

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Résumé : « Étude comparative : la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels en Europe » N°96/002-STOP II

J-P. Cornet, F. de Leval et C. Mormont

Volume 1, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1075001ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1075001ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cornet, J.-P., de Leval, F. & Mormont, C. (2000). Résumé : « Étude comparative : la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels en Europe » N°96/002-STOP II. *Psychiatrie et violence*, 1. <https://doi.org/10.7202/1075001ar>

Résumé : “ Etude comparative : la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels en Europe » N°96/002-STOP II.

Etude réalisée avec le soutien du programme STOP de la commission européenne et du ministère de la justice belge.

CORNET J-P.
de LEVAL F.
MORMONT C.

Université de Liège
Faculté de psychologie et des sciences de l'Education
Service de psychologie clinique.

Août 1998

Table des matières

I. Introduction	pp.1
II. Méthodologie	pp.2
III. Résultats	pp.2
A. Législation comparée	pp.3
1. Introduction	pp.3
2. Evolution et changements	pp.3
3. Typologie pénale	pp.4
a. <u>Définitions du viol</u>	pp.4
b. <u>Définitions du viol sur mineur d'âge</u>	pp.5
4. Peines appliquées	pp.5
Tableau récapitulatif des peines	pp.7
5. Mesures légales concernant la prise en charge	pp.10
6. Secret professionnel	pp.12
B. Les prises en charge	pp.13
1. Introduction	pp.13
2. Classifications des structures institutionnelles	pp.14
a. <u>Milieus pénitentiaires</u>	pp.14
b. <u>Milieus d'internement psychiatrique</u>	pp.15
c. <u>Services ambulatoires ou résidentiels</u>	pp.16
C. Types de Traitements	pp.16
1. Types de traitement selon les secteurs	pp.17
a. <u>Milieus pénitentiaires</u>	pp.17
b. <u>Milieus d'internement psychiatrique</u>	pp.18
c. <u>Services ambulatoires et résidentiels</u>	pp.19
Tableau récapitulatif	pp.19
2. Types de population et critères d'inclusion et d'exclusion aux traitements	pp.22
a. <u>Population</u>	pp.22
b. <u>Critères d'exclusion-inclusion</u>	pp.23
3. L'évaluation des outils	pp.25
D. Moyens octroyés aux structures institutionnelles	pp.25
E. Synthèse	pp.27

Nous exprimons nos remerciements aux membres du comité de contrôle, M. L. NOUWYNCK, Mme C. KLOECK, M. F. GAZAN, M. P. VERHAEGHE, Mlle C. DE CRAIM, Mme C. BEUKEN, Mme I. STORME, qui ont suivi ce travail tout au long de sa réalisation.

Nous remercions aussi les membres du comité d'accompagnement, M. AMARAL, Dr T. BEECH, Mr. NISTAL BURON, Mr. A. COTTER, Mrs M. DENNEWALD, Mme C. DUBOIS, Mr K. HYPEN, Mme. KEROMES, Mr. T. LILLEBAEK, Mr N. MINKENDORFER, Mr. P. MURPHY, Mme. L. SOMANDER, Mr. SOUSA PINTO, Mr N. TERRES, Mr VACCA, Mr. VAN MARLE, pour leur collaboration active.

Enfin nous remercions tous ceux qui par leur compétence et leur amabilité nous ont facilité notre tâche.

Résumé : « Etude comparative : la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels en Europe [1] » N°96/002-STOP II.

J-P. Cornet, F. de Leval, C. Mormont[2]

I. Introduction.

Si pour diverses raisons, la visibilité de la délinquance sexuelle s'est accrue ces dernières années et préoccupe actuellement l'opinion publique, pour les professionnels du monde judiciaire et médico-psycho-social cette problématique n'est pas neuve.

Les codes pénaux n'ont cessé de s'adapter à l'évolution des mœurs et des sensibilités tandis que la prise en charge des délinquants sexuels a, elle aussi, suivi les avatars des sciences psychologiques et médicales. De ce fait, il est malaisé de dresser un tableau fidèle des situations actuelles qui prévalent dans chacun des pays européens.

L'enquête que nous avons réalisée sur les conditions légales et institutionnelles des prises en charge médico-psychosociales des délinquants sexuels dans les 15 pays de l'union européenne restitue les lignes de force qui structurent le champ étudié et qui tantôt rapprochent, tantôt distinguent les pays européens.

Concernant la question précise du traitement, nous avons choisi d'étendre l'étude comparative des prises en charge spécialisées et structurées des délinquants sexuels aux traitements qui ne se définissent pas par leur cible (ici, les délinquants sexuels) mais par leurs méthodes.

En guise de résumé, nous ne décrivons que très succinctement la méthodologie de notre enquête avant d'exposer l'étude comparative proprement dite.

II. Méthodologie.

L'objet précis de l'enquête est l'étude comparative des programmes spécialisés et structurés dans la prise en charge des délinquants sexuels en distinguant le contexte de la prise en charge qui peut :

- être ambulatoire ou résidentielle ;
- s'effectuer au sein d'un établissement pénitentiaire, psychiatrique ou autre ;
- s'effectuer en équipe pluridisciplinaire ou médicale ;

- prendre la forme d'une guidance ou d'une thérapie, obligatoire ou non, individuelle ou de groupe ;
- s'adresser aux seuls adultes ou aux adolescents.

L'étude de ces différents points présuppose que l'on soit au fait des dispositions légales qui régissent les délits sexuels ; elle implique que l'on fasse l'inventaire des moyens dégagés pour remplir les missions préconisées ou imposées par les lois.

Le recueil des informations nécessaires s'est fait par :

- deux réunions européennes auxquelles ont été conviés des experts désignés par chacun des pays membres de l'Union européenne ;
- un questionnaire rempli par les experts et par d'autres personnes reconnues compétentes.

III. Résultats

- La prise en charge des délinquants sexuels n'est pas seulement l'affaire des travailleurs de la santé, elle dépend aussi du législateur qui, définissant ce qui est délictueux, détermine du même coup la clientèle et les méthodes des travailleurs de la santé. Il s'ensuit que « l'étude comparative de la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels dans les pays de l'union européenne » est précédée d'un volet juridique où sont exposés des rudiments de droit comparé :

- définitions des délits sexuels ;
- peines qui leurs sont afférentes ;
- possibilités et obligations de traitement pour les délinquants sexuels
- secret professionnel des thérapeutes de délinquants sexuels.

L'étude comparative à proprement parler concerne strictement la prise en charge :

- les cadres institutionnels qui l'assurent (cadre pénitentiaire, milieu d'internement psychiatrique, service ambulatoire ou résidentiel) ;
- les traitements qui y sont disponibles ;
- la population-cible ;
- les critères d'inclusion-exclusion au traitement ;
- les outils d'évaluation.

A. Législation comparée

1. Introduction

Même dans le contexte de cette enquête qui n'aborde les questions juridiques que de façon tangentielle et utilitaire, comparer des législations est une tâche très difficile, non seulement parce que les principes de droit ne sont pas identiques dans chaque pays, ni parce que les textes sont en continuelle évolution, mais encore parce que le langage juridique et les langues nationales constituent de sérieux obstacles.

Par ailleurs, les typologies pénales ne se recouvrent pas ; ainsi, par exemple, ce qui serait jugé sous le terme d'exhibitionnisme en France, au Portugal, en Irlande et en Grande-Bretagne, le serait pour outrage aux mœurs en Belgique, l'outrage aux mœurs englobant d'autre comportement que l'exhibitionnisme.

Nous disposons d'informations juridiques pour tous les pays de l'Union, à l'exception de la Grèce (Allemagne, Angleterre et au Pays de Galles, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Suède). Lorsque ces informations seront insuffisantes pour un des pays, nous en ferons mention.

