET. Notre intérêt s'est porté sur la théorisation et la modélisation proposées par la clinique de la concertation qui donne aux professionnels des moyens de lecture et de positionnement propices à une intervention de qualité dans des situations de patients particulièrement critiques, dénommées précisément dans ce cas-ci par « détresses multiples et sévères ».

L'ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE ET L'ÉTUDE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE
LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DE DAX
LE CENTRE HOSPITALIER DE DAX

Avec la collaboration de :

- La Société Française pour l'étude de la Santé Mentale
Institut International d'Étude à la Santé Mentale Cote-Nord
Université BORIS JOUKOVSKI - Paris-XXI - Nanterre - France
Les Éditions ERS

JOURNÉES DE PSYCHIATRIE DE DAX

AUTOUR DE LA NOTION DE VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

JEUDI 4 ET VENDREDI 5 DÉCEMBRE 2003

SPLENDO MERCURE HÔTEL

U.P.P.L. NEWSLETTER



UPPL Newsletter • Juillet 2003 • N° 13



Unité de PsychoPathologie Légale asbl

92, rue Despars - 7500 TOURNAI

Tél. +32 (0) 69 888 333

Fax +32 (0) 69 888 334

E-mail : centredappui@uppl.be

Edi. Resp. : B. Pihet

Ce bulletin de liaison est destiné à faire circuler :

- les messages de l'UPPL et des partenaires de l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (cf. loi du 4 mai 1999)
- des textes, acceptés par le comité de lecture, publiés sous la responsabilité de leur auteur
- des informations diverses répertoriées de manière succincte qui sont autant de fenêtres ouvertes sur des matières qu'il appartient à chaque lecteur d'approfondir (et qui pourront faire l'objet de développements ultérieurs au sein du Bulletin).

Distribution : dans chaque service impliqué dans l'Accord de Coopération et sur demande.

Il est possible de s'inscrire aux formations en ligne et de consulter la base de données documentaire via le site **WWW.UPPL.BE**

N'hésitez pas à demander un mot de passe pour obtenir un accès personnel.

Calendrier

- Dans le prochain newsletter fin septembre, vous trouverez :
 - * le programme de la formation 2004,
 - * le dossier concernant les avis motivés en vue de réhabilitation.
- **Mai 2004**
Voyage d'étude en Allemagne
- **Mercredi 19 et jeudi 20 mai 2004**
Parlons de la sexualité avec les délinquants sexuels
Formateur : Louis RUDDLESDEN

Formations

NOUVEAUTES POUR 2004

FORMATION DE BASE

- à partir de janvier 2004, elle devient un **programme compact de 60 heures, reproduit chaque année** ou tous les deux ans selon la demande, composé de **7 journées d'exposés théoriques, plus 3 journées de séminaires d'études de cas** ; *

- elle est accessible au personnel de justice et de santé quel que soit le type de formation ;

- la formation théorique est commune pour les professionnels de la justice et de la santé ;

- les séminaires d'étude de cas réuniront en groupe restreint des professionnels du même secteur ;

- elle est sanctionnée par un certificat de formation de spécialisation à la clinique des transgres-

seurs sexuels : niveau de base.

FORMATION APPROFONDIE

- des modules d'une ou plusieurs journées continuent d'être proposés durant l'année pour les professionnels qui veulent approfondir leur spécialité.

FORMATION CONTINUEE

- nous organisons à partir de septembre 2003 des **séminaires d'étude de cas, continus à raison d'une fois par mois**, et alternativement à Bruxelles et à Namur.

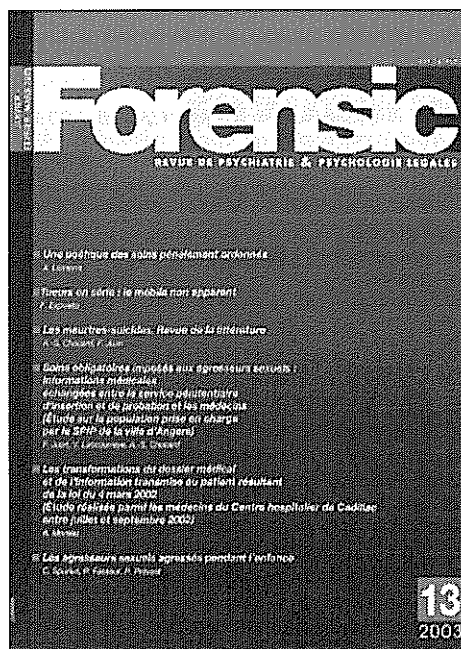
- les séminaires s'adressent aux thérapeutes délégués et aux équipes de santé spécialisées.

* programme communiqué en septembre

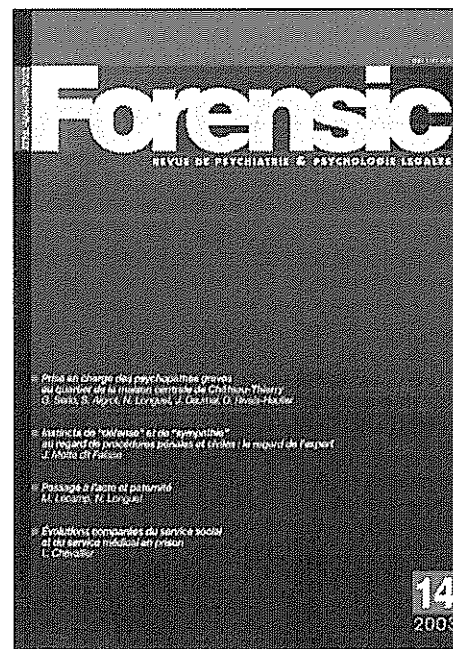
DOCUMENTATION

Nous reprenons la table des matières des revues. Les articles peuvent être commandés à l'UPPL soit par courrier, par téléphone, par fax ou par e-mail. Pour les commandes de documentation venant de professionnels externes à l'Accord de coopération, les articles sont facturés à 5 Cents par page.

SOMMAIRE		Journal of PERSONALITY DISORDERS Volume 17, Number 2, April 2003	
EDITORIAL	9	LE REGARD	ISSN 0885-519X
PONT DE VUE		Trousser le regard. De visuel à l'association de peurs de voir, le regard comme une situation à résoudre par Denis Molzon	171
Cet œil	15	Le clin d'œil de l'ère par Pascal-Marie Kazaas	191
par Jean-Michel Guiraud		La réalité au chant de cygne par Yvonne Thoma	203
LA VUE		Les transes de l'ère : d'une certaine vision de la différence par Claire Mazon	217
Comment réellement voir et pas simplement regarder ? par Annette WATTELIN-NAEBO	33	NOTES DE LECTURE	
L'œil et le visuel de l'œil et l'altérité par Guy Lathuillier	52	Dictionnaire de la psychanalyse par Marie-Jeanne Stern	233
Fonctionnalité, perception et gestion de l'altérité par Germaine Auzan-Ross	69	La psychanalyse à l'université. L'expérience de Louvain par Anne-Christine PLOMME	235
LA VISION		Logique de la parole par François Pommerehne	237
La quête de la forme par François Sauter	113	THÈME EN PRÉPARATION	
L'usage externe processus, le visuel comme fonction par Serge Tisserand	125	Argument pour le numéro 23	241
L'objet de l'œil, entre l'objet et l'altérité par Jean-Paul Marot	137		
Recherche sur le visuel et le symptôme par Gérard Pommerehne	157		
		Cahiers de Psychologie Clinique, t. 20, n° 1 : Le visuel, 2003	
		Introduction to the Special Feature on Personality, Personality Disorder, and Psychopathology W. John Loxley 87 Personality Disorder and Axis I Psychopathology: The Problematic Boundary of Axis I and Axis II Thomas A. Widiger 90 Personality and Psychopathology: Working Toward the Bigger Picture Robert F. Krueger and Jennifer L. Tackett 107 The Core Features of Nonacute Mixed Anxiety-Depression (Collym) and Personality Disorder Peter Tyrer, Helen Bewinwright, and Tony Johnson 119 Personality and Anxiety Disorders: A Review D. Joseph Eisenberg and Henry N. Stein 139 Separate Personality Traits from States in Predicting Depression Lee Anna Clark, Jeffrey Yeringl, Deborah Knoff, and Robin R. Jarrow 152	



Dans ce numéro, nous attirons l'attention sur l'article de Monsieur X. Lameyre à la page 13 : *Une poétique des soins pénitentiaires ordonnés*. Ce texte est une invitation à penser avec intelligence et rigueur la collaboration entre la justice et la santé. Il fait émerger de leurs antinomies un véritable espace de travail possible pour notre champ.



Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive	
ÉDITION FRANÇAISE DE LA REVUE INTERNATIONALE DE THÉRAPIE COMPORTIMENTALE ET COGNITIVE	
Éditorial	
Les pays nord-américains dans les entreprises	1
Articles originaux	
Distinctions conceptuelles entre les dimensions antécédentes de l'insécurité de Type 1 (développement du modèle appliqué) et l'insécurité généralisée	3
Adaptation sélective d'une technique individuelle de gestion de l'anxiété	15
Quatre techniques de gestion de l'anxiété pour quatre niveaux de performance	20
La mesure comportementale et les implications dans l'analyse de la douleur chronique	21
L'adaptation aux idées et les implications de rétroaction dans la thérapie cognitive	24
Entretien	
Professeur J. Bapat: La naissance de "l'efficacité" et son utilisation dans la prévention des maladies dépressives	26
Prochains congrès	
	44

l'observatoire	
SOMMAIRE	
Trimestriel n°38/2003	
Déjà parus ou à paraître	2
Coup d'oeil	3
Alphabetisation: le nouvel aspect à projets	4
Quand les mots écrivains commencent à parler... (A. Bayat)	6
Ma ville au carrefour des mots et des cultures (H. Georges et son représentant)	9
Épisodes vous engageant pour sortir de l'ombre	11
Notre raison de lutter (le Mfai)	15
Comment travailler via l'écriture & via professionnellement quand on a un enfant présumé un handicap de grande dépendance	19
Vado-museo à l'usage des intervenants psycho-médico-sociaux	21
DOSSIER	
Les Gens du Voyage	21 - 92
Région wallonne	93
Le nouveau site et porte d'autonomie	96
Provinces	99
Infants: Vieillesse et société à la maison des réflexions des adultes sociaux en France (W. Bustin)	101
Lille: Pratiques sociales provinciales de prévention des associations: l'Alcal et l'Alcal (C. L.)	104
Luxembourg: L'association Aide aux chômeurs de vie (M. Thiflet)	107
Nancy: La santé à l'école ou document pédagogique à destination des enseignants (A. Mouva)	109
Lectures	112
Études, études & brochures	
Congrès, journées d'études, ...	

International Journal of Law and Psychiatry	
Volume 26, Number 2, March/April 2003	
CONTENTS	
Call For Papers	111
David A. Kruse	113
Don Ho Lee	
R. Kallala-Hirani	139
C. Todoroki	
J. Kallala	
V. Lohman	
Christie Claus	151
Lutz Ulberg	
Henrik Steen Andersen	165
D. Szilagyi	
T. Lilienfeld	
G. Gohlfeld	
R. Henningsen	
A. Scott Aylwin	179
Leo B. Sander	
John R. Redden	
Steven A. Clelland	
Frank Willem Winkel	191
Thomas W. Gelfand	
Eric Blom	
Eric D. Lohman	207
Alan Perry	
Marion J. Sealson	
Danette Mendelson	221

International Journal of Law and Psychiatry	
Volume 26, Number 3, May/June 2003	
CONTENTS	
Janet L. Warren	223
David L. Berman	
Susan C. Smith	
Patricia C. Smith	
Rita B. Burt	
Rozanne Fernald	
Isaac Vini Patten	
John Dawson	243
Sarah Thomas	
Antia Ghis	
Nikolai Kater	
Gary Scott Stevenson	257
Jacques D. Marteau	
Frédéric Millaud	
Nathalie Anclair	
Carsten Spitzer	269
Heide Lutz	
Ursula Dinkel	
Sören Orlov	
Michael Giller	
Alfred J. Freyberger	
Donald Thomas Lee	289
(Contents continued)	
Ana Maria Doherty	301
Merianne Kristiansen	
David Roe	317
Ja Tr Rosen	

Revue « Child Abuse & Neglect »

Les éditeurs de cette revue font maintenant suivre leurs articles d'un résumé en français et en espagnol, ce qui en facilite la lecture.

Le volume 27, numéro 5, diffuse deux articles intéressants :

- COLLIN-VEZINA Delphine et CYR Mireille, *La transmission de la violence sexuelle : description du phénomène et pistes de compréhension*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 27, n°5, 2003, p. 489-507.

suite en p.4

RÉSUMÉ :

Objectif : Cet article a pour objectif de faire le point sur les connaissances acquises à ce jour quant au cycle de la transmission intergénérationnelle de l'agression sexuelle (AS).

Méthode : La transmission de l'AS est d'abord présentée, tant du point de vue des hommes agressés sexuellement devenant à leur tour agresseurs que des mères survivantes de violence sexuelle dont les enfants sont également victimes de cette agression. Les mécanismes proposés pour expliquer ce cycle sont décrits, plus particulièrement ceux qui permettent de comprendre ce qui différencie les individus capables de briser cette transmission de ceux qui la maintiennent.

