

Bruxelles, le 14/10/2004

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section « Programmation et Agrément »

Réf. : CNEH/D/PSY/241-2 (*)

**AVIS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT D'UN TRAJET
DE SOINS DE PSYCHIATRIE LÉGAL EN SOINS DE SANTÉ
MENTALE (SSM) POUR LE TRAITEMENT ET
L'ACCOMPAGNEMENT DES INTERNÉS**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 14 octobre 2004

Cadre et portée de l'avis concernant le développement d'un circuit de soins de psychiatrie légale en soins de santé mentale (SSM) pour le traitement et l'accompagnement des internés.

Le rapport de l'Observatoire international des prisons a une nouvelle fois dressé une image navrante de la prise en charge et du traitement des internés en Belgique et plus particulièrement en Flandre. De plus, dans son examen du quatrième rapport périodique de la Belgique, le Comité des droits de l'homme s'est dit préoccupé par le fait que l'Etat belge n'avait pas mis fin à la pratique de maintien de malades mentaux dans les prisons et les annexes psychiatriques des prisons pendant plusieurs mois avant leur transfert dans des établissements de défense sociale, malgré les recommandations déjà formulées en 1998.

A la suite de cela, la .Ministre Onkelinx formula le 22 janvier 2004 au parlement la proposition de créer, par analogie aux établissements déjà existants en Wallonie (Tournai et Paifve), un établissement de défense sociale pour 400 internés en Flandre. Ainsi, la Ministre indiquait la volonté politique au sein du gouvernement fédéral de procéder à un investissement financier important , entre autres à partir de la Justice, pour ce groupe socialement vulnérable et défavorisé.

Cette déclaration de politique a été confirmée par l'ensemble du gouvernement fédéral et ancrée ensuite dans les décisions prises en la matière au Conseil des Ministres spécial du 31-03-04 à Ostende. Tant le secteur des SSM que le monde judiciaire ont réagi à l'annonce de la construction d'un nouvel établissement dans la région anversoise. Dans le prolongement de sa décision, la Ministre Onkelinx précisa sa proposition dans une lettre et se déclara d'accord pour rechercher avec tous les intéressés la solution la plus appropriée pour la dispensation de soins dignes d'un être humain aux internés en Flandre. Un groupe de travail intercabinets Affaires sociales - Justice a entre temps été constitué pour harmoniser les deux domaines de la politique.

Le présent avis est dès lors formulé à l'intention du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Cet avis formule des propositions pour que les initiatives projetées par le gouvernement en matière de soins de santé pour les internés en Flandre ne débouchent pas sur un 'projet solitaire', mais sur le développement et le financement structurels d'une aide adéquate et cohérente dans le cadre d'un trajet de soins de psychiatrie légale en SSM.

Avis concernant le développement d'un trajet de soins de psychiatrie légale en soins de santé mentale (SSM) pour le traitement et l'accompagnement des internés.

0) Cadre et portée de l'avis

En réponse au rapport de l'Observatoire international des prisons qui dresse une image navrante de la prise en charge et du traitement des internés en Belgique, la Ministre Onkelinx a formulé le 22 janvier 2004 au parlement la proposition de créer un établissement de défense sociale pour 400 internés en Flandre.

La Ministre donnait ainsi un signal particulièrement positif indiquant la volonté politique de procéder à un investissement financier important pour ce groupe socialement vulnérable. Tant le secteur des SSM que le monde judiciaire ont réagi à l'annonce de la construction d'un nouvel établissement dans la région anversoise (voir annexe 1).

En réponse à ces réactions, la Ministre Onkelinx précisa sa proposition dans une lettre (annexe 2) et se déclara d'accord pour rechercher avec tous les intéressés la solution la plus appropriée pour la dispensation de soins dignes d'un être humain aux internés en Flandre. Dans le prolongement de la décision de la Ministre Onkelinx, le présent avis est dès lors formulé à l'intention du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Cet avis formule des propositions pour que les initiatives projetées par le gouvernement en matière de soins de santé pour les internés en Flandre ne débouchent pas sur un 'projet solitaire', mais sur le développement et le financement structurels d'une aide adéquate et cohérente dans le cadre d'un trajet de soins de psychiatrie légale en SSM.

1) Composition et travaux du groupe de travail ad hoc Psychiatrie légale SSM

1.1. Composition:

Président: M. J. Van Holsbeke

Secrétariat: M. V. Lefevere

Membres: MMmes M. Craeymeersch et I. Van Der Brempt en MM. R. Derycke et J-C. Frogneux.

Experts: comme experts ont été invités les Drs A. Daillet, L. Gielen, M. Vandervelden et le Dr G. Walpot.

1.2. Travaux:

Le groupe de travail ad hoc s'est réuni les 12 mai 2004, 2 juin 2004, 11 juin 2004, 17 juin 2004 et 3 août 2004.

2) Documents dont disposaient les membres et les expert :

- Lettre de M. Henri Heymans, président de la 'Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM)' de Gand à la Ministre Onkelinx.
- Réponse de la Ministre Onkelinx à M. Henri Heymans, président CBM Gand.
- 'De forensisch-psychiatrische patiënt in Vlaanderen. Een proeve tot uittekening van een kader voor behandeling en opvang van de geïnterneerde'.¹ (Le patient relevant de

¹ 'De forensisch-psychiatrische patiënt in Vlaanderen. Een proeve tot uittekening van een kader voor behandeling en opvang van de geïnterneerde', uitgewerkt in de VVI-VOV werkgroep forensische GGZ, 22 juli 2004. (Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre. Ebauche d'un cadre pour le traitement et la prise

- la psychiatrie légale en Flandre. Ebauche d'un cadre pour le traitement et la prise en charge de l'interné).
- Document de travail pour le groupe de travail intercabinets psychiatrie légale.
Données statistiques concernant l'internement – Résumé psychiatrique minimum.

3) Définition du groupe cible

Les patients relevant de la psychiatrie légale englobent un vaste groupe de détenus présentant un trouble psychiatrique ainsi que de patients psychiatriques avec statut judiciaire. Le groupe cible défini dans ce cadre n'englobe certainement pas les patients relevant de la loi du 26/06/1990 relative à la protection de la personne du malade mental ni les patients relevant de la législation relative à la protection des biens (administration).

Dans ce contexte, nous voulons nous concentrer en priorité sur le groupe cible des **internés**. Selon la législation actuelle, la mesure d'internement ne peut pas être considérée comme une peine mais comme une mesure de sécurité. Outre l'aspect sécurité, le législateur veut, par cette mesure imposée, soumettre le délinquant présentant un trouble mental à un traitement médico-psychiatrique, étant donné qu'il s'agit de personnes confrontées à une problématique psychiatrique grave et qui nécessitent des soins et un traitement. Le traitement psychiatrique 'obligatoire' peut être inscrit comme modalité dans les conditions pour le statut d'interné libéré sous probation et est réalisé, en fonction, entre autres, des nécessités du traitement, des aspects de sécurité, dans un cadre SSM résidentiel ou ambulatoire selon la règle générale suivante : lorsque c'est possible, de manière régulière, c.-à-d. dans les formes de soins SSM existantes qui sont toujours accessibles ; lorsque c'est nécessaire, de manière spécifique, c.-à-d. dans les formes de soins SSM spécifiquement organisées pour la mission de psychiatrie légale, avec un encadrement et une sécurisation adaptées.

4) Données chiffrées (voir annexes 3 & 4)

Les données chiffrées relatives aux internés sont basées sur les dossiers d'internement des différentes CBM (CDS) (Commissions unilingues flamandes de défense sociale), avec comme date de référence le 12 juillet 2001. Etant donné que les chiffres sont basés sur une prévalence par journée de CBM (CDS) uniquement unilingues flamandes, il nous manque un nombre (restreint) d'internés néerlandophones qui relèvent de la CDS bilingue de Bruxelles. Les données chiffrées concernent le nombre d'internés séjournant dans des établissements pénitentiaires, des équipements SSM résidentiels, des internés libérés sous probation et également les internés en fuite.²

Il ressort de ces données qu'à la date de référence du 12 juillet 2001, il y a au total en Flandre 1434 internés, dont 442 séjournent dans un établissement pénitentiaire, 418 dans un équipement SSM résidentiel, 479 sont pris en charge en ambulatoire et 95 sont recherchés. Les données chiffrées concernant les internés dans les autres régions indiquent qu'il y a en 2001, 50 internés à Bruxelles et 477 internés en Wallonie qui séjournent dans des équipements SSM résidentiels.³

en charge de l'interné, élaboré au sein du groupe de travail psychiatrie légale SSM du VVI-VOV, 22 juillet 2004).

² Texte de vision : Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre. Ebauche d'un cadre pour le traitement et la prise en charge de l'interné, p. 3.

³ Résumé psychiatrique minimum – Données statistiques concernant l'internement 1997 – 2002.

Ces chiffres pour la Flandre et la Wallonie ont récemment (25 mars 2004) été confirmés par des données provenant du Ministère de la Justice.

5) Préambule

La définition d'un cadre pour les soins aux internés doit être fondé sur un certain nombre de principes tels que décrits dans :

- L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) concernant le nouveau concept SSM ; avis de synthèse et opérationnalisation dans un plan quinquennal (1997,2002)
- L'avis du CNEH concernant 'le cadre de référence général pour le développement de soins de psychiatrie légale' (2001)
- Le Protocole d'accord entre le Ministre fédéral de la Justice et le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé et des Chances égales, portant les lignes de force de la collaboration ultérieure dans la zone limite aide sociale-justice (mars 2001)

Un circuit de soins de psychiatrie légale est défini comme la réalisation des contenus et formes de soins jugés nécessaires par l'autorité (la réalisation d'un programme de soins de santé mentale à définir globalement par l'autorité) pour un sous-groupe cible déterminé (en l'occurrence les internés) dans une zone d'activité concrète, par un réseau de fournisseurs de soins SSM en collaboration avec les fournisseurs de soins provenant des secteurs connexes qui reprennent tous les besoins de traitement de ce groupe cible.

Cela n'implique pas d'initiatives 'solitaires' de La Justice ou de la Santé publique, ni d'initiatives 'solitaires' d'un ou de quelques équipements.

6) Points de départ conceptuels et recommandations concrètes qui en découlent

1. La réalisation d'un circuit de soins de psychiatrie légale nécessite un cadre de politique interministériel (Justice, Santé publique, Aide sociale et Volksgezondheid), au-delà des niveaux Fédéral, Communautés et Régions.

En vue de la réalisation de ce cadre de politique global intégré et cohérent, il y a lieu de prévoir un plan pluriannuel établissant l'engagement formel conjoint des différentes autorités responsables, ainsi que la promesse des moyens financiers requis à cet effet.

2. Des travaux parlementaires doivent être entamés pour élaborer un cadre légal moderne concernant l'internement.⁴

3. Il convient de mieux délimiter les différentes responsabilités concernant les internés entre la Justice et la Santé publique. Une cohérence accrue au niveau des responsabilités augmentera les possibilités d'une action thérapeutique plus efficace.

3.1. En premier lieu, il conviendrait d'adopter une attitude uniforme concernant la décision d'octroi du statut d'interné ou d'interné libéré sous probation, étant donné que cela a un impact particulièrement important en ce qui concerne le lieu et le financement des modalités ultérieures de séjour et de traitement des internés.

⁴ 1) Entre autres Projet de loi (I) relatif à l'internement de délinquants présentant un trouble mental.

Chambre belge des Représentants, 7 avril 2003 et

2) Projet de loi modifiant les lois relatives à la libération conditionnelle et portant modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental. Chambre belge des Représentants, 7 avril 2003.