2. Evolution et changements des codes pénaux en Europe

Les lois relatives à l'attentat à la pudeur et au viol sont en évolution continue, évolution qui suit un rythme différent selon les pays de l'Union européenne.

Depuis 1933, le code pénal danois a subi plus de cinquante révisions. En Suède, le code pénal concernant les délits sexuels est inchangé depuis 1984. La dernière réforme du code pénal autrichien portant sur la définition du viol et d'autres délits sexuels date de 1989. En Belgique et au Luxembourg, la législation sur le viol a été redéfinie respectivement en 1989 et en 1992. En Irlande, les définitions du viol et du viol avec violence (*aggravated sexual assault*) ont été amendées en 1990. En Finlande, la législation sur les infractions sexuelles a été modifiée en avril 1994 et depuis 1997, les lois sur l'inceste et le viol font l'objet de nouveaux amendements. Les définitions des « agressions sexuelles » ont subi des modifications dans le nouveau code pénal français entré en vigueur le 1^{er} mars 1994. Au Portugal, les changements du code pénal concernant les délinquants sexuels datent de 1994 et 1996. En Italie, la notion du viol a été remplacée par celle de violence sexuelle dont les quatre formes sont définies par la loi du 15 février 1996. En Espagne, le code pénal, concernant les « crimes contre l'autonomie et la liberté sexuelle », a été réformé en mai 1996. En Allemagne, le code pénal a été révisé en 1997 et le viol est redéfini. En Grande-Bretagne, les « Act » de mars 1997 décrivent les mesures destinées à lutter contre la récidive des délinquants sexuels.

En ce qui concerne la Grèce nous ne disposons d'aucune information.

3. Typologies pénales

Les chapitres des codes pénaux européens qui traitent des infractions de nature sexuelle – *Sex Offences Acts* (Angleterre et Pays de Galles), attentats à la pudeur et viol (Belgique), délits contre la liberté sexuelle (Espagne), infractions sexuelles (Finlande), agressions sexuelles et atteintes sexuelles (France), crimes contre la liberté sexuelle et l'autonomie (Portugal), etc - témoignent de typologies très variables en ce qui concerne les délits et les crimes sexuels.

Outre le viol sur mineur ou majeur, les actes sexuels délictueux recouvrent des délits tels que :

- l'attentat à la pudeur (Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Luxembourg, Pays-Bas Portugal, Suède), l'outrage aux mœurs (Allemagne, Angleterre et au Pays de Galles) ou l'« impudicité » ou l'acte d'indécence (Autriche) qui pourraient être définis comme des actes d'une certaine gravité, autres que le viol, qui portent atteinte à la pudeur et qui sont commis sur une personne non consentante ;
- l'atteinte sexuelle (France) : acte sexuel qui ne revêt pas de violence, menace ou surprise commis sur la personne d'un mineur de moins de 15 ans.

Ces différentes catégories pénales indiquent que l'acte sexuel délictueux n'implique pas automatiquement la pénétration orale, anale ou vaginale, ni l'usage de la violence.

a. Définitions du viol

Dans le langage juridique, la définition du viol a un contenu et une extension qui varient d'un pays à l'autre. Par exemple, au Portugal et en Finlande, la définition du viol implique clairement que l'auteur en est un homme, la victime une femme non consentante et que l'acte comprenne la pénétration *per vaginam* ou anale. En Autriche, en Angleterre et aux Pays de Galles, comme au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède, si la définition du viol est toujours équivalente au coït ou à une action similaire, la victime n'en est plus uniquement une femme. Par exemple, en Angleterre et aux Pays de Galles, le viol est le fait, pour un homme, d'avoir un rapport sexuel (vaginal ou anal) avec une femme ou avec un autre homme, alors qu'il sait que celle-ci ou celui-ci est non consentant(e). Sans le nommer explicitement, cette dernière définition recouvre également le viol d'enfant. De plus, les codes pénaux allemand, belge, espagnol, luxembourgeois et français, étendent la définition du viol à : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas » ; le viol ne se limite plus à la seule pénétration pénienne *per vaginam* ou anale mais englobe toutes formes de pénétration sexuelle, dont l'homme et l'enfant autant que la femme peuvent être victimes. L'auteur n'est pas nécessairement un homme et le viol peut exister entre partenaires d'un couple constitué.

Nous ne disposons pas de données précises concernant la Grèce.

		ou exhibitionnisme	mœurs					générationnel	frères et sœurs	mineur ou Abus sexuel < 14 ans	mineur ou Abus sex. < 14 ans aggravé	ou Abus sexuel < 16 ans	
agne	Peine minimale	6 mois	6 mois		6 mois	1 an	10 ans	1 an					
	Peine maximale	5 ans (sur mineur)	10 ans					10 ans		5ans		5 ans	
che	Peine minimale			6 mois	6 mois	1 an	10 ans	0	1 an	6 mois	5 ans		1 a
	Peine maximale			5ans	5 ans	10 ans	20 ans	1 an	3ans	5 ans	15 ans		10 a
que	Peine minimale	6 mois			5 ans	5 ans	15 ans			15 ans (14-16)		15 ans (>16ans)	
	Peine maximale	5 ans			10 ans	10 ans	20ans			20 ans		20 ans	
ark	Peine minimale	Amende											
	Peine maximale	4 ans				6 ans	10 ans			10 ans <12ans		6 ans <15ans	

ne	Peine minimale		12 mois	12 mois	1 ans	6 ans		12 ans		6 mois					6 mois
	Peine maximale		24 mois	24 mois	4 ans	12 ans		15 ans		2 ans					12 mois
de	Peine minimale	Amende		Amende		6 mois	6 mois			6 mois	2 ans				6 mois
	Peine maximale	4 ans (sur mineur)		2 ans		4 ans	10 ans	4 ans	2 ans	8 ans	10 ans				6 ans
se	Peine minimale	Amende					20 ans	7 ans et 700 000 FF		7 ans et 700 000 FF	10 ans et 1 000 000 FF	2 ans et 200 000 FF			
	Peine maximale	4 ans				15 ans	30 ans	10ans et 1 000 000 FF		10ans et 1 000 000 FF	2 311			20 ans	
e-ne	Peine minimale		6 mois			5 ans								5 ans	
	Peine maximale		10 ans		A vie	A vie		7 ans		A vie <13ans	2 ans			A vie	2 ans
le	Peine minimale	£500 et/ ou 6 mois						7 ans							
	Peine maximale	2 ans	5 ans	5 ans	7 ans	A vie		20 ans						5 ans (< 17 ans)	10 ans
3	Peine minimale						6 ans	7 ans		6 ans	7 ans	6 ans			6 ans (en groupe)
	Peine maximale						12 ans	14 ans		12 ans	14 ans	(<18ans) 12 ans			12 ans

n- g	Peine minimale	8 jours 10.001 fb				5 ans	10 ans			5 ans (<11ans)	5 ans c (<14ans)	6 mois			
	Peine maximale	1an et 200.000				10 ans	15 ans			10 ans	10 ans	5 ans			
bas	Peine minimale					Amende de 100 000 gulden 12 ans				Amende de 100 000 gulden 12 ans					
	Peine maximale														
gal	Peine minimale		1 an		1 an	2 ou 3 ans		1 an				1 an			
	Peine maximale	1 an	8 ans		8 ans	10 ans		8 ans				8 ans			
ce	Peine minimale	2 ans (sur mineur)			2 ans	2 ans	4 ans				2 ans (<18ans)	Amende (<18ans)			
	Peine maximale	8 ans			4 ans	6 ans	10 ans	2 ans	1 an		8 ans	4 ans			4 ans

