

Réalisation d'une cartographie à l'établissement de défense sociale de Paifve et au sein des établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Mons, Jamioulx, Forest et Berkendael, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins pour internés.

Convention PSY/VL/internement/Isosl/EDSPaifve/Recherche/2013

Résumé

Géraldine Litran, Carolina Palma, Marisol Castano, Marie Duchesne,

Septembre 2016

Réalisation d'une cartographie à l'établissement de défense sociale de Paifve et au sein des établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Mons, Jamioulx, Forest et Berkendael, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins pour internés.

Composition de l'équipe :

- Litran Géraldine, chercheuse criminologue et coordinatrice de l'ERCI ;
- Palma Carolina, chercheuse psychologue ;
- Castano Marisol, chercheuse psychologue ;
- Duchesne Marie, secrétaire administrative.

Composition du comité d'accompagnement et de suivi :

Pour le SPF Justice,

- Berrendorf Marie-Françoise, conseillère générale DGEPI ;
- Cuvelier Hélène, coordinatrice circuit de soins de santé externe internés ;
- Giaux Dominique, coordinatrice circuit de soins de santé externe internés ;
- Vanhout Werner, conseiller général DGEPI.

Pour le SPF Santé,

- Lefebvre Vincent, attaché à la cellule des soins de santé psychosociaux du SPF santé publique ;
- Macquet Donatien, adjoint au coordinateur fédéral à la réforme des soins en santé mentale ;
- Steenbergen Mathilde, attachée au cabinet de madame la ministre De Block.

Composition du comité scientifique :

- Bergmans Véronique, psychologue, directrice à l'EDS de Paifve, assesseur suppléant au tribunal d'application des peines pour le ressort de la Cour d'appel de Liège ;
- Dailliet Alexandre, psychiatre SPS à l'EP de Jamioulx, l'EP de Mons et l'EP de Namur ;
- Englebert Jérôme, psychologue SPS à l'EDS de Paifve et professeur à l'Université de Liège ;
- Jeandarme Ingeborg, psychiatre, coordinatrice du centre de psychiatrie légale de Rekem ;
- Leblanc Patrick, psychiatre SPS à l'EDS de Paifve ;
- Pham Thierry, psychologue, directeur du CRDS (centre de recherche en défense sociale) et professeur à l'Université de Mons ;
- Seron Vincent, criminologue et professeur à l'Université de Liège ;
- Verelst Rudy, psychiatre, coordinateur des psychiatres SPS et médecin référent à l'administration centrale du SPF justice pour le SSSP.

Introduction

La loi de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels du 1^{er} juillet 1964¹, modifiant la loi du 9 avril 1930, prévoit que les "déments", les "déséquilibrés", les "débiles mentaux" et les "récidivistes" soient mis en observation psychiatrique afin d'y être traités dans des établissements spéciaux. Elle prévoit également que cette mesure d'internement ne puisse être levée que lorsque l'état mental de l'interné s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies, et ce sans délai temporel précis (article 18 de la loi du 1^{er} juillet 1964). À cette époque, cette loi introduit une distinction entre les délinquants "normaux" et les délinquants "anormaux", nécessitant des soins.

La mesure d'internement à durée indéterminée vise d'une part à protéger la société, et d'autre part, à dispenser à l'interné des soins requis par son état, dans une structure adaptée, en vue de sa réinsertion dans la société (objectif sécuritaire et objectif de soins).

Le traitement plutôt médiocre des internés en Belgique a été souvent dénoncé. Les avertissements répétés du Comité européen pour la prévention de la torture ont incité l'état belge à accorder une priorité au traitement de cette population particulièrement fragilisée.

Depuis peu, une humanisation de la procédure relative à l'internement a tendance à se développer, notamment avec la mise en application de la nouvelle loi relative à l'internement des personnes (loi du 5 mai 2014, non entrée en vigueur à ce jour) qui accorde une place centrale aux soins. Outre ce traitement plus "humain", une attention particulière est portée à la sortie des internés des prisons où ils n'ont nullement leur place. Dès lors, cette réinsertion doit s'inscrire dans le développement d'un circuit de soins dans lequel les internés pourront s'intégrer.

En parallèle, le plan pluriannuel du gouvernement fédéral (2009)², en ce qui concerne les internés, vise à ce que les séjours dans les établissements fermés soient les plus courts possibles, notamment pour éviter la surpopulation.

L'objectif de ce plan est de donner des soins adéquats aux internés notamment en les faisant sortir des établissements pénitentiaires avec une volonté d'intégration sociale optimale.

Le plan pluriannuel s'intègre au modèle de la réforme des soins en santé mentale, actuellement en phase d'implémentation en Belgique (Projet 107).

Le plan pluriannuel comprend :

- La mise en place des coordinateurs TSI (trajet de soins internés, SPF santé publique) et des coordinateurs CSEI (circuit de soins externe internés, SPF justice) ;
- L'implémentation d'une équipe mobile TSI par cour d'appel ;

¹ La loi du 1er juillet 1964 va être remplacée prochainement par la loi du 5 mai 2014 qui doit entrer en vigueur le 1er octobre 2016.

² Groupe de réflexion "soins et détention" (2014). *Mémoire : Vers des soins de santé à part entière pour les détenus et les internés en Belgique.*

- La réalisation d'une cartographie du profil de la population internée ;
- La réalisation d'une cartographie de l'offre de soins et des partenaires ;
- L'attribution de moyens complémentaires pour des projets à destination des internés et respectant les lignes directrices du plan ;
- La construction, l'élaboration et la formalisation d'un réseau de partenaires.

Chaque étape de la trajectoire d'internement implique l'intervention de différents acteurs tant dans le domaine de la justice (commissions de défense sociale, services psycho-sociaux, services soins de santé en prison, maisons de justice), que dans le domaine de la santé (circuits de soins médico-légaux et réguliers).

La population internée en milieu carcéral reste à ce jour peu connue. En effet, peu de données objectives existent sur le profil de ces patients qui représentent pourtant 10 % de la population carcérale belge.

Les internés séjournant dans les établissements pénitentiaires et à l'établissement de défense sociale de Paifve avaient quant à eux déjà fait l'objet d'un recensement national³, mais pas d'une étude approfondie systématique. Il existe également des initiatives de recherches (citons le centre de recherche en défense sociale de Tournai⁴ et le centre de psychiatrie légale de Rekem⁵) portant sur des internés séjournant dans des hôpitaux ou des sections de défense sociale dans des hôpitaux subventionnés par le SPF santé publique.

Cette méconnaissance de la population internée et incarcérée empêche d'avoir une vision globale des besoins nécessaires à la prise en charge de ces personnes dans le circuit carcéral, mais également dans le circuit de soins externe qui devrait poursuivre leur accompagnement lorsqu'ils quittent le milieu sécuritaire.

Dès lors, l'élaboration d'un circuit de soins cohérent pour les internés nécessite une meilleure connaissance de leur profil à travers l'analyse de données diagnostiques, criminologiques et sociales.

Afin d'opérer des choix politiques pertinents pour ce public cible, il convient de déterminer, de la manière la plus optimale, les besoins en matière de soins et de sécurité les concernant.