Résultats : Les résultats des différentes études révèlent que la transmission de l'AS n'est pas inévitable, puisque un tiers des hommes agresseurs et la moitié des mères d'enfants

agressés sexuellement rapportent une expérience d'AS vécue durant leur enfance. Les recherches étant en général de nature rétrospective et n'utilisant pas un schéma expérimental, aucun lien causal ne peut être établi. Tout de même, plusieurs mécanismes ont été proposés pour tenter de comprendre ce phénomène. Parmi ceux-ci la sévérité de l'AS vécue, les liens d'attachement créés avec les ayants-soin, et les symptômes de dissociation découlant de l'agression, ont été examinés. Cette dernière variable apparaît des plus prometteuses dans la compréhension du phénomène.

Conclusions : Des recherches futures portant sur la transmission de l'AS sont essentielles, non seulement pour mieux comprendre les mécanismes qui la sous-tendent, mais aussi pour développer des stratégies appropriées de traitement et de prévention des AS sur les enfants.

- WIEHE Vernon R., *Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents*, dans *Child Abuse & Neglect*, t. 27, n°5, 2003, p 541-555.

Nouvelles acquisitions ces derniers mois

- BIFULCO A., MORAN P. M., BALL C., JACOBS C., BAINES R., BUNN A. et CAVAGIN J., *Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission of risk*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, n°8, p. 1075-1086, cote : **ART BIF 21 12 C A.**
- BIFULCO A., BROWN G. W. et HARRIS T. O., *Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) : A Retrospective Interview Measure*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, n° 8, p. 1419-1435, cote : **ART BIF 21 12 C E.**
- BIFULCO A., BERNAZZANI O., MORAN P. M. et JACOBS C., *The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q) - Validation in a community series*, cote : **ART BIF 21 12 C E V.**
- BIFULCO Antonia, MORAN Patricia M., BALL Caroline, JACOBS Catherine et BENAÏM Kate, *Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing a new interview scale*, dans *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 66, n° 3, p. 213-239, cote : **ART BIF 21 12 E I.**
- BIFULCO Antonia, MORAN Patricia M., BAINES Rebecca, BUNN Amanda et STANFORD Katherine, *Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and clinical depression*, dans *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 66, n°3, p. 241-258, cote : **ART BIF 21 12 E II.**
- BIFULCO A., BERNAZZANI O., MORAN P. M. et BALL C., *Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI)*, dans *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 35, p. 264-275, cote : **ART BIF 21 12 L.**
- BIFULCO A., BROWN G. W., LILLIE A. et JARVIS J., *Memories of Childhood Neglect and Abuse : Collaboration in a Series of Sisters*, dans *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, n° 3, p. 365-374, cote : **ART BIF 21 12 M.**
- EXNER John E., *Le Rorschach : Un système intégré. Théorie et pratique*, Embourg-Paris, 1995, cote : **UPPL EXN 5 18 R.**
- HARE Robert D., *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) : 2nd Edition. Technical Manual*, New York - Toronto, 2003.
- SMITH N., LAM D., BIFULCO A. et CHECKLEY S., *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations*, dans *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 37, p. 572-579, cote : **ART SMI 20 8 C.**

UPPL Newsletter Juillet 2003, N° 13

Colloques

trainingsmodule

MOTIVATIEBEVORBERINGE
DE CENTRUM METHODES BIJ
WERKEN BINNEN EEN
VERPLICHT KADER

START 26 SEPTEMBER 2003

In het Gemeenschapscentrum Evens
te Brussel (Evans)



I.T.E.R.
CENTRUM voor DADERHULP

Etre femme et thérapeute d'auteurs d'agressions sexuelles

Porter notre regard de femme sur la sexualité masculine et sur la sexualité addictive et perverse, un regard différent de celui de nos collègues masculins...

Isabelle Tapie, psychologue, thérapeute à l'équipe de santé spécialisée du service de santé mentale de Dinant propose un groupe de réflexion de femmes thérapeutes d'auteurs d'agressions sexuelles.

Lieu : service de santé mentale de Dinant, 72 rue Dardot, 5590 Dinant - 3^{ème} étage - tel : 083/51 48 30 - fax : 083/21 48 29

Début : un vendredi après-midi (13h30 - 15h30) par mois à succéder avec les personnes inscrites. Première date : vendredi 12 septembre

Participants : femmes thérapeutes d'auteurs d'agressions sexuelles.

Contenu : à partir de situations cliniques et de lectures nous tenterons d'analyser ensemble notre vécu professionnel dans ces situations dérangeantes particulières.

Déroulé : nous verrons où nos réflexions nous mènent mais pourrions pas vers une publication...

Coût : 1 € par participant et par séance.

UPPL
NEWSLETTER

U.P.P.L. NEWSLETTER



UPPL Newsletter • Décembre 2003 • N° 14



Unité de PsychoPathologie Légale asbl

92, rue Despars - 7500 TOURNAI

Tél. +32 (0) 69 888 333

Fax +32 (0) 69 888 334

E-mail : centredappui@uppl.be

Edit. Resp. : B. Pinot

Ce bulletin de liaison est destiné à faire circuler :

- les messages de l'UPPL et des partenaires de l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'intractions à caractère sexuel (cf. loi du 4 mai 1999)

- des textes, acceptés par le comité de lecture, publiés sous la responsabilité de leur auteur

- des informations diverses répertoriées de manière succincte qui sont autant de fenêtres ouvertes sur des matières qu'il appartient à chaque lecteur d'approfondir (et qui pourront faire l'objet de développements ultérieurs au sein du Bulletin).

Distribution : dans chaque service impliqué dans l'Accord de Coopération et sur demande.



Toute l'équipe de l'UPPL
vous souhaite dès à présent
une heureuse année 2004 !

Calendrier

■ Le jeudi 04/12/2003

Présentation du **rapport d'activités** du Centre de Recherches en Défense Sociale (CRDS) à Tournai.

■ Le mardi 09/12/2003, de 9h15 à 16h00

Conférence - Débat : Les jeunes ayant commis des délits violents et / ou sexuels : Implications étiologiques, diagnostiques et pronostiques, par le Dr Antonia Bifulco, au CHRP « Les Marronniers », rue Despars, 94 à 7500 Tournai, salle audiovisuelle.

■ Du 15/03/2004 au 02/04/2003, Formation de base

Le calendrier exact de la formation de base vous sera communiqué dans quelques semaines. Il sera également disponible sur le site internet de l'UPPL.

■ Le jeudi 22 janvier 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à la Galerie Agora, rue du Marché aux Herbes, 105/18 à 1000 Bruxelles.

■ Le jeudi 19 février 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à l'ASBL Entraide Sociale (2^{ème} étage), Chaussée de Waterloo, 182 à 5002 Saint-Servais.

■ Le jeudi 18 mars 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à la Galerie Agora, rue du Marché aux Herbes, 105/18 à 1000 Bruxelles.

■ Le jeudi 22 avril 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à l'ASBL Entraide Sociale (2^{ème} étage), Chaussée de Waterloo, 182 à 5002 Saint-Servais.

■ Lundi 10 mai 2004 et mardi 11 mai 2004

« **Parlons de la sexualité avec les délinquants sexuels** », formateur : Louis Ruddlesden. La programmation initiale de ce module a été modifiée en raison de l'indisponibilité du formateur.

■ Le jeudi 27 mai 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à la Galerie Agora, rue du Marché aux Herbes, 105/18 à 1000 Bruxelles.

■ Du lundi 31 mai 2004 au vendredi 4 juin 2004

Voyage d'étude en Allemagne. Vous trouverez le programme en annexe ainsi que le bulletin d'inscription.

■ Le jeudi 17 juin 2004, de 9h30 à 12h00

Formation continuée : séminaire d'étude de cas, à l'intention des thérapeutes délégués et des Equipes de Santé Spécialisées, à l'ASBL Entraide Sociale (2^{ème} étage), Chaussée de Waterloo, 182 à 5002 Saint-Servais.

INFORMATIONS

LA LIBERATION PROVISOIRE

La libération provisoire (LP) est une modalité d'application de la peine ferme pour des condamnés dont la peine de prison n'excède pas 3 ans au total. Cette mesure n'est pas inscrite dans une loi spécifique, elle est un usage régi par des circulaires internes à l'Administration pénitentiaire tout comme le sont les congés pénitentiaires. Il est donc très difficile d'obtenir ces textes et surtout, de connaître la procédure de libération provisoire et sa durée. Nous n'avons pas de texte qui prévoit la procédure et la durée.

Comme pour la libération condition-

nelle, le condamné qui en bénéficie peut retourner vivre dans la communauté moyennant le respect de certaines conditions fixées par l'autorité qui libère. Cependant, et c'est sa grande différence avec la libération conditionnelle, l'autorité qui libère n'est pas une Commission indépendante, mais la direction de la prison et celle-ci libère sans donner de date de fond de peine, c'est-à-dire que le délai d'épreuve n'est pas précisé dans le temps comme c'est le cas pour une conditionnelle ou une probation. Il faut préciser que pour les condamnés mœurs, la décision de libérer prise par la prison doit avoir l'aval du Service des Cas Individuels du Ministère de la

Justice pour les condamnés dont la peine dépasse un an. Cette exception n'est vraie que pour ce type de condamnés.

Une fois dehors, le libéré provisoire a une tutelle sociale exercée par la maison de justice qui veille au bon déroulement de la libération, mais l'autorité devient le Service des grâces du Ministère de la Justice. La grande différence avec les autres mesures se situe donc ici : la libération du condamné reste sous la tutelle du Ministre.

Puisque la LP est régie par des circulaires, il n'est pas facile d'accéder aux informations exactes sur les procédures à suivre et sur le calcul

de la durée d'épreuve. Par contre, ce que l'on constate à l'usage, c'est qu'à partir de deux à trois années de libération, l'assistant de justice interroge le Service des grâces quant à la levée possible de la tutelle, c'est-à-dire, à libérer définitivement le condamné. Ces deux ou trois années sont un usage qui semble valoir pour tous quelle que soit la durée de peine qu'ils ont reçue et quel que soit le temps qu'il restait au condamné à purger au moment de sa remise en liberté.

Neurologie | Grâce à un réseau archaïque dont on n'ait l'existence

Le plaisir des caresses

■ Nous pouvons distinguer un simple toucher d'une caresse. ■ Un chercheur découvre le réseau de neurones qui nous permet cette sensation !

JACQUES FENIC, assistant neurologue GÖTEBORG

Quel est le plaisir du toucher ? Jusqu'à il y a peu, les neurologues considéraient que le toucher n'était qu'une simple sensation. Mais la recherche a montré que le toucher est une sensation complexe. Elle implique des neurones sensoriels qui envoient des signaux au cerveau. Ces signaux sont traités dans le cerveau et donnent naissance à la sensation de toucher. Le toucher est une sensation complexe. Elle implique des neurones sensoriels qui envoient des signaux au cerveau. Ces signaux sont traités dans le cerveau et donnent naissance à la sensation de toucher.

Le toucher est une sensation complexe. Elle implique des neurones sensoriels qui envoient des signaux au cerveau. Ces signaux sont traités dans le cerveau et donnent naissance à la sensation de toucher.

Tout se passe donc comme s'il y avait deux réseaux sensoriels séparés pour nous permettre de sentir le contact de notre peau avec un corps étranger. C'est, en fait, ce qui se passe dans le cas d'une caresse. Les deux réseaux sensoriels envoient des signaux au cerveau. Ces signaux sont traités dans le cerveau et donnent naissance à la sensation de caresse.

Le Dr Gussone se rend compte en effet qu'un tel système est très complexe. Il a donc décidé d'étudier le système de la caresse. Il a donc décidé d'étudier le système de la caresse.

Mais comment étudier ce sys-

tème d'archaïsme ? Les signaux d'origine tactile sont en fait toujours transmis par le système tactile. Le système tactile est donc toujours transmis par le système tactile. Le système tactile est donc toujours transmis par le système tactile.

Les nerfs sans gaine de myéline serviraient à ajouter du sentiment à la perception tactile.

Le chercheur a donc décidé d'étudier le système de la caresse. Il a donc décidé d'étudier le système de la caresse.

Les nerfs sans gaine de myéline serviraient à ajouter du sentiment à la perception tactile.

Les nerfs sans gaine de myéline serviraient à ajouter du sentiment à la perception tactile.

Le chercheur a donc décidé d'étudier le système de la caresse. Il a donc décidé d'étudier le système de la caresse.

RÉHABILITATION

La fiche n°5 concerne la réhabilitation d'avis, en particulier ceux de réhabilitation. Vous la découvrirez dans ce newsletter. Elle est également disponible sur simple demande par courrier, téléphone, fax ou e-mail.

La version que nous vous communiquons est postérieure à celle distribuée lors de la journée du 7 novembre 2003 avec les Équipes de Santé Spécialisées. Nous vous conseillons donc de détruire cette précédente version.

Extrait du journal Le Soir - Jeudi 4 septembre 2003

Une information parmi d'autres... Je me sers beaucoup de ce genre de connaissances, relativisées comme il convient, pour nourrir mon mental quand il s'agit d'aider certains hommes à devenir ce qu'ils devaient déjà être...

Bernard Pihet

INFORMATIONS

Nous reprenons la table des matières des revues. Les articles peuvent être commandés à l'UPPL soit par courrier, par téléphone, par fax ou par e-mail. Pour les commandes de documentation venant de professionnels externes à l'Accord de coopération, les articles sont facturés à 5 Cents par page.

Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment	
Volume 15, Number 3	July 2003
CONTENTS	
CLINICAL RESEARCH AND THEORETICAL PAPERS	
Sexual Assault During Hostage Takings and Forcible Confinement: Implications for Practice	151
Donna L. Maltoux and Ralph C. Serin	
Distorted Attitudes and Perceptions, and Their Relationship With Self-Esteem and Coping in Child Molesters	171
W. L. Marshall, L. E. Marshall, Sarah Sackides, and Raina-Liane Kruger	
A Clinical Model for the Treatment of Personality Disordered Sexual Offenders: An Example of Theory Building	183
Jon Bateman and Dawn von Borst	
Adolescents' Perceptions of the Seriousness of Sexual Aggression: Influence of Gender, Traditional Attitudes, and Self-Reported Experience	201
N. Zoe Hilson, Grant T. Harris, and Marilee E. Rice	
Letter to the Editor	215
Barry M. Maltzky	
Request for Membership Application Materials	219

Nous attirons l'attention sur l'excellent article de la page 161 qui décrit le modèle de traitement dans ce qui correspond à nos hôpitaux de Défense sociale et situé aux Pays-Bas. Leurs méthodes de traitement sont construites sur le croisement de plusieurs références théoriques, ce qui se dessine de plus en plus comme une voie d'avenir.

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive	
Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive	
Éditorial	
Chronique d'un mort annoncée	49
D. Tardieu (Paris)	
Articles originaux	
Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : état de la question et enjeux	63
R. Emborg, J. M. Bolyard, M. Lenz, C. M. Martin, M. Phipps, H. M. L. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Stigmatisation et coping dans l'obésité : relations entre estime de soi, dépression, insatisfaction corporelle et stress perçu	66
A. Hout, P. Hout, J. Hout, J. Hout	
Proposition de module de thérapie cognitive pour l'amélioration de l'observance thérapeutique des asthmatiques	71
A. C. Hout, J. Hout, J. Hout	
Applications des thérapies comportementales aux addictions : expérience d'une unité de substitution à Fort de France (Martinique)	77
P. Hout, C. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Méthodologie	
Version française du Profile of Mood States (POMS-4)	83
S. Hout, P. Hout, J. Hout, J. Hout	
Cas clinique	
Conditionnement répétant et conditionnement opérant dans le traitement d'une obésité sévère : à propos d'un cas	89
C. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Prochains congrès	
Juin 2003 vol. 13 n° 2	

Journal of PERSONALITY DISORDERS	
Volume 17, Number 3, June 2003	ISSN 0893-3200
Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II	
Twey I., Smith, M., Kline, H., Kline, H., and Lema, E. Benjamin	173
Interpersonal Analysis of Childhood and Vulnerable Narcissism	
Kelly A. Dickerson and Aaron L. Pincus	198
Patient and Clinician Agreement on Personality Using the SWAP-200	
Kate M. Davidson, Marc C. Obereg, M. M. Sells, and Lynne Pincus	208
Estimating Event-Level Predictions and Construct Validity of Depressive Personality Disorder	
Steven K. Haywick	219
Zanzibar Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD)	
A. G. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	233
Day Treatment of Patients with Personality Disorders: Experiences from a Norwegian Treatment Research Network	
Sigmund Karterud, Geir Pedersen, Elin Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	243
Treatment Reporting and Treatment Seeking Personality Disorders Type II and Type I	
Peter Tyrer, Sarah Mitchell, Caroline Mitchell, and Maja Røge	265

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive	
Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive	
Éditorial	
La réalité virtuelle en psychiatrie	97
G. Hout, J. Hout, J. Hout	
Articles originaux	
La thérapie par réalité virtuelle dans les troubles phobiques	102
S. Hout, P. Hout, J. Hout, J. Hout	
Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle pour le traitement de l'acrophobie : une étude préliminaire	107
S. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : étude préliminaire auprès de 36 patients	113
P. Hout, S. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Première partie : intérêt et élaboration d'une intervention post-partum	128
S. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Deuxième partie : résultats préliminaires d'une intervention auprès de femmes qui allaitent	133
S. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Les erreurs cognitives dans la culture sexuelle des soignants : enquête auprès de cent personnels de la santé de la région de Slax en Tunisie	138
N. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout, J. Hout	
Prochains congrès	
Septembre 2003 vol. 13 n° 3	

Dans ce numéro, nous attirons l'attention sur l'article des pages 138-142, « Les erreurs cognitives dans la culture sexuelle des soignants : enquête auprès de cent personnels de la santé de la région de Slax en Tunisie ».

L'étude s'est déroulée sous forme d'enquête via auto-questionnaire anonyme. Ce questionnaire se compose de 23 items formulés sous forme d'affirmation ou de négation auxquels il fallait répondre par « vrai » ou « faux ». Ces items concernent différents aspects de la sexualité. Le questionnaire a été proposé aux médecins et aux paramédicaux. L'échantillon retenu était composé de 50 médecins et de 50 paramédicaux. Seulement 8 % des personnes interrogées (4 médecins et 4 paramédicaux) ont répondu correctement à 75 % des items. L'influence du niveau d'instruction était variable selon les items. Dans l'ensemble, on peut dire que cette étude a montré une fréquence relativement élevée d'erreurs cognitives en matière de sexualité, chez le personnel de santé de la région de Slax. La connaissance des soignants en Tunisie en matière de sexualité est étonnante au point qu'on pourrait se demander quel serait le résultat d'une telle étude en Belgique. Le lecteur pourra lui-même évaluer sa culture sexuelle via le questionnaire présent dans l'article (p. 139).

Bulletin d'informations de l'action enfance maltraitée, DIREM, n° 56 : Réflexions et stratégies d'intervention face aux abus sexuels intrafamiliaux, juillet-août 2003.

Marc GERARD a fait un excellent article qui montre la construction d'une stratégie d'intervention auprès de patients enfants maltraités, famille et souvent violence incluse. Elle intègre des niveaux de travail pour la réception de signalements, pour l'évaluation de la problématique sociale et individuelle, et pour les réponses médiatrices de type protection, cadrage ainsi que traitement ou guidance à but curatif et préventif. Cette élaboration est intéressante comme réponse à la maltraitance mais aussi, de façon paradigmatique, comme construction méthodologique européenne. Ce n'est pas un « programme » mais ce n'est pas non plus un « travail clinique », dont on ne sait rien dire d'autre sur sa

structure, ses objectifs et ses méthodes qu'il consiste à écouter, suivre... » au cas par cas ». De plus, y est abordée clairement la collaboration nécessaire en de pareils cas, qui implique des aménagements dans les déontologies et usages de travail du fait qu'elle ne s'accommode pas

des pratiques usuelles des consultations ambulatoires. Ce texte souligne des avancées et le grand nombre de questions qui restent irrésolues, dont la collaboration avec le versant « travail avec les délinquants sexuels » eux-mêmes.

NOUVELLES ACQUISITIONS CES DERNIERS MOIS :

RENNEVILLE Marc, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris : Fayard, 2003, cote : ART REN 14 5 C.

Colloques

Centre de Recherche en Délitologie
300006
Conférence - Délinquance

Les jeunes ayant commis des délits violents et/ou sexuels
Implications étiologiques, étiologiques et étiologiques

Mardi 9 décembre 2003
14h15 - 17h15

Les jeunes ayant commis des délits violents et sexuels. Analyse multi-causale (intégrer les variables familiales, sociologiques et étiologiques).

Intervenant : Prof. Raymond Corrado, Ph.D.
649 - 1906

Appart de la CRCA (Département de Criminologie et de la Santé mentale de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC, Canada V6T 1Z1).

Une Soirée CRCA, "Une Soirée CRCA"

Des questions ? - 2003 - Vancouver
Pour en savoir plus, contactez : Jennifer

Reservations et renseignements 2003
M^{lle} Andria Boudreau
511 - 431 (2) 49 64 61 98
Fax : 511 (2) 49 64 61 98
aboudreau@mun.ca

Dr. Antonio Bifulco

Development for Individuals and Quality of Life, Royal Holloway, University of London

Jeune élève en devenir de recherches et maître de conférences au sein du département de la santé et du bien-être, (Holloway, Royal Holloway, University of London). Elle possède une longue expérience de recherche concernant l'étiologie des délinquances pénales sur les jeunes femmes. Plus particulièrement, elle a travaillé sur les délinquances sexuelles. Ses travaux ont été publiés dans l'un des journaux les plus importants de la littérature de la santé mentale. Elle dirige également des recherches et des consultations appliquées au sein d'un réseau d'experts pour les services pénaux des soins psychiatriques. Elle travaille en psychologie et en sociologie appliquée à l'étiologie de l'agression sexuelle chez les jeunes femmes et les hommes.

Pr. Raymond Corrado

School of Criminology, Simon Fraser University, Vancouver, Canada

Raymond Corrado a été un maître renommé de recherches statistiques et méthodologiques sur les délinquances pénales. Il dirige un vaste projet sur la violence chez les jeunes délinquants et ses impacts sur les délinquances futures. Il a organisé en 2000 la première conférence de l'Association de la Théorie et l'Analyse de l'Étude de l'Étiologie de la Violence (ATAEV) et son deuxième séminaire les délinquances de jeunesse. Raymond Corrado est aussi un conférencier actif au sein de l'Association Canadienne de la Police et de la Criminologie et a organisé de multiples conférences sur la violence des jeunes.

**THE SECOND INTERNATIONAL CONFERENCE
TOWARDS A SAFER SOCIETY
"Understanding and Tackling Violence"**

21st August - 3rd September 2004
Birmingham International Conference Centre
Birmingham, England

Keynote speakers: Dr Bob McGehee, University of Iowa, USA
Dr Rüdiger Klein, University of Hamburg, Germany
Dr Chris Hollins, University of Ontario, Canada

For further details please contact the conference organizers:
Helen Brown, Birmingham City Council
Tel: 0121 359 1111
Fax: 0121 359 1111
Email: helen.brown@birmingham.gov.uk

Figures de la violence

Date	Thème	Intervenant
18 septembre 2003	"Violence et délinquance"	Dr. Antonio Bifulco
19 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
20 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
21 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
22 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
23 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
24 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
25 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
26 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
27 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
28 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
29 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
30 septembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
1 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
2 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
3 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
4 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
5 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
6 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
7 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
8 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
9 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
10 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
11 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
12 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
13 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
14 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
15 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
16 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
17 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
18 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
19 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
20 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
21 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
22 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
23 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
24 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
25 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
26 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
27 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
28 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
29 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
30 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
31 octobre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
1 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
2 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
3 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
4 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
5 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
6 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
7 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
8 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
9 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
10 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
11 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
12 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
13 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
14 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
15 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
16 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
17 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
18 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
19 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
20 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
21 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
22 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
23 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
24 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
25 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
26 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
27 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
28 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
29 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
30 novembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
1 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
2 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
3 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
4 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
5 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
6 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
7 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
8 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
9 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
10 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
11 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
12 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
13 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
14 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
15 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
16 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
17 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
18 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
19 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
20 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
21 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
22 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
23 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
24 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
25 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
26 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
27 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
28 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
29 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
30 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco
31 décembre 2003	"La violence sexuelle: une perspective internationale"	Dr. Antonio Bifulco

UPPL Newsletter décembre 2003 - N° 14

• 4 •

ANNEXE 4 : FICHES 4 ET 5

UPPL

UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE LEGALE

FICHE 4

GUIDANCE OU TRAITEMENT D'AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL CHEZ UN THÉRAPEUTE INDÉPENDANT

(VERSION DU 31/01/2003)

Quand un auteur d'infractions à caractère sexuel demande un traitement ou une guidance dans le prolongement d'une obligation judiciaire qui lui est imposée, la règle générale est qu'il soit orienté vers une équipe de santé spécialisée pour sa prise en charge. C'est donc aussi le cas des détenus qui préparent une demande de libération conditionnelle.

Si cette équipe ne peut répondre favorablement à la demande de suivi, elle peut, elle-même, après avoir rencontré le client, lui indiquer de prendre contact avec un thérapeute à qui elle pense confier la délégation.

Si l'AICS est déjà suivi chez un thérapeute avec lequel il souhaite poursuivre le traitement ou s'il connaît un thérapeute chez lequel il souhaiterait être suivi, l'AICS doit se rendre auprès de l'équipe de santé spécialisée afin de lui demander qu'elle confie le traitement à ce thérapeute en question. C'est encore ici le cas des détenus en préparation d'une libération conditionnelle.

Dans le cas où l'une ou l'autre de ces démarches ne peut être menée à bien, l'AICS peut être orienté vers l'UPPL. L'UPPL le rencontrera et envisagera soit d'assumer son suivi soit de l'orienter vers un thérapeute à qui elle confiera le suivi, ce qui nécessitera aussi qu'elle rencontre le thérapeute en question. Dans le cas où cette manière de faire est initiée par le service SPS pour un détenu en préparation d'une libération conditionnelle, L'UPPL demande à recevoir le rapport S.P.S.

A titre d'information...

Depuis plusieurs années, nous améliorons la procédure à suivre afin de pouvoir accorder une délégation à un thérapeute individuel. Nous arrivons pour l'instant aux conclusions suivantes :

- o Chaque délégation est individuelle et accordée au cas par cas. Un thérapeute délégué par une équipe de santé spécialisée ne se verra donc pas accorder d'office une autre délégation pour un autre client.
- o Une délégation de traitement à un thérapeute n'est accordée qu'après s'être assuré :
 - 1/ que le thérapeute connaisse les obligations qui lui incombent et dont nous l'informons, à savoir :
 - Envoyer un "rapport" de suivi sur la guidance ou le traitement du patient, rapport transmis également aux autorités compétentes,
 - Collaborer à un modèle d'enregistrement de données,
 - Participer au moins une fois par an à une réunion clinique de l'UPPL,

UPPL

UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE LEGALE

- Poursuivre une formation continue en participant au moins à une activité scientifique dans le domaine (à l'UPPL ou ailleurs).