- 3.2. En deuxième lieu, il convient de veiller à ce que les internés à moyen et faible risque, qui, pour leurs soins, doivent faire appel à des modalités de soins spécifiques et/ou régulières au sein des SSM, aient nécessairement toujours le statut d'interné libéré sous probation. Par contre, on part du principe que les internés à haut risque doivent faire appel, pour leurs soins de santé, à un équipement de santé à caractère pénitentiaire et que, dès lors, dans ces conditions, ils ne peuvent pas acquérir le statut d'interné libéré sous probation.
- 3.3. Dans la réalisation concrète des soins, il doit y avoir une concertation et une coordination permanentes entre la Justice et la Santé publique en ce qui concerne les modalités de prise de mesures réductrices de liberté en relation avec les besoins de traitement et les possibilités de traitement.
4. Les soins aux internés libérés sous probation doivent être développés dans des équipements SSM, soit spécifiquement, c.-à-d. dans les formes de soins SSM spécifiquement organisées pour la mission de psychiatrie légale, avec un encadrement et une sécurisation adaptées, soit dans les équipements SSM réguliers, c.-à-d. dans les formes de soins SSM existantes qui sont accessibles à tous.
5. Les équipements SSM qui développent, pour les internés à moyen risque, un offre de soins dans un cadre ambulatoire ou résidentiel, doivent disposer d'une dimension et d'une capacité de traitement suffisantes en vue d'un fonctionnement suffisamment autonome et du développement de l'expertise requise.
6. Les termes 'haut, moyen et faible risque' se réfèrent au risque de récidive en matière délit et ont des implications en ce concerne la différenciation des différents besoins de sécurité du cadre de traitement. Le label 'haut, moyen et faible risque' est un label dynamique qui se meut dans un continuum.
D'ailleurs, dans le chef de la personne intéressée, l'évaluation en tant que haut, moyen ou faible risque est une donnée dynamique qui évolue avec le temps, entre autres sous l'influence du traitement.
Actuellement, les évaluations du risque sont fondées sur une évaluation clinique du risque de délit, le plus souvent combinée avec l'utilisation des instruments de mesure du (risque) disponibles et influencée entre autres par les normes sociales.
Pour aboutir à l'avenir à des critères plus affinés et universellement admis pour la répartition justifiée des patients dans un de ces trois groupes, des études scientifiques complémentaires sont nécessaires.
7. Il doit y avoir une différenciation et un échelonnement dans le développement des différents modules de soins SSM en vue d'offrir un cadre de traitement (cure) et une qualité de vie acceptable (une fonction de soins et d'accompagnement (care)).
Cela nécessite :
 - 7.1. La consolidation et le financement à part entière des projets pilotes Justice et Santé publique existant pour les internés à moyen risque, en tant que première étape vers la différenciation..
 - 7.2. Pour les internés à moyen risque, la poursuite du développement et du financement de modules de soins 'psychiatrie légale' spécifiquement adaptés dans les hôpitaux psychiatriques (HP*), de maisons de soins psychiatriques spécifiquement adaptées (MSP*), d'habitations protégées (Hab. pr.*) et de centres de soins de santé mentale

(CSSM*), et dans le futur, un maillon de psychiatrie légale adapté : les soins psychiatriques à domicile (SPD*).⁵

Etant donné la fonction indispensable de surveillance accrue chez les internés à moyen risque, on ne propose pas provisoirement pour eux d'Hab.pr.* dans le circuit de soins de psychiatrie légale à développer. La pratique (initiatives ad hoc) et des études scientifiques devront indiquer dans une phase ultérieure dans quelle mesure ce module de soins Hab.pr. est également nécessaire pour les internés à moyen risque.

7.3. Pour les internés à haut risque, la création d'un équipement unique à petite échelle par Communauté. Pour la Flandre, on propose une capacité de 200 places ; pour la Communauté française, une capacité de 150.⁶ La Ministre Onkelinx a défini cet équipement comme suit : Un hôpital où la Justice assurera éventuellement la sécurité.⁷

7.4. En ce qui concerne les niveaux de patients de haute et de moyenne sécurité, il convient de prêter un minimum d'attention aux trajets de soins individuels pour les sous-groupes cibles d'internés suivants : les patients psychiatriques présentant un handicap mental, les patients présentant des troubles psychotiques, les patients présentant des troubles de la personnalité, les délinquants sexuels, et les patients présentant des troubles de la dépendance. Les différences substantielles dans l'approche de ces groupes cibles sont à la base de cette répartition. Cette répartition est valable tant pour le cadre de traitement que pour le cadre d'accompagnement. Les femmes forment quantitativement un groupe plutôt limité (cf. les données chiffrées). Sur le plan du contenu, des programmes d'accompagnement mixtes sont parfois possibles ; dans un certain nombre de cas, ce n'est pas possible.

Il n'est pas nécessaire que ces sous-groupes cibles soient chaque fois pris en charge dans des équipements séparés. Plusieurs groupes cibles peuvent être accompagnés dans un seul équipement à condition qu'il y ait une distinction claire en ce qui concerne le trajet de soins concret.

Une différenciation ultérieure est utile et peut être envisagée. Cependant, un examen et une concertation plus approfondie sont nécessaires à ce sujet.

7.5. Prévoir un incitant pour les équipements SSM qui s'engagent à traiter et à accompagner les internés à faible risque. Par analogie à la réglementation concernant l'admission forcée, cela peut entre autres se faire par le biais d'une indemnité financière pour les équipements qui se font agréer comme tels, ou par le biais d'un forfait financier à prévoir par dossier médical.⁸

8. Dans le cadre du développement d'un module de soins MSP* adapté, les internés ont spécifiquement besoin d'une programmation et d'un agrément supplémentaires de places MSP. Pour la Flandre, on propose une capacité de 200 MSP* ; pour la Communauté française (Wallonie et Bruxelles) également une capacité de 100 MSP*. Ces places doivent être attribuées aux équipements SSM qui assurent cette mission, sans qu'une reconversion préalable de lits hospitaliers soit requise à cet effet. La reconversion de lits hospitaliers existants n'est pas possible étant donné que les internés qui entrent en ligne de compte pour cette capacité supplémentaire de MSP* spécifiques, ne séjournent pas actuellement dans un service hospitalier mais en prison ou dans un établissement de

⁵ Voir texte de vision 'Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre', 22 juillet 2004, p. 13-17.

⁶ Voir texte de vision 'Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre', p. 13.

⁷ Voir annexe 2 : Réponse de la Ministre Onkelinx à M. Henri Heymans, président CBM Gand.

⁸ Voir texte de vision 'Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre', p. 19.

défense sociale.

9. Etant donné que la Justice joue un rôle important dans l'ensemble du processus d'internement, notamment le rôle dans la décision d'internement, l'exécution, le suivi et la fin de la mesure d'internement par la Commission de défense sociale (CDS), il est pertinent de proposer la zone d'activité d'une CDS dans la répartition et la dispersion des modules de soins de psychiatrie légale SSM adaptés aux internés à moyen risque. Toutefois, une CDS comme zone d'activité ne peut pas être considérée comme une délimitation territoriale stricte et rigide eu égard au traitement et à l'accompagnement de l'interné.
10. Au niveau d'un réseau d'équipements, les différents acteurs doivent assumer une responsabilité spécifique et conjointe à l'égard du groupe cible des internés à moyen et à faible risque. Par le biais d'une concertation active, les acteurs SSM doivent assurer l'accessibilité géographique des soins aux internés. Par accessibilité géographique, on entend : la mise à disposition, dans un large contexte social, de possibilités performantes requises pour la réhabilitation et la réintégration sociale de l'interné.
11. Les acteurs de terrain et les experts tant du monde judiciaire que des soins de santé mentale de psychiatrie légale doivent être associés à la concertation structurelle visant à développer un circuit de soins de psychiatrie légale.
12. Préalablement à une décision d'internement, il convient d'effectuer une expertise psychiatrique approfondie. Cela peut se faire par une instance spécifique⁹ ou dans le cadre d'un équipement au sein des soins de santé mentale. Il convient de prévoir la possibilité d'exécuter des expertises dans un cadre non résidentiel.
13. Durant toute la période d'internement¹⁰, il faut développer une concertation et interaction structurelles entre la Justice et la Santé publique en vue de prévoir et de poursuivre le traitement et l'accompagnement les plus adéquats pour l'interné. Cela implique entre autres les recommandations suivantes :
 - 13.1. Après la décision d'internement par le juge, il convient, préalablement à une attribution à un secteur SSM, développer une concertation structurelle entre la Justice et la Santé publique, afin de pouvoir offrir à l'intéressé les possibilités de traitement les plus appropriées (tant en ce qui concerne la forme que le contenu).
 - 13.2. Le contrôle judiciaire du respect des différentes phases de la mesure d'internement est organisé au niveau administratif par le biais de la CDS.
 - 13.3. L'organisation et la coordination des soins relève des missions de la Santé publique et, quant à leur exécution, clairement de la mission des acteurs SSM.
14. Outre le développement et le financement d'un circuit de soins de psychiatrie légale en SSM pour les internés, les Communautés doivent également développer des initiatives pour prendre en charge de manière adéquate, par le biais des équipements du secteur des

⁹ Exécution de l'AR du 19 avril 1999 qui prévoit la création d'un observatoire résidentiel (POKO) pour faire effectuer les expertises psychiatriques les plus complexes.

¹⁰ Voir schéma texte de vision p.11 : processus d'internement et les missions de collaboration Justice – Santé publique.

handicapés appropriés pour ce groupe cible, les handicapés mentaux avec statut d'internement qui séjournent actuellement en prison.

15. L'autorité doit garantir aux internés¹¹ l'accessibilité financière des modules adaptés de soins de psychiatrie légale. Tant en ce qui concerne les aspects de soins que les aspects de sécurité, il convient de garantir un financement à part entière (respectivement par la Santé publique/la Justice).

A cet égard, il faut toujours veiller à ce qu'indépendamment des modalités de financement, l'organisation des soins, dirigée par la Santé publique, soit organisée et coordonnée à partir des équipements SSM.

16. L'aide de psychiatrie légale est une spécialisation dans les SSM. Cela requiert une augmentation de l'expertise à tous les niveaux, allant de l'expertise et de l'évaluation de la différenciation du risque haut-moyen-faible jusqu'au développement de méthodologies en vue du traitement de pathologies spécifiques. Cela peut se faire par l'organisation de la formation et de la recherche nécessaires. Cela nécessite un investissement dans la recherche scientifique et l'étayement universitaire. Ces investissements doivent être réalisés en étroite collaboration entre cliniciens et universitaires.
-

¹¹ Les internés avec statut de libéré sous probation sont, pour les soins de santé, actuellement déjà des ayants droit à part entière de l'assurance maladie-invalidité.

Impact financier des propositions pour les internés Flandre – Bruxelles – Wallonie

1) Internés à haut risque

La création d'un équipement unique pour le quelque 200 internés à haut risque de la Communauté flamande et les 150 internés à haut risque de la Communauté française englobe un coût d'investissement à charge de l'Etat belge (Rédie des bâtiments).

Les coûts de fonctionnement de l'actuelle prise en charge des internés à haut risque dans les prisons et les établissements de défense sociale sont actuellement à charge de la Justice¹². Toutefois, dans les coûts de fonctionnement à budgétiser pour un traitement et un accompagnement adéquats des internés à haut risque, il faudra tenir compte du surcoût découlant d'un encadrement en personnel accru, et notamment d'une adaptation (augmentation) du mix de niveaux de formation et d'expertise.

2) Internés à moyen risque

Il est irréaliste d'affirmer que les quelque 250 internés à moyen risque qui séjournent actuellement en Flandre en prison ou dans un établissement de défense sociale, peuvent être intégrés en un tour de main dans un circuit SSM 'adapté'. Cela doit se faire, entre autres en raison du passage souhaité des internés à travers les divers chaînons du circuit de soins de psychiatrie légale, au minimum en 2 phases, à savoir :

- Phase 1: 2005: 125 internés à moyen risque → SSM, dont 75 vers HP* et 50 vers MSP*,
- Phase 2: 2006: 125 internés à moyen risque → SSM, dont 75 vers HP* et 50 vers MSP*

Phase 1:

Nombre HP*: 118 existants + 75 supplémentaires = 193 HP*¹³
Nombre MSP*: 50¹⁴

Calcul du coût :

Le financement actuel à partir de la Justice pour un HP*¹⁵ pour les projets pilotes s'élève à 141 euros/journée pour Bierbeek et Zelzate et à 163 euros/journée pour Rekem. Les projets pilotes existants indiquent que ce montant est insuffisant, entre autres en raison de la non-prise en compte d'un certain nombre de coûts tels l'indexation et l'octroi de l'ancienneté. Un montant de 175,88 euros/journée (sur base d'un taux d'occupation de 0,94%) est présenté comme étant plus réaliste au ministère de la Justice.

HP*: 193 lits x 365 journées x 175,88 euros = **12.389.866 euros** (499.794.828 BEF)

Pour une MSP*, on prend la norme d'une MSP pour handicapés mentaux avec un surcoût de 20% pour l'upgrade de l'encadrement en personnel en fonction d'une surveillance accrue et d'autres missions spécifiques.

Prix pour un lit MSP* bed par année (estimation des besoins 2005 INAMI) : 25.205,78 euros

MSP*: 50 places x 25.205,78 euros = **1.260.289 euros** (50.838.798 BEF)

¹² Coût d'une journée en prison = 100 euros

¹³ Uniquement pour la Flandre ; en Wallonie, le ministère de la Justice finance déjà une capacité de lits spécifique d'environ 350 lits à Paifve et à Tournai.

¹⁴ A créer en supplément, hors reconversion.

¹⁵ Upgrade d'un lit T en un lit T de psychiatrie légale.

