

Note de travail : Construction et soumission de projets pour les personnes internées

Le 09/02/2022

Plan de la note de travail :

1/ Historique

1.1/ Développements du gouvernement fédéral

1.2/ Contexte global : loi sur l'internement :

1.3/ Liaison entre la Réforme des soins en santé mentale et les projets pour personnes internées

1.4/ Plan pluriannuel : éléments de base

1.5/ Masterplan : éléments de base

1.5.1/ Introduction

1.5.2/ Principes généraux et plan d'approche

1.5.3/ Cours d'Appel francophones

1.5.4/ Cours d'appel néerlandophones

1.5.5/ Réalisations

1.5.6/ Mesures globales visant à mettre en œuvre le Masterplan et à favoriser le transfert des internés

1.6/ Equipes mobiles 'internement'

1.6.1/ Texte de vision équipe mobile 'internés'

1.6.2/ Constitution des équipes mobiles par Cour d'Appel

1.6.2.1/ Cour d'Appel de Mons

1.6.2.2/ Cour d'Appel de Liège

1.6.2.3/ Cour d'Appel de Bruxelles FR et Brabant Wallon

1.6.2.4/ Cour d'Appel de Bruxelles NL et Brabant Flamand

1.6.2.5/ Cour d'Appel d'Anvers

1.6.2.6/ Cour d'Appel de Gand

1.7/ Cellule médico-légale

1.8/ Usagers / Proches

2/Contexte actuel, ressources et difficultés

2.1/ Contexte actuel : personnes internées en prison

2.2/ Sections de Défense Sociale

2.3/ CPL (Centres Psychiatriques Médico-Légaux) de Wavre et de Paifves, ainsi que le CPL d'Alost.

2.4/ Profil des patients internés

2.5/ Place de l'équipe mobile (liaison et soins) pour patients internés

2.6/ Difficultés par rapport à la fonction médicale

2.7/ Patients non en ordre de séjour

2.8/ Collaborations avec les acteurs 'justice' (Services 'soins' et 'expertises' des établissements pénitentiaires, CPS et Maisons de Justice)

2.9/ Liaisons avec les soins réguliers

2.10/ Internement et assuétudes

2.11/ Internement et handicap mental

2.12/ Internement et trouble de la personnalité

2.13/ FHIC (Forensic High and Intensive Care)

2.14/ Forme de logements alternatifs

2.15/ Extension de l'offre de soins

3/ Offres régionales

3.1/ Région flamande

3.2/ Région wallonne

3.3/ Région bruxelloise

4/ Propositions / soumission de projets intégrés

4.1/ Introduction

4.2/ Présentation des modalités de soumission de projet

4.2.1/ Contexte

4.2.2/ Concernant les directives quant à l'organisation des soins par Cour d'Appel à retravailler :

4.2.3/ Soumission de nouveaux projets pour les personnes internées :

4.2.3.1/ Généralités

4.2.3.2/ Intégration de la pair-aidance

4.2.3.2/ Modalités de soumission et de réalisation

4.2.3.3 Modalités de soumission et de réalisation

4.2.3.4/ Aspects à développer (par les autorités et les coordinations) :

1/ Historique

1.1/ Développements du gouvernement fédéral

Deux plans principaux du gouvernement fédéral sont à considérer pour les internés :

A/ Le Plan pluriannuel de l’Autorité fédérale (2013-2016) en vue de la mise en place du trajet de soins pour patients psychiatriques médico-légaux.

1. Ce plan a deux objectifs principaux :
 - Donner des soins adéquats aux internés ;
 - Faire sortir les internés des établissements pénitentiaires en visant une intégration sociale optimale.

B/ Le ‘Masterplan Santé/Justice’ (2017-2020)

1. Ce plan poursuit l’objectif principal d’octroyer des soins aux internés, de manière à ce qu’ils ne se trouvent plus en établissement pénitentiaire, tout en visant à leur maintien dans la société avec des conditions de soins appropriées.
2. Ce plan ne peut être qu’une réussite si les dispositifs en amont et en aval se voient également adaptés et mis à niveau¹, permettant ainsi la sortie des internés des structures sécurisées, la continuité des soins et leur maintien dans la société. Cet aspect nécessitant une collaboration et une implication avec les autorités des régions et communautés.

C/ Outre les plans évoqués ci-dessus, nous relevons aussi l’implémentation par l’Etat Belge des FPC de Gand et d’Anvers.

Le Masterplan, tout comme le plan pluriannuel, prennent en compte à la fois les ‘besoins de soins’ et les ‘besoins de sécurité’ avec des soins appropriés qui envisagent l’interaction entre ces variables. Une importance est accordée à l’intégration dans les soins réguliers et la société en orientant vers une offre psychiatrique régulière, mais également en étant dans la complémentarité avec des soins spécialisés et spécifiques aux internés. La conceptualisation étant : d’abord vers le régulier lorsque cela est possible / faisable / souhaitable et le spécialisé si cela est nécessaire. Il s’agit d’un principe de base, qu’il convient de garder à l’esprit ; même si la présente note de travail ne peut l’illustrer avec suffisance. Afin de répondre à la diversité des besoins de soins et de sécurité des personnes internées, il est nécessaire de se concentrer sur le développement ultérieur des soins spécialisés, ainsi que sur le renforcement des soins réguliers. Les besoins de soins et de sécurité sont des données dynamiques, par définition évolutives. Il convient donc que le développement de l’offre inclut une pratique de concertation et de coopération entre les partenaires du régulier et du spécialisé. Cet aspect permettant aussi l’intégration de l’usager interné à l’offre commune et à la communauté.

1.2/ Contexte global : loi sur l’internement :

L’internement relève initialement d’une loi de 1964 (remplaçant celle de 1930) dénommée loi “de défense sociale à l’égard des anormaux et des délinquants d’habitude et des auteurs de certains délits sexuels”. Cette loi aurait dû être abrogée au bénéfice d’une loi publiée en 2007 : il n’en a cependant rien été.

¹ Cette remarque portant sur l’offre fédérale, des communautés et des régions.

Une nouvelle loi a été votée en mai 2014 et a été d'application en octobre 2016. Elle se dénomme 'Loi relative à l'internement'².

Pour rappel, la loi relative à l'internement est une mesure pénale, de sûreté et à durée indéterminée. Elle ne peut s'appliquer que pour un adulte prévenu ayant commis un délit ou un crime (Code Pénal), la matérialité des faits devant être établie. Pour appliquer l'internement, le prévenu doit être au moment des faits et lors de l'expertise psychiatrique médico-légale atteint d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes. En outre, il doit exister un lien entre le trouble mental et les faits, et la personne doit également présenter un risque de commettre de nouvelles infractions du fait du trouble mental.

Cette nouvelle loi introduit quelques principes :

1. L'internement n'est envisageable que pour des faits graves portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique des personnes, excluant la possibilité d'un internement pour des faits moins graves.
2. Les victimes peuvent être associées à la mesure.
3. Concernant l'expertise psychiatrique médico-légale :
 - Elle se fait sous la conduite d'un psychiatre médico-légal (formation reconnue, spécialisation du cursus psychiatrique), avec la possibilité de participation d'autres spécialistes (essentiellement psychiatre ou psychologue). Elle est effectuée de manière contradictoire, avec avis provisoire/préliminaire.
 - Les experts doivent justifier d'une formation ad hoc et mise à jour, ainsi qu'être repris sur la liste des experts judiciaires. Les magistrats et les chambres ne peuvent désigner que via cette liste.
 - L'expertise contient des indications de suivi et de traitement.
 - L'expertise est obligatoire pour pouvoir prononcer un internement.
 - L'expertise doit suivre une trame spécifique et obligatoire, garantie d'un sérieux et d'une standardisation dans sa réalisation (Arrêté royal du 25 septembre 2018).
4. Concernant le caractère indéterminé de l'internement :
 - La situation de l'interné doit être régulièrement examiné par la CPS (Chambre de Protection Sociale, partie du tribunal d'application des peines en charge du suivi du dossier de l'interné). En effet, la prise de décision quant à l'exécution de la mesure et au trajet de soin s'effectue par une chambre spécifique (une chambre par Cour d'Appel), composée d'un juge et de deux assesseurs (un psychologue clinicien et un spécialiste en réinsertion sociale).
 - Après une libération à l'essai, il faut justifier le maintien. Si l'interné ne se retrouve plus dans les conditions énumérées par la loi, il doit être libéré définitivement.
5. L'accent est mis sur les soins adéquats et adaptés à la problématique, ainsi qu'à la protection de la société ; la loi précédente ayant surtout insisté sur la protection de la société de délinquants avec une problématique psychiatrique.

² Depuis lors, diverses modifications ont pu être introduites dans cette loi.

1.3/ Liaison entre la Réforme des soins en santé mentale et les projets pour personnes internées

Le lien essentiel entre la réforme des soins en santé mentale et les projets pour personnes internées est lié au modèle de la concertation et de la prise de décisions consensuelle, spécifique à l'implémentation des réseaux de soins qui sont constitués. Il s'agit aussi de maximiser l'intégration des usagers internés à l'offre proposée par le circuit régulier (offre non spécifique pour le public interné).

L'offre de soins pour le public interné s'est élargie ces dernières années, mais il convient que les différents acteurs –qu'ils soient familiers aux internés ou non- par zone d'action se concertent sur les usagers qu'ils accueillent et auxquels ils font bénéficier de leurs offres de services ou de soins. En effet, les partenaires inclus au sein des réseaux de la réforme des soins en santé mentale ne concernent pas que des acteurs de la santé mentale : la vision de la réforme considère primordial d'inclure ce qui touche à la formation, l'emploi et le logement.

Voici la grille de lecture des différentes ressources mobilisables au sein d'un réseau de la réforme des soins en santé mentale, se subdivisant en fonction pour une compréhension plus aisée :

Fonction 1 : activités en matière de prévention et de promotion des Soins en Santé Mentale, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic

Fonction 2 : (nouvelle offre créée grâce au gel de moyens hospitalier)

- a) Equipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise.
- b) Equipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée.

Fonction 3 : Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale.

Fonction 4 : Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

Fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Ce modèle de la réforme des soins en santé mentale est une approche globale et intégrée, portant sur l'ensemble des usagers d'une zone d'action déterminée et dénommée 'réseau'. Le public interné, à percevoir comme fragilisé sur le plan mental et également en termes de risque d'exclusion, bénéficie donc de cette vision et de la construction de ce réseau opérationnel chapeauté par un (ou des) coordinateur(s) de réseau '107'. Ce coordinateur collabore avec le coordinateur TSI (trajet de soins internés), afin d'appuyer l'intégration du public interné et plus largement des usagers vulnérables. Cette intégration doit s'effectuer en intégrant la notion de risque pour la société, cette intégration étant protectrice pour les tiers mais également pour l'utilisateur interné pour lequel le dispositif se doit de tenir compte de possibles passages à l'acte (il convient d'ajouter une protection quant à ces occurrences comportementales, qui pourraient amener des mesures de privation de liberté).

Cette réforme s'inscrit dans une optique et une réalisation à long terme. Les réseaux s'implantent localement en incluant des partenaires des cinq fonctions. La Belgique est actuellement complètement couverte par des réseaux de la réforme des soins en santé mentale. Les partenaires participent sur une base volontaire au réseau, s'engageant à être membre d'un réseau de collaborations entre structures et ressources, ayant une même finalité, ainsi qu'un fonctionnement et des objectifs communs qui font l'objet d'une définition formalisée. Ce type de travail en réseau vise la continuité des soins, l'amélioration de l'offre et de la qualité de la prise en charge avec l'intégration des usagers au sein de la Cité et le maintien –autant que possible- des personnes dans leur milieu de vie. Il convient également de s'assurer que ce maintien s'effectue dans des conditions assurant un confort de vie et de bien-être. Les partenaires Santé et Justice jouant un rôle privilégié dans cette dynamique, mais l'ajout d'autres partenaires apparaît nécessaire pour répondre aux besoins de l'utilisateur interne.

La réforme des soins en santé mentale (psy 107) vise donc à développer les (et des) circuits de soins de santé mentale au plus près des besoins de l'utilisateur via la mise en réseau des dispositifs existants et la désinstitutionnalisation, et ce, en incluant l'ensemble des usagers. Il convient de noter que les trajets de soins pour les internés nécessitent une attention particulière, avec l'appui des coordinateurs TSI et CSEI, compte tenu de la spécificité du groupe cible et de l'implication des partenaires (prisons, maisons de justice, KBM...) qui sont peu présents au sein des réseaux de la Réforme (107).

1.4/ Plan pluriannuel : éléments de base

Dans le cadre du dernier plan pluriannuel de l'Autorité fédérale (2013-2016) en vue de la mise en place du trajet de soins pour patients psychiatriques médico-légaux (internés), l'objectif a été de donner des soins adéquats aux internés, notamment en les faisant sortir des établissements pénitentiaires, avec une volonté d'intégration sociale optimale. Ce plan a été réalisé.

Ce plan intégrait plusieurs éléments, que nous allons décrire ci-dessous, et est intégré au modèle de la réforme des soins en santé mentale.

Avant d'évoquer ce plan et cette intégration, il est utile de signaler que l'offre pour le public interne s'est vue étoffée (projets 'medium risk') avec un encadrement en soins renforcé depuis une vingtaine d'années.

A ce titre, entre 2001 et 2012, 591 places ont été créées pour des soins résidentiels (Unité de Traitement Intensif dans des hôpitaux psychiatriques, Maisons de Soins Psychiatriques – MSP – et Initiatives d'Habitations Protégées – IHP) :

- 167 places dans des unités de traitement '*medium-risk*' d'hôpitaux psychiatriques ;
- 26 lits de crise dans des hôpitaux psychiatriques ;
- 218 places en MSP
- 105 places en IHP ;
- 75 lits réservés pour les délinquants sexuels (AICS) (32 en hôpital psychiatrique, 15 en MSP et 28 en IHP).