2/ que le thérapeute dispose bien de la spécialisation indispensable pour prendre en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. A cette fin, sur conseil de son Comité Scientifique et d'Ethique, le Conseil d'Administration de l'UPPL a adopté une liste de critères auxquels le thérapeute doit satisfaire.

o Nous rencontrons également l'AICS qui demande le traitement afin d'examiner sa problématique et l'adéquation de sa prise en charge chez le thérapeute en question. Dans le cas des détenus en préparation à la libération conditionnelle, il sera privilégié de le faire lors de congés ou de sorties spéciales plutôt que de se rendre en prison.

o Pour terminer, lorsque la délégation peut être accordée au thérapeute en question, nous lui envoyons un document dans lequel nous attestons de sa spécialisation et nous lui confions le traitement de l'AICS. Nous envoyons également copie de ce document au président de la Commission de libération conditionnelle, au service psychosocial de la prison et à l'assistant de Justice. Ce document peut être joint à la convention de traitement pour attester que le thérapeute est bien mandaté par une équipe de santé spécialisée.

FICHE 5

Version du 20/11/2003

REALISATION D'AVIS¹
Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel (AICS)**Demandes de réhabilitation**
Et quelques indications valables pour tous les avis motivésBernard Pihet, Clarisse Hennen²

Le 24-08-01, le Moniteur Belge publiait une modification de la loi relative au Casier judiciaire central signée le 08-08-1997, soit 4 ans plus tard. Elle avait des effets directs sur nos services enjoignant aux Parquets de procéder à des examens supplémentaires que nous sommes destinés à effectuer en conséquence des Accords de coopération. Elle prévoit en effet, dans son article 22, que « *Le Procureur du Roi prend d'office ou à la demande du Procureur Général toutes informations jugées nécessaires. Il transmet le dossier de la procédure avec son avis au Procureur Général. Si le condamné a subi une peine pour des faits visés aux articles 372 à 378 du Code Pénal, ou pour des faits visés aux articles 379 à 386 du même code lorsque ceux-ci ont été accomplis sur des mineurs ou ont impliqué leur participation, le dossier doit contenir l'avis d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels* ».

Il est donc tout naturel que cet avis ait été et puisse être demandé aux équipes de santé spécialisées. Outre le fait que c'est une mission de plus dans un contexte de surcharge quantitative et de surinvestissement des avis experts, la réalisation de ces avis-là s'avère être beaucoup plus problématique que celle des autres déjà prévus dans les lois sur la liberté conditionnelle, la probation et la défense sociale.

L'opinion générale des experts et commissions d'experts consultés est très mitigée mais nettement défavorable de la part des cliniciens quant à leur utilité et faisabilité. Bien qu'il n'y ait pas un consensus définitif, ils tendent largement à recommander que les équipes de santé spécialisées ne les réalisent pas dans le cadre de l'Accord de Coopération. Nous vous soumettons néanmoins les différents éléments d'information et d'analyse, qui éclairent ce débat et concourent à cette conclusion dont nous détaillons les attendus à la fin.

De plus, ils clarifient des notions clefs qui guident la réalisation de tous les avis rendus en matière de délinquance sexuelle dont celles de « désignation d'un expert » (p.3-4), d'« équipe spécialisée » par rapport à celle de « service spécialisé » (p.5-6), de déontologie de l'expertise dont la séparation des traitements (p.7-8) et de facturation et de double paiement (p.11).

¹ Nous avons souvent employé l'expression « avis motivé » pour distinguer les avis demandés par les magistrats d'autres plus informels, mais l'adjectif motivé n'a pas vraiment de fondement, ni d'utilité réelle.

² Bernard Pihet est psychologue et directeur UPPL, Clarisse Hennen est criminologue à l'UPPL. Sont inclus dans ce texte les fruits de nombreuses réflexions, notamment du Conseil d'administration et du Comité scientifique et d'éthique de l'UPPL, mais aussi du Groupe de concertation santé-justice et du Groupe « abus sexuel » du Conseil Régional des Services de Santé Mentale. Les rédacteurs de ce texte n'engagent cependant pas les groupes précités. Ils remercient particulièrement de leurs contributions les docteurs Maurice Korn et Michel Martin ainsi que Madame Nadine Lecocq de leurs informations et contributions à ce travail, en plus de leur participation à l'un des groupes précités.

A. NOTION DE RÉHABILITATION

1) NOTION JURIDIQUE ET SOCIALE

En Belgique, la réhabilitation juridique est apparue pour la première fois dans la loi du 25 avril 1896, qui a été complétée et modifiée par la loi du 7 avril 1964, elle-même modifiée par la loi du 12 juillet 1984, la loi du 9 janvier 1991 et récemment par la nouvelle loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central. La réhabilitation pénale est actuellement régie par les articles 621 à 634 du Code d'Instruction Criminelle³.

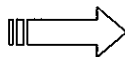
L'objectif de la réhabilitation est de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle de celui qui a été condamné dans le passé. L'*effet* de la réhabilitation par rapport à une infraction est de faire cesser tous les effets de sa condamnation antérieure :

- les incapacités et interdictions qui en résultaient,
- l'inscription qui confère à une condamnation ultérieure le statut de récidive,
- l'empêchement à l'octroi d'une probation future,
- sa mention dans les extraits du casier judiciaire, dont le certificat de bonne vie et mœurs.

La réhabilitation est soumise à une série de *conditions* définies par le législateur dont :

- que l'intéressé n'ait pas déjà bénéficié d'une réhabilitation au cours des 10 dernières années,
- qu'il ait indemnisé les préjudiciés,
- qu'il ait accompli les peines prononcées,
- qu'il ait fait preuve d'amendement et de bonne conduite, dont les « efforts faits (...) pour réparer les dommages résultant de l'infraction », et ce pendant un temps d'épreuve (souvent de 3 ans pour les peines de moins de 5 ans d'emprisonnement et de 5 ans pour les autres).

En ce qui concerne la *procédure*, la demande de réhabilitation doit être adressée par le requérant au Procureur du Roi de l'arrondissement en lui faisant connaître les condamnations que vise la demande et les lieux où il a résidé durant le délai d'épreuve. Le Procureur du Roi prend d'office ou à la demande du Procureur Général toutes les informations jugées nécessaires. Il transmet le dossier de la procédure avec son avis au Procureur Général. Dans les deux mois, le Procureur Général soumet le dossier à la Chambre des mises en accusations qui procède et statue à huis clos dans le mois (en cas de rejet, la demande ne peut être réintroduite avant un délai de 2 ans).



Procédure

- Les personnes qui souhaitent obtenir une réhabilitation doivent introduire leur **demande** auprès du Procureur du Roi de leur arrondissement (avec ou sans l'aide d'une Maison de justice ou d'un avocat). **Il est nécessaire que le Procureur du Roi dispose de l'avis d'un service spécialisé.**

³ TULKENS Fr. et VAN DE KERCHOVE M., *Introduction au droit pénal - Aspects juridiques et criminologiques*, 5^{ème} éd., Bruxelles, Story-scientia, 1999, pp. 510-514.

- Suivant les interprétations, c'est le demandeur qui s'adresse à un service spécialisé pour l'obtenir ou le Procureur du Roi qui en fera lui-même la demande au service spécialisé. Il semble que dans ce deuxième cas, la demande au Procureur ne constitue pas une requête telle que décrite dans le Code d'Instruction criminelle. Une confirmation de ce point de vue est d'ailleurs que l'expertise n'est pas facturable aux Frais de justice parce qu'elle n'est pas l'exécution d'une ordonnance judiciaire. Il n'est pas exclu que le demandeur puisse s'adresser à différents services et choisir l'avis qui lui est le plus favorable. Nous recommandons cependant aux équipes de santé spécialisées qui répondraient à cette demande d'en adresser notification au Parquet.

2) MODIFICATIONS DE LA LOI DU 08-08-97

- 1) L'article 22 de la loi du 08-08-1997 introduit l'*avis spécialisé* « Si le condamné a subi une peine pour des faits visés aux articles 372 à 378⁴ du Code Pénal, ou pour des faits visés aux articles 379 à 386⁵ ter du même code lorsque ceux-ci ont été accomplis sur des mineurs ou ont impliqué leur participation, le dossier doit contenir l'avis d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels ». Cette disposition englobe la quasi-totalité des peines pour délits de mœurs jusqu'aux outrages publics aux bonnes mœurs, infractions concernant la corruption de la jeunesse et la prostitution.
- 2) Elle introduit également un changement quant aux *frais de la procédure* en réhabilitation. Ces frais ne sont plus à charge de l'Etat comme le prévoyait la loi du 07-04-1964 mais à charge du requérant. Ces modifications du mode de paiement attestent que le justiciable n'est pas sous le coup d'une prévention judiciaire et que le Parquet ne désigne pas un expert pour l'éclairer puisque les frais d'examen ne sont justement plus à facturer aux Frais de justice et ne sont pas considérés comme des frais de procédure judiciaire. Ils sont néanmoins réglés par similitude comme en matière correctionnelle (art. 633, al 1^{er}, CIC). Si une personne est indigente et n'est pas en mesure d'assumer les frais engendrés par la procédure et de ce fait, ne pourrait pas obtenir une décision de réhabilitation, elle devrait pouvoir bénéficier de l'assistance judiciaire gratuite, procédure que nous détaillons à la page 11.
- 3) La circulaire ministérielle du 1^{er} juillet 2002 portant instructions générales relatives aux **certificats de bonnes conduite, vie et mœurs** explicite les articles 9 et 10 de la loi du 08-08-1997. Il ressort de ces nouvelles dispositions que, lors de la délivrance des extraits de casier judiciaire, il n'y aura plus lieu d'effectuer une distinction selon la qualité du destinataire de ce document comme cela était le cas auparavant. Peu importe donc que l'extrait soit délivré à une administration publique ou à un particulier. Par contre, une distinction est établie selon la finalité du document : les mentions que porteront les extraits de casier seront différentes si

⁴ Synthétiquement les attentats à la pudeur et les viols sur mineurs et majeurs.

⁵ Synthétiquement la corruption de la jeunesse et les outrages aux mœurs, ces derniers n'étant considérés restrictivement qu'à l'égard des mineurs par la phrase qui suit.

l'extrait est demandé pour exercer une activité qui relève de l'éducation, de la guidance psycho médico-sociale, de l'aide à la jeunesse, de la protection infantile, de l'animation ou de l'encadrement de mineurs. Il existe donc deux modèles de certificat de bonne conduite. Dans le cas d'un certificat demandé en vue d'exercer le type d'activités précitées, en vertu de l'art. 596 CIC, l'extrait de casier judiciaire devra toujours mentionner toutes les condamnations pour des faits visés aux articles 354 à 360, 368 et 369, 372 à 386 ter, 398 à 410, 422bis et 422ter du Code pénal, lorsqu'ils sont commis à l'égard d'un mineur et que cet élément est constitutif de l'infraction ou qu'il en aggrave la peine. L'extrait mentionnera en outre les décisions de défense sociale visées à l'article 590, 4° et 5° du CIC prononcées pour les mêmes faits, en l'occurrence les décisions d'internement, de mise en liberté définitive ou à l'essai et de réintégration prise par application de la loi du 01-07-1964 de défense sociale, alors qu'avant elles ne figuraient que dans le casier et n'étaient pas retranscrites pour le certificat.

- Ces dispositions augmentent donc encore le nombre d'avis experts à effectuer.
- La loi du 08-08-1997 attribue une fois de plus un statut particulier aux délinquants sexuels. Certains auteurs soulignent au travers d'une analyse approfondie de la loi du 08-08-1997 relative au Casier judiciaire central, « *l'épineux problème des délinquants condamnés pour faits de mœurs* » en termes d'une stigmatisation accrue et des dangers d'une « *traque aux pervers* »⁶.
- Se pose la question de la « réhabilitation » pour les ressortissants de la défense sociale, dont le certificat mentionnera l'infraction et l'internement, mais qui ne peuvent pas bénéficier d'une mesure de réhabilitation étant donné qu'elle ne concerne que les condamnations qui ont donné lieu à une peine (et donc pas les décisions d'internement qui ne donnent lieu qu'à des mesures de sûreté).

3) REMARQUES

- 1) La notion juridique de réhabilitation vient en contradiction avec la notion courante du mot « réhabilitation » telle que nous l'entendons employée par la population non professionnelle et non avertie, a fortiori par les délinquants. Le dictionnaire Robert atteste d'ailleurs de cette signification courante en plus de la signification juridique : « *Le fait de restituer ou de regagner l'estime et la considération perdues* ». En l'occurrence, faire cesser les effets d'une condamnation ne suffit pas à atteindre cet objectif. Retrouver l'estime d'autrui nécessite pour tout un chacun une reconnaissance que la condamnation était erronée et injuste. L'effacement de condamnation inscrite dans l'extrait de casier judiciaire ne protège de l'infamie que les justiciables dont le passé est inconnu de celui à qui l'extrait est destiné, mais pas ceux dont le crime est un fait public ou pas non plus ceux qui veulent rétablir leur dignité aux yeux de leurs proches.

⁶ SERON V. et SIMON J., *La loi du 8 août 1997 relative au casier judiciaire central*, in *Journal des Tribunaux*, 9 fév. 2002, pp 97-107

Ainsi, dans le cas de l'affaire Dominici qui fait régulièrement grand bruit dans la presse, quand le petit-fils demande « la réhabilitation de son grand-père » ou que ce dernier soit « réhabilité » comme l'ont rapporté des médias, c'est en fait la révision du procès qui est demandée et non la réhabilitation juridique. En l'occurrence, effacer la condamnation de l'extrait du casier judiciaire ne servirait à rien puisqu'il est mort et tout le monde en est au courant par la publicité qui a été donnée à ce patronyme. Il veut au contraire que soit établie l'injustice du jugement qui a déclaré son grand-père coupable d'un crime, ne pouvant assumer l'idée d'être le petit-fils d'un grand-père réputé criminel, à tort selon son propre jugement.