TOTAL Phase 1: 12.389.866 + 1.260.289 = **13.650.155 euros** (550.633.602 BEF)

Phase 2:

Nombre HP*: 75

NombreMSP*: 50

Calcul du coût :

HP*: 75 x 365 x 175,88 euros = **4.811.977,5 euros** (194.110.360 BEF)

MSP*: 50 places x 25.205,78 euros = **1.260.289 euros** (50.838.798 BEF)

TOTAL Phase 2: 4.811.977,5 + 1.260.289 = **6.072.266,5 euros** (244.949.158 BEF)

Pour la Communauté française, il y a lieu de prévoir également 50 MSP* tant en Phase 1 qu'en Phase 2

Calcul du coût : 50 places x 25.205,78 euros x 2 phases = **2.520.578 euros** (101.677.596 BEF)

Total moyen risque (à partir de 2006) = coût phase 1 + phase 2 + MSP* Communauté française =

13.650.155 + 6.072.266,5 + 2.520.578 = 22.242.999,5 euros (897.260.356 BEF)

Au niveau macrobudgétaire, ce montant **n'est pas un pur surcoût** pour le budget de l'Etat, ni pour le département de la Santé publique, ni pour celui de la Justice étant donné :

- Le financement déjà existant pour les projets pilotes Justice et Santé publique à Bierbeek, Rekem et Zelzate:
 - o Justice
 - Bierbeek + Zelzate: 21.900 journées d'hospitalisation x 141 euros = 3.087.900 euros
 - Rekem: 10.950 journées d'hospitalisation x 164 euros = 1.795.800 euros
 - Sous-total 1: 4.883.700 euros
 - o Santé publique (495.787 euros par module de 8)
 - 3 modules de 8 (Bierbeek, Zelzate, Rekem)
 - Sous-total 2: 3 x 495.787 euros = 1.487.361 euros

Total financement projets pilotes Justice + Santé publique =
Sous-total 1 + sous-total 2 = 4.883.700 + 1.487.361 = **6.371.061 euros**
 - les 250 internés à moyen risque séjournant actuellement en Flandre en prison ou dans un établissement de défense sociale coûtent à l'autorité (Justice) **9.125.000 euros** (coût d'une journée en prison = 100 euros → 250 x 100 euros x 365 jours =
9.125.000 euros
- Total coût actuel: € 15.496.061

3) Internés à faible risque

Pour le traitement et l'accompagnement des internés à faible risque dans les formes de soins financés par le Fédéral, il y a (par analogie à la réglementation relative à l'admission forcée) un montant forfaitaire par admission et ce à charge de la Justice.

Une proposition concrète sera élaborée dans un avis à formuler ultérieurement.

Synthèse de l'avis concernant la psychiatrie légale : développement d'une offre cohérente et qualitative en soins de santé mentale pour les internés

1) Définition du groupe cible

Les patients relevant de la psychiatrie légale englobent un vaste groupe de détenus présentant un trouble psychiatrique ainsi que de patients psychiatriques avec statut judiciaire. Le groupe cible défini dans ce cadre n'englobe certainement pas les patients relevant de la loi du 26/06/1990 relative à la protection de la personne du malade mental ni les patients relevant de la législation relative à la protection des biens (administration). Dans ce contexte, nous voulons nous concentrer en priorité sur le groupe cible des **internés** (à moyen risque). Ce traitement médico-psychiatrique imposé peut, en fonction, entre autres, des nécessités du traitement et des aspects de sécurité, se dérouler dans un cadre SSM résidentiel ou ambulatoire selon la règle générale suivante : lorsque c'est possible, de manière régulière, c.-à-d. dans les formes de soins SSM existantes qui sont toujours accessibles ; lorsque c'est nécessaire, de manière spécifique, c.-à-d. dans les formes de soins SSM spécifiquement organisées pour la mission de psychiatrie légale, avec un encadrement et une sécurisation adaptées.

2) Données chiffrées

Il ressort des données disponibles qu'à la date de référence du 12 juillet 2001, il y a au total en Flandre 1434 internés, dont 442 séjournent dans un établissement pénitentiaire, 418 dans un équipement SSM résidentiel, 479 sont pris en charge en ambulatoire et 95 sont recherchés. Les données chiffrées concernant les internés dans les autres régions indiquent qu'il y a en 2001, pour Bruxelles et la Wallonie, environ le même nombre d'internés (± 1500), dont 50 internés à Bruxelles et 477 internés en Wallonie qui séjournent dans des équipements SSM résidentiels.

3) Préambule

La définition d'un cadre pour les soins aux internés doit être fondé sur des avis émis auparavant sur cette matière par le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH), en l'occurrence : L'avis du CNEH concernant 'le cadre de référence général pour le développement de soins de psychiatrie légale' (2001).

C'est pourquoi il est proposé d'élaborer en la matière un circuit de soins de psychiatrie légale où l'autorité définit les contenus et formes de soins jugés nécessaires dans un programme de soins de santé mentale pour le groupe cible des internés, et dont la réalisation est assurée par un réseau de fournisseurs de soins SSM en collaboration avec les fournisseurs de soins provenant des secteurs connexes (Justice – Aide sociale).

4) Points de départs conceptuels et recommandations concrète qui en découlent

- 1) La réalisation d'un circuit de soins de psychiatrie légale nécessite un cadre de politique interministériel (Justice, Santé publique, Aide sociale et Volksgezondheid) prévoyant un cadre pluriannuel établissant les missions et les responsabilités de chacun, ainsi que la promesse des moyens financiers requis pour exécuter progressivement cette politique.

Des travaux parlementaires doivent être entamés pour élaborer un cadre légal moderne concernant l'internement.

- 2) Les soins aux internés doivent être développés de préférence dans des équipements SSM, soit de manière spécifique (pour les internés à haut risque et à moyen risque) soit dans les équipements SSM réguliers (pour les internés à faible risque).

Les termes ‘haut, moyen et faible risque’ se réfèrent au risque de récidive en matière délit et ont des implications en ce concerne la différenciation des besoins de sécurité du cadre de traitement.

- 3) Pour les internés à haut risque, il convient de créer un équipement unique à petite échelle de 200 places pour la Flandre et d’une capacité de 150 places pour la Communauté française.
 - 4) Outre la différenciation décrite ci-dessus, il y lieu de développer pour les internés à moyen risque un échelonnement de différents modules de soins SSM en vue d’offrir un cadre de traitement (cure) et une qualité de vie acceptable (une fonction d’accompagnement (care)). Cela nécessite :
 - a. La consolidation et le financement à part entière des projets pilotes Justice et Santé publique existants
 - b. Le développement et le financement de modules de soins spécifiquement adaptés HP*, MSP* et CSSM*.
 - 5) Il faut également prévoir un incitant pour les équipements SSM qui s’engagent à traiter et à accompagner les internés à faible risque. Cela peut se faire entre autres par le biais d’une indemnité financière pour les équipements qui se font agréer comme tels, ou par le biais d’un forfait financier à prévoir par dossier médical.
 - 6) Les équipements SSM qui, dans un cadre ambulatoire ou résidentiel, développent une offre de soins pour les internés à moyen risque, doivent disposer d’une taille et capacité de traitement suffisantes en vue d’un fonctionnement suffisamment autonome et du développement de l’expertise nécessaire.
 - 7) Dans le cadre du développement d’un module de soins MSP* adapté, les internés ont spécifiquement besoin d’une programmation et d’un agrément complémentaires de places MSP*.
 - 8) Au niveau d’un réseau d’équipements, les différents acteurs doivent assumer une responsabilité spécifique et conjointe à l’égard du groupe cible des internés à moyen et à faible risque. Pour ce qui est de la répartition et de la dispersion des modules de soins de psychiatrie légale SSM adaptés aux internés à moyen risque, il est pertinent de tenir compte de la zone d’activité des Commissions de défense sociale (CDS).
 - 9) Préalablement à une décision d’internement, il convient d’effectuer une expertise psychiatrique approfondie. Durant toute la période d’internement, il faut développer une concertation et interaction structurelles entre la Justice et la Santé.
 - 10) L’aide de psychiatrie légale est une spécialisation dans les SSM et requiert une augmentation de l’expertise à tous les niveaux. Cela nécessite, outre une taille et une capacité de traitement suffisantes des différents modules de soins, eu égard à un fonctionnement suffisamment autonome et au développement de l’expertise nécessaire, un investissement dans la recherche scientifique et l’étayement universitaire.
-

Le patient relevant de la psychiatrie légale en Flandre

Ebauche d'un cadre pour le traitement et la prise en charge de l'interné •

1. Introduction

Le patient relevant de la psychiatrie légale a toujours été présent dans le secteur des soins de santé mentale. Depuis plusieurs années, les soins destinés à ce groupe cible ont beaucoup évolué. Il est vrai que le traitement et l'accompagnement de ce groupe cible présentaient de graves lacunes.

Par le passé, différents équipements ont pris l'initiative d'anticiper la demande de la société en développant une offre de soins pour ce groupe cible. En témoignent les modules de traitement dans les hôpitaux psychiatriques qui, sans financement supplémentaire, offrent un programme résidentiel systématique et global pour les délinquants sexuels. C'est le cas à St-Trond (1993), Beernem (1999), St-Niklaas (2000). Depuis 1995, il existe aussi une offre générale à Rekem. Outre les initiatives résidentielles relatives à ce groupe cible spécifique, il existe également dans l'offre ambulatoire des exemples d'initiatives efficaces en matière de soins de psychiatrie légale.

L'autorité également a pris des initiatives. A cet égard, on peut renvoyer aux équipes dans le cadre de l'aide aux auteurs d'actes de délinquance sexuelle, créées par la Communauté flamande dans chaque province flamande, par le biais des centres de soins de santé mentale. En 2001, des projets pilotes ont été lancés dans trois hôpitaux psychiatriques (Rekem, Zelzate et Bierbeek) par le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé publique pour le groupe des internés dit de « sécurité moyenne ». Toutefois, il n'existe encore aucun cadre structurel pour ces projets. Le financement est réglé sur une base annuelle conjointement avec les deux Ministères.

Toutefois, pour de nombreux patients psychiatriques ayant commis un délit et qui doivent rester dans un cadre structuré compte tenu de leur psychopathologie, la situation demeure difficile et inacceptable. C'est ce que confirme le rapport du répertoire international des prisons du 21 janvier 2004. La principale critique concernait le fait que, par manque de places, un grand nombre d'internés aboutissent dans le système pénitentiaire ordinaire (non adapté).

Récemment, la ministre L. Onkelinx a signalé qu'elle envisageait de créer en Flandre une institution résidentielle pour 400 personnes avec statut judiciaire et problème psychiatrique. Le fait qu'il existe une volonté politique afin de créer un cadre de soins adapté à ce groupe social particulièrement sensible est très positif. Toutefois, un investissement financier aussi considérable soulève la question de la cohérence des soins pour ce groupe cible global. Les soins de psychiatrie légale sont une spécialisation des SSM, mais ne peuvent être organisés exclusivement de manière catégorielle. En effet, la demande de soins est, par nature, sensiblement plus forte et différenciée que celle qui pourrait être offerte par le biais de pareille institution. L'objectif doit être d'intégrer les soins de psychiatrie légale dans les SSM et de veiller à ce que toutes les missions et modules de soins SSM inclus dans un programme de soins (HP, MSP, Habitations protégées, CSSM, soins ambulatoires) soient également accessibles, y compris pour des clients ayant un statut juridique et présentant un trouble psychiatrique. En ce sens, une réflexion approfondie sur l'utilisation optimale des moyens financiers rares est nécessaire.

• Développé par le groupe de travail "psychiatrie légale" au sein de la VVI-VOV (Verbond der Verzorgingsinstellingen – Vereniging van Opleidings- & Vormingsverantwoordelijken); voir la liste des participants en annexe; 22 juillet 2004.

Dans le cadre de la présente note, on s'efforcera de définir brièvement un cadre global pour les soins destinés aux patients relevant de la psychiatrie légale, plus particulièrement pour le groupe cible des personnes internées. Les composantes du circuit de soins ne seront pas examinées de manière approfondie.

2. Groupe cible

Dans le présent cadre, les patients relevant de la psychiatrie légale englobent un vaste groupe de détenus présentant un trouble psychiatrique ainsi que des patients avec un statut judiciaire. Le groupe-cible décrit dans ce cadre ne comprend en tout cas pas les patients qui tombent sous l'application de la loi du 26/06/1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et/ou de la loi relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental (administration provisoire). Concrètement, il y a peu de différences entre le traitement psychiatrique réservé aux détenus et celui réservé aux détenus présentant un trouble psychiatrique. Dans ce contexte, nous souhaitons nous concentrer en priorité sur le sous-groupe cible des personnes internées.

Plusieurs conditions doivent être réunies pour que l'auteur d'un acte répréhensible puisse être interné :

- 1) Il doit être prouvé que le prévenu a commis le délit imputé. Il doit s'agir d'un délit ou d'une infraction passible de peines criminelles ou correctionnelles (donc pas d'infractions passibles de peines policières).
- 2) Le prévenu doit être tenu pour non responsable de ses actes au moment où le délit a été commis et au moment du jugement. Cette irresponsabilité doit être la conséquence de la démence, d'un trouble mental grave ou de débilité, en sorte que le prévenu est incapable de contrôler ses actes. L'expertise psychiatrique visant à établir l'irresponsabilité éventuelle est menée par une équipe pluridisciplinaire placée sous la direction d'un psychiatre. Ce caractère pluridisciplinaire de l'équipe constitue, pour la personne expertisée, une garantie supplémentaire quant à l'exhaustivité et l'exactitude du rapport d'expertise. Ensuite, le juge déclare la personne responsable ou non responsable de ses actes.
- 3) Au moment du jugement, il doit être question de "dangerosité sociale" de l'intéressé. Cette dernière condition a été ajoutée par la jurisprudence et a trait au risque de récidive et au degré de dangerosité de l'intéressé pour lui-même et pour la société.

Dans la pratique, lorsqu'une personne est considérée comme responsable au moment des faits et irresponsable au moment du jugement, elle est également internée. Dans la loi, il n'est question que du moment du jugement, mais, dans la pratique, il y a quatre décisions possibles suivant la combinaison entre « au moment des faits » et « au moment du jugement ».