Cette offre spécifique vient compléter celle des institutions existantes et des établissements dit 'de défense sociale'. Face au nombre important d'internés se trouvant en prison et ne bénéficiant pas de soins, deux structures FPC (soins dans un contexte médicalisé et sécuritaire) ont été construites à Gand (d'une capacité de 264 places, a ouvert ses portes en 2014) et Anvers (d'une capacité de 182 places, a ouvert ses portes en 2017) pour un total de 446 places. En effet,

sur plus de 4000 internés que compte le pays en 2014, plus de mille se trouvaient au sein d'une prison et ne reçoivent pas les soins appropriés.

De manière plus positive, il convient également de rappeler qu'une partie des internés du pays ne sont pas privés de leur liberté et vivent dans la communauté. Avec l'intégration aux réseaux de la réforme, le plan s'adresse également aux internés non incarcérés, en institution ou en milieu psychiatrique sécurisé.

Cette constatation du nombre d'internés en prison a amené le gouvernement à la mise en place d'un plan pluriannuel afin –notamment- de maximiser et développer l'octroi de soins adéquats aux internés et de les faire sortir des établissements pénitentiaires, avec une volonté d'intégration sociale optimale. Le public interné est hétérogène, nécessitant une offre spécifique telle qu'évoquée ci-dessus. Il convient cependant d'être vigilant à ne pas créer une offre 'ghetto' dans laquelle les usagers internés seraient enfermés : il faut aussi donner accès à l'offre généraliste. L'idée étant de favoriser le retour dans la communauté des usagers internés, ce que permet modérément l'offre spécialisée en les tenant à distance des soins tout-venants. Ce public, dont la prise en charge est complexe, doit donc –autant que faire se peut- être intégré à l'offre de soins classique et régulière, et ce, autant que leur profil de risque le permet. En cas de profil de risque élevé, le travail thérapeutique devrait inclure un module thérapeutique destiné à diminuer ce niveau de risque. C'est dans ce cadre et dans ce souci d'intégration que le plan s'intègre à la réforme des soins en santé mentale. Dans la vision des soins, l'offre régulière et généraliste devant être la priorité pour les internés, avec l'offre spécifique qui doit être considérée dans un second temps.

Le plan pluriannuel (2013-2016) pour les internés comprend la mise en fonction de coordinateurs TSI (Trajet de Soins Internés, SPF Santé Publique) et de coordinateurs CSEI (Circuit de Soins Externes, SPF Justice) pour chacune des cinq Cour d'Appel du pays (Mons, Liège, Bruxelles³, Gand & Anvers). Les coordinateurs CSEI sont en fonction depuis 2011 (et en 2013 pour une partie) et les coordinateurs TSI le sont depuis début 2013. Ils doivent travailler ensemble dans leur zone d'action.

Ces coordinateurs travaillent en collaboration pour la formalisation de l'organisation et des collaborations au sein du circuit de soins. Ils travaillent également à la réalisation d'une cartographie, le développement de l'offre de soins, l'échange de 'bonnes pratiques', la formation et la recherche, ainsi que l'évaluation des résultats des soins et du réseau. Les coordinateurs peuvent renvoyer un avis et des recommandations aux autorités compétentes quant aux besoins ou mesures en matière de soins aux internés. Ce plan concernait l'ensemble des usagers internés, quel que soit le lieu où ils vivent.

Voici les définitions des fonctions des coordinateurs :

- Le coordinateur 'TSI' participe et construit l'organisation du réseau de soins, des circuits et des programmes de soins. Il effectue également un relai avec le réseau en santé mentale existant au sein de sa zone d'action, étant également informé du profil des internés ainsi que de l'offre de soins différenciée ; veillant dans ce cadre à installer une dynamique et du mouvement au sein du circuit de soins. Il doit construire un plan stratégique en concertation avec la coordination fédérale. Il y a aussi lieu de collecter les données et effectuer une cartographie, ainsi que s'assurer de la formation des

³ La Cour d'Appel de Bruxelles est divisée en une partie francophone et une partie néerlandophone

professionnels ou faciliter la mise en place de celle-ci. Il doit veiller à la qualité de l'organisation des soins, ainsi que mettre en œuvre un système d'évaluation.

- Le coordinateur 'CSEI' assure une fonction de liaison entre la Justice et le circuit de soins externe (dans l'ensemble de son offre d'aide et de soins). Il est désigné par ressort de Cour d'Appel et collabore étroitement avec la CPS (Chambre de Protection Sociale au sein du Tribunal d'Application des Peines) de ce ressort, les différents acteurs de la justice (direction d'établissements pénitentiaires, Services Psychosociaux des prisons, Services des Soins de Santé Pénitentiaires), les Maisons de Justice, ainsi que les partenaires de l'ensemble des dispositifs externes du soin et du bien-être. Il est une personne de référence pour les acteurs de la Justice. La fonction tente de faire concorder l'offre et la demande relatives aux besoins en soins de santé des internés, tout en tenant compte de la protection de la société.

Le plan pluriannuel pour les internés comprend également :

- L'implémentation d'une équipe mobile TSI par Cour d'Appel, se composant de 4 ETP⁴ disposant d'une qualification permettant d'offrir les soins et le soutien nécessaires aux internés et de 10h de temps 'psychiatre'. Cette équipe mobile participe à l'objectif fondamental qui est d'offrir aux internés des soins nécessaires et adéquats, ainsi que de les préparer à une intégration sociale ; tout en les faisant sortir progressivement des prisons. Ces équipes, par rapport au respect de leur mission de base, sont coachées par le coordinateur TSI de leur Cour d'Appel. Elles travaillent également dans la vision de la réforme des soins en santé mentale, devant être vigilante à éviter l'escalade de la sécurisation des soins.
- La réalisation d'une cartographie de l'offre de soins et des partenaires (spécifique ou non) par Cour d'Appel pour la population internée. Cette cartographie des professionnels et des ressources a été réalisée fin janvier 2014. Elle est remise régulièrement à jour par les coordinateurs TSI.
- Attribution de moyens complémentaires pour des projets à destination des internés et respectant les lignes directrices du plan. Les cartographies effectuées ayant permis de cibler les besoins et de poser des choix dans les projets soumis. Ces initiatives concernent ainsi, dans le réseau de soins régulier du pays, une centaine de places résidentielles pour des personnes internées (hôpitaux, structures d'accueil, institution hospitalière psychiatrique, maison de soins psychiatriques...). La prise en charge des internés s'est encore élargie par phases, notamment divers projets d'amélioration au sein des soins résidentiels, mobiles et ambulatoires, des lits de crise dans le circuit régulier pour les internés, des places au sein des hôpitaux, des places d'IHP et de MSP pour les problèmes de double diagnostic, la mise en place d'un service de psychiatrie légale à long terme et un service à haut risque pour femmes en Flandre...⁵
- Construction, élaboration et formalisation d'un réseau de partenaires, avec –entre autres- l'intégration et la participation des coordinateurs TSI & CSEI au sein des réseaux de la réforme des soins en santé mentale. Le coordinateur étant –bien entendu- également en contact avec les plateformes de concertation en santé mentale et avec les professionnels de sa zone d'action familiaux du travail auprès des internés. Cette

⁴ L'offre a été mise à niveau dans le cadre du Masterplan.

⁵ Tableau synthétique en annexe reprenant l'offre du plan pluriannuel déployé

participation à des structures de concertation permet au coordinateur d'effectuer ses missions et de travailler à la recherche de solutions ou d'adaptation avec l'ensemble des partenaires. Les coordinateurs TSI sont également à percevoir comme une ressource pour les partenaires du réseau, venant en appui à leurs questionnements ou aux problèmes qu'ils peuvent rencontrer avec le public interné.

Les coordinateurs TSI & CSEI adoptent le modèle et la vision de la réforme des soins en santé mentale, s'y intégrant en étant vigilant à ouvrir, autant que possible, l'offre de soins pour les internés vers les soins réguliers et/ou spécialisés, mais non spécifique aux internés. Cette vision visant l'optimisation de l'intégration sociale et de l'inclusion au sein de la Cité.

Les coordinateurs TSI & CSEI mettent l'accent sur une concertation et une collaboration entre les différents partenaires, la promotion de la coopération, le rapprochement des partenaires, l'élaboration d'un plan stratégique concerté... Avec comme finalité de développer le circuit de soins pour les usagers internés.

1.5/ Masterplan : éléments de base

1.5.1/ Introduction

L'accord gouvernemental stipule que : « *Les internés doivent pouvoir être pris en charge dans des infrastructures adaptées et faire l'objet de soins et d'un suivi adéquats* ».

Au moment de lancer le Masterplan internement, 800⁶ internés sont toujours en prison. Suite à l'ouverture du CPL (centre de psychiatrie légale) à Anvers et la mise en place des projets déjà approuvés (30 places pour séjour de longue durée aux Marronniers et 30 places pour séjour de longue durée à Bierbeek, pour les femmes 20 places supplémentaires à risque élevé à Zelzate et 5 au Chêne aux Haies), il y avait encore 250 internés en prison du côté flamand et 450 du côté wallon. C'est pour cette raison que la Justice s'est attachée, dans son Masterplan 3 sur les prisons, à la problématique de l'internement. Le Conseil des Ministres Restreint (KERN) a demandé de poursuivre la mise en place de ce plan.

Il était préconisé de rester proche du circuit régulier des soins de santé mentale et que l'offre spécifiquement développée pour les personnes internées soit en phase avec l'offre classique. Les soins de santé mentale fonctionnent avec des réseaux locaux pour pouvoir offrir des soins sur mesure à tout le monde dans la zone où il habite. Pour les internés aussi, le but est de les réinsérer dans la société autant que faire se peut. En ce qui concerne les internés, ces trajets de soins réseautés sont organisés au niveau de la Cour d'Appel. Il faut prévoir en outre des soins sur mesure. La cartographie des internés révèle toutefois que nous n'avons pas uniquement besoin de places de haute sécurité, mais on constate des lacunes dans l'offre de soins ce qui rend extrêmement difficile de prévoir un reclassement pour certains internés. En Wallonie, des CPL sont bien nécessaires mais les concentrer en un seul endroit va à l'encontre de l'idée de réseau (principe de base dans les soins de santé mentale).

C'est la raison pour laquelle la Santé publique a proposé à la Justice d'élaborer conjointement un plan d'internement, qui met l'accent sur des soins sur mesure et s'attache au transfert des patients d'un établissement à un autre. Nous pouvons ainsi aborder la problématique de l'internement dans son ensemble et aller dans la direction de soins sur mesure.

⁶ Ce chiffre était en 2019 d'environ 400 internés (incluant annexes psychiatriques, ainsi que EDS et ailes pour internés dans les prisons), étant actuellement passé à 690.

1.5.2/ Principes généraux et plan d'approche

Plusieurs réunions ont été organisées avec les coordinateurs TSI & CSEI. Ces derniers, sur base de cartographie relevant un état des lieux et les besoins, ont été un porte-voix dans l'examen des besoins et la détermination de ce qui était faisable et de ce qui ne l'était pas.

Le principe était que l'on peut donner, par Cour d'Appel, un maximum de soins sur mesure à tous les internés de cette Cour d'Appel. On s'en écarte seulement s'il s'agit d'une approche spécifique ou s'il y a trop d'avantages d'échelle, afin que la jonction avec le réseau régulier se passe au mieux et soit aussi en phase avec l'idée d'une resocialisation des soins.

En outre, il est important que cela soit un plan fédéral. On prévoit aussi des mesures pour améliorer le flux vers le circuit régulier qui est sous la compétence des régions/communautés. Ensemble avec les régions, il convient de regarder comment l'optimisation de ce flux est possible. Le souhait serait que l'offre régionale puisse se développer, afin d'avoir un circuit de soins complet répondant à l'intégralité des besoins des usagers internés.

1.5.3/ Cours d'Appel francophones

- L'EDS de Paifve reste dans les EPI et peut être utilisé comme prison. Sur le même terrain, il est prévu la construction d'un centre psychiatrique médico-légal (CPL) pour 250 internés, offrant les possibilités de différenciation nécessaire, tant en termes de sécurité que d'offre de soins.
- La création d'un CPL dans le Brabant wallon/Bruxelles à Wavre : 250 places.
- Une extension de l'unité de sécurité moyenne (20 places supplémentaires) à Bruxelles (CHJ Titeca) ;
- Upgrades de 76 lits en Wallonie.
- Upgrades de 10 lits à Bruxelles.
- Upgrade de 30 lits aux Marronniers Unité de "réinsertion active pour patients internés libérés à l'essai" (La Canopée).

1.5.4/ Cours d'Appel néerlandophones

Quatre groupes cibles sont décrits⁷, pour lesquels des soins sur mesure font défaut ou sont insuffisants et ce dans chaque cour d'appel. Nous avons fait une proposition réalisable immédiatement pour y remédier :

- Double diagnostic dans le cas d'une problématique de dépendance primaire ;
- Délinquants sexuels ;
- Des places pour une problématique de double diagnostic dans le cas d'une déficience mentale ;
- LCA/Korsakov ;
- Une dizaine de place pour la problématique du time-out ;
- Création d'une unité centralisée de longue durée de 120 places à Alost. Elle prendrait tous les statuts de longue durée (seniors, personnes très sécurisées et autres) ;

Renforcements provisoires en attente de la mise en service des CPL.

- Renforcement provisoire de 5ETP de l'équipe infirmières à l'établissement pénitentiaire de Merksplas

⁷ Voir annexe pour l'offre déployée

- Renforcement provisoire de 5 ETP de l'équipe infirmière à l'EDS de Paifve.

A l'exception des CPL qui devraient être effectifs fin 2026, cette proposition a été presque intégralement remplie⁸ lors de la législature précédente.