5. Mesures légales concernant la prise en charge des délinquants sexuels

Comme tout autre délinquant, l'auteur d'un viol ou d'un outrage aux mœurs sur la personne d'un adulte ou d'un mineur est considéré, jusqu'à preuve du contraire, responsable de ses actes ; il est donc susceptible d'être condamné et ne requiert *a priori* aucun traitement. S'il se révélait être « anormal », il serait alors irresponsable de ses actes et ne pourrait être condamné ; il devrait bénéficier d'un internement dans un hôpital psychiatrique ou dans une autre institution. En fait, et dans le domaine de la délinquance sexuelle, les choses ne sont pas aussi claires puisque la tendance actuelle est d'imposer un suivi thérapeutique aux délinquants sexuels même s'ils sont considérés comme pleinement responsables (et donc mentalement « sains »). Le suivi imposé peut être préalable ou postérieur à la sentence (que l'inculpé ou le condamné soit ou non en prison) ou post-carcéral. Ainsi, nous allons décrire les mesures légales qui s'appliquent aux délinquants sexuels responsables, et celles qui concernent les délinquants irresponsables.

a. Législations concernant les délinquants sexuels responsables

En Europe, les dispositions légales prévoyant, incitant ou imposant des soins aux délinquants sexuels responsables ne sont pas homogènes. Ainsi, l'obligation juridique de suivi thérapeutique n'existe qu'en Belgique, au Danemark, en Espagne et en France. Les autres pays de l'Union européenne n'ont pas de lois qui proposent ou imposent un traitement aux délinquants sexuels, ce qui ne signifie pas que ceux-ci ne puissent jamais suivre un traitement jugé nécessaire, au même titre que les autres délinquants. En outre, dans certaines circonstances le juge qui mène l'instruction ou qui prononce le jugement peut imposer un traitement comme conditions à certaines mesures.

- Obligation de traitement avant que ne soit prononcé le jugement :
en Belgique, en Espagne, en France, en Grande-Bretagne (Angleterre et Pays de Galles), au Luxembourg et aux Pays-Bas, le juge d'instruction peut prendre certaines mesures alternatives à la détention préventive ; il peut notamment imposer un suivi thérapeutique à l'accusé.
- Obligation de traitement après le prononcé du jugement :
la prise en charge peut être prévue dans le prononcé du jugement et remplacer la peine ou être supplétive à celle-ci ; elle peut être obligatoire et imposée au détenu comme condition de sa libération ou encore être proposée au détenu lors de sa libération sans obligation de s'y soumettre.

En Autriche, toute personne jugée « coupable et dangereuse » est orientée vers un centre spécialisé dans le traitement. La libération du délinquant dépend du juge qui peut fixer comme condition à la libération un suivi thérapeutique ambulatoire à l'unité *Franz* à Vienne. Cependant, le non-respect de cette obligation n'a guère de conséquence.

En Belgique (loi du 13 avril 1995), tout auteur d'abus sexuel à l'égard de mineurs d'âge voulant bénéficier d'une libération conditionnelle est, selon l'article 7, obligé de se soumettre à une guidance ou un traitement dont la durée est prédéterminée.

En France, une nouvelle loi (18 juin 1998) relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles prévoit l'instauration d'un suivi socio-judiciaire qui prend cours, soit à la libération du délinquant sexuel s'il a fait l'objet d'une peine privative de liberté, soit dès la condamnation en cas de peine n'impliquant pas une incarcération. Le condamné est placé sous le contrôle du juge de l'application des peines qui l'astreint à se soumettre à des mesures de contrôle, ainsi qu'à des obligations particulières fixées soit par la juridiction de jugement, soit par le juge de l'application des peines.

En Angleterre et au Pays de Galles la législation prévoit qu'un détenu purge la moitié de sa peine en prison, et l'autre moitié, s'il a une bonne conduite, *extra-muros*. Les services de probation assurent le suivi des libérés conditionnels. Ce suivi est imposé aux délinquants lors du prononcé de la peine d'emprisonnement ; le non-respect de cette condition entraîne la réincarcération. Par ailleurs, certains services de probation assurent également le traitement des délinquants sexuels qui n'ont pas encore été jugés.

Une personne condamnée à une peine de moins de trois ans, en Italie, et de trois mois, en Suède, peut bénéficier d'un décret de suspension de la peine et ainsi bénéficier d'une peine alternative qui peut être de suivre une thérapie ambulatoire ou résidentielle.

En Finlande, au Portugal et en Suède, un suivi post-carcéral est possible, mais facultatif.

Aux Pays-Bas, un suivi post-carcéral existe ; les délinquants sexuels consultent sous contrainte judiciaire lors d'une libération conditionnelle, d'une détention préventive et à partir des 6 derniers mois d'une longue peine.

En Angleterre et au Pays de Galles, en Espagne, en Finlande, en France, en Irlande, en Italie, au Portugal, en Suède et en Belgique, ce sont les services de probation qui ont la responsabilité de contrôler si le délinquant sexuel respecte bien les obligations auxquelles il est tenu, que ce soit avant ou après son incarcération.

b. Législation concernant les délinquants irresponsables

Historiquement, c'est la question de la responsabilité pénale qui a instauré, avec le code pénal français de 1810, les rapports entre psychiatrie et justice. Depuis, « la philosophie pénale est restée sur une sorte d'évidence naturelle ou culturelle partagée par tous : (...) le délinquant aliéné ne doit pas être désigné comme coupable ni donc être puni » (Conseil de l'Europe, Etude sur la responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux, Septième colloque criminologique, Strasbourg, 25-27 novembre 1985).

Ainsi, en Suède, le délinquant fou est non responsable parce qu'il est incapable de comprendre et de vouloir. Il en est de même en Italie. L'accusé est :

- un criminel « sans faute » en raison d'un trouble pathologique, en Allemagne ;
- exempté de responsabilité pour :
 - état de démence ou grave déséquilibre mental le rendant incapable du contrôle de ses actes en Belgique ;
 - aliénation mentale en Espagne ;
- non punissable :
 - en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes en France ;
 - pour un trouble mental ou un état psychopathologique en Angleterre et au Pays de Galles, etc.

Cependant, le délinquant aliéné n'est pas pour autant « libre ». En France, le sujet atteint, au moment des faits, d'un

trouble psychique ou neuropsychiatrique n'est pas pénalement responsable mais, étant toujours civilement responsable, il se voit astreint à se soumettre à l'hospitalisation ou est orienté vers un établissement pénitentiaire qui assure un suivi médico-psychologique adapté pour une durée, la plupart du temps, indéterminée.

Il en va de même dans les autres pays de l'Union où le délinquant aliéné est confié :

- aux hôpitaux psychiatriques ordinaires : en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg, au Portugal, en Suède ;
- aux hôpitaux psychiatriques pour délinquants : en Allemagne, en Angleterre et au Pays de Galles, en Autriche, au Danemark, en Espagne, en Italie;
- dans les E.D.S. (établissement de défense sociale) en Belgique et les centres T.B.S (*Terberschikkingstelling*) aux Pays-Bas.

6. Secret professionnel

Ne disposant pas d'informations sur le statut du secret professionnel en Grèce, en Irlande, en Finlande, aux Pays-Bas et en Suède, il ne sera fait état que de ce qui se pratique en Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Luxembourg, Portugal.

En Allemagne, médecins, psychiatres et psychothérapeutes sont astreints au secret professionnel. Cependant, l'article 203, récemment réformé, prévoit que les médecins, psychiatres, psychologues ou psychothérapeutes travaillant en milieu pénitentiaire doivent livrer au directeur de l'établissement pénitentiaire toute information utile pouvant aider à éviter un danger grave pour autrui.