3. L'internement

L'internement n'est pas une peine mais une mesure de protection. Cette mesure permet de soumettre délinquant présentant un trouble mental à un traitement médico-psychiatrique, étant donné qu'il s'agit en l'espèce de personnes confrontées à un grave problème psychiatrique et qui nécessitent des soins et un traitement. Ce traitement psychiatrique 'obligatoire' peut, suivant certains aspects liés à la sécurité, être dispensé dans un cadre résidentiel ou ambulatoire.

Le processus d'internement comporte trois phases.

Au cours de l'examen préalable, tant le juge d'instruction (dans la pratique, le plus fréquent) ainsi que le juge et le Ministère public, peuvent désigner un expert psychiatre lorsqu'il soupçonne que le prévenu souffre d'un trouble psychiatrique.

L'article 1^{er} de la loi du 9 avril 1930 de défense sociale prévoit également la possibilité d'une mise en observation du prévenu en détention provisoire dans la section psychiatrique d'un établissement pénitentiaire. (Toutefois, dans la pratique, l'infrastructure adaptée requise et le personnel spécialisé ont toujours fait défaut en sorte que le diagnostic psychiatrique dans un milieu d'observation pénitentiaire est toujours resté lettre morte). Après un jugement ou, exceptionnellement, l'avis du Ministre de la Justice (en effet, une forme particulière d'internement est celle prévue à l'article 21 en vertu de laquelle le Ministre de la Justice peut imposer un internement aux détenus purgeant une peine, sur avis conforme de la CDS, et ce, pour cause de démence, trouble mental grave ou débilité), le délinquant présentant un trouble psychiatrique relève de la compétence de la Commission de défense sociale (CDS). La CDS est chargée de l'exécution de la mesure d'internement et dispose de compétences très larges. L'application d'une mesure d'internement peut aller de l'enfermement en milieu pénitentiaire à toutes les formes d'accompagnement et de traitement dans des institutions psychiatriques ou résidentielles publiques ou privées ou dans des équipements ambulatoires. La mesure n'est pas limitée dans le temps par une date butoir. L'interné a le droit de comparaître tous les 6 mois devant la CDS, laquelle décide en dernière instance du sort de l'interné et de la suspension (conditionnelle ou définitive) de la mesure. Dans la pratique, les Commissions fixent les délais concernant les conditions de libération (révocable) à l'essai.

Sur la base de l'article 14, la Commission peut placer un interné dans un structure de traitement et mettre les coûts à charge du Ministère de la Justice.

4. Données chiffrées¹⁶

Les données chiffrées relatives aux internés sont fondées sur les dossiers d'internement des différentes CDS (Commissions flamandes unilingues de défense sociale), avec le 12 juillet 2001 comme date de référence. Etant donné que les chiffres sont fondés sur une prévalence de jour de CDS flamandes unilingues exclusivement, nous ne disposons pas des données concernant un nombre (limité) d'internés néerlandophones relevant des CDS bruxelloises bilingues. Les données chiffrées figurant ci-dessous concernent le nombre d'internés séjournant dans des institutions du Royaume, des hôpitaux privés, d'autres structures résidentielles, des internés bénéficiant d'une libération à l'essai et aussi d'internés en fuite.

| | CDS Anvers | CDS Gand | CDS Louvain | CDS Flandre |
|---|----------------|----------|-------------|---------------|
| Nombre total de dossiers | 839 | 443 | 152 | 1434 |
| Hommes | 790 | 413 | 140 | 1343 (93,6 %) |
| Femmes | 49 | 30 | 12 | 91 (6,4 %) |
| Age moyen ¹⁷ | 34a, 10m | 33a, 2m | 35a, 3m | |
| Age minimum | 18 ans, 4 mois | 18a, 5m | 18a, 8m | |
| Age maximum | 83a, 6m | 74a, 1m | 75a, 8m | |
| Durée moyenne d'internement ¹⁸ | 7a, 1m | 6a, 9m | 7a, 1m | |

¹⁶ De Vuysere, S., Casselman, J., Vervaeke, G., De Commissies ter Bescherming van de Maatschappij van Antwerpen, Gent en Leuven. Een vergelijking van de geïnterneerdenpopulaties. *Panopticon*, 2003 (24),6, 604-609.

¹⁷ Age moyen au moment de l'internement

| | | | | |
|-----------------------------|----------------|-------------|-------------|---------------|
| Etablissement pénitentiaire | 33,2 % = 278.5 | 28,2% = 125 | 25 % = 38 | 32,61 % = 442 |
| Équipement résidentiel | 23,4 % = 196 | 38,4% = 170 | 34,2 % = 52 | 30,5 % = 418 |
| Ambulatoire | 35,4 % = 297 | 29,1 %= 129 | 34,9 % = 53 | 30 % = 479 |
| A détecter | 8,0 % = 67 | 4,3 %= 19 | 5,9 %= 9 | 6,81 % = 95 |

5. Prémisses

L'ébauche d'un cadre pour les soins aux internés doit reposer sur un certain nombre de principes de base.

5.1. Avis du Conseil national des établissements hospitaliers

En premier lieu, il y a lieu de renvoyer à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. En 2001, le Conseil national a formulé un avis concernant un cadre de référence global pour le développement des soins de psychiatrie légale. A cet égard, il y a lieu de signaler qu'il s'agit d'un cadre global pour un groupe cible qui comprend clairement un certain nombre de sous-groupes cibles.

Dans son avis, le Conseil national des établissements hospitaliers a retenu les principes de base suivants :

- a. Toute personne a droit à des soins de santé mentale adaptés et de qualité;
- b. La disponibilité, le contenu et les modalités de ces soins de santé mentale "ne diffèrent pas" des soins de santé mentale offerts à tous les autres citoyens ¹⁹
- c. Les soins de santé mentale relevant de la psychiatrie légale se caractérisent non seulement par une prestation de services au patient mais aussi par la possibilité d'assumer une mission de protection envers la société;
- d. Les soins de psychiatrie légale visent à assurer à tous les intéressés une situation et des perspectives de vie aussi normales que possible compte tenu des impératifs sociaux de la société en matière de sécurité et de protection de l'intégrité des personnes.

Sur la base de ces principes, un certain nombre de propositions ont été formulées concernant le développement de l'offre de soins pour ce groupe cible:

- a. Les soins de santé mentale sont financés par le biais de la Santé publique; les frais afférents aux aspects de la sécurité et de la privation de liberté sont pris à charge par la Justice;
- b. Divers intéressés (autorité et équipements) sont responsables de leur propre mission;
- c. La coordination entre les aspects afférents à la justice et les aspects afférents aux soins de santé mentale est étayée par un plan stratégique global;
- d. Les soins de santé mentale généraux et les soins de psychiatrie légale ne doivent pas être séparés en termes absolus; ils ne doivent l'être que lorsque c'est nécessaire;
- e. Au sein des soins de santé mentale, les soins de psychiatrie légale jouent une fonction distincte spécifique en ce que le patient suit un trajet spécifique;

¹⁸ Durée d'internement = la période comprise entre le moment auquel la décision d'internement a été prise et le moment de l'expertise (12 juillet 2001). La durée réelle d'internement ne peut être mesurée qu'au moment où l'internement est terminé.

¹⁹ Les modalités des SSM de psychiatrie légale diffèrent sur un certain nombre de points des SSM ordinaires, entre autres en ce qui concerne:

- l'utilisation d'un contrat de traitement
- l'élaboration d'un plan de soins en concertation avec un troisième partenaire

- f. Un réseau d'équipements a l'obligation, à l'égard du groupe cible visé, de dispenser des soins dans la zone d'activité spécifique, y compris en ce qui concerne les soins de santé mentale de nature judiciaire.

Le Conseil national des établissements hospitaliers indique également qu'il est nécessaire de développer les connaissances et l'expertise concernant ce groupe cible.

5.2. Points de départ axés sur le contenu.

Pour ce qui concerne le présent essai de concrétisation d'un cadre pour l'élaboration d'un circuit de soins de psychiatrie légale, un nombre de points de départ axés sur le contenu doivent également être proposés. Ces points de départ sont basés sur le contexte actuel pour la prise en charge du groupe cible en Flandre et divers systèmes de soins existant à l'étranger (entre autres, aux Pays-Bas, en Angleterre et au Canada).

- a. Un **circuit de soins** de psychiatrie légale est défini comme la réalisation des contenus et formes de soins jugés nécessaires par l'autorité (la réalisation d'un **programme de soins de santé mentale à définir globalement par l'autorité**) pour un (sous-) groupe cible déterminé (par exemple les internés) dans une zone d'activité concrète, par un **réseau de fournisseurs de soins SSM** en collaboration avec les fournisseurs de soins provenant des secteurs connexes qui reprennent tous les besoins de traitement de ce groupe cible.

- b. Une expertise psychiatrique approfondie doit être effectuée préalablement à une décision relative à un statut judiciaire (ou un adressage à un établissement). C'est possible dans le cadre d'un équipement dans le secteur des soins de santé mentale ou par une instance spécifique. Si l'expertise est effectuée par une instance spécifique comme le CPROC (Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique), elle doit se faire en collaboration structurelle, pas à partir d'un isolement, et il convient de prévoir une possibilité d'expertise non résidentielle.

- c. Lorsque l'expertise a lieu dans le secteur des soins de santé mentale, il faut également prévoir des possibilités d'expertise résidentielle et non résidentielle comme par exemple une expertise pour les patients à haut risque et à moyen risque dans un cadre SSM résidentiel et une expertise pour les patients à faible risque dans un cadre ambulatoire par exemple le CSSM. Dans un certain nombre de cas, cela ne sera pas possible étant donné le risque sur le plan de la sécurité.

Des garanties relatives au suivi indépendant des dossiers doivent être incorporées dans le processus de l'expertise psychiatrique et il convient d'éviter la confusion entre demande d'expertise et demande de traitement dans la même structure. L'expertise et le traitement doivent être organisés indépendamment l'un de l'autre.

Le nombre de places pour l'expertise psychiatrique ne peut pas porter préjudice au nombre de places de traitement prévues pour les internés.

- d. Les équipements sont impliqués par une instance judiciaire dans l'adressage de patients à un équipement, tant pour une expertise préalable au traitement par un tribunal, qu'après le prononcé du jugement d'un tribunal. Cela, afin de pouvoir accorder les possibilités de traitement les plus indiquées aux personnes concernées.

- e. Une instance judiciaire reste toujours responsable pour le patient durant l'intégralité du processus d'internement. La Commission de défense sociale doit collecter des informations afin de vérifier si l'interné s'en tient aux conditions. A cet égard, on peut se référer au rôle

qu'occupe pour l'instant la Commission de défense sociale vis-à-vis des internés. Durant le processus global, cette instance représente la société et elle pourrait assumer entièrement ou partiellement le rôle de case manager pour ce qui concerne les aspects de sécurité. La coordination des soins fait partie des missions dévolues aux acteurs des soins de santé mentale.

f. Les soins pour les patients de psychiatrie légale devront être développés de préférence dans des équipements de SSM, soit spécialisés (pour des internés à haut ou à moyen risque) soit dans des équipements de SSM réguliers (pour les internés à faible risque). Une structure pénitentiaire ne constitue aucunement un cadre optimal pour la dispensation de soins de santé mentale.

g. Les soins pour les patients de psychiatrie légale devront être développés à différents niveaux. Un tel échelonnement doit être développé sur la base de la diversité des besoins de traitement du patient et de la préoccupation sociale relative au risque de récidive.

Dans ce cadre, en plus de la répartition entre soins « légers », « modérés » et « lourds » (correspondance anglaise « low », « medium » et « high »), il peut être fait référence à une répartition des patients de psychiatrie légale entre risques et sécurité « minimales », « modérés » et « importants ». La différenciation entre les termes « risque » (qui va du risque de récidive à l'acte délictueux) et « sécurité » (cadre de protection) ont surtout des implications en fonction des différents besoins en ce qui concerne la sécurisation du cadre du traitement. Un tel échelonnement semble fonctionnel d'après les modèles développés à l'étranger. En ce moment, la dénomination des risques entre « minimales », « modérés » et « importants » est principalement basée sur une évaluation clinique du risque de délit parce qu'il n'existe pas encore de critères suffisamment objectifs et acceptés par tous pour permettre une classification strictes des patients dans un de ces trois groupes. Un certain nombre d'instruments est déjà disponible, bien que cela reste un travail à venir pour de la recherche scientifique. L'appellation de risque « minime », « modéré » et « important » n'est pas statique mais évolue dans un continuum et est influencée par différents facteurs, entre autre par le fait de savoir dans quelle mesure le traitement a un effet sur la psychopathologie (entre autre le contrôle des impulsions, le stress, les stratégies pour faire face), et les normes sociétales.

h. Pour les patients à moyen et à haut risque, des modules de soins spécialisés, c'est-à-dire des unités de traitement ou de séjour séparées, sont créés. Pour illustrer cela, on peut se référer aux projets de sécurité moyenne existants et aux unités PTCA. Cela semble justifié à la lumière de la gravité du problème, du besoin de sécurité et de l'approche sociale de ces groupes. Cette thèse est valable tant pour les modules qui sont axés sur le traitement que pour les modules axés sur l'offre de la fonction « care ».

La prise en charge des patients à faible risque devra être intégrée, là où c'est possible, dans les soins de santé mentale réguliers.