- 2) Par ailleurs, il semble établi par beaucoup que la réhabilitation est automatiquement accordée après un délai d'épreuve si le justiciable n'a pas commis de nouvelles infractions et s'est acquitté des devoirs qui assortissaient la peine. Il obtenait ainsi une forme de pardon. La nouvelle disposition de l'accorder ou non pour certains types de délit en fonction de l'appréciation d'un expert est contraire à toutes les traditions et aux usages en vigueur jusqu'ici et interpelle.

- 3) Notions « équipe spécialisée » par rapport à celle de « service spécialisé »

C'est dans la loi du 13 avril 1995 relative aux abus sexuels à l'égard des mineurs, à l'article 20 bis, qu'apparaît pour la première fois la notion « *avis d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels* ». La notion d'équipe n'arrive qu'en 1998 avec les Accords de Coopération. Les ministres de la justice et de la santé conviennent en effet que des équipes spécialisées seront créées dans le souci que de pareils services existent et soient accessibles. Ils seront des services agréés par le secteur public, dotés de moyens nécessaires et offrant des garanties en matière de spécialisation notamment par la pluridisciplinarité, la formation et l'appui des centres ad hoc. Le ministre de la santé a donc désigné quelques équipes dites « spécialisées » dans les services de santé mentale existants, dont elle atteste de la compétence et qu'elle subventionne pour en faire un service au public. Toute « équipe de santé spécialisée » reconnue par le Ministre de la Région wallonne ayant la Santé dans ses attributions est forcément un « service spécialisé » au sens de la loi de 1995 et des suivantes. Mais tout « service spécialisé » n'est pas forcément reconnu comme « équipe de santé spécialisée ». Résumons en disant que dans l'ensemble des services dits « spécialisés », par notoriété, auto-proclamation ou une reconnaissance scientifique dont ils pourraient se prévaloir, certains ont été déclarés « équipes de santé spécialisées » par le Ministre de la Santé, lequel atteste aussi officiellement de leur spécialisation et est censé mettre à leur disposition des moyens nécessaires.

Les lois pénales ultérieures (loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central ; loi du 5 mars 1998 relative à la libération conditionnelle à l'art. 3 § 2, 4° ; loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs) reprennent comme en 1995 la notion d'« *avis d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels* » et non celle d'équipe de santé spécialisée telle que définie dans l'Accord de Coopération. Il va de soi que les équipes de santé spécialisées sont de droit des services spécialisés, mais

il peut en exister d'autres qui ne bénéficient pas de la reconnaissance du Ministre et n'ont pas le statut de service au public, et qui d'ailleurs ne sont pas nécessairement des équipes en termes de collectif, de pluridisciplinarité, ni de fonctionnement collégial impliquant un « double regard ». Cerise sur le gâteau, si la loi de 1997 reprend bien cette notion de « *service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels* », cette loi n'est pas reprise dans l'Accord de Coopération comme une loi sur laquelle il porte ses effets. Bien qu'il semble donc évident pour beaucoup que les équipes de santé spécialisées soient ici aussi contenues dans la notion de service spécialisé de la même manière que dans les autres lois, la lettre des textes ne l'indique pas. Cela permet donc à certains de dire de façon pointilleuse qu'en ce cas les équipes définies ne sont pas les services visés.

- A strictement parler, rendre des avis motivés en réhabilitation ne fait pas partie de ce qui est appelé « rendre des avis » dans l'article 9 de l'Accord de Coopération.
- L'évolution de la notion de réhabilitation telle qu'employée dans le droit, et particulièrement dans les modifications de la nouvelle loi de 1997, heurte sur un plan social les conceptions de nombreux citoyens et professionnels.

B. ANALYSE DES DIFFICULTÉS DE RÉALISATION

L'UPPL avait invité les équipes de santé spécialisées, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, à surseoir aux demandes d'avis motivés dans ce cadre de réhabilitation qui leur parvenaient et de suspendre leur réalisation le temps de consulter diverses institutions. Les problèmes sont de trois types :

- éthique et juridique sur la légitimité de cette disposition,
- financier sur son mode de paiement,
- méthodologique et technique sur leurs contenu et sources.

1) LÉGITIMITÉ ET LÉGALITÉ DE LA DISPOSITION LÉGISLATIVE

Au contraire des autres avis prévus par l'Accord de coopération (intra-pénitentiaires sur l'opportunité de libérer, préparatoire à une mesure de libération sur les possibilités de traitement ambulatoire obligé...), celui-ci n'y figure pas. En effet, la liste des lois auxquelles s'applique l'Accord, qui figure à l'article 2, ne reprend pas celle-ci. De plus, le principe de base qui régit les autres avis ne s'y retrouve pas non plus. Dans les autres avis, il consiste à se prononcer sur la faisabilité de traitements ou guidances (dans le cadre des conditions d'une

mesure de libération à la suite d'une condamnation ou d'une mesure de défense sociale). D'une manière générale dans le cadre des missions de l'Accord de coopération, les avis que nous sommes appelés à rendre ne servent pas à juger ni à condamner, se démarquant ainsi des expertises demandées dans le cadre de l'instruction (même dans le cas du sursis probatoire puisque la loi établit que c'est postérieurement au jugement que l'avis est demandé pour décider de l'aménagement de la peine). Les avis en matière de réhabilitation ne concernent pas la faisabilité des traitements, ni leur opportunité, mais servent à prendre une mesure judiciaire. Ils viennent parler de la dangerosité d'une personne alors même qu'elle n'est plus inculpée, ni condamnée, qu'elle a purgé sa peine, qu'elle a le cas échéant suivi un traitement ou une guidance et qu'elle n'a pas récidivé.

La question a été soumise en un premier temps à la **Cour d'arbitrage**, mais nous sommes arrivés trop tard, hors délai, de sorte que cette instance ne peut plus examiner cette problématique qui ne pourrait invalider la loi que sur base d'une question préjudicielle. Nous l'avons alors soumise à l'Ordre des médecins.

Le **Conseil national de l'Ordre des médecins** a répondu à ces interrogations⁷ qu'il n'y a aucune objection sur le plan déontologique à ce qu'un tel avis soit donné aux autorités judiciaires par un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels. L'Ordre des Médecins estime qu'il est même positif qu'il soit fait appel à ces services avant de statuer sur une libération, des mesures probatoires ou une réhabilitation étant donné que, par la fonction qu'ils exercent, ces services ont une connaissance et une expérience approfondies de la problématique des délinquants sexuels et des traitements qu'ils sont appelés à suivre.

L'Ordre des médecins complète sa réponse par trois remarques :

1/ Il insiste sur le fait que "le service spécialisé appelé à donner un avis ne peut en aucun cas avoir ou avoir eu en traitement le délinquant concerné". Il remplit en effet dans ce cas une mission qui présente beaucoup de similitudes avec celle de l'expert. Le Conseil national a souligné à plusieurs reprises qu'il s'indique d'établir une séparation stricte entre les missions d'experts désignés et celles de thérapeutes. L'article 121 du Code de déontologie médicale rappelle également les règles concernant l'interdiction d'exercer ces deux types de missions à l'égard d'une même personne."

2/ L'Ordre des Médecins rappelle que "les règles relatives au secret professionnel sont fondamentalement différentes selon que le service spécialisé intervient comme thérapeute ou comme dispensateur d'un avis assimilable à celui d'un expert". Il rappelle que le thérapeute ne peut pas aviser les autorités judiciaires, sauf dans le cadre de la loi du 13 avril 95 (mais également dans l'Accord de coopération et dans la loi du 28-11-2000 relative à la protection pénale des mineurs), mis à part l'abandon de traitement, de la récidive ou du danger de récidive, sauf état de nécessité.

3/ Enfin, L'Ordre des Médecins attire l'attention sur le fait que "lorsqu'il donne un avis, un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels doit faire preuve de la prudence nécessaire et veiller à ne pas excéder sa compétence et ses connaissances scientifiques dans l'évaluation du degré de danger et de risque de

⁷ Réponse du 29.08.2002 (séance du 24.08.2002), in Bulletin du conseil national - Ordre des médecins - n° 81 /09.1998

récidive du délinquant. L'avis du service spécialisé n'est qu'un des éléments dont l'autorité judiciaire prend connaissance avant de décider."

Il apparaît donc clairement, qu'à l'occasion de cette question sur l'avis de réhabilitation, l'Ordre des médecins défend que la règle générale sur les expertises est applicable dans ce cas comme dans celui de tous les avis demandés aux équipes de santé spécialisées, dans le cadre des Accords de coopération et celui des lois qui redéfinissent les règles pénales en matière de mœurs. La règle d'usage dans les expertises médico-légales et de psychologie légale demandées dans les instructions, si souvent évoquée et qui a toujours été appliquée, est donc la même pour les avis en psychopathologie légale sur l'opportunité d'une mesure de libération, de traitement, de guidance ou de réhabilitation. Il trouve même qu'il est opportun que la loi les requière avant une réhabilitation en matière de mœurs et que ce soit les équipes spécialisées dans les traitements et guidance qui les donnent, pour autant qu'elles respectent la règle précitée.

Les équipes de santé spécialisées peuvent donc accepter un avis motivé de réhabilitation, mais uniquement pour une personne qu'elles n'ont pas, ou qu'elles n'ont pas eue en traitement. Dans le cas contraire, elles doivent le refuser. Par contre, rien ne s'oppose à ce que les mêmes équipes prennent en traitement une personne pour laquelle elles ont réalisé antérieurement un avis, fut-il de réhabilitation, si tel est le choix du patient. Il convient néanmoins qu'un certain laps de temps se soit écoulé entre les deux missions, afin d'éviter toute confusion entre évaluation et soins. Le Code de déontologie médicale stipule à l'article 121 §2 que « *le médecin visé à l'article 119 ne peut devenir médecin traitant qu'après un délai de trois ans, à dater de la fin de la mission ou fonction, sauf force majeure ou réquisition* ». Il est légitime de penser que l'on est précisément dans ces cas quand le traitement est obligé par jugement en application de lois pénales et qu'il doit nécessairement être exécuté dans un temps défini par l'autorité judiciaire dans un service spécialisé pour ce faire par les mêmes dispositions, alors même que la liste est dans bien des cas restreinte aux équipes de santé spécialisées, voire très limitée dans l'aire géographique d'habitation.

Quand la personne est en traitement chez un thérapeute particulier au sein d'une équipe de santé spécialisée, la question se pose de savoir si un autre clinicien de la même équipe pourrait réaliser l'avis motivé. La réponse dépend essentiellement de la structure de l'équipe, à savoir si l'examineur peut agir en toute indépendance par rapport au thérapeute, sans être en aucune façon influencé par lui, par les informations dont il dispose et par les relations qui l'animent. Cependant, cela s'avère impossible dans les équipes de santé spécialisées qui sont des émanations des services de santé mentale, dont les règles générales, à savoir l'article 3 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 7 novembre 1996 portant exécution du décret du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale, stipulent que « *La concertation visée à l'article 4 du décret se réalise au moins une fois par semaine, au sein de l'équipe pluridisciplinaire. L'objet de la concertation pluridisciplinaire est, notamment :*

1. *d'examiner toute demande nouvellement adressée au service et préalablement instruite par l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire compétent ;*
2. *d'identifier au sein de l'équipe pluridisciplinaire le ou les intervenants qui pourront répondre à ces demandes ;*
3. *de fixer le traitement le plus adapté aux demandes de prise en charge ;*
4. *de décider de l'orientation et/ou de l'accompagnement éventuel de la demande vers un autre service mieux adapté ;*

5. de débattre du diagnostic, de l'évolution du traitement ou de tout autre problème, à la demande de l'un des membres de l'équipe ;
6. d'examiner et d'évaluer tout projet collectif extérieur répondant aux missions énoncées à l'article 5 du décret. »



Légitimité

- Par l'Accord de coopération qui définit les missions des « équipes de santé spécialisées... » (art.9), ces dernières sont habilitées à réaliser des avis dévolus aux « services spécialisés... », aussi en réhabilitation, mais uniquement dans le cadre des lois pénales et pas dans celui de l'Accord de coopération. Bien que les Accords de coopération n'y incluent pas les avis en réhabilitation, on peut comprendre qu'en tant que service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels, elles ont les compétences pour le faire décrites par la loi pénale. Elles sont donc fondées en terme de compétence à accepter les demandes d'un procureur ou d'un justiciable. Néanmoins, la loi sur le casier judiciaire central n'est pas retenue dans la liste des lois visées par l'Accord (Art.2) et donc le financement prévu dans les subventions ne comprend pas la réalisation des avis qu'elle institue. Les équipes sont donc aussi fondées à pouvoir les refuser mais non parce qu'elles n'y sont pas habilitées, ni en vertu de l'article 10 (qui permet de refuser une mission en le motivant), mais parce qu'elles n'y sont pas tenues.
- Les règles éthiques et de déontologie de tous les avis motivés sont les mêmes que celles des expertises de l'instruction judiciaire.
- Si une équipe accepte la réalisation de l'avis, le ou les examinateurs ne peuvent avoir le patient en traitement, ni l'avoir eu antérieurement.
- Etant donné l'insuffisance drastique du nombre des experts, il serait intéressant que, dans une équipe suffisamment étoffée, des équipiers fassent un avis pour un patient qui serait en traitement chez un autre, et pour autant que l'indépendance des premiers soit et puisse être établie par rapport au deuxième, ce qui s'avère impossible dans les équipes de santé spécialisées en fonction des règles générales des services de santé mentale. L'avis doit donc être réalisé dans ce cas par une autre équipe que celle dans laquelle l'auteur d'infractions à caractère sexuel a été en traitement.
- Comme dans l'usage médical, un clinicien peut prendre en traitement ou en guidance un patient qu'il a expertisé précédemment s'il établit une discontinuité entre les deux prises en charge : au minimum par une nouvelle demande personnelle du patient (la précédente était une désignation par le magistrat) et un temps suffisant qui les sépare, qui peut ici être court en raison de force majeure.