En Autriche, à l'heure actuelle, le secret professionnel est protégé mais il est question de le limiter, comme en Allemagne.

En Belgique, le secret professionnel est assuré au délinquant. Selon le projet d' « accord de coopération entre l'Etat Fédéral et la Région Wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infraction à caractère sexuel », le thérapeute qui travaille en collaboration avec les autorités judiciaires ou les assistants de justice devrait uniquement dire si le délinquant sexuel se présente bien aux rendez-vous et à quelle fréquence les séances sont fixées. Cependant, si le thérapeute estime qu'il existe une situation présentant un risque sérieux pour des tiers et que la prise en charge n'offre pas d'issue à cette situation, il devrait en informer l'assistant de justice.

Au Danemark, le principe du secret professionnel est assuré ; néanmoins lorsqu'il y a violation d'un accord de traitement conditionnel, les intervenants sont tenus d'en informer les autorités.

En Espagne, les modalités du secret professionnel sont explicitées dans la loi du 29 octobre 1992. Si une certaine collaboration existe entre les médecins, psychiatres et psychothérapeutes et les instances judiciaires, les résultats de l'évaluation médico-psychologique et le contenu des séances thérapeutiques restent confidentiels.

En France, le médecin traitant peut informer le juge de l'application des peines ou le service de probation d'une interruption ou de difficultés survenues pendant le traitement, sans passer par le médecin coordonnateur. La fonction de ce dernier est de transmettre toute information utile (durée et fréquence du suivi, liste non exhaustive des médecins recommandés, ...) au juge d'application de la peine, au médecin traitant comme au délinquant sexuel. Dans tous les cas, le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont déliés du secret professionnel par rapport à l'autorité judiciaire.

En Italie, le principe du secret professionnel est garanti. Aucune disposition légale ne réglemente la relation entre les équipes thérapeutiques et les autorités judiciaires amenées à collaborer à la mise en œuvre d'un traitement rééducatif.

En Grande-Bretagne, la règle de la confidentialité n'est pas respectée. Un thérapeute, un officier de probation, ou un autre intervenant, peut divulguer ce qui a été dit lors d'une séance s'il considère que cela est utile à la justice ou à la victime. Dans ce cas, le délinquant sexuel est toujours préalablement mis au courant de ce que l'intervenant va communiquer.

Au Luxembourg, le patient est assuré du secret professionnel auquel est tenu son médecin, psychiatre ou psychothérapeute.

Au Portugal, le secret professionnel est garanti au délinquant, à son psychiatre et à son psychologue. Ainsi, le psychiatre ou le psychologue ne peuvent communiquer aux autorités des informations qui pourraient nuire au délinquant ou aller à l'encontre de son bien être et de ses intérêts.

-

B. Les prises en charge

1. Introduction

Les pays dont la prise en charge a été analysée sont l'Allemagne, l'Angleterre et au Pays de Galles, l'Autriche, La Belgique, Le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède. En ce qui concerne la Grèce, nous n'avons pas reçu les informations demandées.

Il existe des structures institutionnelles spécialisées dans le traitement des délinquants sexuels dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grande-Bretagne, Irlande et Pays-Bas. Par contre, en France, si des ouvrages théoriques et pratiques ont été écrits sur l'étiologie et le traitement des délinquants sexuels ou plus précisément des « agresseurs sexuels », il n'existe pas d'institutions spécialisées où ce traitement est prodigué. Cette situation prévaut aussi en Finlande, en Italie, au Luxembourg, au Portugal et en Suède.

Qu'il n'y ait pas d'institution officielle spécialisée dans le traitement des délinquants sexuels, ou reconnue officiellement comme telle, ne veut cependant pas dire que rien n'est fait pour cette catégorie de délinquants. Premièrement, en Europe, dans les milieux pénitentiaires, tout délinquant, y compris le délinquant sexuel, a le droit de bénéficier d'un suivi thérapeutique s'il en fait la demande. Deuxièmement, dans de nombreuses prisons, des suivis socio-psychologiques et thérapeutiques sont organisés pour les délinquants sexuels ; c'est le cas, notamment, en Finlande, en France, en Italie, au Portugal et en Suède. Finalement, certains centres ambulatoires dont la population tout venant compte, entre autres, des délinquants sexuels, développent une prise en charge pour ce type de sujets sans être officiellement reconnus comme centres spécialisés ; c'est le cas en Allemagne, en Belgique, en Finlande, en France, en Italie, au Portugal et en Suède.

2. Classifications des structures institutionnelles

Rappelons que dans la plupart des pays de l'Union :

- le délinquant sexuel irresponsable de ses actes est placé dans une institution psychiatrique où il reçoit des soins adaptés à son trouble mental ;
- le détenu qui décompense psychiquement ou développe un trouble mental, peut être soigné par le service psychiatrique de la prison (entre autre en Belgique, Espagne, Finlande, France, Pays-Bas, Portugal et Suède) ou être transféré dans un milieu psychiatrique le temps d'y recevoir des soins adaptés ;
- le délinquant qui en fait la demande peut, en prison, bénéficier d'une thérapie dispensée soit par un membre du personnel de la prison (Finlande, Suède), soit par un thérapeute extérieur (Allemagne, Belgique).

Nous allons répertorier pour chacun des pays de l'union européenne les structures institutionnelles qui traitent les délinquants sexuels. Nous avons choisi de classer ces structures institutionnelles selon le secteur dont elles dépendent : le milieu pénitentiaire, le milieu d'internement psychiatrique, les services ambulatoires ou résidentiels et autres. Certaines structures institutionnelles recouvrant plusieurs secteurs - un centre hospitalier comme celui d'Utrecht aux Pays-Bas se scinde en un centre TBS (secteur d'internement psychiatrique), un centre de jour et une policlinique (service ambulatoire et résidentiel) - nous serons parfois amenés à citer la même institution dans différents secteurs.

-

a. Milieux pénitentiaires

En Autriche, la prise en charge des délinquants sexuels est faite dans les unités thérapeutiques spécialisées implantées au

sein de cinq unités pénitentiaires : Stein, Graz, Garsten, Florisdorf et Vienna Mittersteig.

En Angleterre et au Pays de Galles, depuis 1991, un programme de traitement spécialisé a été instauré dans 29 prisons.

En Allemagne, les délinquants sexuels sont pris en charge dans le service de psychiatrie de la prison de *Tegel* (Berlin), dans les services médicaux et le service de psychiatrie de la forteresse du *Hoge Asberg* (Bade-Wurtemberg), dans la prison de Stadelheim (Nord-Westphalie) où dix lits viennent d'être prévus pour le traitement des délinquants sexuels.

En Espagne, les délinquants sexuels sont pris en charge dans les milieux pénitentiaires selon les modalités des programmes de traitement nord-américains.

En France, les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) des établissements pénitentiaires de Rennes et Fresnes ont développé une prise en charge adaptée à la population des délinquants sexuels.

En Finlande, le ministère de la justice a pour projet d'instaurer un programme de traitement des délinquants sexuels à la *Kuopio County Prison*.

En Irlande, depuis 1993, une section spéciale a été créée à Arbour Hill pour appliquer un programme de traitement spécialisé.

En Italie, certains centres pénitentiaires expérimentent un type d'intervention thérapeutique spécifique aux délinquants sexuels.

La Suède a un projet similaire à celui de la Finlande. Actuellement, sans disposer d'un programme de traitement proprement dit, les prisons de Kalmar et de Skogone assurent une prise en charge spécialisée de la population des délinquants sexuels.

b. Milieux d'internement psychiatrique

En Allemagne, en ce qui concerne le *Land* de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie, le centre de psychiatrie de Lippstadt-Eickelborn accueille de nombreux délinquants sexuels aux fins de traitement.