Suite à l'émergence d'une série de questions concernant les caractéristiques de la population internée, l'équipe de recherche cartographie des internés (ERCI) a vu le jour en juin 2013 pour récolter, analyser et interpréter ces données, pour une durée de trois ans, dans le cadre d'une convention conjointe entre le SPF santé publique et le SPF justice (DGEPI). L'ERCI est également dans la continuité d'une initiative de la direction de l'EDS de Paifve (en collaboration avec différents services de l'établissement), souhaitant étudier sa population.

³ Cosyns (mai 2005). *Groupe de travail Circuit de soins Psychiatrie Légale : rapport de synthèse* et Cosyns et al. (2008). *Les internés en Belgique : les chiffres*.

⁴ www.crds.be

⁵ www.opzcrekem.be

Objectifs de l'équipe de recherche cartographie des internés (ERCI)

L'ERCI est mandatée par un contrat de collaboration entre le SPF justice (DGEPI) et le SPF santé publique, pour une durée de trois ans (du 1^{er} juin 2013 au 31 mai 2016) :

Convention PSY/VL/internement/Isosl/EDSPAifve/Recherche/2013.

Vision et mission

Vision de l'ERCI

- Améliorer la trajectoire des soins de santé des internés ;
- Faire bénéficier aux internés de soins équivalents à ceux dispensés dans le réseau de soins externe ;
- Réduire les durées de séjour à l'établissement de défense sociale de Paifve et dans les annexes psychiatriques ;
- Traiter les internés dont le profil en termes de dangerosité et de besoins en soins est compatible avec le circuit de soins régulier, en dehors de l'établissement de défense sociale de Paifve et des annexes psychiatriques.

Mission de l'ERCI (manière particulière dont l'ERCI va chercher à contribuer à la vision)

Celle-ci pourrait être synthétisée en trois grands points. Ceux-ci apparaissent dans la convention de recherche et ont été validés par le comité d'accompagnement et de suivi.

- Effectuer une cartographie des internés de l'EDS de Paifve et des établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Forest, Berkendael, Mons et Jamioulx afin de mieux connaître le public cible ;
- Définir les priorités en matière de programmes de soins dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins pour internés (formuler des recommandations en termes de besoins en soins afin d'intégrer le public cible dans les projets de soins réguliers développés par le SPF santé publique ;
- Apporter un éclairage sur la classification des internés en fonction de leur dangerosité et sur les notions de "high", "low" et "medium risk".

Le souhait commun du SPF santé publique et du SPF justice est de mieux connaître le profil des internés présents dans les établissements étudiés sur base de cinq grands axes de recherche :

- Les données sociales (situation administrative et familiale, milieu de vie, antécédents psychiatriques, situation financière et professionnelle,...) ;
- Les données psychiatriques et de personnalité ;
- Les données criminologiques (faits, parcours de détention,...) ;
- Les données psychologiques ;
- Les données liées à l'autonomie des patients.

De manière plus précise, les données récoltées par l'ERCI devront également permettre de répondre à certaines questions dont celles relatives au niveau de risque représenté par les internés, leurs besoins en matière de prise en charge, les groupes les plus représentés en annexes ou en EDS. Elles permettront enfin d'obtenir un éclairage sur leurs parcours.

Première partie : élaboration de la recherche

Population de l'étude

La présente cartographie porte sur les internés présents dans les établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Mons, Jamioulx, Forest, Berkendael et de l'établissement de défense sociale de Paifve.

Elle reprend les patients séjournant dans les établissements mentionnés ci-dessus sur base d'une **décision d'internement** prononcée par les juridictions d'instruction (*ordonnance*) ou de fond (*jugement*).

Les condamnés, à l'égard de qui une décision d'internement sur base de l'article 21 de la loi du 1^{er} juillet 1964 a été prise, sont également repris dans notre population d'étude. Il s'agit de décisions prises par le ministre de la justice, à l'encontre d'un condamné présentant des signes de décompensation psychiatrique en cours d'incarcération. Ces personnes sont considérées comme internées tant que la décision d'application de l'article 21 n'a pas été levée par le ministre de la justice, sur avis favorable de la CDS. Si la mesure se prolonge au-delà de leur date de la fin de peine (initialement prévue par la condamnation), ces personnes tombent sous le seul régime de l'internement et du caractère indéterminé de celui-ci.

Détermination des variables

L'ERCI a tenu compte des axes de recherche prévus par la convention, et les a organisés en huit thématiques :

- Les données administratives ;
- Les données sociales ;
- Les données liées au parcours d'internement ;
- Les données criminologiques ;
- Les données psychiatriques ;
- Les données psychologiques ;
- Les données liées au projet de réinsertion ;
- Les données liées à l'autonomie.

Détermination des sources

Plusieurs sources ont été exploitées pour récolter les données de la cartographie ERCI. Nous pouvons les scinder en deux grandes catégories, les sources "officielles" (documents officiels, bases de données du SPF justice) et les intervenants de terrain travaillant au quotidien avec les internés.

- Sources officielles :
 - Sidis Greffe et Sidis suite
 - Expertise psychiatrique d'entrée
 - Fiche écrou
 - Jugement ou ordonnance d'internement
 - Décision de la commission de défense sociale
 - ACCESS prison
- Intervenants de terrain :
 - Équipes SPS
 - Assistants sociaux
 - Psychologues
 - Psychiatres
 - Équipes SSSP

Dans le but d'impliquer au maximum les intervenants de terrain à la recherche, de nombreuses rencontres ont eu lieu afin de discuter des variables et des questionnaires. Dans un souci de collaboration efficace et optimale, des rencontres ont également eu lieu avec les services centraux de la DGEPI.

La base de données

La constitution d'un outil d'encodage a été réalisée dès le début de la recherche afin de permettre à l'ERCI d'effectuer des photographies du public interné à différents moments et de stocker les données récoltées.

Cette base de données a été créée en utilisant le programme informatique "Microsoft Access 2010".

Méthodologie

Première cartographie - 2014/2015

Population d'étude

Critères d'inclusion :

Pour définir la population d'étude, l'ERCI a demandé une extraction SIDIS au service informatique central (ICT) de la DGEPI ciblant les personnes séjournant dans les établissements de Lantin, Namur, Mons, Jamioux, Forest, Berkendael et Paifve, dont la situation légale principale est "interné" ou "article 21".

Les critères de sélection pour l'extraction SIDIS-suite sont les suivants :

- tous les internés **définitifs** relevant de la loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964, quelle que soit leur situation légale, "**interné**" ou "**article 21**" (condamné faisant l'objet d'une mesure d'internement) ;
- tous les internés séjournant dans les établissements EPI à Bruxelles et en Wallonie : **Berkendael, Forest, Jamioulx, Lantin, Mons, Namur, et Paifve** ; de même, les internés **en congé ou en sortie** le jour de l'extraction.

Les internés non définitifs, mis en observation, libérés à l'essai ou placés à l'extérieur (application de l'article 14) d'un des établissements susmentionnés ne sont pas repris dans l'extraction. Les internés signalés comme évadés ou comme en non-réintégration de sortie ou de congé le jour de l'extraction ne sont pas pris en compte dans l'extraction.