1.5.5/ Réalisations

- Les upgrades de lits en Flandre, Wallonie et à Bruxelles ont été réalisés (voir document annexé -fichier Excel- pour détail). Il s'agissait d'utiliser des lits existants, en octroyant un encadrement supplémentaire, et ce, en fonction de l'accord des institutions acceptant de participer aux projets.
- L'upgrade des équipes mobiles internés a été réalisé.
- Les CPL à Paifve et à Wavre suivent leur cours pour la réalisation, leur mise en service étant planifiée pour fin 2026. Les discussions entre cabinets (Justice, Santé & Régie des Bâtiments) suivent leur cours.
- Le CPL Long Stay d'Alost suit également son cours.

1.5.6/ Mesures globales visant à mettre en œuvre le Masterplan et à favoriser le transfert des internés

- Pour favoriser le passage vers le circuit régulier et pouvoir suffisamment soutenir ce circuit dans le cadre de l'accompagnement des internés, des équipes mobiles ont été créées pour les internés. Il a été décidé d'élargir les équipes mobiles pour encore mieux garantir le flux vers le circuit régulier.
- La priorité doit aller à une prise en charge, des soins et un traitement adaptés des internés en dehors de la prison. En outre, il est bien sûr essentiel de veiller à ce que l'action soit efficace et efficiente. Il y a beaucoup trop peu de recherche sur l'approche et la problématique des internés. Une évaluation et un ajustement constant seront donc nécessaires. De plus et à terme, il convient de rédiger un code de bonnes pratiques, de prévoir une formation suffisante et d'organiser des échanges d'expériences avec d'autres pays. Dans ce contexte, nous relevons un cadre de référence qui a été construit en Flandre qui est encore au travail ; avec l'idée de pouvoir élargir cette pratique au niveau national.

1.6/ Equipes mobiles 'internement'

L'équipe mobile 'internés' revêt une fonction majeure dans l'organisation du trajet de soins des usagers internés, étant à la fois une ressource permettant d'assurer le lien entre les partenaires, mais également d'assurer une liaison (informations d'orientation) et un soutien aux partenaires octroyant des soins aux internés. Depuis 2018, l'équipe mobile s'est vue élargie sur le plan du personnel soignant, mais également concernant leurs missions.

Cet upgrade est finalisé sur l'ensemble des Cours d'Appel, le fonctionnement et la mise à niveau devant faire l'objet d'une évaluation. Nous reprenons ici le texte de vision de l'équipe mobile, revu et avalisé en 2018, ainsi que la constitution actuelle des équipes mobiles internés par Cour d'Appel.

⁸ Voir tableau joint en annexe reprenant les mesures exécutées par rapport à la proposition initiale

1.6.1/ Texte de vision équipe mobile ‘internés’

Il s’agit des bases de l’équipe mobile ‘internés’⁹ : celle-ci est compétente et susceptible d’intervenir pour l’ensemble des internés de la Cour d’Appel.

Les missions sont de :

- Construire/renforcer un trajet de soins adapté à chaque interné, quel que soit le profil ;
- Octroyer des soins en santé mentale dans le milieu de vie ;
- Préparer une réinsertion dans la société ;
- Éviter le retour en prison ;
- S’assurer de la continuité des soins.

L’équipe mobile ‘internés’ est pluridisciplinaire et coordonnée par une fonction psychiatrique pour les questions cliniques. Le psychiatre doit octroyer des soins mobiles.

Missions de l’équipe mobile ‘internés’

L’équipe mobile ‘internés’ est constituée de l’ensemble de l’offre mobile¹⁰ pour personnes internées d’une Cour d’Appel. Elle est compétente pour toutes les missions et les situations portant sur les personnes internées. Elle s’inscrit dans la complémentarité et la subsidiarité avec les partenaires de réseau, les autres dispositifs mobiles ‘107’ admettant également des internés.

L’équipe mobile ‘internés’ travaille dans la vision de la réforme des soins en santé mentale. Elle doit donc être vigilante à privilégier l’inclusion vers les soins réguliers, lorsque celle-ci s’indique.

Les missions cliniques de l’équipe mobile ‘internés’ sont multiples¹¹ et concertées avec les partenaires concernés :

- Liaison ;
- Conseils d’orientation ;
- Suivi (chronique, intensif, crise)¹² ;
- Soutien/support aux partenaires (santé, justice, insertion socio-professionnelle, logement...).

L’équipe mobile ‘internés’ a également une mission d’information, telle que :

- Support technique (présentation d’outils et/ou de littérature scientifique...) ;
- Support informatif (offres, missions, thématiques forensic...) ;

Au-delà de la santé, il convient d’installer une collaboration avec les dispositifs de la justice (notamment prisons et maisons de justice) pour préparer un trajet de soins sur mesure à chaque interné, quelle que soit sa provenance.

La durée/l’intensité/les modalités d’interventions de l’équipe mobile ‘internés’ sont modulables en fonction des besoins de l’usager.

⁹ TSI/schakelteam, FACT, outreaching, double diagnostic...

¹⁰ Il s’agit de l’offre mobile financée par le SPF Santé Publique (moyens en personnel et honoraires médicaux)

¹¹ La fonction mobile 2A (aigu) & 2B (chronique) doit être garantie, telle que définie dans la Réforme des soins en santé mentale

¹² L’équipe mobile ‘internés’ peut assurer toutes les missions, à l’exception des situations d’urgence ou celles mettant en danger les agents

Vers une équipe mobile 'internés' intégrée

Pour rappel, l'équipe mobile 'internés' est indépendante et autonome de l'hôpital contractant ou de partenaire(s) spécifique(s), pour la réalisation de ses missions. Il s'agit d'une offre à destination des partenaires de réseau (usagers, professionnels, proches...), l'équipe étant mandatée par ces derniers.

L'équipe mobile 'internés' est constituée de plusieurs antennes réparties sur la CA. La répartition du personnel est fixée selon les directives du SPF Santé Publique.

L'équipe mobile 'internés' est supervisée par le coordinateur TSI sur le plan du respect des missions et de la vision décrite dans la présente note. Il assure les missions suivantes :

- Structurer des procédures et des processus communs (internes et externes) ;
- Organisation de réunions de travail et d'intervisions ;
- Construire et implémenter une méthodologie permettant d'apprécier la satisfaction des partenaires et des usagers/proches ;
- Relais d'informations pertinentes concernant le TSI.

Chaque antenne constituant l'équipe mobile 'internés' doit assurer sur un modèle identique :

- L'harmonisation des méthodologies ;
- Le développement de partenariats ;
- L'intervision et les échanges cliniques/d'expertises...

Pour ce faire, un 'réfèrent' est désigné par antenne. Ses missions s'effectuent sous la supervision du coordinateur TSI. Le 'réfèrent' participe activement aux missions du coordinateur reprises ci-dessus :

- La fonction existe pour une antenne de minimum 4 personnes (incluant le temps du 'réfèrent') ;
- Il assure l'organisation fonctionnelle de l'antenne ;
- La fonction principale du 'réfèrent' reste la clinique.

L'implémentation d'une antenne tient compte de la densité d'internés séjournant ou se réinsérant sur une zone donnée, quel que soit le lieu de résidence de la personne.

1.6.2/ Constitution des équipes mobiles par Cour d'Appel

1.6.2.1/ Cour d'Appel de Mons

Nombre d'ETP : 17 ETP

Antennes : Tournai (12ETP) et Manage (5ETP)

Nombre d'heures de psychiatre : 30h (Tournai) + 15h (Manage)

1.6.2.2/ Cour d'Appel de Liège

Nombre d'ETP : 15 ETP

Antennes : Namur (10 ETP) et Liège (5 ETP)

Nombre d'heures de psychiatre : 23h (Namur) + 12h (Liège)

1.6.2.3/ Cour d'Appel de Bruxelles FR et Brabant Wallon

Nombre d'ETP : 13 ETP (dont 2 ETP mis à disposition par un partenaire hospitalier)

Antennes : Bruxelles (10 ETP) et La Hulpe-BW (3 ETP)

Nombre d'heures de psychiatre : 26h (Bruxelles) + 8h36 (La Hulpe-BW)

1.6.2.4/ Cour d'Appel de Bruxelles NL et Brabant Flamand

Nombre d'ETP : 10,88

Antennes : Leuven-Tervuren : Fenix (3,75 VTE) + 2b-teams (3,75 VTE) en Halle-Vilvoorde-

Brussel : Forensisch mobiel team (2,88VTE) + 2b-team (0,5VTE)

Nombre d'heures de psychiatre : 27 h (Halle-Vilvoorde- Brussel, 6h ; Leuven-Tervuren, 21h)

1.6.2.5/ Cour d'Appel d'Anvers

Nombre d'ETP : 19,70 ETP

Antennes : Anvers (11,8 ETP) et Limbourg (6,9 ETP) →

Nombre d'heures de psychiatre : 25 h (Anvers) + 10 h (Limbourg)

1.6.2.6/ Cour d'Appel de Gand

Nombre d'ETP : 18,5

Antennes: Oost-Vlaanderen (12 ETP) et West-Vlaanderen (6,5 ETP)

Nombre d'heures de psychiatre : 24h (Oost-Vlaanderen) + 10h (West-Vlaanderen)

1.7/ Cellule médico-légale

Dans le cadre du Masterplan, une cellule médico-légale au sein du SPF Santé Publique a été créée et travaille avec cinq personnes :

- Mr Jelle OSSELAER, chef de cellule, attaché
- Mme Ilse DECLERCQ, attachée
- Mr Karel BORRENBURGEN, attaché (temporairement absent en raison du module Talent Exchange))
- Mr Vincent LEFEBVRE, attaché
- Mr Donatien MACQUET, adjoint coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale

La cellule médico-légale est incluse au sein du service des soins psychosociaux, au sein du SPF Santé Publique. Il s'agit de favoriser et de suivre le développement/ l'implémentation de soins pour les justiciables, qu'il s'agisse d'internés ou également d'autres justiciables.

Cette cellule a pour missions principales :

- Suivi et établissement des conventions B4 des projets 'internement' ;
- Suivi et coaching des projets par Cour d'Appel ;
- Suivi et rédaction de projets en lien avec les soins médico-légaux, relevant des compétences fédérales ;
- Secrétariat de la taskforce soins pénitentiaires (liée à l'IKW soins en santé mentale) ;
- ...

1.8/ Usagers / Proches

La question des usagers et des proches de patients internés, en tant que partenaires des soins, a toujours été une question en débat. La question de la contrainte des soins, notamment, a pu être une raison qui vient expliquer le retard pris dans la participation des usagers/proches dans les programmes et le trajet de soins des usagers internés. Dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale, cette question ne se pose pas : la participation est érigée comme étant un fondamental, à fortiori lorsqu'il s'agit de sujets vulnérables comme les internés. La complexité ne pouvant être considéré comme une raison à limiter cette intrication entre usagers/proches et professionnels de la santé.

Depuis 2007, les associations UilenSpiegel vzw, Similes vzw, Psytoyens asbl et Similes asbl travaillent, en collaboration, pour faire de la participation des usagers et des proches une priorité. Ils ont reçu pour mission de remettre annuellement aux autorités des recommandations. Un guide nommé 'participation' est produit chaque année. A partir de 2013, ils ont reçu pour mission d'intégrer des recommandations spécifiques pour les usagers internés. En outre, au sein de chaque réseau de la Réforme des soins en santé mentale, les coordinateurs et les partenaires de réseau doivent se saisir de recommandations portant sur les internés et les mettre au travail au sein de leur réseau de soins.

Au niveau francophone, nous relevons des liens entre la coordination TSI et le Conseil des Proches en Internement (coordonné par Similes), la rédaction des FAQ (ensemble réponse à des questions que les proches pourraient se poser par rapport à une personne internés) et la relecture d'un site internet sur l'internement. En l'état, les demandes de la part des usagers et proches se montrent assez modérées et le souhait est de favoriser davantage leur intégration aux processus liés aux offres de soins.

Notons que la victime des faits est parfois un membre de la famille d'où la difficulté à faire partie d'un conseil des usagers et proches. Il est également rapporté que les familles impliquées sont parfois plus dans la revendication que dans une démarche constructive.

Par rapport aux autres situations des proches, quand il s'agit des proches des internés, la distanciation par rapport à ses émotions, son vécu, est encore plus difficile à avoir car l'internement génère beaucoup de colère :

- Incompréhension du système lié à l'internement,
- Regret par rapport au fait que la loi PPM (protection de la personne des malades mentaux) n'ait pas pu être activée alors que les proches sentaient bien que la situation dérapait,
- Sentiment d'injustice,
- Impression de lenteur et de lourdeur des procédures, tant du côté de la Justice que du Soins
- Sentiment d'impuissance et d'être un peu perdu face à une pluralité d'acteurs (soins, justice, avocat) qui semblent se renvoyer la balle et ne pas prendre leurs responsabilités
- Etc.

Les anciens membres du Conseil de proches Internement (CPI) n'étaient pas favorables à la création d'un groupe de parole spécifique pour les proches des internés mais les lignes pourraient bouger car les proches d'internés actuels ne trouvent pas vraiment leur place dans les groupes de parole plus généralistes.