En Belgique, comme tous les autres délinquants irresponsables, les délinquants sexuels jugés irresponsables sont placés et soignés dans des établissements de défense sociale (EDS) ou dans des hôpitaux psychiatriques ordinaires.

Au Danemark, les délinquants sexuels irresponsables sont placés à l'institution psychiatrique d'Herstedvester. De plus, depuis 1997, cette institution se charge du traitement des délinquants sexuels les plus dangereux.

En Angleterre et au Pays de Galles, comme le définit le *Mental Health Act* de 1983, les délinquants sexuels reconnus irresponsables sont placés dans des services de psychiatrie pour délinquants, *Regional Forensic Units* et *Special Hospital* (Ashworth, Broadmoor et Rampton), afin de faire l'objet d'une évaluation et d'y être soignés.

Aux Pays-Bas, les délinquants sexuels jugés irresponsables de leurs actes sont placés et soignés dans les centres *Terbeschikkingstelling* (TBS).

c. Services ambulatoires ou résidentiels

En Autriche, la prise en charge ambulatoire des délinquants sexuels, notamment ceux qui, après libération, viennent du *Mittersteig*, est assurée par l'unité de traitement *Franz* (Vienne).

En Belgique, le traitement ambulatoire n'est pas le monopole de centres spécialisés que sont l'U.F.C. (*universitaire forensich centrum*), le CRASC (centre de recherche action sexo-criminologique), l'UPPL (unité pilote de psychiatrie

légale), le centre hospitalier psychiatrique « les Marronniers », le centre hospitalier universitaire de Charleroi. Il existe également d'autres structures comme des services universitaires, des centres de santé mentale ainsi que les centres SOS Famille-Enfant et « *Kind in Nood* » qui prennent en charge des délinquants sexuels.

Au Danemark, il existe trois services ambulatoires – la Clinique de Sexologie, la Clinique de Psychothérapie et le département de psychiatrie légale – et un centre hospitalier universitaire qui organisent le traitement des délinquants sexuels.

En France, certains SMPR, comme celui de Fresnes, et l'antenne pilote de psychiatrie et de psychologie légale de la Garenne Colombe assurent un suivi thérapeutique ambulatoire pour les délinquants sexuels.

En Grande-Bretagne, comme structure institutionnelle de prise en charge ambulatoire des délinquants sexuels, nous pouvons citer les *Regional Forensic Units*, les services de probation et la *Wolvercote Clinic* ainsi que des agences bénévoles comme le N.S.P.C.C. (*National Society for the Prevention of Cruelty to Children*).

Bien qu'elles ne soient pas signalées par nos experts, nous pouvons aussi citer comme structures institutionnelles : à Düsseldorf (Allemagne), le *Graf-Recke-Stiftung* ; à Milan (Italie) le *Nuevo Centro per lo Studio della Famiglia* ; à Dublin (Irlande), le *The Child Family Centre*, aux Pays-Bas, le *Central Bureau Jeugdweelzinzorg* et, en Suède, le *Riksförbundet för sexuell upplysning* (RFSU).

C. Types de traitements

Un traitement spécialisé serait un traitement « propre, particulier à une personne, à un groupe à l'exclusion des autres » ou qui serait « destiné par des caractères particuliers à l'usage exclusif d'une personne ou d'une chose ». Ceci nous amène à discuter d'une part, de la particularité du groupe des délinquants sexuels et, d'autre part, de la spécificité du traitement qui leur est proposé.

La classification juridique des délits ne correspond pas à une classification psychologique ou psychopathologique des délinquants. En terme de comportements, les déviances sexuelles (paraphilies du D.S.M. IV), dont seules certaines sont délictueuses, s'observent chez des sujets très différents - névrosés, psychotiques et pervers - dont la vie mentale et les conduites ne sont pas structurées par et autour de la paraphilie. Il en découle que les délinquants sexuels ne constituent pas un groupe homogène de sujets souffrant du même trouble et nécessitant le même type d'aide.

En ce qui concerne le traitement des délinquants sexuels, la revue de la littérature internationale révèle une forte hétérogénéité théorique et méthodologique. En effet, l'étiologie de la déviance sexuelle est encore mal connue ; elle dépend de divers facteurs internes et externes, circulaires et enchevêtrés ; son explication emprunte à diverses théories explicatives – biologique, psychanalytique, comportementale, systémique et cognitiviste – desquelles découlent des praxis thérapeutiques, plus ou moins orthodoxes.

Certains traitements se caractérisent par leur standardisation, d'autres cherchent davantage à s'adapter à la problématique de la psychopathologie, aux ressources et aux déficits de chaque sujet. Ni les uns, ni les autres ne sont l'apanage des centres officiellement reconnus comme spécialisés.

Ainsi, dans l'étude comparative des traitements qui suit :

- 1° nous allons aborder les traitements dispensés dans les institutions que nous avons déjà citées en précisant s'il s'agit d'un traitement résidentiel ou ambulatoire et s'il est volontaire ou non ;
- 2° nous présenterons la population visée ainsi qu'un tableau des critères d'exclusion-inclusion à ces traitements ;
- 3° sous forme de tableau, nous présenterons les outils d'évaluation et discuterons de leur fonction générale ;
- 4° nous décrirons certains de ces traitements et leurs objectifs.

1. Types de traitements selon les secteurs

a. Milieus pénitentiaires

- Traitement libre ou imposé

En Autriche, le traitement au *Mittersteig* est volontaire ; si le délinquant sexuel n'y adhère pas il est renvoyé en prison. En Espagne, le traitement peut être imposé par les instances judiciaires ou les autorités pénitentiaires. En France, si le délinquant sexuel n'est pas obligé de participer à un programme de traitement, on l'incite à mettre à profit le temps de détention en débutant un traitement. En Grande-Bretagne, comme en Irlande, le traitement est proposé et laissé au libre choix de l'intéressé.

- Types de traitement

En Espagne, Grande-Bretagne et Irlande, le traitement est d'orientation cognitivo-comportementale et est structuré à la façon des programmes de traitements nord-américains.

En Autriche (*Mittersteig*) et en France (SMPR), le traitement repose sur les principes de la sociothérapie et de la thérapie psychodynamique individuelle et de groupe. Par ailleurs, en France, ce type de traitement peut être associé à différentes méthodes cognitives et comportementales ainsi qu'à un traitement pharmacologique.

En Belgique, bien que le traitement proprement dit ne soit pas une mission des services psycho-sociaux, ces services pénitentiaires ont pour projet de développer une prise en charge « pré-thérapeutique » dont le but est d'amener le délinquant sexuel à accepter un suivi thérapeutique post-carcéral.

En Finlande, le traitement que le ministère de la justice a pour projet d'instaurer au sein de la *Kuopio County Prison* est un programme de traitement de type comportemental et cognitiviste. La Suède a un projet similaire, alors que des traitements spécifiques existent déjà dans les prisons de *Kalmar* (orientation systémique) et de *Skogone* (orientation psychanalytique).

b. Milieus d'internement psychiatrique

- Traitement volontaire ou imposé

En Allemagne, en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, le traitement est volontaire, c'est-à-dire que si le délinquant sexuel est placé de force, dans une de ces institutions, il n'est pas obligé de se soumettre au traitement. Néanmoins, la première étape du travail réalisé dans ces institutions est de favoriser la demande de traitement.

- Types de traitement

Dans les milieux d'internement psychiatrique, le traitement est aussi résidentiel.

En Allemagne, au centre de psychiatrie de Lippstadt-Eickelborn, le traitement bien que d'inspiration psychanalytique, associe des méthodes psychanalytiques, comportementales, cognitivistes et pharmacologiques, et fait une large place à la sociothérapie.