2) PAIEMENT DE LA PRESTATION

L'avis motivé en réhabilitation a un coût qui, comme les autres avis motivés définis par la loi du 28/11/2000, n'est pas couvert par la subvention octroyée à une équipe de santé spécialisée. La raison en est que lesdites lois étaient ignorées lors de la signature de l'Accord de coopération, de sorte que leurs effets en termes de charge n'ont pas été pris en compte dans le calcul du subside. Le Ministre de la justice en a convenu et conseillait, dans l'impossibilité actuelle de rehausser les budgets, de recourir à une facturation à l'acte dans le cadre des Frais de justice pour les avis de la loi du 28/11/2000⁸.

Mais la loi qui modifie les conditions de la réhabilitation, outre le fait d'être tardive et non incluse dans les Accords comme expliqué (puisque seulement promulguée le 24/08/2001), précise de plus que les frais afférents à la réalisation de l'avis motivé ne sont plus à la charge de l'Etat mais à celle du demandeur de réhabilitation.

Donc, en tout état de cause et si une équipe accepte de réaliser un avis en réhabilitation, demandé par l'intéressé ou par le Procureur du Roi, elle ne peut pas l'imputer dans les missions couvertes par la subvention et doit le financer distinctement en réclamant son coût au demandeur de réhabilitation.

Pour la clarté et l'équité, nous recommandons d'appliquer le « **Barème des honoraires en matière répressive** » (indexé chaque année) qui est d'application pour les autres avis motivés, le plus souvent en référence à la Section VI.- Examens mentaux – Art. 11 :

- A 2% pour un médecin (303,81 € en 2003) (+ 123,50 € s'il s'y ajoute une batterie de tests),
- A 3% pour un psychologue (220,97 € en 2003),
- augmenté de 0,6428 € par kilomètre pour les déplacements.

Les personnes qui introduisent une demande de réhabilitation n'étant pas nécessairement au courant de ces dispositions (pas davantage parfois que des professionnels qui les renseignent étant donné la nouveauté et la complexité de ces mesures), il est important de le leur préciser au moment de la demande, de la prise de rendez-vous ou lors du premier examen, en tout cas avant la rédaction du rapport.

Comme le savent les experts qui réalisent des expertises civiles ou privées à la demande d'une partie, (qui ne sont pas demandées par un magistrat, dont les contre-expertises), il est d'usage de demander le versement d'une provision préalablement au début des travaux. L'expert risque en effet fréquemment de n'être jamais payé de son travail, surtout si le rapport lui est défavorable, ne serait-ce qu'en partie, ou tout simplement si le demandeur n'obtient pas gain de cause dans la procédure judiciaire que le rapport lui ait été favorable ou non. La provision est en général très proche du coût à réclamer et vaut ensuite avance sur paiement.

Il est évident qu'en cas de désaccord du demandeur, il ne lui reste qu'à annuler sa demande de rendez-vous et par là même de réhabilitation. Il nous est apparu dans notre expérimentation que près d'un quart des demandeurs annule la démarche entamée face au coût de l'avis demandé. Certains demandent un paiement fractionné et échelonné (pour exemple en quatre parties à raison d'une par mois). Certains sont désespérés face à leur impossibilité de supporter la dépense. Une équipe peut donc être confrontée à une demande d'avis légitime

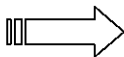
⁸ Courrier du 23.07.2001

mais que le demandeur ne pourrait honnêtement pas payer. Il est d'ailleurs raisonnable de penser que des personnes qui demandent une réhabilitation ont comme objectif l'accès à une profession et peuvent donc être sans emploi et sans ressources au moment de la demande. La réponse pourrait être affaire de morale, de conscience et de réalisme, à savoir le faire bénévolement, à perte ou sur un temps qui devrait être, stricto sensu, consacré à d'autres missions. Mais la présente demande d'avis motivé, relevant d'une prescription pénale, ouvre le droit aux indigents de bénéficier d'une assistance judiciaire gratuite.

En pratique, c'est l'intéressé qui doit en faire la demande au « service d'assistance judiciaire » du Parquet. Le demandeur doit s'y présenter avec les pièces utiles dont les justificatifs de revenus et une attestation de demande d'avis à une équipe de santé spécialisée. Il lui sera désigné un avocat pro deo qui fera les démarches utiles pour établir son droit à l'assistance judiciaire gratuite. Le demandeur peut ensuite retourner vers l'équipe, muni d'une attestation qui établit son droit. L'équipe peut alors faire l'avis et le facturer, à charge pour l'avocat de l'intéressé de la faire honorer par les frais de justice. L'équipe est sûre de devoir recevoir le paiement. Mais la procédure subséquente est nouvelle et doit être établie. Il n'est pas douteux que cela sera long.

Les recettes que représentent les paiements de ces avis doivent être comptabilisées. Elles doivent être utilisées pour la réalisation de ces avis hors du subventionnement. Elles ne peuvent pas entrer en compte dans le paiement du fonctionnement normal de l'équipe qui est subventionné, dont en particulier les salaires des équipiers repris au cadre de l'équipe et qui justifient le subventionnement. Il y aurait un double paiement d'une seule dépense. Le plus simple est de les ristourner à un vacataire qui réaliserait ces missions d'avis, ou de les dépenser pour les frais annexes que cette réalisation supplémentaire entraîne. Nous avons demandé au Ministre de la santé en Région wallonne et à la Direction générale des affaires sociales et de la santé, dont dépend le subventionnement des Services de santé mentale, de fixer les règles en la matière. Nous avons déjà reçu une réponse du Ministre qui admet le principe de la facturation à la justice pour autant que soient respectées les règles comptables.

Il va de soi à la lecture de ces détails que nombre de ces précisions valent pour la réalisation d'autres avis motivés que ceux de la réhabilitation.



Paiement

- Le coût de l'avis motivé en réhabilitation n'est pas compris dans la subvention des équipes de santé spécialisées.
- Son paiement ne peut être réclamé qu'au demandeur, directement et après l'en avoir informé préalablement.
- Le tarif applicable est celui des frais de justice : 220,97 € pour un psychologue et 303,81 € pour un médecin, au barème actuel de 2003.
- L'argent reçu par l'équipe de santé spécialisée doit être inclus comme recette dans la comptabilité et servir à une dépense en rapport avec la mission (par exemple les honoraires d'un vacataire) et ne peut pas compter dans le paiement d'un salarié déjà compté dans la subsideation.

3) METHODE DE L'EVALUATION

- 3.1) Les **objectifs** de l'expertise portent sur l'établissement d'informations techniques à l'usage de la justice. Il s'agirait dans ce cas de la renseigner sur des observations de psychopathologie légale qui permettent au magistrat d'apprécier l'opportunité d'octroyer une mesure de réhabilitation.

On peut penser que l'élément important de l'avis dans la décision des autorités sera la présence ou non de contre-indications⁹, en l'occurrence d'un risque, d'une probabilité significative de récidive pour des délits de mœurs, particulièrement à l'encontre de mineurs. Outre la présence d'un risque, son renforcement par l'octroi d'une réhabilitation pourrait constituer un argument supplémentaire et pertinent s'il apparaissait clairement qu'il serait minoré ou contrôlé par son refus. Encore faut-il que tout cela puisse être établi clairement.

Sachant que le risque zéro n'existe pas, un avis favorable consisterait en une absence de contre-indication c'est-à-dire un risque de récidive très faible. Il permettrait à la justice d'accorder la réhabilitation normalement due avec une marge de confiance accordée et attestée par le clinicien. Un avis défavorable indiquant une contre-indication, en terme de risque probable de récidive, pourrait entraîner le refus d'une mesure de justice sur base d'une indication clinique, ne serait-ce qu'à titre conservatoire. Le clinicien porterait donc une part importante de la responsabilité d'une sorte de sanction.

- 3.2) L'expérience faite à l'UPPL montre qu'un élément essentiel de l'expertise porte sur l'analyse de la motivation pour demander une réhabilitation.

- La demande de réhabilitation est logiquement demandée pour obtenir un certificat de bonne vie et mœurs vierge, ce qui est nécessaire pour accéder à certains emplois, notamment les plus sensibles en matière d'éducation et de santé mais aussi, sans discrimination, ceux de la fonction publique. Ajoutons qu'il semble aussi requis ou demandé dans beaucoup d'autres cas. Pour exemple, un arrêté gouvernemental a été pris pour l'exiger dans l'obtention de la licence de taximan. Il est aussi requis dans une demande de naturalisation, d'adoption, d'être admis comme famille d'accueil, d'habitation sociale et même pour certaines locations privées. Il nous a aussi été rapporté qu'il serait requis d'une personne pour que son fils ou petit-fils puisse être admis à une formation de gendarme. Les exemples divers sont très nombreux.

Un tel certificat est donc indispensable pour accéder à la fois à des avantages sociaux et à de très nombreux emplois dont ceux qui sont « sensibles », en raison des relations intimes et autoritaires qu'ils supposent à l'égard de la clientèle et qui peuvent augmenter sa vulnérabilité aux abus sexuels. Sont notamment visés par ces spécifications ceux qui s'exercent sur certains lieux propices dont, à titre d'exemple, les hôpitaux, les écoles, les piscines et les infrastructures sportives. Ceci dit, il reste aussi des associations privées sportives, musicales ou autres à but

⁹ « (L')objectif (est) d'éviter qu'une réhabilitation ne soit accordée trop facilement lorsqu'il s'agit de faits de viol, d'attentat à la pudeur ou d'autres faits de mœurs commis à l'égard de mineurs. Il est en effet important de prendre les précautions nécessaires et d'avoir un avis d'un service spécialisé, afin d'accorder ou de refuser la réhabilitation à une personne condamnée pour de tels faits. La réhabilitation a en effet comme résultat de faire cesser pour l'avenir, tous les effets de la condamnation. » Article 22 du projet de loi relatif au casier judiciaire central (documentation de la chambre, S.O. 1996-97, 26-3-97, n° 988/1, p.13 : exposé des motifs).

culturel ou social, qui sont tout aussi sensibles, qui ne sont pas tenues de réclamer le dit certificat pour leurs animateurs. Même si le demandeur défend qu'il ne cherche pas un emploi sensible mais un logement, un accès à un emploi non sensible ou un autre avantage social indispensable voire vital, il reste qu'il peut projeter à plus long terme d'y accéder et en aurait en tout cas la possibilité en dépit de ses dénégations et promesses, sous réserve de l'application des nouvelles dispositions reprises au point A/.2 §3 p.4.

- Hors d'une logique rationnelle, nous avons constaté que la motivation la plus importante et la plus fréquente est d'un autre ordre, attestée par le fait que dans bien des cas le demandeur n'est plus en âge de demander un emploi ou ne le souhaite pas tant que ça en dépit de ses souhaits exprimés et de ses capacités. Il s'agit, avant tout dans ces cas, de retrouver une dignité par rapport à son entourage et dans son milieu de vie ou, plus fondamentalement et narcissiquement, une bonne image de soi à ses propres yeux. Cette aspiration est respectable mais elle peut prendre des formes nombreuses plus ou moins positives. Chez certains, la quête recouvre la certitude que la Justice, vue comme la plus haute instance morale du pays, a de nouveau confiance en eux et reconnaît qu'ils sont redevenus des citoyens normaux à part entière par leur amendement. A l'autre extrême, des ex-condamnés qui ont purgé leur peine mais continuent de nier totalement avoir commis les délits reprochés, autant convaincus de leur bon droit que de l'abus commis par l'autorité judiciaire, espèrent par la réhabilitation une réparation de l'injustice dont ils ont été victimes. C'est parfois à leurs propres yeux dans un déni de réalité, mais plus souvent pour le prouver à leurs proches, surtout conjoint et parents, qu'ils espèrent prouver qu'en fait c'est bien comme ils ont toujours dit « je n'ai rien fait ». Parfois c'est pire, dans le cas d'un abus incestueux, quand l'intéressé veut montrer triomphalement à celui ou celle qui a été victime que c'est lui qui a raison.

On ne peut éliminer la réelle possibilité d'une erreur judiciaire, mais non plus qu'elles ne soient que très probablement peu nombreuses alors que c'est une très grande proportion des prévenus qui la revendiquent. C'est assez clair par rapport à l'erreur judiciaire classique et la négation totale de l'infraction, qui n'aurait pas eu lieu ou aurait eu un autre auteur. La question n'est pas aussi tranchée pour des reconnaissances partielles et estimations différentes de gravité ou de responsabilité, mais qui ne modifieraient que les quantum de la peine et non l'existence d'une condamnation. Cette question touche évidemment de très près le sens de l'« amendement » qui est une condition de réhabilitation telle que citée au début.

3.3) L'analyse bien sûr porte également sur toutes les composantes qui influencent l'estimation de la dangerosité et du risque de récidive, sachant la complexité scientifique et éthique de ces notions.