Les informations suivantes ont été demandées :

- Le numéro de détenu (code à 12 chiffres)
- Le nom
- Les prénoms
- La date de naissance
- Le sexe
- La situation familiale
- La nationalité
- La situation à l'office des étrangers
- La langue nationale
- La situation légale (code SIDIS **JB02** = interné et **JB29** = art. 21)
- L'établissement (code SIDIS **26** = Berkendael, **23** = Forest, **55** = Jamioulx, **62** = Lantin, **51** = Mons, **91** = Namur, **65** = Paifve)
- La liste des mouvements extérieurs. Cette dernière donnée s'avère inexploitable car elle ne contient pas tout l'historique des mouvements pour chaque interné.

L'extraction SIDIS du 23/09/2014 a été le point de départ pour la récolte et l'encodage des données (n = 414 internés).

Critères d'exclusion :

En accord avec le comité d'accompagnement et de suivi en date du 3 novembre 2014, l'ERCI n'a pas pris en compte les internés de régime linguistique néerlandophone (n=19).

Notre population d'étude pour cette première cartographie comprend donc **395** sujets.

Cour d'appel Établissements	Art.21	Internés	Total général
Bruxelles	0	75	75
Berkendael	0	2	2
Forest	0	73	73
Liège	11	251	262
Lantin	3	31	34
Namur	0	24	24
Paifve	8	196	204
Mons	0	58	58
Jamioux	0	24	24
Mons	0	34	34
Total général	11	384	395

Matériel et procédure

Questionnaires, fiches de récolte et sources d'information

Les données ont été récoltées, d'une part, par l'équipe de recherche au moyen de **fiches de récolte** (parcours d'internement, criminologie et commission de défense sociale), et d'autre part, par les intervenants de terrain des services psycho-sociaux (SPS) et des services soins de santé en prison (SSSP) au moyen de **questionnaires** (assistants sociaux SPS, psychologues SPS, psychiatres SPS et équipes soins).

Récolte des données

Les intervenants ont eu une période de **six mois** pour compléter les différents questionnaires. La période de récolte s'est déroulée de novembre 2014 à mai 2015.

Deuxième cartographie - 2015/2016

Population d'étude

La population d'étude de cette deuxième cartographie a été définie de la même manière que pour la première, c'est-à-dire à partir d'une extraction SIDIS-Suite.

Critères d'inclusion :

Les critères d'extraction sont identiques à ceux de la première cartographie.

L'extraction SIDIS suite du 09/11/2015, transmise par le service ICT du SPF justice, a été le point de départ pour la récolte et l'encodage des données (n = 420 internés).

Critères d'exclusion :

En accord avec le comité d'accompagnement et de suivi, les internés dont le régime linguistique est néerlandophone n'ont pas été retenus (n=15).

Un interné dont la situation légale n'était pas définitive (erreur d'encodage dans SIDIS suite) a également été retiré.

Notre population d'étude pour la seconde cartographie reprend donc **404 internés**.

Cour d'appel Établissements	Art.21	Interné	Total général
Bruxelles	1	93	94
Berkendael	0	7	7
Forest	1	86	87
Liège	9	245	254
Lantin	1	33	34
Namur	0	19	19
Paifve	8	193	201
Mons	3	53	56
Jamioux	0	26	26
Mons	3	27	30
Total général	13	391	404

Parmi ces 404 internés (extraction 09/11/2015), **242** étaient présents dans la première extraction (23/9/14) et **162** ne l'étaient pas.

Matériel et procédure

Questionnaires, fiches de récolte et sources d'information

Comme lors de la première cartographie, les données ont été récoltées par l'équipe de recherche au moyen de **fiches de récolte** (parcours d'internement, criminologie et commission de défense sociale) et par les intervenants de terrain des services psycho-sociaux (SPS) et des services soins de santé en prison (SSSP) au moyen de **questionnaires** (assistants sociaux SPS, psychologues SPS, psychiatres SPS et équipes soins).

Des adaptations méthodologiques ont été apportées en fonction du groupe auquel appartenait l'interné (entrant, commun ou sortant⁶).

Les "entrants" ont été investigués avec les mêmes variables que lors de la première cartographie, à quelques exceptions près. En effet, certaines données, moins exploitables, ne seront plus récoltées.

⁶ Les "entrants" correspondent aux internés présents dans la nouvelle extraction mais qui ne l'étaient pas lors de celle du 23/09/14. Les "communs" correspondent aux internés qui étaient présents lors de la première cartographie (extraction SIDIS-Suite 23/09/14) et qui sont toujours présents dans la nouvelle extraction. Les "sortants" correspondent aux internés ne figurant plus dans la nouvelle extraction mais bien dans celle du 23/09/14.

Concernant les "communs", seules les variables susceptibles d'avoir évolué entre les deux extractions ont été actualisées.

Pour les "sortants", les placements en institution et les libérations ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie.

Récolte des données

Dans le cadre de la seconde cartographie, les intervenants ont eu une période de **six semaines** pour compléter les différents questionnaires. La période de récolte s'est étendue de début décembre 2015 à mi-janvier 2016.

Anonymisation des données

Le souci de l'anonymisation des données ayant été évoqué dès le départ par plusieurs équipes de terrain, une procédure d'anonymisation a été mise sur pied.

Celle-ci a pour objectif :

- premièrement d'offrir des garanties quant au respect du secret professionnel qui lie les intervenants de terrain aux personnes internées ;
- deuxièmement d'offrir des garanties aux personnes internées concernant la protection des données sensibles. Les intervenants concernés par cette procédure sont les psychiatres SPS, les assistants sociaux SPS, les psychologues SPS et les membres des équipes soins.

Résultats

Premier objectif : établir le profil des internés présents dans les établissements étudiés

Les résultats obtenus dans le cadre des deux cartographies réalisées par l'ERCI permettent de dresser le profil des internés présents dans les annexes psychiatriques et à l'EDS de Paifve, sur base de différentes caractéristiques (sociales, administratives, psychologiques, criminologiques, psychiatriques ...), et ainsi de répondre au premier objectif de notre convention.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence certaines particularités.

La majorité des mesures d'internement est, pour les internés de notre population, prononcée par des **juridictions d'instruction** (chambre du conseil ou chambre des mises en accusation) et non de fond.

La majorité des internés de notre échantillon a commis des faits relatifs à des **atteintes aux personnes** dont principalement des coups et blessures.

La moyenne d'âge des internés de notre population d'étude est de **41 ans**. Celle-ci est supérieure à la moyenne d'âge des détenus condamnés (37 ans⁷). Les internés les plus âgés se trouvent à l'EDS de Paifve.

Pour certains internés, **la durée de l'internement** semble plus longue que si l'interné avait encouru une peine de prison, pour le même type de délit ou crime. L'internement semble donc pour certains plus sévère, en termes de durée que la peine privative de liberté. Rappelons néanmoins que cette mesure doit tenir compte à la fois de la logique sécuritaire mais également de la logique de soins. La stabilisation mentale étant difficilement prévisible et nécessitant parfois beaucoup de temps.