Les coordinateurs TSI sont impliqués dans plusieurs initiatives. Il y a donc une série d'actions avec les représentants des usagers et proches et de manière plus indirecte (colloque, etc.) :

- Création en collaboration avec le conseil des proches d'un outil à destination des usagers et proches : FAQ ;
- Invitation de Similes aux comités stratégiques. Il a présenté le conseil des proches en internement lors des comités stratégiques des Cour d'appel et a identifié une personne de contact au sein de chaque structure de soins et établissement DGEPI pour assurer la disponibilité des brochures concernant l'existence des conseils de proches en internement.
- Sensibilisation des équipes mobiles TSI ;
- Manifestation de notre disponibilité pour les usagers et proches ;
- Création d'un folder 'première audience' distribué aux usagers et proches par les Chambre de Protection Sociale ;
- Onglet informatif sur le site internet de l'association dédié spécifiquement aux proches de personnes concernées par l'internement. <https://wallonie.similes.org/internement/> et le futur site web internement.be et dans la brochure sur l'internement
- Modules de sensibilisation à l'initiative d'un réseau. Un de ces modules est consacré à l'internement. Cette sensibilisation des partenaires se fait :
 - o Via le témoignage d'un ex-interné (usager) ;
 - o Via un groupe de travail nommé Conseil de proches Internement (CPI), qui vise à informer les proches, à améliorer les pratiques et à sensibiliser les acteurs à la position des personnes sous statut 'interné' et de leurs proches. Celui-ci est constitué de familles et d'amis de personnes concernées par l'internement.
- Colloque 'De l'exclusion à l'inclusion' (2019) : Regards croisés sur la participation des usagers et proches dans le domaine de l'internement, par deux coordinateurs TSI ;
- La brochure réalisée par Psytoyens et relative à l'instauration d'un 'comité d'usagers en défense sociale' (2018) ;
- 'Paroles en défense sociale, ce qui fait soin dans le parcours en défense sociale ? Le point de vue des personnes sous statut interné'. Recherche -action menée par l'ASBL Psytoyens (2015).
- Invitation ponctuelle au conseil des proches et usagers en fonction d'une thématique.
- Maintien des liens à travers les comités de réseaux.

Au niveau néerlandophone, plusieurs étapes ont été franchies ces dernières années en matière d'implication du patient et de sa famille, tant au niveau des réseaux qu'au niveau des trajectoires de soins individuelles.

Similes vzw (représentants proches) et Uilenspiegel vzw (représentants patients) s'engagent sur le thème de l'internement, avec des initiatives telles que :

- Inclure des points spécifiques sur l'internement dans leurs recommandations des représentants des patients et des familles aux professionnels, aux organisations de soins et aux réseaux de soins (Mental Health Participation Project)
- Similes a écrit un texte de vision 'L'internement dans une perspective familiale : 10 clés pour une approche plus humaine". En outre, des réunions (régionales) sont régulièrement organisées pour les proches afin d'informer et de contacter les compagnons d'infortune.
- Au sein d'Uilenspiegel, un groupe de travail sur la protection juridique a été mis en place qui évalue chaque année les points d'action souhaitables pour ce groupe cible. Par exemple, ils ont mis en place une formation expérientielle pour les stagiaires, développé

un dossier sur la législation pour les clients, ils ont récemment lancé des groupes de discussion...

Les coordinateurs TSI travaillent en collaboration avec les deux organismes pour les accompagner le cas échéant dans leurs actions et faire le lien avec les circuits de prise en charge en internement. Des collaborations sont également en cours de développement avec d'autres qui s'engagent sur ce thème, par ex. récemment en collaboration avec Similes, la 'Familieplatform' et Ugent un questionnaire a été lancé pour mieux cerner les besoins des proches et, entre autres, se concentrer sur un accès facile aux informations nécessaires.

Les experts d'expérience/pair-aidants peuvent être déployés/impliqués de plusieurs manières, cf. représentation dans les structures de concertation des réseaux, mais d'autre part aussi dans d'autres initiatives du réseau comme la formation. En outre, il existe des établissements qui ont suivi leur propre chemin en recrutant des experts d'expérience, y compris pour un déploiement dans les soins médico-légaux.

Cependant, il n'est pas facile de trouver des candidats aptes à représenter les patients et les proches dans la structure de gestion des réseaux (par exemple, comité de pilotage/consultation du réseau). cf. être capable de transcender sa propre histoire, être capable de représenter un groupe, besoin d'un soutien suffisant (ex. contact avec d'autres experts d'expérience dans d'autres réseaux), pouvoir libérer du temps, le manque de financement pour cela, ... En outre, il s'agit d'un groupe cible plus restreint pour trouver des candidats. Cela pourrait être stimulé en mettant l'accent sur la formation, la supervision et la rémunération nécessaires, ainsi qu'en formant des experts d'expérience (client et famille) qui ne sont pas familiers avec le thème de l'internement/des soins médico-légaux afin qu'ils puissent aider à représenter ce groupe.

Faire participer le patient à son propre processus de traitement pose encore des problèmes dans le cadre des soins médico-légaux sous contrainte. Il manque un cadre clair concernant la situation juridique interne de ce groupe cible spécifique.

L'implication de la famille dans les processus de soins individuels dans le cadre des soins médico-légaux n'est pas non plus évidente :

- Les personnes internées n'ont pas toujours un réseau (social et familial) sur lequel compter.
- Parfois, la famille est encore perçue comme 'intrusive', où il y a malheureusement une réticence à les impliquer dans le traitement.
- La famille n'est pas considérée comme un partenaire professionnel, ce qui signifie qu'elle n'est souvent pas en mesure de s'inscrire auprès d'un établissement ou d'un service. De telles applications sont vécues comme 'trop peu objectives' par les professionnels.
- La famille se sent encore trop souvent envoyée à une place secondaire.
- La famille semble souvent faire appel à un avocat pour vérifier la situation d'un membre de la famille ou pour agir/avoir un impact sur le parcours de soins du membre de la famille. Il n'y a rien de fondamentalement mauvais à cela, mais nous souhaitons exprimer la préoccupation suivante : les avocats joueront souvent un rôle plutôt limité dans ce domaine et ne sont pas toujours conscients des tenants et aboutissants du paysage des soins médico-légaux. Dans ce sens, les coordinateurs néerlandophones Internement organisent actuellement des formations sur l'internement (cadre légal, paysage de traitement et de soins) via l'OVB (Orde Vlaamse Balies).

Les établissements sont donc encore en quête d'élaboration d'une politique et d'une pratique à cet égard. Un accent supplémentaire sur la formation pourrait soutenir les installations à cet égard.

2/Contexte actuel, ressources et difficultés

2.1/ Contexte actuel : personnes internées en prison :

Concernant le contexte actuel :

Nous constatons qu'il y avait 4000 internés en Belgique avant 2016, que ceux-ci ont diminué à 3632 en 2020. La forte diminution du nombre total d'internés après le 1er octobre 2016 est principalement due à l'impact des dispositions transitoires et au grand nombre de libérations définitives dans un laps de temps relativement court. La diminution du nombre d'internés en détention résulte principalement des capacités supplémentaires et des options d'orientation créées : la création de deux FPC et les investissements dans le cadre des dernières phases du Plan pluriannuel et du Masterplan. Ces investissements ont principalement facilité la sortie tant des annexes que des EDS/SDS, ainsi que des capacités de placement extra pénitentiaire, entre 2014-2018.

Cependant, les prononcés d'internement ont aussi augmenté progressivement depuis 2016 pour arriver à 459 en 2020 alors qu'ils étaient de 258 en 2016. L'augmentation du nombre total d'internés et du nombre d'internés en détention constaté ces dernières années est imputable à une forte augmentation du nombre de nouveaux internements dans certaines régions (principalement en Flandre) et à une fluidité insuffisante du circuit de soins pour certains profils. Cette augmentation depuis 2020 se ressent sur les internés incarcérés. S'ils étaient 1087 en 2013 pour descendre à 626 en 2019, nous relevons maintenant une augmentation des internés en établissements pénitentiaires qui ne reçoivent pas les soins nécessaires à leurs besoins. Ce chiffre est passé à 689 en juin 2021 pour continuer à augmenter à 720 en septembre 2021.

Au Sud du pays, les internés en attente de placement ne sont pas égaux face à cette attente : une priorité (liée au prescrit légal de la loi sur l'internement) est donnée aux internés révoqués, venant créer une attente excessive pour les internés qui subissent une première décision d'internement (avec mesure de placement). Nous faisons le constat que les listes d'attente pour les institutions de placement ne cessent d'augmenter, amenant des délais d'attente à la mesure.

Au nord du pays, les personnes révoquées se retrouvent sur les annexes. Il n'y a pas non plus de capacité tampon dans les FPC pour cela. Il existe cependant une règle de priorité sur une liste d'attente pour les internés qui ont déjà séjourné dans un FPC, sont révoqués puis replacés dans un FPC. Il faut que le FPC marque son accord, mais du fait du faible flux sortant des deux FPC, cela ne garantit pas l'admission en FPC à court terme. Il n'en reste pas moins que la limitation au maximum de personnes internées en structure pénitentiaire est et reste un objectif majeur.

Les patients sous mesure de suspension peuvent être orientés vers les annexes psychiatriques. La suspension peut cependant s'organiser aussi dans des établissements de catégorie a, b, c et d. Des mesures de suspension à l'HPS Les Marronniers et l'EDS de Paifve ont été récemment prises. Au sud du pays, nous relevons également l'absence de section de Défense Sociale et un nombre de places de CPL insuffisantes.

Actuellement, nous relevons que les internés restent de plus en plus longtemps sur liste d'attente pour un placement, en restant au sein d'une annexe psychiatrique. Cet aspect a un effet, en termes de pression, sur l'HPS et les CPL. Le besoin de places de placement au niveau francophone se situe prioritairement au niveau des lieux de soins de haute sécurité. Dans l'esprit de la loi sur l'internement, la modalité de placement est réservée aux internés qui nécessitent un cadre de sécurité plus élevé. Les accords de placement existant tiennent compte du cadre légal, mais une concertation permettant d'analyser la possibilité d'extension de ces accords de placement avec des institutions de soins serait souhaitable, pouvant vraisemblablement en partie aider à admettre des internés pour lesquels les institutions hésitent (période d'essai).

De plus, il existe un groupe d'internés qui ne sont pas motivés pour la trajectoire de soins la plus indiquée. Il s'agit d'un groupe qui réside souvent en détention (ou en CPL), mais qui n'a pas toujours un profil à haut risque. De plus, il y a aussi un groupe dans lequel les dommages de la détention sont si élevés qu'ils ont des difficultés à s'adapter à un contexte thérapeutique, ce qui entraîne des problèmes de motivation et d'adaptation. Cela nécessite un plus grand effort dans le domaine du travail (pré)motivationnel et l'exploration des possibilités/d'utilisation ultérieure du travail d'inreach.

2.2/ Sections de Défense Sociale

L'aménagement et la mise en service de deux sections de Défense Sociale sont en cours, soit 15 places (extensibles à 30) à la prison de Namur et 30 places à la prison de Saint-Gilles. Ces places sont prévues avec une mise à niveau du personnel de soins, et ce, afin d'accroître la qualité de la prise en charge. Le timing d'ouverture pour ces sections n'est pas encore arrêté.

Il est également prévu une mise à niveau du personnel de soins au sein de la section de Défense Sociale de Merksplas à raison de 13 ETP, ainsi qu'au sein de l'EDS de Paifve à raison de 38 ETP. Cette mise à niveau permet d'obtenir un encadrement en soins comparable aux normes T.

Concernant la création des sections de Défense Sociale, celles-ci constituent une indéniable amélioration en termes d'encadrement pour les soins. Cependant, le contexte et le niveau d'encadrement ne permettent pas de les comparer aux lieux de placement tels que les CPL ou l'HPS. Il convient de garder à l'esprit que pour les autorités Justice et Santé Publique les internés doivent rester le moins longtemps possible en détention. Pour ce faire, différents principes sont énoncés : 1) la (ré)admission en détention devant être évitée dans la mesure du possible, 2) la nécessité d'identifier davantage les lacunes dans l'offre de soins et l'attention au flux, 3) la connexion avec le réseau de soins régulier en fonction de la réintégration, 4) la libération définitive dès que contre-indications légales sont rencontrées.

2.3/ CPL (Centres Psychiatriques Médico-Légaux) de Wavre et de Paifve ainsi que le CPL d'Alost.

L'admission des premiers patients dans les centres susmentionnés est prévue pour la fin de l'année 2026. Dans l'attente, l'absence de CPL en nombre suffisant sur le territoire francophone peut rendre difficile la sortie des établissements pénitentiaires pour des internés qui sont en première audience, mais également l'admission d'internés qui sont révoqués et qui ne peuvent légalement pas être à nouveau mis dans un établissement pénitentiaire, et ce, au regard de leur statut d'interné.

Le centre psychiatrique médico-légal ‘long stay’ néerlandophone situé à Alost devrait aussi accueillir ses premiers patients internés fin 2027. Dans l’attente, les situations ‘long stay’ tendent à rester au sein des établissements pénitentiaires ou dans les FPC, pouvant participer aux difficultés d’admission pour d’autres patients internés. Cependant, tous les profils ‘long stay’ n’ont pas besoin d’un niveau de sécurité élevé. L’offre de suivi actuelle n’est pas adaptée aux séjours ‘long stay’ privilégiant la qualité de vie avec des options de sécurité différenciées. Il y a un besoin d’une offre de soins à tous les niveaux de sécurité, en particulier des lieux de long séjour avec différentes options de sécurité (de type fermés, semi-ouverts et ouverts). Une solution pourrait être de fournir différentes unités sur le campus d’Alost qui permettent ces différentes options de sécurité.