- Cela peut porter sur l'évaluation d'indices mesurables, comme il est beaucoup pratiqué dans l'utilisation des références cognitivistes et comportementalistes, mais aussi d'indices cliniques qui par nature le sont moins dans d'autres références. Les champs d'analyse sont classiquement ceux de la psychopathologie

légale appliqués à la délinquance sexuelle¹⁰, dont la psychopathologie de type médical et de type criminologique (y compris les échelles de risque de récidive), ainsi que la déviance et les troubles sexuels, auxquels il faut ajouter les paramètres excitants ou aggravants, et inhibants ou protecteurs qui dépendent du mode de vie, de l'entourage relationnel et de l'environnement socioculturel.

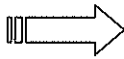
Nous savons que la récidive générale des délinquants sexuels est inférieure à celle des autres délinquants (autour de 15 à 20% contre 30 à 35%), mais aussi qu'elle ne résulte probablement que d'une moyenne entre deux groupes de délinquants sexuels, un premier qui récidive peu et est le plus nombreux et un deuxième beaucoup plus petit qui récidive beaucoup plus. Nous savons que la récidive ne dépend pas que de la personne elle-même mais des conditions dans lesquelles elle vit. Il s'agirait donc de repérer les personnes susceptibles de se trouver dans le deuxième groupe et d'évaluer les conditions qui peuvent augmenter ou diminuer leur risque. Il se peut que la non réhabilitation elle-même soit protectrice. On pense ici en particulier à une pédophilie fixée qui retrouverait la possibilité d'être exercée par l'autorisation de fréquenter assidûment des milieux à risque par l'octroi d'un certificat de bonne vie et mœurs vierge.

- Pour ce faire, il est nécessaire de rencontrer le demandeur, de l'écouter, de le questionner et de l'observer. Il ne nous apparaît cependant pas indispensable de le soumettre systématiquement et strictement à un examen psychologique avec tests, ou médical avec actes techniques, pas d'avantage de recommencer à faire l'anamnèse détaillée sauf sur les modalités de la peine subie et le délai d'épreuve. L'examiné a en effet déjà subi beaucoup d'examen dont les résultats ne sont à évaluer que dans leur évolution.
- Par contre ce qui nous paraît capital est donc de mettre en rapport les observations actuelles avec les données antérieures qu'il faut analyser. Dans cet avis motivé de réhabilitation, il ne s'agit pas d'évaluer « à blanc » les paramètres évoqués plus haut sur la personne du demandeur, qui n'est pas suspecte d'avoir commis un nouveau délit et qui n'est pas sous le coup d'une procédure judiciaire. La question n'est pas de savoir comment était l'auteur au moment des faits, comme lors d'une expertise pénale dans le cadre de l'instruction, ni comment il « est » tout court quel que soit le moment, mais bien de savoir comment il est au moment de lui accorder la mesure demandée et après qu'il ait suivi tout un parcours. Nous pensons qu'il faut reprendre les estimations antérieures de ces caractéristiques, évaluer autant que faire se peut leur évolution (1) durant la procédure judiciaire, (2) durant l'application de la peine (mesure de libération comprise, y inclus le traitement ou la guidance qui fut obligée) et (3) durant le délai d'épreuve après l'avoir purgée pour introduire la demande en réhabilitation. Faute de cette dernière analyse, l'examineur ne pourrait que répéter ce que la justice sait déjà par les expertises précédentes.

¹⁰ Module de formation « psychopathologie légale pour les délinquants sexuels » de Bernard Pihet

- Nous pouvons interroger le demandeur mais dont les réponses sont à relativiser par rapport à des données objectives sur le passé. Il s'agit :
 - a) des jugements, exposés des faits, extraits de casier judiciaire,
 - b) des expertises pratiquées dans le cadre de l'instruction,
 - c) des rapports psychosociaux des établissements de détention,
 - d) des rapports du suivi des conditions dans le cadre de mesures de libération.

Il faudrait pouvoir disposer de documents écrits et les mettre en comparaison avec des données actuelles. Par défaut, l'avis ne serait fondé que sur des déclarations invérifiables de l'intéressé et sur des observations ou tests en l'état actuel de l'examiné. Ces derniers ne pourraient pas être utilisés pour expliquer un délit ancien de plusieurs années dans des conditions différentes. Ils ne permettraient pas de déduire que l'intéressé commettra plus ou moins probablement un délit dans l'avenir si ce n'est avec une fiabilité relativement faible. Les documents judiciaires sur les délits commis anciennement seraient nécessaires pour connaître leur réalité, ceux des expertises pratiquées pour en éclairer les déterminants et conditions de l'époque, et enfin ceux sur le déroulement de la peine, les conditions de libération et le délai d'épreuve pour apprécier l'évolution de l'intéressé.



Contenu

- L'avis porte sur les éléments techniques en faveur et en défaveur de la réhabilitation, à savoir les facteurs de psychopathologie légale spécifiques qui augmentent le risque de récidive et qui seraient renforcés par l'octroi de la mesure sollicitée, ou minorés par son refus. L'analyse des motivations de la demande de réhabilitation en fait partie.
- L'évaluation experte consiste surtout en l'analyse diachronique des évaluations et diagnostics au moment de l'infraction condamnée et actuellement, après avoir purgé la peine et passé le temps d'épreuve.
- L'examen direct et actuel du demandeur est indispensable mais doit porter sur l'évolution des paramètres, relevés antérieurement comme significatifs pour la commission de l'infraction et d'une éventuelle récidive, ce qui nécessite la référence à une documentation conséquente indispensable.

3.4) Sources de renseignement

A la lumière de ce qui se passe dans l'application des Accords de coopération en matière d'avis de traitement ou guidance du côté des équipes de santé spécialisées, nous craignons que cette documentation ne fasse défaut et que cela affaiblisse largement la valeur clinique des avis de réhabilitation. Pour cette raison, ils pourraient être incomplets, et imparfaits, ce qui par voie de conséquence, pourraient être préjudiciables, soit au demandeur qui se la verrait par exemple refusée à tort, soit à la justice qui par exemple exposerait des victimes potentielles à un danger par défaut d'information.

Pour les avis, traitements et guidances, il reste difficile dans certains endroits de recevoir la documentation prévue et y avoir accès oblige les cliniciens à quantité de démarches, discussions hostiles ou déplacements. Rappelons que les avis de réhabilitation ne dépendent pas des Accords de coopération, ni de subventions engagées par le gouvernement, et que toute démarche ou déplacement vient augmenter le travail dont le coût est à charge du demandeur, mais aussi dont le prix est fixé forfaitairement à 220,97 €. Il est vrai que peuvent y être ajoutés les frais de déplacement mais pas le temps que prend le déplacement et de la démarche qu'il contient. Nous pensons qu'il est raisonnablement nécessaire en ce cas que l'équipe spécialisée dispose d'une copie des pièces. Hors de cette disponibilité, l'équipe spécialisée est fondée à refuser de pratiquer ces avis experts, car exagérément dispendieux s'il était question d'aller consulter les pièces où elles se trouvent, ou exagérément spéculatifs par manque de données objectivées.

Les documents requis sont localisés en cinq lieux différents :

- ◇ le Parquet (greffe) où se trouve le dossier judiciaire qui contient les pièces visées au (a) et (b),
- ◇ la prison où l'intéressé a été détenu en condamnation pour les pièces visées au (c) (le rapport psychosocial reste un document pénitentiaire et n'est pas intégré au dossier judiciaire), ou bien la prison où elles sont ensuite archivées (Saint-Gilles actuellement si nos renseignements sont exacts),
- ◇ les pièces visées au (d) ne seraient disponibles qu'à la Commission qui a géré les conditions de la mesure de libération ou à la Maison de justice,
- ◇ elles seraient aussi existantes dans l'équipe spécialisée ou chez le thérapeute qui a effectué le traitement ou la guidance obligée dans les conditions de la mesure de libération si l'intéressé donne son accord.

Mais outre la question des lieux, il faut trouver le professionnel habilité à disposer de ces pièces et à en procurer une copie (sous toutes les réserves d'usage s'entend) à l'équipe spécialisée mandatée (elles ne sont qu'un nombre très restreint de services désignés par le Ministre de la santé et communiquées au Ministre de la justice). Citons

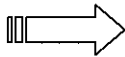
- le Procureur du Roi pour les pièces (a) et (b),
- le Président de la Commission ad hoc pour les pièces (c) et (d),
- le directeur de la prison pour les pièces (c) et de celui de la Maison de justice pour les pièces (d).
- l'équipe de santé spécialisée ou le thérapeute « traitant » qui disposent du droit de refuser ou d'accepter la demande de renseignements.

Il faut évidemment savoir quels sont les lieux et personnes concernés pour le demandeur, ce que nous ne connaissons la plupart du temps que par lui et après l'avoir rencontré, ce qui suppose deux rendez-vous distincts à moins d'avoir abordé ce point par téléphone ! Il faut ensuite les contacter par lettre, fax ou téléphone, recevoir leur prise de position quant à une réponse positive et le cas échéant attendre les pièces. Ce détail est scrupuleux mais insiste sur la quantité de temps et de tracasseries réelles que peuvent représenter pareilles missions, même si la collaboration est très facile avec certains interlocuteurs mais qui ne disposent pas de tous les éléments.

Nous avons pris contact avec les administrations concernées et les Procureurs généraux pour obtenir des réponses de principe sur ces points, mais ces discussions

sont longues, pleines d'embûches et de résistances institutionnelles. A l'heure actuelle, nous recevons généralement les pièces reprises sous (a) et souvent sous (b) mais il reste des refus. Nous pouvons demander les autres documents (c) et (d) mais leur obtention est très hypothétique et soulève beaucoup d'inconnues et de résistance. Pour notre part, nous diligents le dossier. En tout état de cause et a minima, nous recommandons de refuser les demandes d'avis pour lesquelles le Procureur du Roi ne donne pas copie du dossier dont il dispose (reprise sous (a) et (b)).

L'expérience nous a aussi montré que les demandeurs agissent en rapport à des dossiers anciens, voire très anciens (nous avons un dossier pour des faits commis en 1938 par un homme né en 1919). Outre le fait de l'ancienneté qui peut entraîner la disparition du dossier, perdu ou détruit, il y a celui de l'antériorité par rapport aux usages répressifs en matière de mœurs. Les délits peuvent dater d'une époque où l'on recourait peu aux expertises, et souvent antérieure aux Accords de coopération, à la création des Commissions de Libération Conditionnelle et des Maisons de Justice, et même à l'obligation de traitement ou guidance. Les documents précités ne sont donc pas accessibles dans la mesure où ils n'ont jamais existé. Ajoutons que si le nombre des demandes augmente rapidement en raison de l'arriéré, il grimpera fortement quand seront finis les délais d'épreuve de tous les nouveaux et très nombreux condamnés pour mœurs.



Documentation

- Il faut disposer de documentation sur les délits commis, sur les jugements et condamnation et sur les expertises précédentes.
- Il est nécessaire de disposer d'une copie du dossier. L'insuffisance d'accès à la documentation ad hoc peut entraîner l'infaisabilité de l'examen et le refus de rendre un avis.

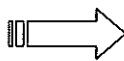
3.5) Rapport

Le rapport doit être donné au demandeur de la réhabilitation. Il peut aussi être envoyé en copie au Procureur du Roi qui demande l'avis, mais sans facture. Il doit à notre avis comprendre :

- une présentation de la situation, de l'infraction condamnée et des suites judiciaires ;
- une synthèse des éléments reconnus
 - avoir été déterminants dans les délits de mœurs,
 - fondant une dangerosité en terme de risque de récidive,
 - ayant justifié les conditions éventuelles de libération et l'obligation d'un traitement ou d'une guidance ;
- un historique du parcours particulièrement après le processus judiciaire ;
- un examen détaillé des motivations du demandeur ;
- une analyse de l'évolution des paramètres, dont celui des effets possibles de l'octroi d'une réhabilitation ;

- une conclusion claire sur des recommandations finales en regard des éléments techniques en faveur et en défaveur de la mesure.

Outre la finesse et la rigueur d'analyse qu'exigent la rédaction de toutes les expertises, les conclusions des « avis » sont plus difficiles à rédiger que celles des « expertises pénales » dans la mesure où elles ont un effet sur l'octroi de mesures de libération. S'il n'est pas trop impliquant d'y indiquer la nécessité de suivre un traitement, rédiger des indications sur le risque de récidive demande toujours la plus grande prudence. En effet, l'on part de connaissances cliniques sur un individu pour les rapporter ensuite à des modèles théoriques et à des normes essentiellement statistiques et enfin pour en inférer des probabilités d'occurrence dans le futur qui doivent être appliquées à un individu en particulier. C'est peut-être lui le cas sur 100, sur 1.000 ou sur 10.000. Avec la réhabilitation, c'est d'une certaine manière pire puisque ces avis touchent au droit à la citoyenneté et sans lien concret à une plainte ou à un forfait.



Rapport

- Un rapport d'avis peut contenir des indications relatives au risque de récidive s'il est possible de les fonder à l'instant de l'examen.
- Il peut aussi attester de l'absence de pareilles indications.
- L'absence de documentation suffisante pourrait affaiblir voire invalider les conclusions d'un avis, mais ce dernier peut aussi consister en la déclaration de cette infaisabilité.

4) CONCLUSIONS

Il y a donc beaucoup de questions et d'inconnues dans cette matière. La perfection n'existe pas, peu s'en faut, mais il ne faut pas non plus tomber dans des approximations qui seraient préjudiciables aux interlocuteurs. Elles mettraient aussi nos services en difficulté tant sur le plan matériel que de la qualité de travail, dont il est voulu par tous qu'il soit à la fois spécialisé sur un plan scientifique et clinique, et intègre sur un plan éthique. Chaque équipe et clinicien seront donc confrontés à des choix difficiles en cette matière.