Nous pouvons observer que les internés bénéficient préférentiellement de **permissions de sortie** plutôt que de congés pénitentiaires. Ce constat semble cohérent au vu de la nécessité d'avoir un lieu de séjour pour bénéficier d'un congé, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des internés. En effet, rares sont ceux qui possèdent encore un logement, et peu d'entre eux peuvent compter sur la présence de proches dans leur entourage (ce constat a été objectivé sur base de l'analyse des variables "visites effectives", "contacts avec le réseau" et "collaboration du réseau à la mise en place du projet"). Les internés séjournant à l'EDS de Paifve semblent bénéficier de plus de permissions de sorties et de congés. Ceci pourrait également être expliqué par le fait qu'à l'EDS de Paifve, des permissions de sorties à titre humanitaire sont octroyées afin "d'améliorer le quotidien" de ces personnes. De plus, des accompagnements dans le cadre de sorties sont proposés par l'équipe SSSP, alors que dans les établissements pénitentiaires, les accompagnements sont plus rares, étant donné qu'ils sont effectués par les services d'aide aux détenus ou les familles, lorsqu'elles sont présentes.

De manière globale, nous remarquons le peu de **visites** dont bénéficient les internés de notre population d'étude. En effet, les visites des proches sont plutôt rares dans les établissements étudiés, et ce d'autant plus si l'interné réside à l'EDS de Paifve. Lorsque le réseau social est présent, ce qui n'est pas fréquemment le cas, la durée de l'internement, la précarité de certaines familles ainsi que les difficultés d'accès à certains établissements ne favorisent pas le maintien de ce lien social. Selon Hirschi (1969⁸), le lien social est pourtant un facteur protecteur contre le risque de commettre des infractions. Toujours selon cet auteur, *"c'est lorsque le lien social est affaibli, voire détruit, ou lorsqu'il n'a pas pu se construire, que surviennent les probabilités de comportements délinquants"*.

Certains profils d'internés semblent avoir été occupés à **un emploi** avant leur internement de manière plus fréquente que d'autres. C'est le cas notamment des internés présentant un trouble de la personnalité. Néanmoins, près de la moitié des internés étudiés n'a jamais eu d'occupation professionnelle dans son parcours de vie. Ce constat pose la question des perspectives professionnelles dans le cadre de la mise en place d'un projet de réinsertion. Des exigences en termes d'occupations et de revenus sont imposées actuellement par les CDS, et le seront à l'avenir par les chambres de protection sociale, mais comment répondre à celles-ci de manière adaptée au vu de ce constat? Les chances pour un interné d'intégrer le monde du travail sont d'autant plus minces si, au manque d'expérience professionnelle, on ajoute un trouble mental, ou encore des antécédents judiciaires.

⁷ Service informatique central DGEPI, *communication personnelle*, mars 2016.

⁸ Hirschi (1969). *Causes of Delinquency*.

En termes **éducatifs**, au minimum 12% de notre population d'étude présente au moins une difficulté dans les domaines de l'écriture, la lecture ou du calcul. Ce constat pourrait engendrer des difficultés dans l'autonomisation de ces internés en dehors du cadre institutionnel.

La difficulté de **prendre soin de ses affaires, de soi, ou de son lieu de vie** apparaît également dans 28% des situations des internés de notre population d'étude. Soulignons que cet aspect peut découler de certains symptômes de la maladie mentale, et peut donc être plus fréquent dans une population psychiatriquée et peut-être peu stimulée par leur environnement.

Les **diagnostics** les plus représentés dans notre population d'étude (diagnostic principal pour l'ensemble de l'échantillon - n=405) sont les troubles psychotiques (47,3%), et plus particulièrement les schizophrénies de type paranoïde ; le retard mental (20,2%) et les troubles de la personnalité (11,6%).

Concernant les troubles psychotiques, c'est également ce diagnostic que l'on retrouve le plus fréquemment dans les expertises judiciaires. Soulignons que, pour 22% de notre population, ce diagnostic de troubles psychotiques a été posé comme diagnostic unique.

65% des internés de notre échantillon ont reçu des diagnostics multiples. Les deux diagnostics qui reviennent le plus souvent en cas de comorbidité multiple sont les troubles liés à une substance (53,8%) et les troubles de la personnalité (36,34%).

La **consommation** en détention (au moins 21%) pose également des difficultés de gestion en interne dans les établissements concernés. Cette problématique est source de difficultés dans le cadre de la réinsertion de ces patients et est souvent un frein à l'acceptation des internés dans une institution extérieure. De plus, les institutions de prise en charge de doubles diagnostics dans le réseau de soins externe ne proposent que peu de disponibilités.

Notons que la consommation de substances illicites ou d'alcool fait partie des raisons de réintégration les plus fréquemment citées, elles concernent un cinquième des réintégrations. Ajoutons que cette consommation peut également être un facteur qui favorise la perpétration de nouveaux faits délictueux. Sur un terrain déjà fragile, elle peut être un élément déclencheur du passage à l'acte. Par ailleurs, cette consommation apparaît fréquemment dans un contexte de pathologies psychotiques.

Soulignons également que 42% de notre population d'étude ne prennent part à aucune activité organisée en détention. Bien que l'ERCI n'ait pas évalué l'offre proposée, elle voudrait attirer l'attention sur l'importance de l'occupation du temps de détention comme facteur protecteur envers des comportements de toxicomanie (voir par exemple le Rapport 2008 sur l'usage des drogues dans les prisons belges : monitoring des risques sanitaires, SPF justice).

Selon les équipes SSSP, un tiers des internés de notre population d'étude souffre également **d'affections médicales** parallèlement à leurs troubles mentaux. Ces affections peuvent nécessiter des soins infirmiers particuliers et sont parfois mis à mal dans une structure non hospitalière où la présence d'un médecin généraliste est bien souvent insuffisante.

Enfin, le nombre d'internés n'ayant pas droit au séjour en Belgique est de 40 ce qui représente 7% de notre population d'étude. Ces derniers se trouvent dans une impasse quant à la mise en place d'un

projet de réinsertion. Ces internés, dont les démarches prennent plusieurs années et aboutissent rarement à une régularisation, restent dans les établissements pénitentiaires ou l'établissement de défense sociale de Paifve sans possibilité de sortir de leur situation. Ils sont dans une impasse administrative dont la durée est indéterminée. La majorité d'entre eux se trouve à l'EDS de Paifve, avec peu voire pas de perspective de sortie. Les pistes de réinsertion pour ces internés sont dès lors limitées mais pour des raisons qui ne sont pas toujours liées au niveau de risque et à la dangerosité qu'ils représentent.

Deuxième objectif : formuler des recommandations en termes de besoins en soins afin d'intégrer le public cible dans des projets de soins réguliers développés par le SPF santé publique

Les projets de réinsertion⁹

Nous accordons une attention particulière à différentes variables dans le but de mettre en évidence les caractéristiques des internés qui sortent des établissements pénitentiaires ou de l'EDS de Paifve pour regagner le **circuit de soins externe**. Nous n'avons malheureusement pas de regard sur les internés qui se trouvent en dehors des établissements EPI. Ces données pourraient venir enrichir nos observations.

Pour rappel, à ce jour ce sont toujours les commissions de défense sociale qui décident du lieu où l'interné, libéré à l'essai ou placé en article 14, va séjourner.

Lors de la première désignation, les choix de placement s'établissent soit parmi l'établissement de défense sociale organisé par l'autorité fédérale, soit parmi les établissements organisés par les communautés, les régions ou des institutions privées.