Cela signifie que ces patients peuvent participer aux trajets de soins, auxquels participent aussi des patients qui n'appartiennent pas à ce groupe cible. Etant donné la possibilité de résistances, un cadre régulateur adapté (qui prévoit éventuellement des programmes de soins spécialisés) à l'égard de ce groupe spécifique de patients peut être nécessaire.

A cet égard, il convient de faire remarquer que la majorité du groupe cible est composée de patients à faible risque.

i. On fait une nette distinction entre un cadre visant à offrir une qualité de vie acceptable (une fonction d'accompagnement, « care ») et un cadre de traitement (« cure »). Pour divers sous-

groupes cibles, les deux fonctions doivent être disponibles. En ce qui concerne la fonction de traitement, les soins de santé mentale ont une tâche à effectuer. Dans ce cadre, on ne répond pas à la question de savoir si cela vaut de la même manière pour tous les sous-groupes cibles et niveaux. Actuellement, des centres de soins de santé mentale et des hôpitaux et établissements psychiatriques avec une convention INAMI assument déjà une tâche en la matière.

j. Divers intervenants peuvent assumer la fonction d'accompagnement. Aujourd'hui, bon nombre de structures d'autres secteurs sont actives sur le terrain (les maisons de justice, les centres de services sociaux, les équipements du secteur des soins aux handicapés). Dans le secteur des soins de santé mentale, on peut penser aux types existant d'équipements comme les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées ou un suivi par le biais d'un centre de soins de santé mentale. Dans une perspective d'avenir, on pourrait même renvoyer à des formes spécifiques de soins à domicile.

k. En ce qui concerne les niveaux de patients de haute et de moyenne sécurité, il convient de prêter un minimum d'attention aux trajets de soins individuels pour les sous-groupes cibles d'internés suivants : les handicapés mentaux ayant un problème psychiatrique, les patients présentant des troubles psychotiques, les patients présentant des troubles de la personnalité, les délinquants sexuels, les patients présentant des troubles de la dépendance et le groupe des mineurs. Les différences substantielles dans l'approche de ces groupes cibles sont à la base de cette répartition. Cette répartition est valable tant pour le cadre de traitement que pour le cadre d'accompagnement. Les femmes forment quantitativement un groupe plutôt limité (cf. les données chiffrées). Sur le plan du contenu, des programmes d'accompagnement mixtes sont parfois possibles ; dans un certain nombre de cas, ce n'est pas possible.

Il n'est pas nécessaire que ces sous-groupes cibles soient chaque fois pris en charge dans des équipements séparés. Plusieurs groupes cibles peuvent être accompagnés dans un seul équipement à condition qu'il y ait une distinction claire en ce qui concerne le trajet de soins concret.

Une différenciation ultérieure est utile et peut être envisagée. Cependant, un examen et une concertation plus approfondie sont nécessaires à ce sujet.

Au niveau du risque « minime », une différenciation complémentaire est nécessaire. Il peut être fait référence ici à un trajet particulier pour les patients rencontrant un problème de dépendance et les délinquants sexuels. En cette matière, pour les patients rencontrant un problème de dépendance et les délinquants sexuels, il peut être fait référence à une approche thérapeutique spécifique et à la relation très spécifique avec les instances de la justice.

Ce qui précède est un cadre minimum. Une subdivision plus poussée du groupe cible est indiquée d'un point de vue thérapeutique, mais exige toujours un investissement social adapté de moyens.

l. Au niveau d'un réseau d'institutions, les différents acteurs doivent partager, au sein d'une région de soins définie, une responsabilité spécifique et conjointe en ce qui concerne la prise en charge de la population des internés. Des situations problématiques éventuelles peuvent être examinées au niveau d'un réseau. En principe, un équipement individuel doit toujours avoir la possibilité d'adresser, en concertation avec les acteurs compétents (entre autres, l'instance judiciaire compétente), un patient vers une structure plus adaptée. A cet effet, la motivation peut être de nature diverse mais elle doit être communiquée de manière adéquate. A cet égard, des accords de travail peuvent être conclus.

Les réseaux et l'ampleur de la zone d'activité éventuelle diffèrent en fonction d'un sous-groupe cible déterminé. La manière de répondre à une obligation de soins doit être concrétisée (cf. le système de quotas dans les centres pénitentiaires/hôpitaux psychiatriques).

Dans chaque réseau, tant la fonction de traitement que la fonction d'accompagnement doivent être prévues.

L'obligation de soins devra s'accompagner de la mise à disposition d'un ensemble de moyens adaptés.

m. Les adressages entre différents types d'équipements sont possibles à l'initiative du patient, de l'instance judiciaire compétente ou de l'équipement concerné. Il faut un cadre stimulant en ce qui concerne la transition. Cependant, il est préférable que la responsabilité en la matière repose chez les acteurs concernés.

n. L'accueil de la patientèle judiciaire a un impact sur le fonctionnement de toute l'institution (et des campus). Les institutions qui élaborent une offre de soins dans un cadre ambulatoire ou résidentiel pour ce groupe cible doivent disposer d'une échelle suffisamment grande et d'un cadre adapté. Avec le développement de l'expertise, de la charge de travail et du besoin de spécialisation des équipes de traitement, il est donc indiqué d'éviter l'éparpillement et de garantir une capacité de traitement suffisante par institution.

o. Dans un cadre de traitement, on peut travailler dans une perspective de temps. Cela se fait de préférence sur la base de critères scientifiquement justifiés. Dans la fonction d'accompagnement, on travaille beaucoup moins dans une perspective de temps étant donné la nature de la fonction. Tout cela ne porte évidemment pas atteinte à la compétence que possède l'instance judiciaire concernée en ce qui concerne l'apport de modifications au statut judiciaire.

p. L'affectation des moyens mis à la disposition des divers équipements peut toujours être évaluée par les différentes autorités compétentes. A cet égard, on peut renvoyer aux cadres déjà existants entre autres, les normes d'agrément des équipements dans les soins de santé mentale, les accords par le biais de conventions, etc.

q. L'aide en psychiatrie légale est une spécialisation des SSM ; l'acquisition d'une compétence et d'une expérience spécifiques en matière d'aide en psychiatrie légale constitue un processus. Actuellement, il y a encore (beaucoup) trop d'intervenants sans formation spécifique. Si l'autorité veut envoyer ce public 'difficile' dans le circuit psychiatrique, elle doit soutenir ce dernier au moyen d'une formation et d'un travail de recherche.

r. Le cadre de traitement pour les soins de psychiatrie légale doit être développée dans le secteur des soins de santé mentale à partir de l'idée: « **Où cela se peut, faisons-le de façon régulière**, cela signifie au sein de formes de soins de santé mentale qui sont déjà accessibles, **où il le faut, faisons-le de façon spécifique**, à savoir dans des formes de soins spécifiques pour les missions légales, avec un encadrement et une protection adaptée ».

5.3. Réglementation :

Bien que la législation sur l'internement soit ancienne²⁰, son application complète pourrait déjà résoudre une partie des problèmes actuels (même si cela peut sembler incroyable).

20 Loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels, publié au Moniteur Belge le 17 juillet 1964.

On ne peut pourtant pas dire qu'il n'y a pas eu de tentatives de réforme. En 1996, le Ministre de la Justice a mis en place une Commission Internement afin de dresser un portrait de la problématique et de formuler des propositions de réformes.

Depuis la diffusion du rapport de cette commission en 1999, certaines initiatives louables ont été prises, elles sont toutefois très insuffisantes pour aboutir à une réforme réelle et durable.

Entre autre, un arrêté royal publié le 19 avril 1999 prévoit la mise en place d'un centre d'observation résidentiel afin de pouvoir procéder aux examens psychiatriques spécialisés les plus complexes. (en abrégé CPROC Centre pénitentiaire de Recherche et d'Observation clinique). Malgré sa nécessité, le CPROC n'est jamais devenu opérationnel.

Par la suite, les possibilités professionnelles des internés ont été augmentées au vu des décisions de la Commission de Défense sociale. Ensuite, un pré-projet de loi a été rédigé²¹ et approuvé par le Conseil des Ministres le 18 juillet 2002. Malheureusement, il n'a pas encore été adopté.

Ce projet de loi contient, résumé ici très succinctement, les lignes de force suivantes :

- Au préalable, on mène obligatoirement un examen psychiatrique spécialisé approfondi et clairement défini, qui sera à la base du possible internement et de l'orientation de la personne concernée vers un traitement adapté.
- Les procédures sont simplifiées et les droits de la défense sont étendus.
- Les Commissions de Libérations conditionnelles et les Commissions de Défense sociale sont réunies pour former les nouvelles « Commissions pour la Libération conditionnelle des détenus condamnés et le suivi des internés ». Des commissions d'appels sont également créées.
- Un meilleur contrôle concernant la libération sous condition.
- Il s'agit probablement, du point de vue des soins de santé mentale, de la nouveauté la plus importante : en plus de la possibilité d'internement dans un département de défense sociale, il est aussi rendu légalement possible de traiter des internés dans différentes institutions privées reconnues à cet effet, tels les hôpitaux psychiatriques, les formes d'habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques, les maisons d'accueil...

Là où la mise en place et l'application de cette nouvelle législation mènerait, en communauté française de Belgique, à un processus de transformation dans l'organisation des soins de santé mentale au niveau légal, il s'agira plutôt, pour la Flandre, d'un cadre moderne qui établirait des bases légales pour la construction future des soins de santé mentale judiciaire, principalement dirigé par la santé publique, avec comme conséquence une amélioration de la qualité en ce qui concerne le traitement et l'accompagnement des internés durant tout le processus d'internement.

²¹ Avant-projet de loi relative à l'internement des délinquants atteints d'un trouble mental, avant-projet de loi modifiant la loi du 18 mars 1998 instituant les commissions de libération conditionnelle et modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

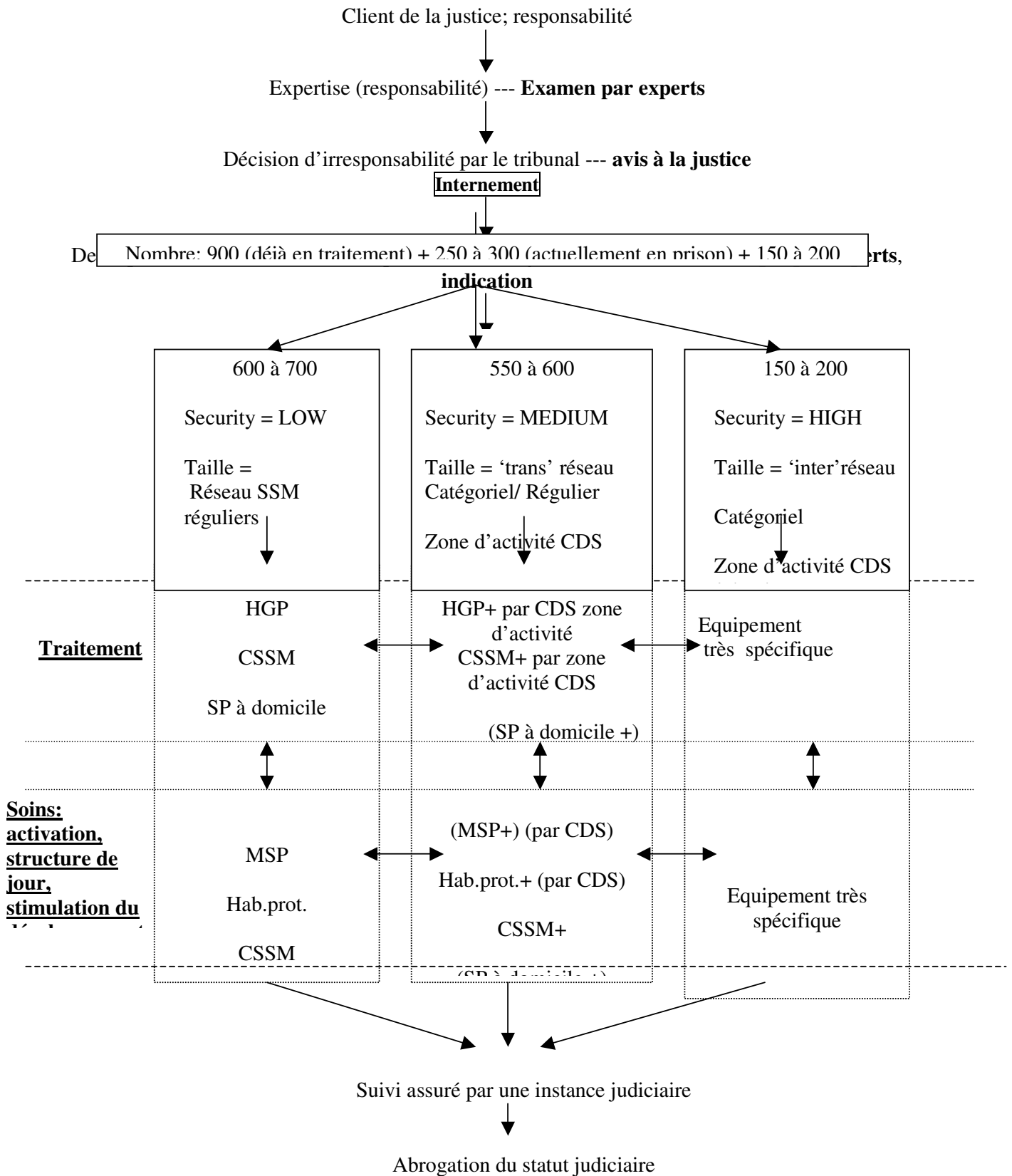
6. Schématiquement

PREMISSES

- Concept SSM CNEH (1997, 2002), axé sur des groupes cibles globaux (enfants, adultes, personnes âgées)
- Trajets de soins dans les groupes cibles: problématique judiciaire, problématique des substances, handicap mental (maillons SSM, coproductions avec les secteurs connexes)
- Cadre de référence général pour le développement de ‘soins de psychiatrie légale’, CNEH (2001)
- Clients de la Justice : mineurs, détenus présentant un problème psychiatrique, internés, autres statuts judiciaires. La priorité va aux internés adultes.
- Missions de soins, modalités, taille, législation

Compte tenu des prémisses susmentionnées, un schéma global relatif aux missions des SSM à l’égard des patients de psychiatrie légale peut se présenter comme suit :

SCHEMA VIA L'INTRODUCTION DU PROCESSUS D'INTERNEMENT ET LES MISSIONS DE COLLABORATION JUSTICE-SANTE PUBLIQUE (SSM)



SCHEMA SELON LES MISSIONS DE SOINS SSM
Internés au cours de l'année 2004: demande, offre, écart

En **2001**

442 en prison

418 résidentiels

479 ambulatoires

150 à 200 High security

1 par CDS

1 x FL

Plan Onkelinx?