2.4/ Profil des patients internés

Il convient de relever que le profil psychiatrique, intellectuel, cognitif, criminologique et socio-économique de la patientèle internée est de plus en plus lourd et présente des pathologies de plus en plus complexes (comorbidité, résistances médicamenteuses, chronicisation avec perte d’autonomie conséquente dans les activités de la vie journalière, banalisation de la consommation dès lors vue comme étant non problématique, limitations intellectuelles, capacité de transgression et de passage à l’acte...).¹³

Cela se traduit entre autres par :

- Augmentation du temps d’admission
- Processus (à long terme) avec tâtonnements (rechutes, admissions de crise et de timeout, intensification des soins/sécurité, ...).
- Les profils qui ne trouvent pas toujours un accès facile aux soins (réguliers) en raison d’une offre inadéquate ou d’obstacles pour démarrer avec ce groupe cible, tels que des problèmes multiples, des doubles diagnostics avec consommation de substances (illégales), la présence de traits/troubles de la personnalité, score PCL-R élevé, faits sexuels... Dans ces groupes, les gens pensent souvent initialement à un besoin de soins (hautement) spécialisés et peu de différenciation est faite. Il existe également d’autres profils qui ont du mal à accéder aux soins (cf. critères d’exclusion), par ex. les personnes ne maîtrisant pas suffisamment la langue néerlandaise ou française, les personnes ayant un besoin élevé de soins somatiques ou les déficients mentaux, leur QI est trop faible pour participer à un programme de traitement mais trop élevé pour le secteur VAPH.

Les structures résidentielles ont eu à s’adapter ces dernières années mais cette adaptabilité montre des limites où les partenaires tendent à peu effectuer de ‘paris cliniques’ ou à prendre des risques sur le plan de la sécurité, et ce, d’autant plus dans des structures non hospitalières. Ceci s’explique, entre autres, par le fait que les équipes ne sont pas présentes de manière continue, qu’elles peuvent gérer des situations de crise mais pas les urgences et, surtout qu’il

¹³ Jeandarme Inge, Pouls Claudia, Pham Hoang Thierry (2021). "La récidive parmi les internés en Belgique" in Politeia.

Thierry Pham, Petra Habets, Xavier Saloppé, Claire Ducro, Benjamin Delaunoy & Claudia Pouls. Violence risk profile of medium- and high-security NGRI offenders in Belgium. The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology. Pages 530-550 | Received 18 Jul 2018, Accepted 10 Jan 2019, Published online: 24 Jan 2019
Florence Thibaut, Thierry Pham (2018). Prioritizing Research in Forensic Psychiatry: A European Perspective. Forensic Psychiatry and Psychology in Europe. pp 267-276.

est primordial de protéger les autres résidents de la structure (l'IHP tout comme en MSP, ou d'autres) où la vie communautaire est d'autant plus prégnante.

Nous relevons aussi que les structures non spécifiques pour internés ont besoin à minima de soutien (souvent de l'équipe mobile) ou peuvent se montrer frileuses quant à l'admission d'internés. Par ailleurs, la prise en charge des internés requiert une série d'acquis quant à la loi sur l'internement et les conditions de suivi ; avec lesquels il convient de jongler au risque de mettre en difficulté la personne internée.

Il n'en reste pas moins que l'objectif final reste de maximiser les admissions et le retour vers des structures de soins réguliers, et ce, lorsque la situation et le profil de l'interné le permettent. Pour les autres situations, le trajet de soins spécifiques sera de mise.

Pour un trajet de soins complet pour les personnes internées, il semble indéniable qu'il manque des structures de type bas seuil d'accès, ainsi que des lieux de transition entre un dispositif hospitalier très contenant et, par exemple une IHP ou une MSP. Il est aussi entendu qu'une MSP est à considérer avant tout comme un lieu de vie. Nous relevons aussi une difficulté à moduler la sécurité au sein de ces structures : d'éventuelles possibilités de mises à l'échelle et d'adaptation de la sécurité pourraient limiter les refus d'admission ou les révocations ; avec plus d'accord pour les partenaires à accepter des profils plus complexes.

Ce qui précède nécessite toujours une bonne évaluation des besoins de soins et de sécurité afin que la personne reçoive le cadre (de soins) le plus approprié et que les soins puissent être déployés de manière flexible en fonction de ces besoins, avec des options d'extension des soins et/ou la sécurité si nécessaire et les possibilités de flux lorsque cela est possible. Il y a actuellement un manque d'accord entre les partenaires sur qui doit être transféré, où et quand et il existe une méthodologie commune pour la mise en place des évaluations. De plus, il n'est pas possible de basculer en douceur à tous les niveaux de sécurité. Par exemple, il n'y a pas d'option de mise à l'échelle directe vers un cadre de haute sécurité, mais cette méthode n'est pas encore complètement établie à un niveau de sécurité moyen non plus. Enfin, l'offre de soins est également insuffisamment coordonnée pour permettre des transitions en douceur.

Les personnes internées qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée au niveau du profil (cf. soins de haute et moyenne sécurité) ne peuvent obtenir cette prise en charge que dans certaines zones d'action, parfois éloignées de la région où elles veulent se resocialiser/avec laquelle elles ont encore des liens. Etant donné que tout un processus est souvent élaboré au sein de cette prise en charge spécialisée (par exemple les services de réinsertion et de réadaptation dans les CPL, les circuits de moyenne sécurité comprenant des places MSP, IHP hospitalisation de jour...) cela constitue une barrière au fait d'adresser vers les soins réguliers dans la région d'origine.

2.5/ Place de l'équipe mobile (liaison et soins) pour patients internés

L'équipe mobile TSI (trajet de soins interné) s'organise différemment entre la partie francophone et néerlandophone du pays. Au Nord, il existe une double fonction différenciée : liaison et soins. La fonction de 'liaison' permet de donner des avis d'orientation quant aux situations individuelles, d'accompagner l'élaboration d'un parcours de soins adapté (cf. concertation avec les partenaires potentiels) et d'accompagner les partenaires dans la prise en charge de la personne détenue. Quant à la fonction 'soins' porte spécifiquement sur la prise en charge clinique des internés au sein de leur milieu de vie. Au Sud, les deux fonctions sont

mêlées et assurées par les mêmes équipes, avec l'axe central qui est porté aux soins. Il n'y a pas de mission de conseils d'orientations construite et systématisée qui est installée en francophonie, même si des conseils peuvent être octroyées au cas par cas.

Les équipes mobiles ont à s'intéresser à tous les profils cliniques et criminologiques et à développer des collaborations étroites avec l'ensemble des réseaux, se tenir informées de l'organisation et de son évolution sur leur Cour d'Appel, mais également sur l'ensemble du rôle linguistique. Leur champ de connaissance se veut très large tant en amont qu'en aval de la libération à l'essai. Cet aspect de leur travail sollicite beaucoup les référents d'antenne, qui sont les personnes organisant -avec les coordinateurs TSI- le travail par zone d'action.

La fonction des équipes mobiles TSI est voulue centrale, permettant d'être au carrefour des différents partenaires qu'ils soient justice ou santé, et ce, afin d'intervenir rapidement au bénéfice de l'usager interné et de lui éviter tout retour prématuré en établissement pénitentiaire. Il s'agit d'intervenir rapidement et efficacement lors de toute situation de crise.

Le travail de création et de pérennisation de liens étroits avec les multiples acteurs de leur trajet de soins est au cœur de leur métier et s'ajoute à la prise en charge en tant que tel du patient dont certaines missions sont chronophages : accompagnement à la CPS, par exemple.

L'équipe mobile TSI a pour spécificité de devoir être formée dans de nombreux domaines (psychopathologie, évaluation des risques criminologiques et psychiatriques, organisation et modalité des soins, criminologie, handicap mental, assuétudes...) ET de 'réseauter' pour assurer un accompagnement le plus qualitatif possible.

Bon nombre de personnes internées gardent un besoin d'une offre mobile spécifique où les intervenants ont connaissance du contexte et des suivis de justice liés à l'internement. Cependant, pour les internés où l'autonomie peut être maximisée et/ou l'aspect criminologique s'avère peu manifeste, il apparaît pertinent de construire des liaisons vers le circuit régulier, principalement les équipes mobiles 2B. Lorsque cela est possible, ces possibilités de lien devraient être évoquées dans le cadre des projets soumis.

2.6/ Difficultés ou insuffisance d'offres par rapport à la fonction médicale

Dans le cadre d'une libération à l'essai, la personne internée doit avoir un médecin de référence. Cependant, nous constatons une pénurie de médecins qui ont une sensibilité médico-légale ou acceptant cette tutelle. En aval de l'internement, il manque de médecins psychiatres, quelle que soit la Cour d'Appel. En aval, il y a peu de médecins psychiatres qui acceptent la mission de médecin de référence. D'une part, cela ralentit l'aboutissement des projets de libération à l'essai et d'autre part, cela impacte l'intégration des internés dans les réseaux de soins réguliers.

2.7/ Patients non en ordre de séjour

Les patients sous mesure d'internement et non en ordre de séjour constituent environ 5% des personnes internées, avec toutefois une certaine disparité. La plupart des internés non en ordre de séjour qui sont placés dépendent de la CPS de Bruxelles.

En effet, en décembre 2020, la CPS de Liège suivait 18 internés non en ordre de séjour, celle de Mons en suivait 22 et celle de Bruxelles (FR) en suivait 63. En janvier 2022, la CPS de Gent

comptait 25 internés non en ordre de séjour, celle d'Anvers 18 et celle de Brussel (NL) en comptait 5.

L'équipe mobile interné peut les accompagner mais les difficultés sont nombreuses, et, en raison de l'absence de statut, les portes des dispositifs de soins sont fermées et les possibilités de réinsertion sont très réduites.

2.8/ Collaborations avec les acteurs 'justice' (Services 'soins' et 'expertises' des établissements pénitentiaires, CPS et Maisons de Justice)

Les coordinatrices Justice organisent, en collaboration avec les coordinateurs TSI, régulièrement des réunions avec les établissements pénitentiaires (direction, SPS, équipe de soins), les Maisons de Justice et les CPS et les parquets auprès de la CPS des cinq cours d'appel par rôle linguistique.

Au sein de chaque cour d'appel, des réunions en vue de faire le point sur les collaborations sont organisées (par les coordinations TSI et CSEI) entre les partenaires Soins et les partenaires Justice de la cour d'appel concernée (CPS/parquet, annexes psychiatriques des prisons, EDS, ...) mais également avec les maisons de Justice. Des réunions peuvent être organisées au gré de l'actualité (nouvelles personnes qui entrent en fonction, nouvelle offre de soins, etc.) ou des besoins spécifiques.

Selon les cours d'appel, les acteurs Justice et des maisons de justice sont présents au sein des différents comités stratégiques.

Il y a une collaboration étroite entre les coordinateurs Santé et les coordinateurs Justice au sein de chaque cour d'appel en fonction de l'actualité, des thématiques de travail, etc. mais également lors des comités de suivi.

Il y a un outil de monitoring quantitatif et qualitatif des collaborations entre les partenaires Soins et Justice qui est utilisé trimestriellement.

Ces différents moments de rencontre permettent :

- D'échanger des informations pertinentes ;
- De mieux connaître « la réalité de terrain » de chacun ; dès lors de mieux se comprendre, et trouver des compromis (dans la mesure du possible) et/ou ajuster les modes d'intervention ;
- D'améliorer et fluidifier les collaborations ;
- De discuter des difficultés des uns et des autres que ce soit à un niveau organisationnel ou au niveau de la prise en charge des internés ;
- De sensibiliser chaque acteur aux implications, aux enjeux et aux limites des uns et des autres dans une situation concrète et de faciliter la communication ;
- Etc.

D'une manière générale, les collaborations sont décrites comme étant positives – même si elles peuvent toujours être améliorées – tant par les partenaires Soins que par les partenaires Justice ou encore les Maisons de Justice.

À l'heure actuelle, un seul coordinateur a été nommé parmi les coordinations CSEI au sein des cours d'appel néerlandophones. Elle est responsable de la cour d'appel de Gand, mais est également l'interlocuteur des autres cours d'appel. La nomination d'un coordinateur de justice responsable des cours d'appel d'Anvers et de Bruxelles en néerlandais est une grande perte.

2.9/ Liaisons avec les soins réguliers

Ces dernières années, de nombreuses bonnes initiatives ont été prises pour faciliter la coopération et le transfert vers une prise en charge régulière des personnes en situation d'internement, notamment :

- Élargissement de l'offre de soins pour le groupe cible, avec des projets intégrés aux soins réguliers.
- Des collaborations entre les coordinateurs TSI, et plus largement les circuits d'accueil en internement, et les réseaux en santé mentale et autres structures fédérant les partenaires, comme les Plateformes de Concertation.

Des initiatives de réduction de seuil, telles que la sensibilisation, l'organisation de formations, la focalisation sur la prise en charge partagée entre partenaires en vue des postes de rechute (crise/temps mort/(ré)admissions), l'accompagnement de la prise en charge régulière par les équipes mobiles d'internement (anciennement changement d'équipe) ...

Le groupe cible des internés étant un groupe niche au sein des réseaux de soins en santé mentale, ce n'est pas toujours évident de traiter des thématiques spécifiques en lien avec l'internement lors des comités de réseaux régionaux qui pourraient concerner voire intéresser une majorité d'acteurs présents à ces réunions. Soit, les difficultés sont à intégrer dans des problématiques plus larges (addiction, accès au logement, précarité, etc.) ; soit, les difficultés sont très spécifiques à l'internement et sont dès lors traitées dans d'autres lieux spécifiques ; soit les difficultés sont en lien avec les réseaux Justice qui ne sont pas d'office présents aux comités de réseaux.

Par ailleurs, les comités de réseaux ont priorisé le traitement d'autres thématiques qui sont directement en lien avec les conséquences de la pandémie et du confinement (psychologue de première ligne, précarisation, gestion de la crise covid, etc.).

Les partenaires ayant une offre pour les internés sont souvent également actifs au sein des réseaux de santé mentale adultes.

Ensuite, les coordinateurs TSI et les dispositifs de soins TSI sont présents dans d'autres lieux qui réunissent les acteurs en santé mentale et en santé 'générale' plus locaux (comité de réseaux local, Plateformes de concertation, etc.) ; ils représentent donc également le public cible des internés. De plus, les coordinateurs TSI privilégient également les moments de concertation ad hoc avec une attention régulière en lien avec le transfert d'informations et de questions spécifiques.