Au Danemark, au centre de psychiatrie d'Herstedvester, le traitement repose également sur les principes de la sociothérapie et de la thérapie individuelle et de groupe d'orientation analytique.

En Belgique, dans les EDS, la prise en charge des délinquants tend à être éclectique ; elle associe différentes méthodes psychanalytiques, comportementales, cognitivistes et pharmacologiques et effectue également un travail de couple ou de famille. L'optique des centres TBS aux Pays-Bas est semblable à celle qui est développée dans les EDS : le traitement se veut éclectique et diversifié de manière à pouvoir répondre le plus adéquatement possible aux besoins du sujet. Influencée à l'origine par le courant psychanalytique l'approche thérapeutique évolue maintenant vers des méthodes plus comportementales et cognitivistes. Ainsi, le centre TBS d'Utrecht développe une approche cognitivo-comportementale qui s'en réfère à l'*offence script* comme outil d'évaluation et thérapeutique ; le centre TBS de Gröningen met, lui aussi, l'accent thérapeutique sur l'importance de l'apprentissage des responsabilités associe une prise en charge d'orientation comportementale et une thérapie d'inspiration psychanalytique.

Nous disposons de peu d'informations sur les types de traitements proposés aux délinquants sexuels britanniques dans les services de psychiatrie réservés aux délinquants que sont les *Regional Forensic Units* et *Special Hospital* (Ashworth, Broadmoor et Rampton). Il semble qu'il y règne un esprit d'équipe pluridisciplinaire prônant l'éclectisme des méthodes thérapeutiques (psychanalytique, comportementale, systémique et cognitive).

c. Services ambulatoires et résidentiels.

- Traitement libre ou imposé

Nous avons décrit la législation concernant les délinquants sexuels responsables et les différentes dispositions légales qui prévoient, incitent ou imposent des soins aux délinquants sexuels.

Ajoutons que, si la plupart d'entre eux consultent des services ambulatoires ou résidentiels parce qu'ils y sont obligés par décision du juge d'instruction, du jugement rendu, du juge de l'application des peines, certains délinquants sexuels peuvent consulter de leur propre initiative ou sous la pression de leur médecin traitant ou de leur famille. ou.

- Services résidentiels ou ambulatoires

La *Wolvercote Clinique*, en Grande-Bretagne et le Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi sont les seules structures institutionnelles à proposer un traitement résidentiel, tous les autres centres cités étant ambulatoires.

- Types de traitement

En Autriche, la prise en charge adoptée au *Franz* est d'orientation psychanalytique.

En Belgique, le traitement *extra-muros* développé à l'U.F.C. (*Universitaire forensich centrum*) est comportemental et cognitif – il repose sur l'utilisation de l'*offence script* et sur le concept de prévention de la récidive – et y associe éventuellement un traitement pharmacologique. Le CRASC (Centre de recherche action sexo-criminologique), associe des méthodes psychodynamiques, comportementales, cognitives et pharmacologiques. A L'UPPL (Unité pilote de psychiatrie légale), au Centre Hospitalier Psychiatrique « les Marronniers », au centre hospitalier universitaire de Charleroi, au service de santé mentale du CLIPS, les traitements éclectiques associent diverses méthodes thérapeutiques : psychothérapie psychodynamique, comportementale, cognitive, transactionnelle, individuelle et en groupe.

Au Danemark, trois services ambulatoires – la clinique de sexologie, la clinique de psychothérapie et le département de psychiatrie légale – et un centre hospitalier universitaire sont d'orientation psychanalytique.

En France, les SMPR implantés au sein des prisons assurent aussi des consultations ambulatoires (sociothérapie, thérapies individuelles et de groupe d'orientation analytique, méthodes cognitives et comportementales et traitement pharmacologique). L'antenne pilote de psychiatrie et de psychologie légale de la Garenne Colombe associe des méthodes psychodynamiques, comportementales et cognitives.

En Grande-Bretagne, les services de probation et la *Wolvercote Clinic* ainsi que des associations bénévoles comme le N.S.P.C.C. (*National society for the prevention of cruelty to children*) adoptent des programmes de traitement d'orientation cognitivo-comportementale identiques, *grosso modo*, aux programmes implantés dans les prisons. Les *regional forensic units* optent pour un traitement pluridisciplinaire et éclectique.

La polyclinique d'Utrecht met l'accent sur le contrôle exercé sur le délinquant sexuel au moyen des contacts qu'il a avec son thérapeute, sa famille et les agents de probation qui l'entourent.

Tableau récapitulatif (voir page suivante).

	Allemagne	Autriche		Belgique		Danemark	Espagne	France	G-B			Irlande
Institution	P. L.	P. L.	O-P	EDS	O-P	P. L.	Pénit.	P. L.	P.	O-P	Rés	Pénit.
Type	Rés.	Rés.	Amb.	Rés.	Amb.	Rés. & amb.	Rés.	Rés.	Rés	Amb	Rés	Rés.
Cadre	Médical	Médical		Médical		Médical	Crimino.	Médical	Crimino.		Méd.	Crimino.
Equipe	Multi.	Multi.		Multi.		Multi.	Multi.	ytre, y et infirmiers	G.P	O.P	y	Service y
Vol. ou pas	Internés	Obligatoire		Internés	Obl.	Obligatoire	Volontaire	Incitation	Vol.	Obl.	Obl.	Volontaire
Approche	Psychodyn.	Psychodyn.		C-C & psychodyn.		Psychodyn.	C-C	Psychodyn.	Cognitivo- comportemental			C-C
Population	Adultes .	Adultes		Adultes & ado.		Adultes	Adultes	Adultes	Adultes & ado.			Adultes

Légende :

P.L = Psychiatrie légale

Pénit. = pénitentiaire

O-P = out-patient

EDS = établissement de défense sociale

Rés. = résidentiel

Amb. = ambulatoire

Multi. = multidisciplinaire

ytre = psychiatre

y = psychologue

C-C = cognitivo-comportemental

ado. = adolescents

obl. = obligatoire

2. Types de population et critères d'inclusion et d'exclusion aux traitements

a. Population.

- L'âge

Les structures de prise en charge des condamnés pour délinquance sexuelle s'occupent essentiellement d'adultes. Les mineurs, bien qu'auteurs d'actes sexuels délictueux, ne sont en effet pas condamnables et font l'objet de mesures non spécifiques de placement, d'éducation et de traitement édictées par le magistrat compétent. Le plus souvent le traitement est assuré par des thérapeutes habitués aux adolescents délinquants mais non spécialisés dans la prise en charge des conduites sexuelles déviantes. A notre connaissance, ce type de problème est assuré par le centre résidentiel *Graf-Recke-Stiftung* de Düsseldorf en Allemagne, le Centre de recherche action sexo-criminologique (CRASC) en Belgique, l'*Adolescent perpetrators* (Grande-Bretagne), *The Child family centre* de Dublin en Irlande, le *Central bureau jeugdweelzinzorg* (Pays-Bas) et le *Riksförbundet för Sexuell Upplysning* en Suède.

- Les types de délinquants sexuels : diagnostic psychiatrique, typologie criminologique, dangerosité

- Diagnostic

Il n'y a pas de relation étroite entre le fait de commettre un délit sexuel et l'appartenance à une catégorie diagnostique ; cela signifie qu'une typologie criminologique basée sur la nature du délit sexuel n'a rien à voir avec une classification en terme de diagnostic psychiatrique (généralement DSM IV ou CIM 10). Le diagnostic joue un rôle essentiel dans la décision de considérer qu'un inculpé est responsable ou irresponsable. Dans cette dernière éventualité, il est souvent interné (Allemagne, Belgique, Italie, Grande-Bretagne, Pays-Bas, etc.).