Initiative SP, la justice investit-elle dans la sécurité?

Service A dans les prisons (annexes)?

250 à 300

High

Supplémentaire (prioritaire)

Medium-Security:

Missions de soins dans le contexte SSM moyennant une protection supplémentaire (medium): HP⁺ (40-48 lits), hab. protégées⁺ (campus), MSP⁺ (campus), (SP⁺ à domicile)

Missions 'inter' réseau: 3 x les formes de soins mentionnées par zone d'activité CDS

Low-security:

Missions

Medium

Supplémentaire (prioritaire)

Expertise centralisée sur un seul site SSM (3 x zone d'activité CDS)

Missions SSM ambulatoires au sein du réseau SSM

Low

2 X 3 projets VG/JUST (120 lits)

Offre **2004**

NEANT

Nombre limité d'unités spécifiques (Dél.sex.)
Medium/low
Admission au sein d'un site régulier

8 x spécialisation aide en fonction de l'auteur de l'abus

Missions SSM

- Avis à la justice (réseau 'porte d'accès')
- Examen par experts pluridisciplinaires (décision d'internement-CDS)
- Indication (internement-CDS)
- Traitement (résidentiel, séjour complet nuit-jour, ambulatoire)
- Accompagnement (résidentiel, séjour complet nuit-jour, ambulatoire, à domicile)
- Développement axé sur la réhabilitation (résidentiel, séjour complet nuit-jour, ambulatoire, à domicile)

→ Dans chaque zone d'activité SSM (faible): chaque acteur SSM est coresponsable pour le flux entrant, le flux sortant et la communication

- 'Régulier lorsque c'est possible
- Spécialisé lorsque c'est possible
- Spécialisation très

7. Concrétisation et quantification des différents modules de soins adaptés (HP, IHP, MSP, SSM) du trajet de soins judiciaire prévu pour les internés

7.1. La répartition des lits et des places (sur la base des données chiffrées du 12 juillet 2001)

A la date du 12 juillet 2001, la Flandre comptait **442** internés séjournant dans des prisons ou dans un établissement de défense sociale :

Vu que :

- le nombre d'internés augmente annuellement ;
- et que, dans ce chiffre (442), les Bruxellois néerlandophones ne sont pas comptabilisés ;

il est réaliste de prendre en compte, comme base de départ, le chiffre de **500** internés pour l'année 2004.

Les données chiffrées les plus récentes montrent qu'à la date du 25 mars **2004**, il y avait, en **Flandre et en Wallonie, respectivement 478 et 666 internés** résidant en prison ou dans un établissement de défense sociale²².

Sur ces 500 internés :

- **200 internés high risk** (très dangereux et peu ou pas du tout susceptible d'être traité) seraient dirigés vers une institution spécifique unique pour les internés high risk (plan Onkelinx)
- **300 internés medium risk** seraient dirigés vers des institutions de santé mentale adaptées.

Il est réaliste de considérer qu'environ 1/3 de ces 300 internés medium risk sont des handicapés mentaux (100) et que, parmi ces handicapés mentaux, 50 % rencontrent une problématique psychiatrique telle qu'ils doivent être accueillis dans une institution spécifique de soins de santé mentale. Soit, il reste :

- $300 - 100 = 200$ (1/3 de 300) = **200 internés medium risk qui doivent être accueillis dans une institution de santé mentale spécifique.**

Il est irréaliste de penser que ces 200 internés medium risk, qui se trouvent pour le moment dans une prison ou un établissement de défense sociale en Flandre, pourraient aboutir d'un seul coup dans un circuit de soins de santé mentale « adapté ». Cela doit se produire en deux phases minimums en raison de la circulation souhaitée des internés à travers les différents maillons du trajet de soins judiciaire, à savoir :

- Phase 1 : 2005 : 125 internés medium-risk – SSM, dont 75 vers les HP* et 50 vers les MSP*.
- Phase 2 : 2006 : 125 internés medium-risk – SSM, dont 75 vers les HP* et 50 vers les MSP*.

7.2. Quantification par module de soins pour les internés medium risk

7.2.1. HP*

²² Source : Ministère de la Justice, chiffres publiés dans « De Standaard » le 16 août 2004 sous le titre « nog jaren wachten op Vlaamse instellingen voor vierhonderd geïnterneerden » (encore des années à attendre des institutions flamandes pour quatre cents internés).

Construction du module pour HP*

En tenant compte de la fonctionnalité (en fonction de la différenciation, de la réintégration progressive, de l'infrastructure...) et du financement correspondant, les modules de traitement de 8 patients ont été retenus, de préférence en comptant plusieurs modules par institution. Une échelle de grandeur et une capacité de traitement suffisantes seront également nécessaires en fonction d'un travail suffisamment autonome et du développement de l'expertise nécessaire.

Vers des lits HP* supplémentaires

Si la zone de travail de la Commission de défense sociale est retenue comme clé de répartition pour le partage et l'étendue des HP* supplémentaires, ces 150 lits d'HP* supplémentaires seront allouées aux régions de soins CDS suivantes, en tenant compte de la répartition et du caseload par CDS actuels :

Soins psychiatriques complémentaires : 150

- CDS Antwerpen : $150 \times 58\% = 87$ lits en plus.
- CDS Gent : $150 \times 31\% = 46,5$ lits en plus.
- CDS Leuven : $150 \times 11\% = 16,5$ lits en plus.

Calcul du coût

Calcul du coût phase 1 : (2005) :

Nombre d'HP* = 118 (existants) + 75 supplémentaires = **193 HP***.

Cadre : prix connus (2003) des projets pilotes medium risk de la justice pour la mise à niveau (coûts de fonctionnement et coûts du personnel) d'un lit T existant.

Calcul du coût : sur la base du prix justice

Le financement actuel de la justice pour un HP* participant à l'un des trois projets pilotes se monte à 141 €/jour pour Bierbeek et Zelzate et 163 €/jour pour Rekem (pour des missions plus élargies). Des projets pilotes, il ressort que ce montant est insuffisant, entre autre parce que certains coûts ne sont pas pris en compte tels les adaptations de l'index et la reconnaissance de l'ancienneté. Un montant de 175,88 €/jour (sur la base de 94% d'occupation), considéré comme plus réaliste, est proposé au ministère de la justice.

HP* : $193 \text{ lits} \times 365 \text{ jours} \times 175,88 \text{ €} = \mathbf{12.389.866 \text{ €}}$ (499.794.828 BEF)

Comptabilisation des coûts phase 2 (2006) :

Nombre d'HP* : $193 \text{ (phase 1)} + 75 = 268$

Calcul du coût : sur la base du prix justice (voir la phase 1).

HP : $268 \times 365 \times 175,88 \text{ €} = \mathbf{17.204.581,60 \text{ €}}$ (694.015.617 BEF)

7.2.2. MSP*

Principes généraux :

Dans le cadre de la construction d'un module de soins MSP* adapté, les internés medium risk nécessitent une programmation complémentaire et une reconnaissance de places MSP. Pour la Flandre, on propose un élargissement de la capacité de 100 lits MSP*, à réaliser en deux phases : 50 places en MSP* pour 2005 et 50 places en MSP* pour 2006.

Ces places doivent être attribuées aux institutions de santé mentale qui prennent en charge ces missions, sans qu'il soit exigé une reconversion préalable de lits hospitaliers. Pour le moment, les internés pris en considération pour l'attribution de ces places supplémentaires spécifiques de lits MSP ne demeurent jamais dans des services hospitaliers, mais bien en prison ou dans des établissements de défense sociale.

Selon la réglementation actuelle, une nouvelle MSP doit être établie hors du campus de l'hôpital. En ce qui concerne le groupe-cible des internés medium risk, il y a lieu de prévoir, dans la réglementation, la liberté de choix, pour ces MSP*, de s'installer dans ou hors du campus de l'hôpital.

En plus des « aspects de surveillance et de garde », une MSP* offre les mêmes fonctions de soins qu'une MSP classique, en tenant compte qu'une MSP* s'oriente plus vers la réhabilitation que vers la resocialisation.

Vu que le groupe-cible ne se compose pas de résidents âgés (moyenne d'âge des internés = 34 ans, voir chiffres), le personnel d'encadrement supplémentaire doit également accorder une attention particulière à l'emploi du temps en journée.

Construction du module MSP* :

Une initiative de 30 lits s'avère un minimum absolu afin de concevoir une offre fonctionnelle et financière correspondant aux besoins. Autant que possible, ces 30 lits doivent former une unité fonctionnelle à l'intérieur de laquelle il peut y avoir des types d'habitation différenciés (par exemple un mix de studios individuels, des unités d'habitation pour 4 habitants, pour 10 habitants...).

- Vu que la MSP* s'adresse en premier lieu aux internés medium risk, cela demande également des adaptations architecturales en fonction de :
 - o La sécurité (voir les exigences techniques des HP*)
 - La création d'un environnement de travail sécurisé pour le personnel
 - La sécurité de la société par un haut niveau de surveillance
 - o Comme la liberté de mouvement des habitants sera limitée, l'importance de l'espace de vie augmente ; il faut prévoir de grandes chambres individuelles.

Calcul des coûts

Dans le cadre des missions spécifiques (entre autre une surveillance plus importante, des concertations fréquentes entre la justice et la santé publique, les rapports, le personnel spécifique spécialisé) dévolues aux MSP*, une augmentation des normes d'encadrement est proposée à hauteur de 20% par rapport aux normes existantes pour les MSP destinées à accueillir des patients handicapés (12 + 1 orthopédoque / 30 lits).

Calcul du coût phase 1 (2005) :

Nombre de MSP* : 50

Prix pour un lit MSP* par an (estimation des besoins 2005 INAMI) : 25 205,78 €

MSP* : 50 places x 25 205,78 € = 1 260 289 € (50 838 798 BEF)

Calcul du coût en phase 2 (2006) :

Nombre de MSP* : 50 (phase 1) + 50 = 100

Prix pour un lit MSP* par an (estimation des besoins 2005 INAMI) : 25 205,78 €.

MSP* : 100 places x 25 205,78 € = 2 520 578 € (101 677 596 BEF)

Possibilité financière provenant des lits extinctifs ?

7.2.3. IHP*

Principes généraux :

Les initiatives d'habitations protégées (IHP) déploient de gros efforts en vue de déstigmatiser les soins de santé mentale et de les socialiser. Une forme catégorielle d'IHP* visant le groupe-cible des internés médium risk ne rendra certainement pas ce processus plus facile. Sous la pression sociale, il est déjà « demandé » actuellement aux internés (low risk) de ne pas s'établir dans le voisinage d'une école, d'une pleine de jeux, d'une piscine, d'un hall omnisports...

Dans le même temps, l'IHP constitue un maillon essentiel du trajet de soins visant à accompagner de façon spécialisée le processus de réintégration des internés, ceci dans le cadre de la psychiatrie judiciaire.

Si une telle IHP* se constitue, les initiatives d'habitations protégées veulent continuer à offrir simultanément les fonctions de soins « habitation » et « accompagnement » afin d'éviter que :

- l'IHP* ne se résume simplement à une offre pour internés qui ont (uniquement) besoin d'un logement,
- l'IHP* destinée à cette population ne conduise à une présence 24h/24 du personnel en fonction de la surveillance et de la sécurité.

Le transfert d'une personne internée vers une IHP* doit toujours être précédée d'un relevé et d'une analyse approfondis des risques.

En principe, le transfert direct de la prison vers l'IHP* a été retenu. Selon la législation actuelle, les initiatives d'habitations protégées doivent être établies en dehors du campus de l'hôpital. Pour le groupe-cible des internés medium risk, il serait judicieux de prévoir dans la réglementation la possibilité du choix d'établissement de cette IHP* au sein ou à l'extérieur du campus. Ces places d'IHP* doivent en premier lieu être allouées à des institutions de santé mentale qui ont accumulé l'expertise nécessaire via les projets pilotes existants et sans qu'il soit procédé à une reconversion préalable obligatoire de lits hospitaliers. Les internés, qui sont pris en compte dans le cadre de cette capacité complémentaire de places IHP* spécifiques ne séjournent pour le moment jamais dans un service hospitalier, mais bien dans une prison ou une institution de défense sociale.