2.10/ Internement et assuétudes

La prise en charge des problématiques d'assuétudes tend à se faire au sein d'offres de soins spécifiques, souvent peu adaptés aux problématiques multiples rencontrés par les internés. Cependant, il convient de noter qu'environ 50% des personnes internées connaissent une problématique en lien avec les assuétudes.

Dans ce cadre, il peut exister des liens avec ces réseaux spécifiques pour les problématiques d'assuétudes via des prises en charge individuelles (donc au cas par cas). Lorsque l'offre pourrait s'avérer intéressante pour une personne internée, il peut y avoir des refus de prise en

charge, qui peuvent être liés à la : stigmatisation des patients sous statut d'interné, peur liée à une méconnaissance, saturation des réseaux assuétudes (comme d'ailleurs l'offre double diagnostique ou réguliers), problématique psychiatrique trop 'lourde' ou trop 'à l'avant plan'... Il y a aussi parfois une différence de vision, où la prise en charge des addictions ne vise pas toujours l'abstinence totale mais plutôt la réduction des risques, mais où celle-ci est difficilement compatible avec les conditions de détention ou le risque de rechute de fait dû à l'usage de substances. De manière prioritaire, il convient de développer des axes de prise en charge pour les internés qui tiennent davantage compte de la problématique d'assuétudes qui semble régulièrement présente dans les problématiques rencontrées.

2.11/ Internement et handicap mental

Au niveau francophone

L'offre de soins généraliste pour cette patientèle est plutôt rare (voire inexistante dans certaines régions) et y accéder est plutôt compliqué.

Il y a quelques collaborations qui se développent au cas par cas notamment avec l'AVIQ autour des conventions nominatives mais cela reste exceptionnel.

Les internés présentant un double diagnostic santé mentale – retard mental n'ont pas non plus vraiment le profil pour intégrer des lieux de vie résidentiels financés spécifiquement pour les internés tels que les IHP. Ce sont des lieux de vie peu adaptés pour les patients présentant un double diagnostic car, généralement, leur niveau d'autonomie n'est pas suffisant.

Par ailleurs, la prise en charge des internés double diagnostic présente quelques spécificités. Citons, de manière non exhaustive :

- Il y a un travail sur le respect des règles qui est plus conséquent ; d'autant plus que les autres patients sont plus fragiles.
- Les prises en charge sont beaucoup plus longues. Il faut parfois des années pour pouvoir opérer une transition entre la prison (où ils sont restés longtemps) et l'hôpital et ensuite trouver un autre lieu de vie.
- Il faut du temps aux patients pour s'adapter à un environnement où il y a davantage d'ouverture.

La majorité de ces patients ne pourra pas vivre en autonomie. Des structures résidentielles et communautaires semblent être une solution mais il n'y a pas, en régions wallonne et bruxelloise, de conventions spécifiques à l'internement qui pourraient susciter la prise en charge d'internés.

Au niveau néerlandophone

En Flandre, tant dans le plan pluriannuel que dans le Masterplan, des investissements ont été réalisés dans des places au sein des hôpitaux, IHP et MSP (ces 2 derniers pour les formes légères de déficience intellectuelle) pour les internés avec un double diagnostic de déficience intellectuelle en combinaison avec des problèmes psychologiques/psychiatriques.

De plus, il existe des initiatives de la VAPH pour ce groupe cible (voir aussi 3.1.) :

- Projets hospitaliers VAPH,
- des unités VAPH médico-légales,

- le financement direct des internés, permettant une entrée plus fluide dans les établissements réguliers inscrits à la VAPH.

Ces initiatives sont suivies au sein d'un groupe de pilotage de la VAPH auquel participent les coordinateurs TSI et CSEI.

Cependant, il reste difficile d'amener un groupe vers la prise en charge appropriée, notamment ceux au profil très complexe, par exemple les auteurs d'infractions sexuelles graves ou les personnes présentant de graves troubles comportementaux et émotionnels. Une partie de ce groupe cible bénéficiera probablement aussi d'une offre de long séjour, adaptée à leurs problématiques. De plus, il y a un groupe qui tombe entre les mailles du filet parce qu'il est à la frontière entre une déficience intellectuelle et une faible capacité intellectuelle. Ils ne sont pas éligibles à une reconnaissance VAPH qui leur permet d'entrer dans le secteur VAPH. D'autre part, ils sont jugés trop faibles pour l'offre en soins de santé mentale.

2.12 Internement et trouble de la personnalité

Particulièrement dans la partie nord du pays, il est frappant de constater que depuis que le droit aux soins a été inclus dans la nouvelle loi sur l'internement, beaucoup plus de personnes atteintes de troubles de la personnalité entrent dans le circuit de l'internement. Dans le passé, il y avait déjà une proportion considérable d'internés avec un ou plusieurs troubles de la personnalité parmi les CPS néerlandophones, mais cela s'accompagnait souvent d'autres troubles psychiatriques, comme la vulnérabilité psychotique.

Dans la pratique des soins, on remarque que les personnes ayant un trouble de la personnalité, surtout lorsqu'il n'y a pas de comorbidité, sont plus difficiles à traiter et ont souvent des admissions de longue durée avec un flux au goutte à goutte. Au sein du circuit régulier de soins, l'offre de troubles de la personnalité est limitée et n'a d'ailleurs pas vocation à traiter, par exemple, les troubles de la personnalité antisociale, fréquents au sein de la population internée. Cela signifie qu'il y a peu de possibilités en termes de transfert/trajectoire de soins au sein du circuit de soins régulier.

Dans le passé, nous avons vu que les personnes ayant de tels problèmes n'étaient souvent pas internées et étaient condamnées par le système de justice pénale classique. L'augmentation de ces profils dans le circuit d'internement conduit à un grand nombre de personnes présentant des troubles de la personnalité (uniques) qui séjournent dans des CPL ou des établissements à sécurité moyenne, d'où il est très difficile de sortir. Ce problème contribue à un effet de blocage dans ces settings.

2.13/ FHIC (Forensic High and Intensive Care)

Quel que soit le lieu de traitement, pendant un trajet de soins, la tension peut temporairement dépasser sérieusement la capacité à supporter celle-ci, ce qui augmente le risque d'une situation de crise. Ce phénomène n'est pas spécifique au groupe cible des internés mais peut se produire dans tous les groupes cibles. C'est pourquoi le modèle belge HIC a été développé par le groupe de travail intensification de l'organe de concertation 107 afin de fournir des soins de qualité et de proximité dans ces situations de crise de manière plus humaine. Entre-temps, 9 projets non liés à l'internement ont été lancés avec un soutien spécifique en termes de formation, d'échange, de trajectoires d'amélioration de la qualité et de suivi scientifique.

D'après les expériences étrangères, le modèle HIC devrait être complété pour le le groupe cible des internés en raison du risque accru d'agression, de la prévention des rechutes et d'un encadrement de la récidive. Fondé sur la demande générale de fournir des soins dans des situations de crise d'une manière plus humaine, le modèle pour le groupe cible des patients médico-légaux est davantage axé sur la sécurité du patient et de son environnement. Par conséquent, le modèle HIC ne peut pas être repris tel quel, mais doit être adapté au groupe cible spécifique (=FHIC). Le modèle FHIC (Forensic High and Intensive Care) est un modèle s'intégrant dans cette logique de soins. Il s'agit d'un service intégré à un trajet de soins destiné aux patients hospitalisés ou ambulatoires qui sont en crise.

Les éléments clefs de ce modèle sont en lien avec le maintien du contact au lieu d'une mise à distance de la personne, la prévention et la réduction des comportements agressifs, la gestion des assuétudes et consommations. Par rapport au professionnel, Il s'agit de maximiser la rétention du personnel en favorisant leur satisfaction et le climat de travail. Un axe majeur porte également sur la continuité des soins et le partage d'outils de prise en charge avec les partenaires du réseau (prévention de crise, traitement...).

Il s'agit d'un modèle de soins structurés que nous souhaiterions, après une visite sur le terrain et une exploration positive, développer et diffuser au sein du trajet de soins internés en Belgique. Bien entendu, il ne s'agit donc pas de dupliquer ce modèle, mais de s'en inspirer et de l'adapter à la réalité des soins et des dispositifs qui sont implémentés. Un des objectifs apparaît être également de maximiser la liaison à l'offre régulière, en étant vigilant à maximiser l'intégration à la vision et au modèle de la réforme des soins en santé mentale.

Au sein de l'organe de concertation 107, il a été créé au sein du groupe de travail intensification, un groupe de personnes intéressées et motivées pour adapter, modifier, étendre ce modèle aux besoins des internés et au paysage belge en santé mentale, auquel les soins médico-légaux sont intégrés. Le groupe de travail FHIC est effectivement composé, avec au préalable une visite sur le terrain du modèle FHIC qui a été faite le 28 septembre 2021, étant prévu qu'un retour se fasse vers l'organe de concertation dès le démarrage du groupe de travail.

2.14. Forme de logements alternatifs

Les listes d'attente avec des partenaires réguliers jouent également un rôle majeur dans les options de transfert des internés, en particulier dans les types de logement tels que les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les habitations protégées (IHP). De plus, le pas d'un cadre résidentiel à une forme plus libre de vie en société est parfois trop grand, par ex. d'un cadre MSP à un cadre IHP, et une sorte d'étape intermédiaire ou 'forme de logement intermédiaire' serait appropriée.

La transition vers les centres de soins résidentiels (WZC) n'est également pas toujours évidente, pour diverses raisons, par ex. le critère d'âge, le fait que les centres de soins résidentiels (WZC) ne sont pas toujours suffisamment équipés, tant en termes d'infrastructure (sécurité) que de personnel (normes) pour ce groupe cible, le manque d'expérience avec ce groupe cible et dans la prise en charge de problèmes psychiatriques et/ou comportementaux... Nous notons qu'il y a

une population vieillissante parmi les internés avec une augmentation des besoins de soins somatiques qui ne peuvent pas toujours être correctement fournis dans un contexte de soins de santé mentale. Cependant, si les problèmes psychiatriques sont encore trop importants ou si les troubles du comportement persistent, il est difficile d'orienter ce groupe vers des soins réguliers plus à même d'apporter les soins somatiques nécessaires.

Nous recommandons d'explorer si des places supplémentaires dans les MSP et IHP sont souhaitables pour le groupe cible et/ou la mise en place d'autres formes de logement adaptés qui répondent mieux aux besoins spécifiques et divers. Il peut également être souhaitable de se concentrer sur des initiatives ciblées qui peuvent faciliter la transition vers les établissements de soins pour bénéficiaires internés. Trouver un logement abordable peut également ralentir/entraver le flux de personnes.

Une coopération plus étendue avec les sociétés de logement social (par exemple, des places réservées pour le groupe cible) pourrait contribuer à résoudre ce problème.

2.15. Extension de l'offre de soins.

Ces dernières années, d'énormes investissements ont été réalisés dans l'offre de soins aux détenus. Il fallait aussi miser sur une offre différenciée en termes de de groupe-cible, d'offre et de sécurité. Cependant, la coordination entre les partenaires est encore insuffisante dans les domaines suivants :

- Déterminer qui doit passer où et quand (indication)
- La coordination des programmes de soins pour permettre une transition en douceur et privilégier la continuité des soins,
- La collaboration entre le secteur résidentiel et ambulatoire.
- Manque de possibilités de mise à l'échelle à chaque niveau de sécurité,
- l'utilisation opportune des options de gestion des sorties et des possibilités transfert/transition,
- Collaborations entre les cours d'appel (par exemple, certaines offres spécialisées ne sont disponibles que dans certaines régions)

3/ Offres régionales

3.1/ Région flamande

Offre financée par la Région/Communauté :

- Unités médico-légale VAPH pour internés : Itinera (OC St-Idesbald) Campus PC Sint-Amandus Beernem (20 places), Limes (OC St-Ferdinand) Campus PC Asster Sint-Truiden (20), Amanis (Zwart Goor) Campus PC Bethanië Zoersel (10)¹⁴
- Centres de jour intrapénitentiaires VAPH : Gand (OBRA-Baken (werkingOntgrendeld, 2001), Merksplas (Klavier-Abbag, 2002), Anvers (OLO-Otwee)
- Financement direct pour les internés : budget récurrent pour faciliter le flux d'internés vers le secteur régulier-VAPH ¹⁵

¹⁴ <https://www.vaph.be/professionelen/forensische-vaph-units/erkenning>

¹⁵ Pour les personnes en situation de handicap adressées d'un établissement pénitentiaire, d'un centre de psychiatrie légale, d'une offre d'hébergement reconnue pour internés au sein d'un centre psychiatrique ou d'une unité VAPH médico-légale, une demande peut être faite auprès de la VAPH pour une prise en charge directement financée. Ainsi, la personne handicapée

- Projet ‘toolbox doorstroom naar woonzorgcentra’ (website en développement)
- Offre médico-légale au sein des ‘SSM’ (pas seulement pour les internés)
 - Budget des mesures qualité VIA-6 au SSM, 300 000€ (et 450 000€ à partir de 2022) seront alloués au 10 SSM en 2021 pour l'extension des opérations médico-légales. Cette subvention est spécifiquement utilisée pour augmenter l'offre de traitement et de conseil des auteurs d'abus sexuels, pour laquelle un accord de coopération a été conclu le 9 octobre 1998 entre l'Etat fédéral et la Communauté flamande concernant le conseil et le traitement des auteurs d'abus sexuels.
 - Par ailleurs, le volet mesures qualité de la convention VIA-6 prévoit une extension de 0,5 ETP par SSM. Le SSM qui travaille dans un cadre médico-légal utilisera la subvention pour l'extension de 0,5 ETP par SSM pour ce travail. Cela concerne le suivi des personnes en situation médico-légale, à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison, l'assistance dans les situations de violence domestique et l'assistance préventive volontaire.