Par contre, si le délinquant est responsable, le diagnostic psychiatrique, quelque'il soit, n'a plus guère d'incidence, même pour certains choix thérapeutiques comme la participation à certains modules thérapeutiques centrés sur le délit (exemple : module pour pères incestueux).

- Types de délits

Nous ne possédons d'informations précises quant à la distribution des délinquants en fonction du type de délit, que pour deux institutions, l'une pénitentiaire, le Mittersteig (Autriche), l'autre hospitalière et ambulatoire, l'UFC (Belgique) :

Délinquants sexuels	Institutions	
	Mittersteig	UFC
Pédophilie	20-25%	70.5%
Exhibitionnisme	1%	15.6%
Fétichisme et Fétichisme /Transvestisme	2%	2,1%
Sadisme	20%	1,4%
Masochisme		0,3%
Autre paraphilie	52%	6,1%
Viol		4%

- Dangerosité

La dangerosité influence considérablement les mesures prises à l'égard des délinquants sexuels. Un délinquant, avant et après condamnation, pourra bénéficier de dispositions différentes (incarcération, type de prison, mesures alternatives, probation, libération conditionnelle,...) selon qu'il apparaîtra plus ou moins dangereux. Les inculpés qui

ne semblent pas ou plus dangereux constituent, avec les condamnés en fin de peine, une bonne part des consultants des centres ambulants.

- Taux de participation des sujets au traitement

Lorsqu'elle n'est pas obligatoire, la participation à un traitement est d'une fréquence très variable. Elle serait de 50 % dans les prisons de Grande-Bretagne et de 15 % à la prison de *Arbour Hill* en Irlande.

b. Critères d'exclusion-inclusion au traitement

- Milieu pénitentiaire :

En Autriche, au Mittersteig, le délinquant qui refuse les soins est reconduit en prison. Dans le cas contraire, les critères d'exclusion ou d'inclusion servent à orienter le délinquant vers une prise en charge appropriée (psychothérapie analytique *stricto sensu*, thérapie de soutien, thérapie de groupe).

Dans les milieux pénitentiaires d'Espagne, d'Angleterre, du Pays de Galles et d'Irlande, la présence de certains critères, entre autres un Q.I. faible et la présence d'une maladie mentale telle que la psychose, déterminent l'exclusion du traitement.

Les services psycho-sociaux, en Belgique, et les SMPR de Fresnes et de Rennes, en France, dont l'objectif de travail est d'inciter le délinquant sexuel à accepter une prise en charge, ne fixent pas de critères précis d'exclusion ou d'inclusion à la prise en charge.

Il n'existe pas non plus, à notre connaissance, de critères d'exclusion-inclusion aux traitements appliqués dans les prisons de Finlande et de Suède.

- Milieux d'internement psychiatrique :

Dans les milieux d'internement psychiatrique - les hôpitaux de psychiatrie ordinaires en Belgique, en Finlande, en Italie, au Luxembourg, et en Suède, les hôpitaux de psychiatrie pour délinquants en Allemagne, les EDS en Belgique, les *Regional Forensic Units* et *Special Hospital* en Grande-Bretagne, les centres TBS aux Pays-Bas ainsi que la Prison-Hôpital de S. Joao de Deus au Portugal - le seul critère que le sujet doit présenter pour pouvoir bénéficier d'un traitement est la maladie mentale.

Au Danemark, au centre de psychiatrie d'Herstedvester, seul le manque de motivation du délinquant sexuel pour le traitement est un critère d'exclusion.

- Services ambulatoires et résidentiels :

Ne disposant que de très peu d'informations précises sur les critères d'exclusion-inclusion dans les services ambulatoires et résidentiels existant en Europe, nous renvoyons au tableau de la page suivante où sont cités les critères utilisés au Franz (Autriche), au CRASC et à l'UFC (Belgique).

Le tableau ci-dessous reprend les institutions spécialisées – pénitentiaires (Autriche – *Mittersteig* - Espagne, Irlande et Grande-Bretagne), psychiatriques (Herstedvester) et services ambulatoires (*Franz*, UFC et CRASC) – pour lesquelles nous avons des informations plus précises sur les critères d'exclusion au traitement.

Critères	Autriche: Mittersteig Franz	Belgique: UFC CRASC	Danemark: Herstedvester	Espagne: Prisons	Irlande: Prisons	Grande-Bretagne: Prisons
Dénégation	- oui si la raison de la prise en charge est le trouble sexuel en lui-même - Non, si le traitement vise l'amélioration du	Oui, si la personne nie avoir un problème lié à la sexualité	Non	Non	Non	Non, si dénégalion partielle Si dénégalion totale, il participe à un groupe spécial

	trouble de la personnalité					
Faible QI	- oui pour la psychothérapie - non pour la thérapie de soutien	oui, si sévère	Non	Oui	Non	Oui (<80)
Maladie mentale	- oui pour le traitement psychodynamique - Non pour une thérapie de soutien	Oui (psychose)	Non	Oui (psychose)	Oui	Oui (psychose, traumatisme crânien..)
Risque de suicide	Non		Non	Non	Non	Oui
Parle une autre langue	Dépend de la langue		Non	Non	Non	Oui
Fait appel contre sa condamnation			Non	Non	Oui	Non
Autres		Traitement ambulatoire impossible Aucun trouble lié à la sexualité	Aucune motivation au traitement	Aucune motivation au traitement	Incapable de gérer le stress lié à la participation au groupe	Aucune motivation au traitement

La position des membres de l'équipe soignante par rapport aux critères d'exclusion dépend :

- des possibilités thérapeutiques qui peuvent être offertes : des unités spéciales comme le *Mittersteig* en Autriche et le centre de psychiatrie d'Herstedvester, où la structure des soins permet plusieurs options thérapeutiques - thérapie analytique, thérapie de soutien, thérapie de groupe et ergothérapie - selon les particularités du sujet ;
- de la « philosophie » de l'équipe : à l'UFC et au CRASC (Belgique), l'approche médico-psychologique et cognitivo-comportementale vise à éliminer les cognitions et les comportements déviants ; ce qui ne peut être réalisé, évidemment, avec un sujet qui nie avoir un comportement sexuel déviant ;
- du sujet délinquant sexuel : l'équipe soignante est-elle apte à travailler avec les déficits mentaux, les troubles psychiques, les besoins que le délinquant présente ;
- de l'incitation au traitement : là où le traitement est obligatoire, le manque de motivation n'est pas un critère d'exclusion mais bien plus un thème de travail, un objectif thérapeutique ; par contre la motivation devient un critère de sélection là où le traitement est volontaire.

3. L'évaluation et ses outils

Avant tout traitement, le délinquant sexuel est objet d'une évaluation, d'un diagnostic, qui permet, d'objectiver les déficits, les besoins et les ressources du sujet. De la sorte, il pourra être orienté vers un traitement adéquat, vers une association de thérapies adaptées ou encore vers plusieurs modules thérapeutiques.

Cette étape préalable peut, au surplus, constituer une phase de pré-thérapie : le sujet est amené sinon à reconnaître un problème et à le formuler, du moins à s'analyser, à se critiquer, à élaborer une réflexion sur lui et son acte et à faire part de ses cognitions sur lui-même, sur les autres et sur son acte.

La durée de cette phase de travail est de 6 semaines au centre de psychiatrie de Lippstadt-Eickelborn (Allemagne), au Mittersteig (Vienne), au centre national d'orientation (CNO) en France, et de 4 semaines au centre de psychiatrie d'Herstedvester (Danemark) et à la *Wolvercote Clinique* (Angleterre). Elle y est, comme à la prison de *Arbour Hill* (Irlande), à la Prison-Hôpital de S. Joao de Deus (Portugal) et dans d'autres centres en Europe, réalisée en équipe.