Une fois l'**état mental** de l'interné suffisamment amélioré, et les conditions de sa **réinsertion** réunies, les CDS peuvent octroyer une libération à l'essai ou un placement en institution. Ces deux mesures peuvent être octroyées sous différentes modalités : l'interné peut être libéré en autonomie dans un domicile privé ou dans un cadre institutionnel, hospitalier ou non. Quant au placement en article 14, il ne concerne que des institutions (hospitalières ou non). Les frais encourus par ce type de placement sont à charge du SPF justice. La logique diffère dans le cadre des libérations à l'essai, l'interné recouvrant ses différents droits à diverses allocations, les frais sont à sa charge.

Projet de réinsertion des internés "sortants"

Analysons de plus près les résultats qui concernent le groupe que nous avons nommé les "**sortants**". Pour rappel, il s'agit des internés présents dans notre première extraction mais qui l'ont quittée entre le 23.09.14 et le 09.11.15 (date de notre seconde extraction). Ces derniers (N=153) ne font plus partie de la population de la deuxième cartographie pour diverses raisons (placements en institution, libérations, décès,...).

⁹ Les projets de réinsertion reprennent les libérations à l'essai et placements en institution dont ont pu bénéficier les internés.

138 internés ont réellement quitté les établissements pénitentiaires, ce qui représente 34% de la population de la première cartographie.

Un peu plus de la moitié d'entre eux (72) a bénéficié d'un **placement** (application de l'article 14) dont une majorité (61/72) a eu lieu dans une section de défense sociale non EPI (centre régional de soins psychiatriques "Les Marronniers" à Tournai et centre hospitalier psychiatrique "Le Chêne aux Haies" de Mons). Pour les autres (11/72), **8** placements ont eu lieu dans une structure hospitalière (dont 1 dans un service medium risk et 1 dans une maison de soins psychiatriques (MSP)), **1** en maison de repos, **1** dans un service dépendant de l'AWIPH, et **1** dans une structure non agréée.

Quant aux **libérations à l'essai** (59), **19** se sont déroulées en autonomie (retour au domicile familial ou seul), **32** internés ont été libérés dans une structure hospitalière, dont une minorité dans des structures medium risk (n = 7). **7** internés ont été libérés à l'essai dans une structure résidentielle (5 dans des structures d'accueil pour adultes, 1 dans une maison de repos et de soins, 1 dans une initiative d'habitation protégée). **1** interné a été libéré à l'essai dans une communauté thérapeutique.

Nous dénombrons également, parmi ces 138 internés "sortants", **7 libérations définitives**.

Ces quelques chiffres démontrent que les internés sont principalement réinsérés dans des structures de prise en charge hospitalières plutôt qu'en autonomie. Les besoins de "lits" dans ces structures semblent donc nécessaires pour la majorité des internés "sortants". Selon le discours des intervenants de terrain, le nombre de places dans les structures hospitalières se développe progressivement mais ne semble pas encore suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins de prise en charge des internés. Dans notre population de "sortants", au moins 8 d'entre eux ont pu bénéficier d'un "lit medium risk" contre 32 dans une structure hospitalière "non medium risk" ou MSP.

Peu d'internés sont placés ou libérés à l'essai dans un service résidentiel dépendant de l'AWIPH (1 interné sur 141). Or, une proportion plus importante d'internés dans notre groupe de "sortants" souffre de handicap mental et pourrait s'intégrer dans ce type de structures au vu de son profil (11 sur 117 pour lesquels nous avons eu un diagnostic). Dans ce sous-groupe, 5 internés seulement bénéficient d'une reconnaissance de l'AWIPH, dont une seule pour l'accueil et l'hébergement.

Nous nous demandons également si le statut d'interné ou la commission de faits délictueux peuvent être un frein à leur intégration dans ces structures ? Un développement des collaborations avec l'AWIPH et ses institutions serait certainement bénéfique pour favoriser, à l'avenir, les prises en charge des internés présentant un profil de handicap mental.

Quant à leur profil, la majorité des internés "sortants" (64%) n'avait pas d'antécédents judiciaires. 18% d'entre eux étaient internés pour de faits sexuels. Les chiffres ne démontrent néanmoins pas de tendance particulière quant aux faits commis par les internés "sortants". Le type de délits commis ne semble pas, à lui seul, avoir une influence sur la sortie du cadre de l'internement.

Une majorité des internés de ce groupe souffre de troubles psychotiques (64 internés sur 117 pour lesquels nous avons eu un diagnostic), ce qui explique certainement le nombre d'internés nécessitant un cadre hospitalier pour leur réinsertion.

Projets de réinsertion réalisés par le passé pour l'ensemble de notre population d'étude

Nous souhaitons à présent mettre en évidence certaines réflexions concernant les libérations à l'essai et les placements (application de l'article 14) dont ont bénéficié les internés faisant partie de l'ensemble de notre population d'étude (N=557).

La libération à l'essai ou le placement (application de l'article 14) survient en moyenne après une durée de 4 ans d'internement et dure en moyenne 1,7 an.

En ce qui concerne ces internés, plus de la moitié d'entre eux (n=296) a déjà bénéficié par le passé d'une libération à l'essai ou d'un placement (application de l'article 14). **37%** des libérations ou des placements ont eu lieu en ambulatoire et **60%** dans le cadre de structures résidentielles (hospitalières pour la moitié).

Concernant les placements dans des structures non hospitalières, la majorité a eu lieu dans des maisons d'accueil pour adultes (7%) ou des structures non agréées (6%). Seulement 5% de ces internés ont été réinsérés dans des initiatives d'habitations protégées. Néanmoins, plus d'un quart des internés de notre population d'étude (28%) mettent en évidence des difficultés d'autonomie dans différentes sphères de la vie quotidienne. Dès lors, nous pouvons imaginer que la réinsertion d'internés, présentant une autonomie peu développée, est difficile dans ce type de structures qui demande une part d'autonomie importante des bénéficiaires.

Les chiffres confirment le nombre peu important de placements (application de l'article 14) ou de libérations à l'essai dans des services résidentiels pour adultes dépendant de l'AWIPH (4%). Or, si on se base sur les diagnostics reçus (N=405), un cinquième de ces internés présente un retard mental comme diagnostic principal (n=81). Nous savons que 35 de ces internés (43%) ont une reconnaissance actualisée auprès de l'AWIPH dont 15 d'entre eux pour l'accueil et l'hébergement. Ces chiffres pourraient encore être majorés si nous comptabilisions le diagnostic de déficience mentale en comorbidité.

Ce constat nous amène à plusieurs réflexions. Tout d'abord, des démarches en vue d'une reconnaissance auprès de l'AWIPH ne sont peut-être pas systématiquement réalisées par les intervenants de terrain pour les internés souffrant de handicap mental. Par ailleurs, ces structures utilisent régulièrement des listes d'attente qui sont souvent importantes. Les placements étant de très longue durée, le "turn over" est donc peu important. Enfin, dans le cadre des candidatures vers ces institutions, les internés ne semblent pas privilégiés. En effet, les infractions commises pourraient entraîner des réticences à leur prise en charge dans une structure communautaire. Nous pouvons notamment mettre en évidence une proportion importante d'infractions à caractère sexuel chez les internés atteints d'un handicap mental dans notre population globale (la délinquance sexuelle concerne 47% des internés présentant un retard mental en diagnostic principal).

Selon les intervenants de terrain, à l'heure actuelle, peu de collaborations avec les SRA (services résidentiels pour adultes relevant de l'AWIPH) sont mises en place.