Autres initiatives encore en développement :

- Cadre de référence des soins médico-légaux (actuellement en attente)
- Modèle de trajectoire de suivi ‘l'orientation et le traitement des délinquants non détenus présentant une vulnérabilité psychologique’ (lancement du processus de suivi prévu en février 2022)

3.2/ Région wallonne

Formulation d'une synthèse transversale sur le rôle de l'Aviq dans la matière de l'internement (Note transmise par l'AVIQ).

AVIQ/Handicap - Direction de l'Hébergement

En 2012, un protocole d'accord a été signé entre le CRP « Les Marronniers » la branche Handicap de l'AVIQ (l'AWIPH à l'époque). Ce protocole a pour objectif de favoriser la complémentarité entre les secteurs de la santé mentale et du handicap mental, en créant un partenariat entre le CRP et l'Agence pour toutes les questions concernant les personnes en situation de handicap, internées ou hospitalisées, afin d'optimiser la prise en compte de leurs besoins et de favoriser au maximum leur inclusion sociale. En effet, à plusieurs reprises, il a été mis en avant la grande difficulté de réinsertion de ces personnes après stabilisation de leur état, quand elles peuvent prétendre à une libération à l'essai.

Dans le cadre de ce protocole d'accord, plusieurs actions ont été réalisées :

- 1) Création d'un groupe de travail « gestion de cas » chargé de mettre en lumière les différences d'approche entre les 2 secteurs, leur complémentarité ainsi que leurs incompatibilités. Ceci à travers la présentation de situations concrètes issues du terrain.
- 2) Création d'un groupe de travail « Formations » chargé d'élaborer une base de programme de formation (information – Formations spécifiques – Immersions). Ces

internée peut bénéficier d'une prise en charge et d'un accompagnement sur-mesure auprès d'un prestataire agréé. Pour plus d'informations : <https://www.vaph.be/geregistreerde-vza-ge%C3%AFnterneerden/algemeen>

séances d'informations/ formations ont eu lieu en 2017 et 2018. Seul l'aspect « Immersions » n'a pas encore pu être opérationnalisé.

3) Création d'un groupe de travail « Etudes et statistiques » chargé :

- D'extraire des informations permettant de comprendre le profil des personnes déficientes ayant commis un délit. Ceci afin de favoriser leur réhabilitation, de favoriser les préventions primaires et de diminuer le risque de récidives
- De proposer de nouvelles études à partir des données qui ont été dégagées. L'AVIQ et les Marronniers se sont engagés, dans les limites budgétaires disponibles, à favoriser l'émergence et la mise en œuvre de projets mixtes et transversaux et à soutenir les synergies développées et les initiatives existantes en veillant à leur bon fonctionnement par le biais de comités d'accompagnement, de pilotage et d'évaluations concertées.

Parallèlement à ce protocole d'accord et dans un même objectif de créer des « ponts » entre les secteurs, l'AVIQ est présente dans le Comité Stratégique Trajet de Soins Internés (CSTSI).

En outre, des collaborations ont lieu entre les agents « de terrain ». Plus particulièrement, les « agents suivis cas prioritaires » de l'AVIQ échangent régulièrement avec les professionnels de plusieurs hôpitaux (« Le Chêne aux Haies », « Saint-Bernard », etc) ou avec l'équipe mobile, par exemple, sur des situations individuelles afin de trouver un lieu de vie adapté aux personnes internées pouvant être réinsérées. La recherche de solutions pour ces personnes passe parfois par l'octroi d'une subvention particulière de l'AVIQ.

L'internement est bien pris en compte dans la direction de l'Hébergement (AVIQ-Branche Handicap) d'une part par ces collaborations et d'autre part par la participation des agents aux différents colloques, présentations, plateformes organisées sur cette thématique.

Enfin, des actions plus ponctuelles ont lieu comme l'organisation par le Bureau Régional (BR) de Liège d'une rencontre (21 juin 2019) entre l'EDS de Paifve et des agents de l'AVIQ (BR et cellule cas prioritaires) afin de visiter l'établissement et d'échanger sur les secteurs, notamment en ce qui concerne la compréhension du trajet de soin d'un interné.

AVIQ/Santé - Direction des Soins de Santé Mentale

- Participation à la révision des accords de coopération concernant les internés AICS ;
- Participation au GTCSI de la cour d'appel de Mons par invitation du coordinateur ;

De manière générale, nous nous inscrivons dans la philosophie de la réforme 107 : il n'y a pas de distinction faite vis-à-vis des personnes internées accueillies par les institutions reconnues et subsidiées par l'AVIQ à l'instar de tout usager et bénéficiaire wallon.

3.3/ Région bruxelloise

A notre connaissance, la Région bruxelloise n'a pas développé de projet ou de financement spécifique à destination des personnes internées.

4/ Propositions / soumission de projets intégrés

4.1/ Introduction

Notre souhait est d'organiser la soumission de projet dans une optique de travail en réseau¹⁶, avec une concertation et un consensus en premier lieu entre les partenaires de soins et de justice ; mais également en liaison et avec le soutien des autorités.

Il convient que les modifications dans le paysage des soins pour l'internement se fasse en concertation à plusieurs niveaux :

- Auprès et avec les coordinateurs TSI et CSEI ;
- Avec les coordinateurs des réseaux 107 adultes ;
- En concertation avec les partenaires qui interviennent et répondent ou peuvent répondre aux besoins des usagers internés ;
- Entre les autorités communautaires, régionales et fédérales, avec des offres adaptées aux soins et suffisantes qui se déploient de manière intégrée en fonction des compétences liées à chaque niveau.

Au-delà de ce processus de concertation qui permet de construire le cadre de travail et d'émergence des projets, les coordinations et l'administration devront également **planifier l'inclusion d'outils et d'instruments de suivi des internés et des projets, permettant d'apprécier l'efficacité des projets et processus mis en place. Bien que le choix de ces outils soit soumis à la discussion avec les autorités et les partenaires, il convient de tenir compte de l'existant en maximisant l'intégration de celui-ci.**

Un travail de réflexion organisationnelle doit être effectué en ayant comme point d'attention d'augmenter la prise en charge des internés en favorisant le turnover (processus de candidature, d'admission, de traitement et de prise en charge, ainsi que de sortie) des usagers internés au sein des projets, ou le maintien de ceux-ci dans la communauté et leur lieu de vie. Il convient également de penser les collaborations et l'articulation des processus entre partenaires, et ce, pour une organisation intégrée.

Pour faire ce travail, les coordinations disposent de chiffres permettant de dresser un état des lieux (nombre et profil des internés avec leurs lieux de séjour, occupations des projets financés, trajets de soins...). Au départ des besoins, l'offre est ensuite considérée, appréciée et adaptée.

En attendant un système d'informations partagées, le SPF Santé Publique fait remplir aux partenaires sous convention (recevant un financement fédéral Santé Publique) un tableur portant sur des données à récolter pour les internés admis ou candidats au sein de leurs services. Les données récoltées ne sont cependant que parcellaires, convenant qu'elles puissent à terme être complétées par des informations provenant des partenaires de la Justice, des Communautés et Régions, ainsi que de chercheurs mandatés par les autorités (par ex, le KEFOR et le CRDS). Il s'agit d'une démarche qui doit encore se construire, dans le cadre de concertations entre autorités.

¹⁶ N'incluant pas uniquement le trajet de soins 'interné', mais également les soins réguliers (réseaux 107 adulte).

4.2/ Présentation des modalités de soumission de projet

4.2.1/ Contexte

Comme le texte ci-dessus l'illustre, les évolutions pour les soins aux personnes internées depuis une vingtaine d'années sont indéniables, mais restent cependant insuffisantes pour garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population. Les projets déployés dans le cadre du Plan Pluriannuel et du Masterplan ont eu un effet sur le nombre d'internés dans les établissements pénitentiaires en diminuant ceux-ci, avec une orientation vers des soins adaptés. Cependant, le nombre de personnes en attente de soins recommence à augmenter. Nous constatons une difficulté pour le trajet de soins 'internés' d'absorber dans un délai raisonnable les admissions.

Plusieurs hypothèses peuvent être explicatives, comme un 'turnover' insuffisant dans certains projets (durées de séjour trop importantes), une augmentation des prononcés ou des places spécifiques peu accessibles aux personnes internées des profils complexes difficiles dont la réinsertion est tout aussi complexe, des places insuffisantes dans les logements alternatifs, des profils ne rentrant que peu dans les 'cases' habituelles (problématiques aux assuétudes trop prononcées, handicap mental pas assez central du fait d'autres problématiques, profil psychiatrique atypique...), le retard pris dans la mise en service des nouveaux CPL (Alost, Wavre et Paifve)... Ces raisons n'étant pas exhaustives.

La présente note vise donc à :

- Optimiser l'organisation, l'offre et la fluidité des soins pour les personnes internées ;
- Soumettre des nouveaux projets ou le renforcement de projets existants pour les personnes internées.

Dans ce contexte, il s'agit en priorité de :

- Maximiser la sortie et éviter le retour des internés au sein des établissements pénitentiaires ;
- Travailler sur les processus :
 - o Favoriser les durées de prise en charge au strictement nécessaire ;
 - o Favoriser des collaborations concertées, structurées et optimisées entre partenaires de réseau/trajet de soins.

4.2.2/ Directives quant à l'organisation des soins par Cour d'Appel à retravailler :

La présente demande ne vise pas à modifier l'octroi budgétaire par Cour d'Appel, mais il convient de (re)penser le modèle d'organisation des soins en réseau face au constat d'une efficacité et d'une organisation qui pourraient être optimisées. Il faut toutefois prendre en considération dans l'analyse des propositions de modifications et d'adaptations de projets existants qui ne répondraient plus ou partiellement aux besoins des internés.

Le travail sur le modèle de l'organisation des soins à effectuer concerne tous les internés dont la réponse à leurs besoins et la réinsertion dans la communauté doivent être des priorités. Il convient que les projets aient un impact direct sur la limitation des internés au sein des établissements pénitentiaire, et ce, afin que ceux-ci bénéficient de soins adaptés.

L'exercice qui est demandé aux coordinateurs TSI et coordinateurs 107 adultes, est de :

- **Décrire le modèle d'organisation actuelle du trajet de soins internés, avec ses difficultés et ses points forts ;**
- Dans un second temps, l'analyse effectuée doit servir de base pour **retravailler une vision et l'organisation, ainsi que les lieux où la réaffectation ou une nouvelle affectation des ressources est possible et/ou souhaitable.** Pour ce faire, **quelques balises** non exhaustives et non exclusives en termes de besoins peuvent être données, à la fois au niveau national, par rôle linguistique ou par Cour d'Appel :
 - Sur le plan national :
 - Outil de récolte des données et de partage d'informations entre les partenaires
 - Problématiques d'assuétudes
 - Implication des usagers, à travers des projets de pair-aidance
 - Accueil des internés au sein de leur milieu de vie ou de logements alternatifs existants
 - Collaborations plus structurelles entre dispositifs (partenaires et réseaux) où la concertation et l'intégration sont effectives
 - Internés non en ordre de séjour (illégaux)
 - Francophonie (Wallonie et Bruxelles) :
 - Double diagnostic (Santé mentale et retard mental)
 - Formation et sensibilisation à la prise en charge des problématiques d'assuétudes pour les partenaires (santé et justice)
 - Cour d'Appel de Liège :
 - AICS
 - Cour d'Appel de Bruxelles :
 - Services résidentiels non agréés (collaborations)
 - Cour d'Appel de Mons :
 - Question des révocations (travail avec les lieux de placement)
- Pour le modèle organisationnel du trajet de soins et les projets soumis, il convient d'être vigilant à garder en tête **la philosophie de la Réforme des soins en santé mentale.** Il faut donc se situer spécifiquement dans une **logique de réseau¹⁷/trajet de soins¹⁸** où les décisions sont concertées entre partenaires avec un réseau complet de collaborations¹⁹, mais également d'être systématiquement dans un raisonnement intégrant **les besoins en soins des internés** (donc également les besoins sociaux-relationnels, culturels, de formation, de logement...). La question à garder à l'esprit en effectuant ce travail serait : 'si demain, vous devez changer, compléter et adapter l'offre et/ou l'organisation, que

¹⁷La notion de réseau doit se comprendre comme un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et de la qualité de prise en charge. Il sera nécessairement conçu sur base de la philosophie globale de la réforme. Le réseau se définit sur la base de programmes individualisés, dont, entre autres, l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix du patient.

¹⁸ Un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique. Le trajet de soins se base sur une collaboration entre le patient, les professionnels et les proches.

¹⁹ Remarque : outre les trajets de soins pour internés, il convient de 'sortir' des comités stratégiques et d'éviter d'être excessivement focalisé/cantonné sur les circuits dédiés aux internés.

voulez-vous mettre en place, et ce, en priorisant les besoins de la population à desservir ?'.

Il apparaît primordial de se décaler d'une vision institutionnelle, le réseau de partenaires²⁰ devant être partie prenante de la manière dont la répartition budgétaire s'effectue.

- Enfin, les projets soumis doivent maximiser la sortie des internés des établissements pénitentiaires, et ce, en leur octroyant des soins adaptés.

4.2.3/ Soumission de nouveaux projets pour les personnes internées :

4.2.3.1/ Généralités

Les projets ne visent pas forcément à octroyer de nouvelles places, mais peuvent viser à **l'intensification des soins**. La diminution des délais de prise en charge et des durées de séjour au strictement nécessaire devraient permettre davantage de disponibilité des dispositifs.

Il peut aussi s'agir d'**extension ou d'adaptation de projets existants**, ou une **centration sur des groupe-cibles pour lesquels l'offre est inexistante ou insuffisante**.