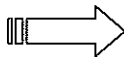
Nous suggérons de bien peser les demandes, de ne pas les refuser toutes systématiquement et a priori. Nous recommandons aussi que les « équipes de santé spécialisées » définies par l'Accord de coopération ne les réalisent pas mais qu'elles orientent les demandes vers des experts indépendants qui correspondent le plus à l'appellation « service spécialisé dans le traitement et la guidance des AICS ». Nous pensons que certains experts indépendants pourraient être associés à des « équipes spécialisées » pour leur spécialisation (et éventuelle formation). Les avis peuvent aussi être réalisés par les experts qui ont déjà réalisé une expertise antérieure de ce même patient et peuvent donc évaluer son évolution (cette pratique a déjà eu cours depuis longtemps dans certains cas). Nous pensons aussi que certains cliniciens des équipes de santé spécialisés sont peut-être aussi installés comme experts indépendants par ailleurs et pourraient rédiger ces rapports sous leur propre entête.

Pour la réalisation proprement dite des avis, nous recommandons notamment :

- de rédiger des rapports d'avis clairs, particulièrement sur leurs limites, quitte à attester qu'aucune indication fiable ne peut être donnée si c'est le cas. Le dossier judiciaire contiendrait dès lors l'avis requis par la loi.
- d'être extrêmement prudent et rigoureux dans les indications et leur argumentation si elles conduisent à des conclusions favorables ou défavorables.
- d'effectuer en tout cas ceux qui sont nécessaires pour que le demandeur soit restauré dans ses droits essentiels lorsque ces avis s'avèrent favorables à l'examen.

N'oublions pas que pour un demandeur « ne pas disposer d'un avis favorable » ne lui permettra pas d'obtenir sa réhabilitation, mais il lui restera la possibilité de consulter ailleurs jusqu'à ce qu'il trouve un clinicien qui acceptera de le lui fournir. En tout état de cause, il vaut peut-être mieux ne pas donner d'avis par manque d'indication fiable que d'en donner un qui soit entaché de supputations insuffisamment fondées.

Pour terminer, je serais le porte-parole de la majorité des collègues du monde la santé mais aussi de la justice, qui souhaitent que soit revue cette loi sur le principe même de cet avis dont il faut disposer dans tous les cas dès lors qu'il s'agit de délit de mœurs. Nous transmettons cette requête à qui de droit et souhaitons qu'elle donne lieu à l'ouverture de ce travail, mais il ne peut être que long et il nous reste pour longtemps encore de devoir composer avec le cadre actuel, tant en ce qui concerne les magistrats pour obtenir les avis, que des services spécialisés pour les donner, que les équipes spécialisées pour les refuser et que les justiciables pour en souffrir.



Conclusions

- Il est recommandé aux équipes de santé spécialisées de ne pas effectuer les avis pour la réhabilitation contrairement aux autres type d'avis.
- Il est aussi recommandé qu'elles orientent les demandes vers des services ou experts indépendants les plus qualifiés en cette matière.

BIBLIOGRAPHIE

- Code d'instruction criminelle, art. 619 à 644.
- Circulaire du 1^{er} juillet 2002 portant modification et coordination de la circulaire du 6 juin 1962 portant instructions générales relatives aux certificats de bonnes conduite, vie et mœurs, publiée au Moniteur le 6 juillet 2002.
- Loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central, publiée au Moniteur le 24 août 2001.
- Réponse du 29/08/2002 (séance du 24/08/2002), *Bulletin du Conseil national – Ordre des médecins*, n° 81.
- SERON V. et SIMON J., *La loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central*, dans *Journal des Tribunaux*, 9 février 2002, p. 97-107.
- TULKENS Fr. et VAN DE KERCHOVE M., *Introduction au droit pénal – Aspects juridiques et criminologiques*, 5^{ème} éd., Bruxelles, Story-Scientia, 1999, p. 510-514.

ANNEXE 5 : ABSTRACTS

1. Journées scientifiques d'automne, Charleroi, 12-12-14 et 15 novembre 2003

L'insupportable contrôle social que les thérapeutes peuvent aider à accepter
Bernard Pihet

Abstract :

La notion de contrôle social est indissociable de celle de liberté individuelle sous le regard du thérapeute qui œuvre dans le champ de la psychopathologie légale. Elles sont toutes deux les composantes majeures et intrinsèquement liées, de la vie humaine dans ce qu'elle a de distinct des autres espèces animales.

Les hommes et les femmes y sont confrontés dans leur propre vie quotidienne ainsi que dans l'éducation qu'ils prodiguent à leurs enfants. Ils sont en effet poussés de l'intérieur par leurs angoisses et désirs personnels et pressés de l'extérieur par les incitations, normes et interdits collectifs pour les contenir, les limiter.

Les thérapeutes n'ont, à mon sens, pas de légitimité de promouvoir ou de défendre les premières en leur nom propre, pas plus que de représenter les deuxièmes de la même manière. Ils ont par contre le devoir, par leur engagement professionnel, d'aider les individus qui les consultent au sujet des difficultés qu'ils rencontrent dans ces confrontations. Il leur revient en effet d'accepter ces données qui vont influencer leur vie alors même qu'elles sont chaque jour nouvelles et parfois déstabilisantes, également de participer à leur intégration ou à leur rejet pour défendre leur propre intérêt ou l'abandonner au profit de celui d'autrui, à moins qu'ils ne soient combinables.

C'est comme ça que l'on peut entendre et aider quelqu'un qui se plaint de ses insupportables symptômes autant qu'un autre ne se plaint que des misères qu'on lui fait, fussent-elles des obligations judiciaires injustifiées par des délits qu'il ne pense pas avoir commis.

2. 2^{ème} Congrès International Francophone sur l'agression sexuelle, Bruxelles, du 7 au 9 mai 2003

La psychopathologie légale spécialisée en délinquance sexuelle : définitions, évolutions et limites
Bernard Pihet

Abstract :

La notion de psychopathologie légale reprend le concept anglo-saxon « forensic » dont l'étymologie latine éclaire le sens et l'utilité.

D'abord appliquée à la médecine, et en l'occurrence la psychiatrie, pour les expertises pénales, elle a éclairé d'éléments techniques le personnel judiciaire pour évaluer les responsabilités des délinquants irresponsables de jugements iniques du fait qu'ils n'auraient pas pu y participer contradictoirement, et enfin de leur éviter des sanctions qui n'auraient fait que les victimiser davantage en raison de leur état dans un système pénitentiaire inadapté à leur cas. Dans la continuité, ils prenaient aussi ces patients en charge dans des cadres protecteurs à l'égard de la société.

Des changements sociaux importants conduisent la justice à requérir davantage d'expertises dans le même temps que la proportion de psychiatres diminue et que la psychiatrie n'assume plus la mise à l'écart hospitalière des déséquilibrés qui faisait la honte des asiles et la tranquillité de la population. Les professions judiciaires et psychiatriques changent profondément, de même que l'exercice de l'autorité et le statut des victimes.

Les expertises pénales requièrent maintenant une majorité de psychologues d'une part pour intégrer dans les jugements l'estimation des besoins des délinquants sexuels et des risques de récidive, d'autre part pour trouver des prises en charge ambulatoires adaptées et sécurisantes parallèlement à l'exercice normal des jugements et sanctions.

La légalité de nos pratiques judiciaires ainsi que notre éthique médicale et psychologique seraient compromises dans ces évolutions (1) si la justice en venait à juger des personnes sur base de ce qu'elles sont et représentent, plutôt que sur leurs actes et leurs intentions ; et en venait à les sanctionner par une réforme de leur personnalité ; (2) si les cliniciens en arrivaient à participer à la sanction par des traitements castrateurs ou édulcorants, ou par des refus de traitement consécutifs à l'appréciation de leur motivation, état mental ou allégeance.

Les Accords de coopération belges participent de ces évolutions et fixent des dispositions qui évitent ces excès.

ANNEXE 6 : PUBLICATIONS

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	1
PREMIERE PARTIE FONCTIONNEMENT DU SERVICE.....	3
DIRECTION.....	3
EQUIPE CLINIQUE.....	3
ADMINISTRATION	5
INFORMATIONS PRATIQUES.....	5
DEUXIEME PARTIE CENTRE D'APPUI WALLON	6
A. MISSIONS GENERALES	6
ARTICLE 5 DE L'ACCORD DE COOPERATION.....	6
I. FONCTION DE CONSULTANT.....	6
II. INFORMATIONS SCIENTIFIQUES	9
1. Newsletter et information.....	9
2. Documentation.....	10
3. Publications	13
III. SOUTIEN LOGISTIQUE.....	14
1. La réhabilitation	14
2. Conditions de refus de traitements et guidances.....	15
<i>d'auteurs d'infractions à caractère sexuel</i>	<i>15</i>
3. Prise en charge des patients auteurs d'infraction à caractère sexuel	16
<i>présentant un profil déficitaire</i>	<i>16</i>
IV. RECHERCHES	17
1. Colloques et congrès.....	17
1.1. Participation avec intervention	17
1.2. Participation sans intervention.....	17
2. Collaboration internationale	18
3. Formations « Triangle »	18
4. Fédération Belge des Psychologues	19
5. Comité Scientifique et d'Ethique.....	19
V. FORMATIONS	19
1. Formation de spécialisation à la clinique des transgresseurs sexuels.....	19
1.1. Programme 2003.....	20
1.2. Certification	20
2. Supervisions.....	21
VI. CONCERTATIONS	21
1. Comité d'Accompagnement des Accords de Coopération entre l'Etat Fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel	21
2. Groupe de Concertation sur l'application de l'Accord de Coopération	22
3. Centres d'appui.....	22
4. Conseil Régional des Services de Santé Mentale.....	23
5. Accréditation des agents SPS.....	23
6. Coordination avec les Equipes de Santé Spécialisées et l'Administration de la Santé.....	23
7. Avis motivés, particulièrement pour les demandes de réhabilitation	24
B. ACTIVITES CLINIQUES	25
ARTICLE 6 DE L'ACCORD DE COOPERATION.....	25
I. INTRODUCTION	25
II. LES AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL	27

III. VARIABLES CRIMINOLOGIQUES.....	28
1. Types d'infraction sexuelle	28
tels qu'identifiés par les cliniciens sur base de données officielles	28
2. Victimologie	29
2.1. Nombre, âge et sexe des victimes.....	29
2.2. Lien entre l'abuseur et sa victime.....	29
3. Récidive.....	30
IV. CONSULTATIONS.....	31
1. Type de consultation	31
2. Les refus	31
3. Prise en charge	32
4. Profession du thérapeute.....	33
5. Traitements ou guidances	34
5.1. Consultations.....	34
5.2. Type de traitement réalisé	34
5.3. Modalité de prise en charge.....	35
5.4. Rapport de suivi	35
6. Avis motivés.....	35
V. DELEGATIONS DE TRAITEMENT	35
VI. EVOLUTION DE L'ACTIVITE A L'UPPL DEPUIS 1999	36
TROISIEME PARTIE ENREGISTREMENT STATISTIQUE DE DONNEES EN REGION WALLONNE.....	37
I. LES EQUIPES SPECIALISEES PARTICIPANTES	37
I.1. Les Equipes de Santé Spécialisées	37
I.2. Les Equipes de Santé Spécialisées intégrées dans les centres hospitaliers	38
I.3. Le centre d'appui	38
II. L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS.....	39
1. L'historique du dossier	39
2. Nature des consultations.....	40
3. Evolution de l'activité des dossiers AICS en Région Wallonne	41
QUATRIEME PARTIE CENTRE D'APPUI BRUXELLOIS.....	42
A. MISSIONS GENERALES.....	42
ARTICLE 5 DE L'ACCORD DE COOPERATION	42
I. FONCTION DE CONSULTANT	42
II. CONCERTATIONS	44
1. Concertation avec les Equipes de Santé Spécialisées	44
2. Comité d'Accompagnement de l'Accord de Coopération entre l'Etat Fédéral et la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel	44
3. Centres d'appui.....	45
4. Accréditation des agents SPS.....	45
5. Avis motivés.....	45
B. MISSIONS CLINIQUES D'EVALUATION, D'ORIENTATION, DE COORDINATION ET DE REEVALUATION	47
ARTICLE 6 DE L'ACCORD DE COOPERATION	47
I. NOMBRE D'AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL	47
II. DOSSIERS TRAITES.....	47
III. TRAITEMENTS EN COURS.....	47
IV. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES 90 DOSSIERS OUVERTS EN 2003.....	48
CINQUIEME PARTIE ADOLESCENTS AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL.....	49
I. EXAMENS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES	49
II. TRAITEMENTS	50
III. RECHERCHE	51

ANNEXE 1 : ENQUETE SUR LES CONDITIONS D'ACCEPTATION DE PRISES EN CHARGE D'AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL DANS LES EQUIPES DE SANTE SPECIALISEES.....	53
ANNEXE 2 : ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL PRESENTANT UN PROFIL DEFICITAIRE	70
ANNEXE 3 : NEWSLETTERS	90
ANNEXE 4 : FICHES 4 ET 5	108
ANNEXE 5 : ABSTRACTS	129
1. Journées scientifiques d'automne, Charleroi, 12-12-14 et 15 novembre 2003.....	129
2. 2 ^{ème} Congrès International Francophone sur l'agression sexuelle, Bruxelles, du 7 au 9 mai 2003	130
ANNEXE 6 : PUBLICATIONS.....	131
TABLE DES MATIERES.....	133