Nous avons également porté notre attention sur les **réintégrations** des internés ayant bénéficié d'une mesure de libération à l'essai ou de placement en article 14. Les motifs de réintégration principalement évoqués sont : des faits de violences prenant également en compte les nouveaux faits ayant été judiciairisés (40%), des non-respects de conditions (34%), des consommations d'alcool

ou de substances illicites (20%). Les réintégrations pour cause de détérioration de l'état mental représentent 10% des motifs évoqués.

Projets de réinsertion actuels pour les internés de la seconde cartographie

Enfin, nous souhaitons mettre en évidence les types de projets qui sont actuellement initiés par les services psycho-sociaux pour les internés dans le cadre des situations où un projet est indiqué (absence de contre-indications à la mise en place d'un projet dans 28,5% des cas). Une importante proportion des projets est orientée vers des **hospitalisations psychiatriques** (43% - 49 internés concernés). 26% des projets sont orientés vers de l'**ambulatoire** (30 internés concernés). Nous observons 4% des projets orientés vers des MSP (5 internés concernés) et 3,5% vers des lits medium risk (4 internés concernés).

Rappelons que les diagnostics principaux relevés dans notre population d'étude sont des schizophrénies et autres troubles psychotiques (52 %), ainsi que des retards mentaux (20 %). C'est donc le réseau **institutionnel** qui sera le plus sollicité pour la réinsertion de ces internés, et plus particulièrement la filière de prise en charge psychiatrique. Les troubles dont sont atteintes ces personnes nécessitent, dans une grande proportion, un encadrement et des soins hospitaliers.

La prise en charge institutionnelle nécessaire devra pour beaucoup se prolonger sur plusieurs années, au-delà des normes temporelles proposées actuellement pour les hospitalisations dans des services de lits psychiatriques "classiques". Cette observation pourrait aller à l'encontre des projets menés suite à la "réforme 107", qui encouragent plutôt une prise en charge de type ambulatoire, dans le milieu de vie. Ce type d'hospitalisations se situe dans la lignée de la fonction 4 et 5 de ladite réforme ("intensifier les soins résidentiels spécialisés" et "habitats spécifiques").

Enfin, si nous consultons les chiffres mis en évidence par les coordinateurs TSI et CSEI concernant les disponibilités du réseau de soins pour la prise en charge des internés dans l'ensemble de la partie francophone du pays et à Bruxelles, il nous semble que la proportion de places dans des services hospitaliers est en augmentation.

En effet, pour Bruxelles et le Brabant Wallon nous pouvons comptabiliser à ce jour **32** lits en hospitaliers et **16** lits en MSP dans 4 structures hospitalières différentes¹⁰. D'autres structures sont également concernées en région Liégeoise (**42** lits hospitaliers et MSP), à Namur (**50** lits hospitaliers et MSP) et au Luxembourg (**10** places dans une structure hospitalière)¹¹. Nous pouvons comptabiliser **19** lits en hospitaliers et **37** places en MSP dans le Hainaut¹². Dans cette région, des places sont également disponibles pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel dans un service du CRP les Marronniers à Tournai ("Les Épicéas").

De manière générale, précisons que ces places sont disponibles à la fois pour les internés, susceptibles de bénéficier d'une libération à l'essai ou d'un placement, présents dans les établissements étudiés, mais également ceux présents dans les sections de défense sociale des deux autres établissements non EPI (CRP Tournai et CHP Mons).

¹⁰ V. Eeman, *Projets spécifiques des internés : Cour d'Appel de Bruxelles*. Communication personnelle, mars, 2016.

¹¹ H. Cuvelier et B. Ory, *Trajet de soins internés : cadastre du réseau pour le ressort de la Cour d'Appel de Liège*. Communication personnelle, février, 2014.

¹² P.-J. Cornu et D. Giaux (2015). *Dispositif du trajet de soins pour internés : Cour d'Appel de Mons*.

Malgré une plus grande disponibilité du réseau de soins, le discours, souvent mis en avant par les intervenants SPS, indique des difficultés de réinsertion pour les internés.

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses par rapport à ce constat :

Premièrement, les conditions d'admission peuvent parfois paraître trop exigeantes. Par exemple, en termes de compliance au traitement ou de reconnaissance de la pathologie mentale, une faible proportion des internés peut s'en prévaloir. Près de 70 % de notre population d'étude ne présentent pas de conscience morbide, or celle-ci fait partie du tableau clinique pour une grande partie de nos internés souffrant de troubles psychotiques. La motivation à intégrer un cadre hospitalier peut également faire défaut chez l'interné qui ne se reconnaît pas comme souffrant d'un trouble mental, et qui se présente alors peu motivé dans le processus de candidature.

Par ailleurs, au niveau organisationnel, les institutions hospitalières sont assez exigeantes en termes d'occupations. Souvent, elles exigent que le temps soit mis à profit pour s'occuper de manière structurée. Or, les internés des annexes et de l'EDS de Paifve sont sollicités de manière moins intensive. Ils sont peu habitués à une structuration des journées aussi importante, le temps de l'institution étant prédominant. L'oisiveté est souvent présente, dès lors les institutions peuvent être réticentes à accueillir des internés qui pourront difficilement s'adapter à un rythme journalier plus soutenu. Un renforcement des équipes soins dans le cadre carcéral pourrait dès lors favoriser la préparation des internés vers la sortie, et faciliter leur intégration dans les institutions externes. Une collaboration plus accrue pourrait également être valorisée entre les intervenants soins en interne et en externe afin de trouver un compromis en termes d'objectifs à atteindre pour l'interné, et ce afin de favoriser sa sortie de manière cohérente.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que le profil diagnostique complexe des internés peut ne pas encourager leur prise en charge dans les institutions externes. Les chiffres mettent en évidence une comorbidité présente dans une majorité de situations (65%). La consommation de substances psychoactives ou les troubles de la personnalité étant souvent présents en parallèle d'un trouble psychotique ou d'un retard mental. Dès lors, ces internés sont difficilement acceptés dans des structures dont les modules de soins proposés ne prennent en charge qu'un ou l'autre de leurs troubles.

Des structures de prise en charge de doubles diagnostics ouvrent progressivement leurs portes aux internés, notamment les internés présentant à la fois une psychose et une dépendance aux substances ou une déficience mentale associée à un autre trouble. Cependant, peu de services sont dédiés à ce type de profils. Rappelons également que certains internés cumulent trois voire quatre diagnostics différents.

Les intervenants de terrain verbalisent les difficultés de réinsertion engendrées par cette problématique de comorbidité. L'importante hétérogénéité de la population internée nécessite, selon eux, la mise en place de trajets de soins spécifiques.

Soulignons que l'analyse des projets de réinsertion pour l'ensemble des internés des deux cartographies met en évidence un "turn over" important. En effet, une proportion importante d'internés a bénéficié par le passé d'un projet de réinsertion ayant échoué. Ce "turn over" est d'autant plus important dans les annexes psychiatriques.

Les internés présents dans les annexes et plus difficilement "réinsérables", pour qui il existe des contre-indications à la mise en place d'un projet, attendent leur transfert pour l'EDS. Ils représentent 50% de la population des annexes. Pour certains, des moyens de lever ces contre-indications sont envisageables. Par contre, pour 15% des internés des annexes, aucun moyen n'est envisageable actuellement. Certains vont parfois y séjourner de longues années avant de voir leur situation évoluer et ce pour de multiples raisons : complexité de leur problématique, difficulté de stabilisation de la maladie mentale, manque de places dans le réseau de soins externe,...