En raison des missions spécifiques destinées à ce groupe cible, il est proposé une augmentation de 20% de l'encadrement du personnel actuel.

Vu qu'il existe encore trop de zones d'ombres en ce qui concerne l'impact de la nécessaire fonction de surveillance renforcée pour les internés medium risk sur la fonction de soins essentielle des IHP (habitation et accompagnement en vue d'une réintégration ultérieure), il est proposé, **provisoirement, de ne pas prévoir d'IHP*** pour les internés medium risk dans les trajets de soins dans le cadre de la psychiatrie judiciaire. Les initiatives ad-hoc et la

recherche scientifique devront à l'avenir éclaircir dans quelle mesure ces modules de soins et ses maillons (essentiels) devront être organisés.

7.2.3. SSM*

Principes généraux

Plus de la moitié du nombre d'internés (voir chiffres) sont suivis dans le secteur ambulatoire des soins de santé mentale. La construction d'un trajet de soins pour les internés medium risk sera, de par l'offre de traitement plus spécifique et plus intensif, suivi d'un afflux plus important d'internés vers le secteur ambulatoire des soins de santé mentale. La construction et le renforcement de la capacité d'aide de ce secteur s'avèrent donc indispensables.

Les missions allouées aux SSM* peuvent être reprises en fonction des recommandations provenant des discussions de la Task Force « Residentiële GGZ voor geïnterneerden » (avril 2002) : « *La mise en place 'd'équipes de psychiatrie judiciaire spécialisées' dans un certain nombre de SSM (par ex. dans le milieu des grandes villes et dans les SSM se situant aux alentours des institutions pénitentiaires, dans chaque province) est l'option la plus indiquée* ».

Ces « équipes de psychiatrie judiciaire spécialisées » peuvent prévoir un flux « central » pour les institutions judiciaires référentes et organiser la mise en place d'un réseau intersectoriel. Vu leur expertise spécifique à ce niveau, elles répondront d'abord et surtout au traitement, à l'accompagnement des dossiers les plus problématiques et des soins chroniques à « long terme ».

Ensuite, elles s'occuperont de la circulation ultérieure vers le secteur ambulatoire des soins de santé mentale grâce à une assistance judiciaire permanente et un soutien logistique, entre autres via le diagnostic de psychiatrie judiciaire et la recherche scientifique judiciaire à l'attention des autres partenaires de soins de santé mentale.

Les équipes de psychiatrie judiciaire spécialisées doivent être composées de façon multidisciplinaires afin pouvoir assurer le « traitement/accompagnement forcé » (la fonction de travail social, psychiatrique, psychologique, criminologue, ainsi qu'un(e) secrétaire médical(e)).

Vu le caractère « multi-problématique » du groupe cible, il est indiqué d'organiser l'approche multimodale accompagnée d'une intégration de différents cadres de référence (la formation thérapeutique complémentaire telle que l'orientation psycho-analytique, la thérapie systémique, l'approche cognitivo-comportementaliste, l'aide contextuelle semble ici indiquées).

Il est souvent nécessaire d'impliquer plus d'une discipline ou plus d'une approche d'aide. La durée très variable du processus de traitement et d'accompagnement, ainsi que le caractère chronique du traitement, de l'accompagnement, du reclassement constituent une autre caractéristique spécifique des soins pour ce groupe cible.

Le travail orienté la victime, le délinquant et le patient doit être analysé pour chaque traitement individuel. Pour chaque traitement individuel, la relation entre la psychopathologie et le délit doivent également être analysés. Cette analyse forme le fondement pour l'établissement du plan de traitement/accompagnement et/ou la stratégie.

Le coût

En ce qui concerne l'organisation et l'attribution des moyens financiers, nous pouvons nous référer à :

1. Le projet « daderhulp voor seksuele delinquenten » pour lequel 8 institutions spécialisées ont agencé leur travail vers ce groupe cible.
En 1998, **75 000 €** (30 000 000 BEF) étaient prévus pour les coûts de personnel dans 8 institutions spécialisées, réparties sur 5 provinces flamandes, en relation avec le nombre d'habitant de la région de travail.
2. La proposition formulée dans le cadre de la Task Force internement (dans le cadre du plan stratégique flamand pour les détenus rencontrant un trouble psychique) :
 - Antwerpen : **238 068,00 €** (9 603 639 BEF)
 - Turnhout : **613 895,46 €** (24 764 481 BEF)
 - Total : **851 963,00 €** (34 367 335 BEF) (coût de fonctionnement et de personnel)

En tenant compte que la CDS d'Anvers comprend environ 2/3 du nombre d'internés, cela signifie, **transposé à la Flandre, environ 1 278 000 €** (50 000 000 BEF).

En plus de la mise en place d'un trajet de soins ambulants de psychiatrie judiciaire visant les internés, les Communautés doivent s'organiser afin d'accueillir de façon adéquate, via les institutions s'adressant à ce groupe-cible (Vlaams Fonds), les handicapés mentaux qui ont le statut d'internés, et qui séjournent pour le moment dans les prisons (voir 7.1.).

8. Le financement d'un trajet de soins de psychiatrie judiciaire

Il n'est en aucun cas question, dans le contexte de ce document, de se prononcer quant à savoir quel département, quels coûts devraient être financés pour les internés. A cet effet, nous nous référons à l'avis du CNEH en ce qui concerne « le cadre de référence général pour la construction des « soins de psychiatrie judiciaire » (2001), dans lequel il est entre autre écrit que les soins de santé mentale sont financés par la santé publique et que les coûts pour les aspects sécurité et privation de liberté sont supportés par la justice. La concertation entre les instances compétentes responsables respectives doit établir dans quelle mesure cet avis peut être réalisé au niveau macro-budgétaire. Il peut toutefois être rappelé que, jusqu'à présent, le Ministère de la justice, en tant qu'autorité de décision dans chacune des Communautés et Régions, a assuré différemment l'organisation des soins aux internés (et le financement y afférent)²³.

En dépit des modalités de financement pour lesquelles on optera dans le futur, on doit veiller en premier lieu à ce que les soins et le traitement demeurent financièrement accessibles aux détenus. L'autorité doit garantir l'accessibilité financière aux modules de soins adaptés à la psychiatrie judiciaire pour les détenus. En premier lieu, nous pensons à :

- a. Les détenus ayant le statut de libérés conditionnelles sont, jusqu'à présent, pour les soins de santé, déjà entièrement pris en charge par l'assurance maladie invalidité.
- b. Les coûts pour la sécurisation doivent être pris en charge par la Justice, les coûts du traitement et de l'accompagnement du détenu doivent être assurés par la santé publique.

²³ En Flandre, les internés qui sont envoyés pour traitement vers le secteur de la santé mentale ont surtout le statut d'interné en liberté conditionnelle ; le financement est effectué par le département santé publique. En Wallonie, par contre, les internés envoyés vers les institutions de Tournai et Pfaive, conservent leur statut d'internés ; le financement est pris en charge par le Ministère de la justice.

De plus, il faut être attentif au fait que, indépendamment des modalités de financement, l'organisation des soins, menée par la Santé publique, sera organisée et coordonnée à partir des institutions de santé mentale.

L'ensemble des montants repris dans le chapitre 7 ne sont pas des montants supplémentaires net à charge l'autorité, mais doivent être considérés et additionnés en fonction du :

- Coût de l'engagement de la Ministre Onkelinx pour l'établissement d'un centre spécialisé pour l'accueil d'environ 400 détenus.
 - o Construction de l'institution pour 400 personnes : x €
 - o Coût d'un jour en prison = 100 €
500 (internés en prison) x 100 € x 365 jours = **18 250 000 €**

- Financement déjà existant pour les projets pilotes justice et santé publique à Bierbeek, Rekem et Zelzate.
 - o Justice
 - Bierbeek + Zelzate : 21 900 lits de journée x 141 € = 3 087 900 €
 - Rekem : 10 950 lits de journée x 164 € = 1 795 800 €
 - Sous-total 1 : 4 883 700 €

 - o Santé publique (495 787 € par module de 8)
 - 3 modules de 8 (Bierbeek, Zelzate, Rekem)
 - Sous-total 2 : 3 x 495 787 € = 1 487 361 €

Total financement des projets pilotes justice + santé publique =

Sous-total 1 + sous-total 2 = 4 883 700 + 1 487 361 = **6 371 061 €**

(= 257 002 229 BEF)

Remarques : il est établi que, à l'intérieur des 3 institutions, le montant accordé s'avère insuffisant pour financer les engagements pris. De façon plus concrète, il peut être fait référence au cadre de personnel qui doit être garanti, à la non-comptabilisation de l'adaptation à l'index et aux coûts relatifs à l'ancienneté.

9. Les internés low-risk :

Selon les chiffres datant de 2001, il y avait 418 internés au sein des soins de santé mentale résidentiels, dont, en 2004, 118 internés medium risk résidant dans des HP* (projets pilotes justice et santé publique).

Cela signifie que 300 internés (low risk, low risk* ?) sont traités et accompagnés au niveau des soins de santé mentale réguliers par l'injection de moyens propres (en diminuant les moyens des autres services de l'établissement).

Les moyens complémentaires seront injectés pour :

- 1) Les internés low risk qui émergent dans un programme de soins de santé mentale et qui de fait, ne nécessitent pas de soutien (et de moyens) complémentaires en ce qui concerne le contenu des soins, mais bien en fonction de :
 - a. Missions (administratives) complémentaires dans le cadre d'une collaboration nécessairement plus intensive entre la santé publique – la justice – d'autres

partenaires au niveau des rapports complémentaires, d'une concertation additionnelle, accompagnée de frais de fonctionnement et de coordination,

- b. Fonctions d'accompagnement et de surveillance complémentaires dans le cadre d'une politique adaptée de gestion des risques dans la dynamique de la transition low risk \longleftrightarrow low* risk \longleftrightarrow medium risk.

- 2) Les internés low risk qui rencontrent une telle problématique et qui demandent une approche de traitement plus intensive et plus spécifique. Les moyens sont placés dans un personnel d'encadrement adapté, dans l'augmentation de la spécialisation des soignants... Il faut dire que des patients sont également soignés dans ce service, sans avoir le statut d'internés, mais parce qu'ils rencontrent une problématique psychiatrique identique (tels les patients qui ont un comportement sexuel déviant, ceux qui rencontrent un problème d'assuétude).

Proposition : il faut prévoir un incitant pour ces institutions qui s'engagent à traiter et à accompagner cette population de patients (en fonction de la mise à jour de l'encadrement de personnel, de l'élaboration d'une spécialisation spécifique, des coûts de coordination et de fonctionnement pour le duo santé publique – justice...).

Cette incitation peut par exemple être donnée sous la forme d'un montant forfaitaire à ces institutions qui s'engagent formellement dans le traitement et les missions de soins nécessaires pour ce groupe-cible.

Les possibilités d'octroi de cet incitant sont :

- un honoraire financier par institution qui se fait reconnaître en tant que telle par un hôpital
- un forfait financier par dossier médical.

10. Références

Casselmann, J., Forensisch Psychiatrisch deskundigenonderzoek. In: Van de Voorde, W., Goethals, J., Nieuwdorp, M. (Ed.), Multidisciplinair forensisch onderzoek. Juridische en wetenschappelijke aspecten Brussel, Uitgeverij Politeia, 2003, 453-473.

Casselmann, J., Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen. In: Van Daele, D., Van Welzenis, I. (red.), Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie. Samenleving, Criminaliteit en Strafrechtspleging Nr. 26, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2004, 77-88.

Cosyns, P., Casselman, J., Gerechtelijke psychiatrie. Leuven, Apeldoorn, Garant, 1999(2).

De Vuysere, S., Casselman, J., Vervaeke, G., De geïnterneerdenpopulatie van Vlaanderen: enkele cijfers, Panopticon, 2003 (24), 6, 599-604.

De Vuysere, S., Casselman, J., Vervaeke, G., De Commissies ter Bescherming van de Maatschappij van Antwerpen, Gent en Leuven. Een vergelijking van de geïnterneerdenpopulaties, Panopticon, 2003 (24), 6, 604-609.

De Vuysere, S., Wetgevende initiatieven inzake internering. In: Van Daele, D., Van Welzenis, I. (red.), Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie. Samenleving, Criminaliteit en Strafrechtspleging Nr. 26, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 63-75.

Heymans, H., Brad, P., Is er nog hoop voor geïnterneerden? Antenne, maart 2003, 36-43.

Keirse, M., Mijlpalen in de forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift Klinische Psychologie 32^e jaargang nr. 4 december 2002, 267 – 270.

Smaers, G., Het derde bezoek van het CPT aan België: er is weinig veranderd... Panopticon, 2003 (24), 6, 586-591.

De Commissie Internering voor de herziening van de wet tot bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964. Eindverslag van de werkzaamheden. Ministerie van Justitie, April 1999.