Par ailleurs, le diagnostic repose sur une série d'entretiens semi-structurés - afin de constituer une anamnèse du sujet et de rechercher les facteurs étiologiques et pathogéniques de la déviance sexuelle - et, comme le montre le tableau ci-dessous, d'échelles de personnalité, d'échelles et de questionnaires spécifiques à la sexualité et d'épreuves projectives.

Tableaux des outils d'évaluation utilisés dans les différents centres Européens :

Outils d'évaluation	Autriche :	Belgique :	Danemark:	Espagne :	France :	G-B :	Irlande :	Portugal :
	Mittersteig.	UFC CRASC	Herstedvest.	Prisons.	SMPR.	Prisons	Prison	Prison- Hôpital de S. Joao de Deus
MMPI	oui	oui	oui	oui		oui	oui	
MSI	oui	oui	oui	oui		oui	oui	
BUSS		oui		oui		oui	oui	
BURT		oui				oui	oui	
ATWS				oui		oui	oui	
Abel & Becker		oui				oui	oui	
Cattell 16 PF	oui							
Raven	oui	oui		oui				
TAT		oui						oui
Rors-chach	oui	oui		oui				oui
Le WAIS		oui	oui			oui		
Interview semi structuré	oui (de O. Kernberg)			oui				
Autres		- le PCL - le NEO-PIR	- le HCR - le SCID	- Rotter	- QIA-PAS			

Légende

Abel & Becker = *Cognitive scale*

ATWS = *Attitude Towards Women Scale*

BURT = *Burt Rape Myth Acceptance Scale*

BUSS = *Hostility/aggression scale*

MMPI = *Multiphasic Personality Inventory*

MSI = *Multiphasic Sex Inventory*

Q.I.A.P.A.S = Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (maintenant remodelé et disponible sous le nom de Q.I.C.P.A.A.S)

Rotter = *Rotter internal/external locus of control*

TAT = *Thematic Apperception Test*

WAIS = *Wechsler Adulte Intelligence Scale*

D. Moyens octroyés aux structures institutionnelles pour assurer la prise en charge des délinquants sexuels

Nous n'avons pas de données concernant les coûts de l'instauration d'une prise en charge spécialisée des délinquants sexuels.

E. Synthèse

L'intérêt marqué pour la prévention en matière de délinquance sexuelle est commun aux pays membres de l'Union européenne. Cependant, malgré ce souci commun, l'enquête menée révèle une grande disparité des évolutions, des actions et des moyens mis en œuvre, conséquence des contextes politiques, juridiques et thérapeutiques, propres à chacun des pays. Cette disparité ne peut être fidèlement restituée dans le cadre d'une enquête telle que celle que nous avons réalisée.

Du point de vue politico-juridique :

La notion de délinquance sexuelle recouvre des actes divers dont l'identification et la définition pénale (attentat à la pudeur, atteinte aux mœurs, atteinte sexuelle, viol sur majeur ou mineur) varient selon les pays. Varient aussi les mesures et les peines prévues pour ces délits.

Certaines de ces mesures, dans certains pays, sont spécifiques aux délinquants sexuels. Ainsi, la Belgique et la France imposent un suivi thérapeutique aux délinquants sexuels libérés, alors que dans les autres pays de l'Union européenne, une prise en charge post-carcérale est certes possible, souhaitée et favorisée, mais aucunement obligatoire.

Par ailleurs, le délinquant sexuel (pour autant qu'il soit reconnu responsable de ses actes) est soigné soit à la suite d'une mesure alternative (Belgique, Espagne, Grande-Bretagne, Luxembourg et Pays-Bas), soit parce qu'une prise en charge remplace sa peine carcérale (Allemagne, Autriche, Danemark) ou est additionnée à cette dernière (Danemark, Espagne).

Du point de vue des prises en charge :

- différentes institutions assurent la prise en charge des délinquants sexuels

Selon les pays, la prise en charge des délinquants sexuels est implantée dans différentes institutions : a) pénitentiaires, b) psychiatriques, c) services ambulatoires ou résidentiels.

a) les prisons

En Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande, un programme de traitement spécifique aux délinquants sexuels incarcérés a été instauré. Une option similaire se concrétise en Espagne, se développe aujourd'hui en Italie et est à l'état de projet en Finlande et en Suède.

En Autriche et en France, ce sont des unités de traitement spécialisées qui, à l'intérieur des prisons, incitent les délinquants sexuels à s'investir dans les soins qui leur sont adaptés.

b) les milieux d'internement psychiatriques

En Allemagne, en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, des centres, des établissements ou des hôpitaux psychiatriques (souvent réservés aux délinquants) assurent le traitement des délinquants sexuels reconnus irresponsables.

c) les services ambulatoires et résidentiels

Dans tous les pays européens cités, plus particulièrement en Autriche, en Angleterre et au Pays de Galles, en Belgique et au Danemark, un réseau de centres ou de services ambulatoires et résidentiels permet, entre autres, la prise en charge post-carcérale des délinquants sexuels libérés.

- **différentes méthodologies de prise en charge existent**

La prise en charge spécialisée des délinquants sexuels peut se concevoir de manières assez différentes. L'adjectif spécialisé peut se rapporter, a) à la population, b) au traitement

a) Population

La population des délinquants sexuels est hétérogène d'un point de vue criminologique et psychopathologique. Les sujets traités peuvent être ceux qui représentent un danger, comme en Autriche, ceux qui sont irresponsables, comme aux Pays-Bas et en Allemagne, ceux qui représentent un risque de récidive important ou sont simplement délinquants sexuels, comme en Angleterre et au Pays de Galles, en Belgique et en Irlande.

b) Traitement

Aux structures institutionnelles citées ci-dessus, ne correspond aucune praxis thérapeutique particulière. Au contraire, l'enquête montre qu'il peut exister dans ces structures, des traitements similaires ou différents relevant de méthodologies plus ou moins orthodoxes. Ainsi, le traitement d'orientation psychodynamique est usité dans les milieux pénitentiaires (Autriche), les hôpitaux ou centres de psychiatrie pour délinquants (Allemagne, Danemark) et dans les cabinets privés de certains psychothérapeutes (Allemagne, Belgique). Le traitement s'associe souvent à d'autres méthodes (médicales, comportementale, systémique et cognitive) mais n'en perd pas pour autant sa spécificité qui est de rechercher, avec le délinquant sexuel, le sens et la fonction du symptôme dans l'économie psychique particulière.

Les programmes de traitement cognitivo-comportementaux ont pour but : l'élimination du comportement déviant ainsi que des distorsions cognitives qui le sous tendent. Ils sont appliqués de manière très orthodoxe en prison (Angleterre, Pays de Galles, Irlande), mais aussi dans la plupart des centres TBS (Pays-Bas), où ils sont associés à d'autres thérapeutiques – médicale et psychodynamique individuelle ou de groupe –, et dans les services ambulatoires (Belgique, Pays-Bas).

Enfin, comme c'est le cas de certaines prisons (Italie), SMPR (France), *Special Hospital* (Grande-Bretagne), EDS (Belgique) et services ambulatoires (Belgique), le traitement des délinquants sexuels peut aussi se concevoir comme une association de différentes méthodes - psychanalytique, comportementaliste, systémique et cognitiviste – réalisée par un travail multidisciplinaire.

[1] Etude réalisée avec le soutien du programme STOP de la commission européenne et du ministère de la justice belge.

[2] Service de psychologie clinique, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Liège

[3] Au pénal, les délinquants sexuels peuvent être condamnés à une amende qu'il ne faut pas confondre avec les dommages et intérêts qui peuvent lui être réclamés au civil.