On constate également que les personnes n'ayant jamais bénéficié d'un projet de réinsertion au cours de leur internement se trouvent à Paifve.

Quelques recommandations

Recommandations au niveau du réseau de soins externe :

- Développer les lits hospitaliers afin de favoriser la réinsertion des internés présentant des problématiques psychiatriques, dont la prise en charge ne peut se faire qu'en milieu hospitalier. Au vu de l'isolement social de certains internés, peu de possibilités de réinsertion sont possibles en dehors d'un cadre hospitalier ;
- Proposer des durées de séjour plus longues dans les structures hospitalières. Les lits en MSP pourraient palier à une durée de séjour souvent trop courte dans les services hospitaliers. Une augmentation des lits dans ces structures serait donc nécessaire ;
- Augmenter l'offre du réseau externe concernant la prise en charge des doubles diagnostics de dépendance et psychose ;
- Les problématiques liées à la dépendance étant fort représentées dans notre population, elles devraient faire l'objet d'une attention particulière ;
- Soutenir le développement des équipes mobiles qui pourraient être un maillon intermédiaire entre l'intra-pénitentiaire et l'extra-pénitentiaire. Ces équipes pourraient être un élément rassurant pour les internés, leur famille, ou les institutions lorsqu'une libération a lieu. La présence de ces équipes pourrait permettre un accompagnement régulier du projet de réinsertion mais également encourager la mise en place d'alternatives aux réintégrations.
- Développer la mise en place de centres de loisirs occupationnels pour les internés qui peuvent difficilement s'intégrer dans le monde du travail ou de la formation. De plus, la structuration des journées permet d'éviter l'oisiveté pouvant conduire à l'apparition de comportements inadéquats ;
- Proposer des alternatives aux réintégrations fréquentes via l'implication des équipes mobiles. Un retour dans le milieu carcéral n'étant pas toujours une solution adaptée car elle engendre une institutionnalisation et ne favorise pas la continuité des soins. Il est nécessaire de garder à l'esprit que les internés réintégrés d'une **libération à l'essai** sont écroués d'office à l'annexe psychiatrique, et perdent dès lors leur place sur la liste d'attente vers l'EDS de Paifve ou la section de défense sociale du centre régional de soins psychiatriques de Tournai. La question des motifs de réintégration et leur gestion devrait être au centre des débats en impliquant tous les acteurs concernés.

Recommandations au SPF justice :

- Renforcer les équipes soins des annexes psychiatriques et de l'établissement de défense sociale de Paifve afin, à la fois, de garantir une prise en charge efficace et adaptée des

internés et de favoriser certains apprentissages liés à leur autonomisation, mais aussi de préparer les internés à la sortie face aux exigences des institutions extérieures (promouvoir un travail de psychoéducation). Les normes d'encadrement dans le milieu hospitalier pourraient servir de référence en la matière.

- Développer la prise en charge des patients souffrant de dépendances en intra-muros : proposer des modules de prévention et de traitement avant la sortie vers un projet de réinsertion, ce qui éviterait peut-être les réintégrations pour cette raison ;
- Quand elles sont présentes, favoriser les liens avec les familles d'autant plus qu'elles peuvent être une ressource dans la mise en place d'un projet de réinsertion. Cependant, elles peuvent parfois être découragées par la lenteur du processus et du temps que peut prendre la mise en place d'un projet de réinsertion. Elles sont aussi souvent face à beaucoup d'incompréhension face à la situation de leur proche. Les tenir informées, par exemple grâce aux équipes mobiles, et empêcher la distanciation pourraient favoriser le maintien du lien social, facteur protecteur pour l'interné par rapport à l'isolement social dans lequel certains se trouvent ;
- Dans le cadre des libérations à l'essai, porter une attention particulière aux internés qui souffrent de dépendance à l'alcool ou à une substance illicite. Ces consommations, associées à certaines pathologies, peuvent favoriser de nouveaux passages à l'acte (psychose et alcool par exemple) ;

Recommandations en termes de collaboration entre le SPF justice et le réseau de soins externe :

- Favoriser les collaborations avec les institutions agréées par l'AWIPH pour les internés souffrant de handicap mental ;
- Poursuivre les collaborations entre les institutions extérieures susceptibles d'accueillir les internés et les équipes de terrain des annexes et de l'EDS dans le but de "déstigmatiser" les internés et de mieux les préparer à la réinsertion ;
- Favoriser les collaborations avec l'office des étrangers. Celles-ci permettraient d'accélérer les procédures de régularisation. Des collaborations avec les pays étrangers doivent également être développées afin de mettre en place des projets adaptés dans le cadre de retours dans les pays d'origine.

Troisième objectif : apporter un éclairage sur la classification des internés en fonction de leur dangerosité et sur les notions de "high", "low" et "medium risk".

Dangerosité et évaluation du risque

Le dernier objectif de l'ERCI, repris dans le contrat de collaboration, est d'apporter un éclairage sur la classification des internés sur base de leur degré de dangerosité et d'objectiver les notions de "high", "medium" et "low risk".

Sur base des données en sa possession, l'ERCI a souhaité distinguer, dans sa population d'étude, les internés qui pourraient sortir du cadre de l'enfermement et intégrer le circuit de soins externe, des autres qui doivent être maintenus dans un cadre sécuritaire, comme un EDS. Ces derniers correspondraient, selon nous, au groupe des "high risk", c'est-à-dire les internés qui présentent un profil de risque élevé et qui requièrent un encadrement sécuritaire. Les internés qui pourraient

intégrer le circuit de soins externe dans le cadre d'un trajet de soins adapté à leurs problématiques et à leurs fragilités, pourraient quant à eux faire partie des deux autres groupes, "low" et "medium risk".

Afin d'alimenter notre démarche, nous nous sommes demandées quelles étaient les informations dont les instances décisionnelles auraient besoin pour déterminer si un interné devrait être maintenu dans un cadre sécuritaire, au vu du degré de dangerosité qu'il représente, ou à l'inverse pourrait intégrer le circuit de soins externe car il représente un risque de commettre de nouvelles infractions moins élevé. Dans ce cadre, plusieurs questions basées sur l'analyse des contre-indications légales (contre-indications prévues par la loi du 05 mai 2014 qui devront être analysées en vue de mettre en place un projet de réinsertion par le service psycho-social) ont été posées aux équipes SPS.

Les réponses à ces différentes questions nous permettent de mettre en évidence les internés qui, selon les intervenants SPS, ne peuvent pas bénéficier d'un projet de réinsertion actuellement, étant donné l'existence de contre-indications légales dans leur situation et l'absence de moyens de les lever pour l'instant. Les autres pourraient regagner le réseau de soins externe, dans un cadre adapté.

Nous avons ainsi pu identifier **60** internés sur les 404 (15%) pour lesquels les contre-indications ne peuvent être levées actuellement.