Koninklijk Besluit van 19 april 1999 tot instelling van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum (POKO) met het statuut van Wetenschappelijke inrichting van de Staat (B.S. 08/05/1999).

Wetsontwerp (I) Betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis. Belgische Kamers van Volksvertegenwoordigers, 7 april 2003.

Wetsontwerp tot wijziging van de wetten betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Belgische Kamers van Volksvertegenwoordigers, 7 april 2003.

11. Annexes

Avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers :

- Avis relatif au cadre de référence général pour le développement des soins de psychiatrie légale (2001).
- Avis dans le cadre d'un nouveau concept SSM ; avis de synthèse et opérationnalisation dans le cadre d'un plan quinquennal (1997, 2002).
- Protocole d'accord entre le Ministre fédéral de la Justice, Marc Verwilghen, et la Ministre flamande du Bien-être, de la Santé et de l'Egalité des Chances, Mieke Vogels, concernant les lignes de force de la collaboration future au niveau de la zone frontière bien-être-justice (mars 2001).

Ledenlijst VVI – VOV werkgroep Gerechtelijke GGZ

| TITEL | NAAM | | STRAAT | DRUK_P |
|-----------|-----------------------|--|----------------------------|--------|
| Prof. Dr. | Casselma Joris | | Koning Leopold III-laan 14 | 3001 |
| De heer | Cools Bob | | Lange Elzenstraat 102 | 2018 |
| De heer | Debbaut Dirk | VZW CGG Prisma CGG-Vestiging Godfried Elsen | Stationstraat 89 | 8730 |
| De heer | Du Laing Leo | V.V.I. | Guimardstraat 1 | 1040 |
| De heer | Geebelen Jos | VZW VGGZ CGG-Vestiging Hasselt | Groenplein 5 | 3500 |
| De heer | Gielen Luc | V.V.I. | Guimardstraat 1 | 1040 |
| De heer | Goutry Luc | | Bruggestraat 206 | 8730 |
| Mevrouw | Henkens Rita | VZW 't Veer Initiatief Beschut Wonen | Daalbroekstraat 106 | 3621 |
| Prof. | Igodt Paul | UZ Gasthuisberg KU Leuven Campus Gasthuisberg | Herestraat 49 | 3000 |
| De heer | Klerkx Jan | VZW CGG VAGGA - Andersen Netwerk Daderhulp | Kardinaal Mercierlei 15 | 2600 |
| Dr. | Lodewyck Paul | Kliniek Heilige Familie | Groeningepoort 4 | 8500 |
| Mevrouw | Raspé Gretel | | Groenstraat 91 | 9300 |
| De heer | Renssens Rudy | Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Broeders Van Liefde | Krijkelberg 1 | 3360 |
| De heer | Reyskens Erwin | Psychiatrisch Centrum Ziekeren Broeders Van Liefde | Halmaalweg 2 | 3800 |
| De heer | Roelant José | VZW PZ en Revalidatiecentrum Sint-Hiëronymus | Dalstraat 84 | 9100 |
| De heer | Van Damme Danny | O.P.V.T. Ter Bosch | Daalbroekstraat 106 | 3621 |
| De heer | Van der Borght Tommy | V.V.I. | Guimardstraat 1 | 1040 |
| De heer | Van der Jeugt Patrick | Kliniek Heilige Familie | Groeningepoort 4 | 8500 |
| De heer | Van Doren Jan | Psych. Centrum Bethanië Psych. Ziekenhuis Bethaniënhuis | Andreas Vesaliuslaan 39 | 2980 |
| De heer | Van Dorpe Rupert | Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist Broeders Van Liefde | Suikerkaai 81-83 | 9060 |
| De heer | Van Holsbeke Jef | V.V.I. | Guimardstraat 1 | 1040 |
| De heer | Van Malderen Hendrik | Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Broeders Van Liefde | Krijkelberg 1 | 3360 |
| Dr. | Van Peteghem Philippe | VZW De Vlier | Suikerkaai 81 | 9060 |
| De heer | Vandervelden Maurice | FIH-W | Chaussée de Marche 604 | 5101 |
| Dr. | Verelst Rudy | Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Broeders Van Liefde | Krijkelberg 1 | 3360 |
| Dr. | Walpot Guido | O.P.V.T. Ter Bosch | Daalbroekstraat 106 | 3621 |
| De heer | Wuyts Yves | V.V.I. | Guimardstraat 1 | 1040 |

*Aan Mevr. Laurette ONKELINX
Vice Eerste Minister
Minister van Justitie
Handelsstraat 78-80
1040 BRUSSEL*

NETWERK INTERNERING

Geachte mevrouw de Vice Eerste Minister en Minister van Justitie,

Het “ netwerk internering ” is een multidisciplinair forum samengesteld uit zoveel mogelijk betrokken partijen en ervaringsdeskundigen inzake de interneringsproblematiek uit het Vlaamse landsgedeelte. Het werd opgericht naar aanleiding van uw antwoorden op parlementaire vragen eind januari waarin sprake is van de oprichting van een “ nieuwe gespecialiseerde instelling ” en de “ verbetering van de gezondheidszorg van de geïnterneerden ”. In de rand vernamen wij dat er sprake is van de creatie van “ 400 plaatsen ”.

Het forum beoogt beleidsondersteunend en beleidskritisch te interveniëren bij de huidige en toekomstige ontwikkelingen inzake internering.

Het forum wenst na haar spoedvergadering van 16 februari 2004 principieel stelling te nemen tav de mogelijk door U te nemen beleidskeuze.

- Het forum waardeert het politiek engagement om een betekenisvolle hoeveelheid financiële middelen vrij te maken voor de verbetering van de gezondheidszorg van geïnterneerden.
- De gezondheidszorg moet echter niet noodzakelijk in het Rijk op een gelijkaardige wijze georganiseerd worden. De geestelijke gezondheidszorg heeft zich in het verleden in Wallonië en in Vlaanderen op een eigen manier ontwikkeld en de zorg voor geïnterneerden sluit best aan op het bestaande aanbod.
- Het forum wijst alvast de creatie van een nieuwe zorginstelling van 400 plaatsen op initiatief van Justitie af, omdat het weinig aansluiting vindt op het landschap van geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Deze kritische bedenking betreft zowel een nieuw te bouwen instelling van 400 plaatsen als een te renoveren bestaand gebouw, waarin daders worden ondergebracht die lijden aan zeer diverse geestesstoornissen.

Er wordt gepleit om de capaciteit van de “ nieuwe instelling ” te beperken tot het effectief aantal high risk patiënten binnen de geïnterneerdenpopulatie. Op dit ogenblik raamt men dit aantal op 150 à 200 personen, alhoewel dit cijfer enigszins arbitrair is bij gebrek aan gefundeerd forensisch wetenschappelijk onderzoek.

Enkel een inrichting voor de high riskpopulatie dient door Justitie georganiseerd te worden. Deze instelling dient bovendien los te staan van elke huidige penitentiaire instelling. De infrastructuur en beveiliging dient door Justitie voorzien te worden, maar het therapeutisch kader moet georganiseerd en medegefinancierd worden door Volksgezondheid.

- De overige geïnterneerden (medium en low security) moeten kunnen geplaatst worden binnen de huidige voorzieningen van het zorgcircuit . Dit huidige zorgcircuit dient dan ook met een 250 tal plaatsen (residentieel) uitgebreid te worden, aangevuld door een ambulante nazorgnetwerk.

- Daarnaast wordt de absolute noodzaak nogmaals onderstreept om het POKO en de daaraan gekoppelde observatiebedden met het oog op expertise daadwerkelijk op te richten om het mogelijk te maken op een wetenschappelijk gefundeerde wijze de juiste diagnose te stellen en het verder interneringstraject uit te stippelen.
- De aandacht wordt eveneens gevestigd op de totaal verouderde wetgeving terzake en het ontbreken van fundamentele rechtsbescherming van de geïnterneerden; hun rechtspositie dient uitgewerkt te worden naar analogie met de ontwerp teksten inzake interne en externe rechtspositie van de gedetineerden (basiswet Dupont en rapport Holsters) en met de nieuwe wetgeving inzake rechten van de patiënt.

Concreet verzoekt het forum:

1. dat de Minister een duidelijk mandaat geeft aan ervaringsdeskundigen uit de justitiële, gezondheids- en welzijnssector (o.a. gehandicaptenzorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg) om een concreet voorstel uit te werken met betrekking tot een globaal en coherent interneringsbeleid, een geïntegreerd zorgcircuit en een duurzame samenwerking tussen de federale beleidsverantwoordelijken (justitie, volksgezondheid en sociale zaken) en de gemeenschapsoverheden (gezondheids- en welzijnsbeleid);
2. gehoord te worden in de komende ronde tafel omtrent internering. De multidisciplinariteit van het forum kan een belangrijke meerwaarde betekenen.

De initiatiefnemers:

- Henri HEIMANS, voorzitter CBM Gent
- Rob PERRIËNS, voorzitter VI commissie Antwerpen, voorzitter
- Serge ROOMAN, directeur afdeling Sociaal Verweer te Merksplas

De volgende personen/instellingen hebben de tekst onderschreven:

- Johan BAEKE, psychiater, FIDES, Beernem
- Ronny BLOMME, directeur justitiehuis Gent
- Boudewijn BOUCKAERT, prof. Dir. Departement of Law, U.Gent
- Patricia BRAD, plv voorzitter, CBM Gent
- Hans CLAUS, Liga van de Mensenrechten
- Roel DE CUYPER, directeur Psychiatrisch Centrum Sleidinge
- Jan DE VARE, psychiater, PC Sint Jan Baptist, Zelzate
- Sylvie DE VUYSERE, criminologe K.U. Leuven
- Hein DIEPENDAELE, advocaat te Brussel
- Inge JEANDARME, psychiater PC Ziekeren, St Truiden
- Kristine KLOECK, Hoge Raad voor de Justitie, Brussel
- Elda MINCKE, psychiater P.C. Sint Lucia, Sint Niklaas
- Mark RUMMENS, advocaat te Gent
- **Danny VAN DAMME, OPZ Rekem/Hotel Min**
- Martin VANDEN HENDE, Directeur dagcentrum Obra te Evergem
- Filip VAN HENDE, advocaat te Gent
- Christine VAN HOUTTE, directeur strafinrichting Turnhout
- Hendrik VAN MALDEREN, Algemeen directeur, UPZ Sint Kamillus
- Philippe VAN PETEGHEM, hoofdgeneesheer P.C. Sint Jan Baptist
- Walter VAN STEENBRUGGE, Advocaat, Gent
- Rudy VERELST, psychiater, UPC Sint-Kamillus, Bierbeek
- Guido WALPOT, psychiater, OPZ Rekem

De volgende personen/instellingen hebben de vergadering bijgewoond in de hoedanigheid van waarnemer:

- Bea FOCQUAERT, hoofdverpleegkundige APZ Sint Lucia
- Dirk JANSSENS, Coördinator P.Z. FOD Justitie
- Jan KLERKX, criminoloog-coördinator, VAGGA, Berchem
- Fanny TOLLEBEKE, plv. secretaris CBM Gent
- **Lore VAN LOOCK, Dienst Strafrechtelijk Beleid**
- Francis VAN MOL, geneesheer-directeur Penitentiaire Gezondheidsdienst
- Karel VAN WELDEN, directeur - geneesheer, medisch centrum PC Brugge
- Karen VERPOEST, voor Prof Tom Vanderbeken
- Hannelore VERZELE, Dienst Strafrechtelijk Beleid



De Vice-Eerste Minister Minister van Justitie

Dhr. Henri HEIMANS
voorzitter
CBM
Nieuwe Wandeling 89
9000 GENT

O/Ref.: LO/JCM/AD/lv/2004/0790/18145

Betreft: interneringsproblematiek in het Vlaamse landsgedeelte

Geachte heer,

Naar aanleiding van uw brief wens ik u mee te delen dat ik verheugd ben te vernemen dat er zoveel aandacht en interesse is voor de problematiek van de geïnterneerden.

Verschillende relevante gesprekspartners werden intussen reeds gehoord en dit zal ook in de toekomst nog gebeuren.

Ik acht het echter niet gepast om een uitdrukkelijk mandaat te geven aan dit onlangs samengesteld forum, daar ik het werkveld zo ruim mogelijk wens te betrekken in de voorbereiding. Het staat u wel steeds vrij om voorstellen over te maken aan mijn medewerkers die belast met dit dossier, dhr. De Smet en mevr. Deckers.

Verder kan ik u ook medelen dat mijn voostel in grote lijnen als volgt samengevat kan worden. Voor Vlaanderen zou er een instelling worden opgericht, volgens de idee van een campus met kleine eenheden. Kleine eenheden laten immers toe om een opdeling te maken volgens diagnose en persoonlijkheidsproblemen. Het werken met kleine groepen zal ook toelaten om een gradueel systeem van behandeling uit te werken. Deze instelling dient georganiseerd te worden door het Ministerie van Volksgezondheid. Het gaat hier om een ziekenhuis, waar Justitie eventueel zal instaan voor de beveiliging.

Met de meeste hoogachting,

Laurette ONKELINX

Handelsstraat, 76-80 - 1040 Brussel - Tel.: 02 233 51 11 - Fax: 02 230 10 67 - E-mail: info@laurette-onkelinx.be - http://www.laurette-onkelinx.be