Pour la soumission de nouveaux projets, pour un débat centré sur les besoins du patient, il nous semble préférable de ne pas vous fournir encore la marge budgétaire limitée dans laquelle ils doivent prendre place. En cas de soumission multiples, il convient donc d'effectuer une **priorisation au sein des projets soumis**. Nous suggérons également de fournir plusieurs variantes quant à ces projets.

Il pourrait être intéressant, en fonction des sources disponibles, d'**avoir certaines informations** à intégrer à la réflexion des coordinateurs :

- Financement total par trajet de soins ou Cour d'Appel (via entre autres les conventions B4, INAMI...)
- Nombre d'internés dans les établissements pénitentiaires par rôle linguistique (en différenciant les Sections de Défense Sociale ou l'Etablissement de Défense Sociale)
- Nombre d'internés par rôle linguistique (avec, éventuellement et si possible, les besoins en soins/sécurité ou le type de dispositif/d'offre dont ils auraient besoin)
- Toute(s) autre(s) donnée(s) qui semble(nt) importante(s) en sus...

Par cette note, notre souhait est de donner davantage de responsabilité à votre réseau de partenaires pour la construction et l'organisation de l'offre de soins.

4.2.3.2/ Intégration de la pair-aidance

Les projets soumis par Cour d'Appel doivent inclure l'intégration d'au moins un (une) pair-aidant(e) : il doit donc y avoir un plan de déploiement d'un pair aidant au sein du réseau, avant que de nouveaux projets puissent être approuvés. Ce(ces) pair-aidant ne doit(doivent) pas forcément avoir un parcours en lien avec le champ médico-légal. Il s'agit de disposer d'un

²⁰ La notion de 'partenaire' est à entendre au sens large, incluant également les usagers/proches, outre les professionnels intégrés au trajet de soins.

temps de travail significatif au sein de chaque Cour d'Appel, qui peut se voir réparti en temps partiels entre différentes personnes. Les projets soumis ne feront l'objet d'une analyse que si la pair-aidance est prévue dans le trajet de soins., avec un contrat de travail, une formation et une rémunération.

Il peut apparaître délicat et éprouvant pour un pair-aidant d'être engagé dans une structure n'ayant pas de culture ou d'expérience de ce registre. Il faudra donc veiller à intégrer dans le projet **trois niveaux d'accompagnement et de soutien à cette fonction**, et ce, afin de garantir son bon déploiement :

- Le premier niveau est lié à l'employeur qui engagera la personne²¹;
- Le second apparaît en lien avec les associations soutenant et formant les pair-aidants, avec un support effectif sur le plan du management de la fonction (niveaux personnel et institutionnel).
- Le troisième apparaît lié à la coordination TSI et au comité stratégique. Il convient en effet que les échanges entre le coordinateur et le pair-aidant soient réguliers, . De plus, la fonction pair-aidance participe aux comités stratégiques et à l'élaboration de ceux-ci.

Un colloque sur la pair-aidance doit prendre place en 2022, étant destiné à illustrer la plus-value et l'organisation pour intégrer un pair-aidant au sein d'une unité ou d'un service de de soins.

4.2.3.3 Modalités de soumission et de réalisation

Il convient de tenir compte de plusieurs autres éléments, non exhaustifs :

- Les coordinateurs TSI doivent élaborer avec leurs partenaires **un plan d'action ciblant les besoins et leur réalisation, en incluant :**
 - o Les points de travail global sur le plan national
 - o Les éléments de travail spécifiques inhérents aux Cours d'Appel
- Les projets doivent se réfléchir et se construire en partenariat étroit **avec les coordinateurs de réseau 107 du territoire de chaque Cour d'Appel, ainsi qu'avec les coordinateurs CSEI**
- **Outre les partenaires habituels de l'internement, il convient d'intégrer également tous les autres qui peuvent répondre aux besoins des internés**

Avec l'appui de la cellule médico-légale, impliquer dans vos groupes de travail/construction de projet les administrations permettant de construire une offre globale :

- **Estimer par Cour d'Appel :**
 - **La capacité de prise en charge du trajet de soins internés (nombre et type de places pour personnes internées) actuelle ;**
 - **La capacité de prise en charge du trajet de soins avec les projets que vous souhaitez soumettre.**

²¹ L'institution qui engage un pair-aidant doit se montrer soutenance et dans un rapport bienveillant, qui permette à la fonction de se déployer.

4.2.3.4/ Aspects à développer (par les autorités et les coordinations) :

- Données patient partagées : le travail en réseau implique d'avoir un espace et des échanges de données possibles pour les patients, notamment dans le cadre de suivis multiples ou de continuité des soins.

- Outils de management de la population interné :
 - Modalités de monitoring ?
 - Rassemblement et partage des données statistiques/épidémiologiques (fédéral, communauté, région) ?
 - Budget management (rapport coût/qualité des soins) pour les internés
 - Coaching des coordinateurs TSI (octroi de connaissances et implémentation de celles-ci au sein du trajet de soins).

<u>Annexe 1</u> : timing de travail et de soumission des projets

PLANNING :

- **Jusqu'au 01/04/2022** : il est suggéré de soumettre des projets par Cour d'Appel dès cette date, ce qui permet de démarrer effectivement ces projets sur la Cour d'Appel dès le 1^{er} juillet 2022.

Une décision quant aux projets parviendra à la coordination TSI au plus tard le 15/05/2021 pour les projets soumis jusqu'au 01/04/2021.

- **Après le 01/04/2022** : l'ensemble des projets par Cour d'Appel soumis après cette date démarreront au 1^{er} janvier 2023. Ils doivent cependant être soumis au plus tard au 15/10/2022.

Une décision quant aux projets parviendra à la coordination TSI au plus tard le 15/11/2021.

La cellule médico-légale et la coordination fédérale iront au sein de ces réunions, afin d'accompagner le processus. Outre la présence de l'administration fédérale, il apparaît indiqué que l'administration régionale puisse rejoindre ce processus.

ANNEXE 2

APERCU FINANCEMENT UPGRADE MASTERPLAN (2021-12-01)

<u>Double diagnostic Handicap mental/déficiences intellectuelle</u>	<u>places</u>	places prévues MP	Date de démarrage
<u>HVB Gent</u>			
PC SJB Zelzate (medium-security)	20		01/07/2017
PC Dr Guislain	3		01/04/2020
	23	20	
<u>HVB ANTWERPEN</u>			
OPZC Rekem (medium- security)	20		01/04/2018
Multiversum Mortsel	2		01/01/2018
Multiversum Mortsel	2		01/01/2019
Asster Sint-Truiden	1		01/01/2018
PC Bethanië Zoersel	1		01/01/2018
	26	20	
<u>HVB Brussel NL</u>			
Zorggroep Sint-Kamillus Bierbeek (medium -security)	20	20	01/04/2018
TOTAL	69	60	

<u>Delinquants sexuels</u>	-	-	
<u>HVB Gent</u>			
St Lucia Sint Niklaas (regularisation T vers 1,24)	12		01/01/2018
St Lucia Sint Niklaas Supplémentaires (T vers 1ETP/lit)	7		01/01/2018
St Amandus Beernem (regularisation T vers 1,24)	8		01/07/2017
St Amandus Beernem supplémentaires (T vers 1ETP/lit)	4		01/07/2017
PC SJB Zelzate (medium-security)	25		01/04/2019
St Lucia Sint Niklaas Supplémentaires (t vers 0,7ETP/lit)	5		01/10/2018
	61	20	
<u>HVB Antwerpen</u>			
Asster Sint-Truiden (20 lits) (regularisation T vers 1,24)	4		01/01/2018
Asster Sint-Truiden supplémentaires (T vers 1ETP/lit)	4		01/01/2018

	8	20	
HVB Brussel NL			
Zorggroep Sint-Kamillus Bierbeek (medium-security)	5	20	01/11/2020
TOTAL	50	60	

Double diagnostic assuétude			
HVB Gent			
PC Gent-Sleidinge	10		01/11/2017
PC Gent- Sleidinge	6		01/04/2020
PC Sint Jan Eeklo	16		01/10/2017
PC Sint Jan Eeklo)	3		01/10/2019
PC Dr Guislain DD	3		01/04/2020
PC Menen	2		01/09/2020
	40	20	
HVB Antwerpen			
PZ Duffel	10		01/01/2018
Multiversum	5		01/01/2018
PC Bethanie Zoersel	5		01/01/2018
	20	20	
HVB Brussel NL			
Zorggroep Sint Kamillus Bierbeek	3		01/01/2018
PZ Sint-Alexius Grimbergen	0		01/01/2018
Psychiatrische kliniek Alexianen Tienen	3		01/01/2018
Psychiatrische kliniek Alexianen Tienen	3		01/01/2019
	9	20	
TOTAL	69	60	

NAH/Korsakov:			
----------------------	--	--	--

HVB Gent			
OLV Menen	8		01/10/2017
PC St-Amandus Beernem	5		01/04/2018
HBV Antwerpen			
	0		
HVB Brussel			
Zorggroep Sint-Kamillus Bierbeek	5		01/04/2018
TOTAL	18	20	

Time out			
HVB Gent			
PC Sint Jan Baptist zelzate Time-out bedden	4		01/11/2017
HVB Antwerpen			
OPZC Rekem Time-out bedden	4		01/04/2018
HVB Brussel			
Zorggroep Sint Kamillus Bierbeek Time-out bedden	4		01/11/2017
TOTAL	12	10	

TOTAL CA NL	242	210	
--------------------	------------	------------	--

CA BRUXELLES ET BRABANT WALLON	places	places prévues MP	Date de démarrage
Titeca Medium risk	20	30	01-12-21
Titeca Medium risk	10	10	01-07-17
Clinique Forêt de Soignes double diagnostic (places à comptabiliser en Wallonie)	16	16	01-07-17
TOTAL	46	56	

CA MONS			
	-	-	
Chêne aux Haies Mons	20		01-07-17

CHP Saint Bernard Manage	20		01-10-17
CRP Les Marronniers Unité La Canopée "réinsertion active pour internés libérés à l'essai	30		01-01-18
	70	40	
CA LIEGE			
CNP St Martin DAVE (T vers 1ETP/lit) medium risk	20	20	01-07-17
TOTAL CA FR	90	60	

01/12/2021 : Répartition places plans pluriannuels

HVB GENT

TOTAL

PZ	Medium Security (MS)	40
	crisisbedden MS	5
	crisisbedden PZ	4
	Vrouwen HS	20
	DD verstandelijke beperking PZ	1
	DD verslaving PZ	3
	Seksuele Plegers MS	16
		89
PVT	PVT MS	60
	PVT DD	1
	PVT Seksuele Plegers	3
		64
IBW	IBW MS	20
	IBW DD	18
	IBW Seksuele Plegers	12
		50
Totaal		203

HVB ANTWERPEN		TOTAL
PZ	Medium Security	40
	crisisbedden MS	5
	crisisbedden PZ	4
	DD verstandelijke beperking PZ	4
	Seksuele Plegers MS	8
		61
PVT	PVT MS (PVT ter bosch)	60
	PVT DD (Schorsaegen)	5
		65
IBW	IBW MS (IBW het Veer)	20
	Hotel MIN (Bedden IBW MIN)	70
	IBW DD	5
	IBW del sex	12
		107
Totaal		233

MERKSPLAS	accompagemnt infirmier	5 ETP
Verbeterprojecten Limburg	Forensische nazorg VGGZ Hasselt	0.3 vte
	Forensische nazorg CAD Limburg	0.2 vte
Verbeterprojecten Antwerpen	Psychologische opvolging CGG Vagga	1.8 vte

HVB Brussel NL		TOTAL
PZ	Medium Security	40
	crisisbedden MS	5

	long stay	30
	crisisbedden PZ	2
		77
PVT	PVT MS	60
	PVT DD	4
		64
IBW	IBW MS	20
	IBW DD	3
		23
Totaal		164
Verbeterprojecten Leuven-Tervuren	Sint-Kamillus DPP (ZH + outreach) Sint-Kamillus DAP (Dagziekenhuis) Fenix+	1 vte 0,5 vte 2 vte + 4u psy
Verbeterprojecten Halle-Vilvoorde- Brussel	PZ Sint-Alexius VZW De Raster - RHEA VZW Ahasverus - psychotherapie-brug I.T.E.R.	1 vte 0,5 vte 0,5 vte 0,25 vte
Totaal		5,75 vte + 4u psy

CA Bruxelles FR		TOTAL
HP	medium risk/security	17
	lits de crise medium risk/security	5
	lits de crise/time out	2
	lits DD en HP	2
	lits de crise en HP	10
	lits en HP	0
		36
MSP	lits MSP	12
IHP	lits IHP	24
Totaal		72

CA MONS		TOTAL
HP	medium risk/security	13
	lits de crise medium risk/security	3
	delinquants sexuels	8

	Lits de crise/time out	11
	lits DD en HP	4
		39
MSP	MSP	25
	délinquants sexuels	12
	MSP DD	3
		40
IHP	Lits IHP	20
	Lits IHP delinquants sexuels	4
	Lits IHP DD	5
	IHP Le Relais projet bobart	2 ETP
		29
TOTAL		108

COUR D'APPEL LIEGE (Saint Martin Dave)		TOTAL
HP	medium risk/security	17
	lits de crise medium risk/security	3
	Lits de crise/time out	4
	Lits DD en HP	2
	lits en hôpital psychiatrique (CUP VIVALIA)	15
		41
MSP	lits MSP	5
	lits MSP DD	3
		8
IHP	lits IHP	5
	lits IHP DD	10
		15
Totaal		64

EDS PAIFVE	accompagnement infirmier/Renforcement équipe de soins	5 ETP
Projet « Liaison Liège-Verviers	ISoSL Liège	1,1 ETP
	AIGS	1 ETP
	CLIPS	0.5 ETP
	STAJEF	0.5 ETP
	IHP Fagnes Ardenne	0.5 ETP
Projet du Club André Baillon	Club André Baillon	0.5 ETP