L'état mental peu ou pas stabilisé, les structures de personnalité particulières ainsi que le risque de récidive sont mis en évidence dans les situations de ces 60 internés, sans possibilité actuelle d'y remédier par une quelconque alternative. Pour cette proportion, le **cadre sécuritaire** est donc actuellement indiqué par les intervenants SPS et aucune perspective de prise en charge à l'extérieur de ce cadre n'est envisagée à court et moyen termes.

Le profil de ces internés en termes de diagnostic principal fait référence à des troubles psychotiques (37,5 %), des retards mentaux (32,5 %), des troubles de la personnalité (12,5 %) et des paraphilies (10%). Par rapport à notre population globale, on retrouve moins de troubles psychotiques mais plus de diagnostic de retard mental, de troubles de la personnalité et de paraphilies. Nous sommes en présence, dans ce sous-groupe, d'internés ayant fait l'objet d'une **sanction disciplinaire**, d'une **mesure de sécurité particulière** ou d'une **mesure médicale**. Il en est de même concernant les **comportements gênants** ainsi que des **comportements agressifs envers les autres** au sein de l'institution. Ces observations viennent confirmer la nécessité d'un cadre sécuritaire mais aussi d'un cadre thérapeutique pour ces internés qui ont également besoin de soins.

Plus de la moitié des internés de ce sous-groupe ont subi des **mesures antérieures ou concomitantes** à l'internement de référence, et présente des **antécédents psychiatriques**.

Ces antécédents psychiatriques, ainsi que les mesures concomitantes, sont d'ailleurs plus élevés dans ce sous-groupe que dans notre population globale.

Une majorité d'entre eux bénéficie néanmoins de permissions de sortie (55%) et de congés (12%) accordés par les CDS. Ces données restent néanmoins identiques à celles de notre population globale. Les suivis ambulatoires sont moins représentés dans ce sous-groupe. Les intervenants SPS indiquent la nécessité de prise en charge d'une problématique de dépendance pour la moitié d'entre eux, tout comme dans notre population globale. Nous relevons également que pour une majorité d'entre eux (50 internés sur 60 - 83%), il n'y a **pas de reconnaissance de leurs troubles**.

La moitié de ces internés se trouve à l'établissement de défense sociale de Paifve et la majorité d'entre eux a commis des atteintes aux personnes dont 17 des infractions à caractère sexuel.

Nous dénombrons également 32 internés (8%) de nationalité étrangère n'ayant pas droit au séjour en Belgique pour lesquels un projet de réinsertion est difficilement envisageable.¹³

Conclusion

La question du projet de réinsertion a permis de distinguer des besoins différents au sein des internés présents dans la seconde cartographie (N=404).

Les données en notre possession permettent de mettre en évidence qu'**au moins 15%** des internés des établissements étudiés doivent bénéficier d'un **encadrement sécuritaire**, suite à l'accumulation de différents facteurs mis en évidence ci-dessus, au vu du risque et de la dangerosité qu'ils pourraient représenter s'ils résidaient en dehors de ce cadre.

Pour **60%** des internés, une prise en charge adaptée **pourrait** être réalisée dans le **circuit de soins externe**, dans le cadre d'un trajet de soins adapté à leur(s) problématique(s) :

- **28,5%** des internés (n=115) travaillent actuellement en collaboration avec le SPS à un projet de réinsertion. Ceux-ci ne présentent pas de contre-indications à la mise en place d'un projet.

- **31,5%** des internés (n=129) présentent des contre-indications à la mise en place d'un projet qui pourraient néanmoins être levées sous certaines conditions. En effet, certains internés rencontrent des difficultés à mettre en place un projet et ce pour diverses raisons : manque de capacités à réunir les conditions de réadaptations sociales (trouver un logement, avoir une occupation,...), profil ne répondant qu'à peu de critères d'admission des structures externes du réseau de soins, manque de places disponibles dans le réseau externe, état mental pas assez stabilisé. Ces 129 internés doivent donc rester dans un **cadre sécuritaire** tant que les contre-indications à la mise en place d'un projet de réinsertion ne pourront pas être levées.

Par ailleurs, **8%** des internés se trouvent actuellement dans une impasse en raison de leur situation à l'égard de l'office des étrangers.

Enfin, pour un pourcentage non négligeable d'internés (**17%**), nous n'avons pas reçu de réponse à la question du projet de réinsertion. Nous ne pouvons en conséquence pas nous prononcer sur leurs besoins.

¹³ La seule perspective qui apparaît pour les internés dont les démarches n'aboutissent pas à une régularisation, est un retour dans leur pays d'origine. Cette situation engendre de nombreuses difficultés dans la réalisation d'un projet de réinsertion à distance. En effet, certains pays n'offrent pas toujours les garanties de prise en charge adaptée aux troubles mentaux. Ces retours sont également conditionnés par une amélioration suffisante de l'état mental de l'interné, ce qui peut prendre de nombreuses années. Les pistes de réinsertion pour ces internés sont dès lors limitées mais pour des raisons qui ne sont pas toujours liées au niveau de risque et à la dangerosité qu'ils représentent.

Discussion et conclusion

L'élaboration d'un circuit de soins cohérent pour les internés nécessite une meilleure connaissance de leur profil. C'est dans ce contexte que l'équipe de recherche cartographie interné (ERCI) a été mandatée par le SPF santé publique en collaboration avec le SPF justice afin de collecter des données sur cette population.

En se penchant quelque peu sur le monde de la défense sociale, on perçoit rapidement la complexité de son régime légal : un monde entre soins et sécurité. Parfois dernier lieu de détention d'internés dont personne ne veut, dans lequel certains n'ont parfois pas leur place, les annexes et établissements de défense sociale tentent de soigner, avec peu de moyens, une population qui s'institutionnalise avec le temps. Annexes surpeuplées, maintien des internés dans des sections de droit commun, manque d'encadrement thérapeutique, établissement et sections de défense sociale chroniquement saturés, durée d'attente d'environ 3 ans avant le transfert de l'annexe psychiatrique vers un établissement ou une section de défense sociale, la défense sociale en Belgique reste une situation bien complexe et présente une image peu reluisante.

La nouvelle loi du 5 mai 2014 portant sur l'internement des personnes devrait améliorer la situation des internés en plaçant le soin et leur prise en charge au cœur des débats. La réforme des soins de santé tente également de faire une place aux internés dans le circuit de soins externe. Ces deux axes devraient tendre à humaniser et optimiser la prise en charge de cette population fragilisée et depuis longtemps laissée pour compte.

L'application de la nouvelle loi de 2014 implique un travail de fond, une réflexion par rapport à l'organisation du circuit de soins, une souplesse dans le fonctionnement des futures chambres de protection sociale, une utilisation adéquate des différents acteurs du circuit de soins, ainsi qu'une adaptation du circuit de soins au profit des internés et aux besoins de ceux-ci. Chaque interné est unique avec ses fragilités et son parcours propre. Dès lors, chacun d'entre eux devrait pouvoir bénéficier d'un parcours de soins adapté et individualisé.

Cette recherche menée par l'ERCI, apporte une contribution aux connaissances qui existent déjà sur la population internée, et a le mérite d'avoir donné une place à cette population souvent oubliée. Ces résultats ne sont pas exhaustifs puisque ne sont repris dans la population d'étude qu'une partie de la population globale des internés en Belgique. Bien que les chiffres ne rendent que partiellement compte de la réalité, les données mises en évidence permettent de poser des pistes de réflexion en matière de soins.