

*Article original / Original Article*

Analyse de huit années de prise en charge de patients internés libérés à l'essai au sein de deux unités de psychiatrie médico-légale

Pierre-Jean CORNU¹, Sophie MERCENIER², Ornella GIOVAGNOLI³

RÉSUMÉ

Après la constatation faite, en 2001, par le Ministère de la Santé Publique d'un manque de places disponibles destinées à la prise en charge des internés libérés à l'essai, notre pays a vu se développer la mise en place de projets afin de pallier ce manque. Dans tout le royaume, diverses unités de « psychiatrie médico-légale » ont ouvert leurs portes. L'objectif de ce présent article est davantage descriptif et se base sur le recensement de différentes informations concernant les caractéristiques des patients, les données d'hospitalisation, les données follow-up... afin de mettre en lumière le fonctionnement de ces unités médico-légales après 8 années de fonctionnement.. Pour ce faire, les observations se sont centrées sur deux unités, les « Itéas » de Tournai et « Hegoa » de Bruxelles.

Mots-clés : Défense Sociale, Internés, Unité de Psychiatrie Médico-Légale, Projet de Réinsertion.

SUMMARY

Analysis of eight years of management of patients who have been committed to two forensic psychiatry units but released on probation

Since the Ministry of Public Health reported in 2001 the lack of places available for the management of committed patients who are released on probation, our country has seen the setting up of projects develop in order to overcome this lack. Throughout the kingdom, various « forensic psychiatry » units have opened. The aim of this article is mainly descriptive and is based on the listing of different information about the characteristics of the patients, hospitalisation data, follow-up data.... so as to shed light on the working of these forensic units after 8 years. To do this, the observations are centred on two units, the "Itéas" in Tournai and "Hegoa" in Brussels.

Key-words: Social defence, Committed patients, Forensic psychiatry units, Rehabilitation project.

1. Criminologue, Centre Régional Psychiatrique « Les Marronniers », Tournai, Belgique. (Contact : pierre-jean.cornu@marronniers.be. CRP Les Marronniers. 94 Rue Despars. 7500. Tournai. Belgique).

2. Criminologue, Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles, Belgique

3. Psychologue-chercheuse, Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), Tournai, Belgique.



1. INTRODUCTION

Le 9 avril 1930, la Belgique se dote de la « Loi de Défense Sociale ». Celle-ci ne constitue pas une peine mais se veut être une mesure de sûreté s'adressant « aux anormaux et aux délinquants d'habitude » destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés aux internés les soins requis par leur état en vue de leur réinsertion dans la société.

La loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964, réformant la loi du 9 avril 1930, s'applique aux délinquants reconnus comme malades mentaux selon trois critères définis par le législateur : l'état de démence, l'état de débilité mentale ou l'état grave de déséquilibre mental. Deux autres « catégories de délinquant » peuvent faire l'objet d'une mesure d'internement : les condamnés, via l'application de l'article 21, lorsqu'ils présentent, au cours de leur détention, un état mental le justifiant et les personnes mises à disposition du gouvernement (les récidivistes et les délinquants d'habitude).

L'internement est donc une mesure de soin et de protection de la société.

La durée de la mesure est indéterminée.

Dès la décision d'internement prise par une juridiction d'instruction ou une juridiction de jugement, le sort de l'interné dépend de la Commission de Défense Sociale¹ (CDS). Celle-ci est composée d'un magistrat qui la préside, d'un médecin en général spécialisé en psychiatrie et d'un avocat.

La Commission de Défense Sociale est compétente pour prendre les décisions suivantes :

- ✓ La désignation du lieu où l'interné sera placé : il peut s'agir d'un Établissement de Défense Sociale (E.D.S.) organisé par l'état fédéral (Paifve), une entité fédérée (Tournai) ou tout autre établissement privé via l'application de l'article 14 de la loi. Il s'agit de lieux au sein desquels sont prodigués des soins et qui présentent également un degré de sécurité suffisant.
- ✓ Accorder des aménagements en vue de préparer progressivement la réinsertion dans la société ; il s'agit de sorties ou de congés.

- ✓ Accorder une libération à l'essai et définir les conditions qui y sont attachées.
- ✓ Octroyer une libération définitive généralement après plusieurs années de libération à l'essai au sein de la société. Cette décision est prise sur base des rapports du médecin de tutelle et de l'assistant de justice qui suivent l'interné durant toute ou une partie de la période de sa libération à l'essai.

Mise en place du projet

En mars 2001, dans leur note de politique générale, le Ministre de la Santé publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Madame Magda Aelvoet et le Ministre des Affaires sociales et des Pensions, Monsieur Frank Vandenbroucke, constataient que l'« *on manque actuellement d'institutions dotées des infrastructures et du personnel nécessaires pour accueillir et soigner les personnes internées* ». La perspective d'une offre de soins différenciée pour des internés catégorisés « high risk » « médium risk » et « low risk » était lancée.

Peu de temps auparavant, le 06 février 2001, paraissait d'ailleurs au Moniteur Belge un appel à projet concernant « l'offre d'un traitement clinique intensif aux patients internés en vue de leur resocialisation optimale ».

Outre cet objectif visant une offre de soin, la création de ces unités spécifiques a pour but de dégager des critères objectifs permettant de discriminer les internés « médium risk » pouvant bénéficier de ce type de prise en charge et d'élaborer un circuit de soins pour ce public cible.

Pour ce faire, en 2001, 5 unités de psychiatrie médico-légale ont été réparties sur le territoire belge. 24 lits en Flandres répartis sur 3 hôpitaux psychiatriques (le Centre Psychiatrique Universitaire Sint-Kamillus à Bierbeek, l'Hôpital Psychiatrique Public Daelwezeth à Rekem et le Centre Psychiatrique Sint-Jan Baptist à Zelzate) et 24 lits à Bruxelles et en Wallonie répartis entre deux hôpitaux psychiatriques (l'unité « Hegoa » au Centre Hospitalier Jean Titeca à Schaerbeek et l'unité « Les Itéas » du Centre Régional Psy-

1. La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental – publiée mais pas encore d'application – prévoit que les compétences de la Commission de Défense Sociale seront transférées au tribunal de l'application des peines.



chiatric « Les Marronniers » à Tournai). Ces unités ont été supervisées par deux équipes scientifiques² jusque fin 2006, à la demande du commanditaire le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Alimentation.

Les institutions bénéficiant de ces U.P.M.L. ont reçu en 2007 un financement complémentaire permettant d'élargir l'offre de soins destinée aux internés à des structures extra-hospitalières (M.S.P. et I.H.P.) Des fonds complémentaires ont également été alloués permettant la création d'équipes mobiles d'outreaching (2007 et 2009). Par ailleurs, des unités de soins spécialisées dans la prise en charge des A.I.C.S. (auteurs d'infractions à caractère sexuel) ont vu le jour.

En 2009, une nouvelle U.P.M.L. a vu le jour au C.H.P Saint-Martin, situé à Dave, en Wallonie.

Par ailleurs, 4 unités de 8 lits de soins spécialisées dans la prise en charge des A.I.C.S. (auteurs d'infractions à caractère sexuel) ont vu le jour au PC Sint Amandus à Beernem, au PC Ziekeren à Sint-Truiden, à l'AZ Sint Lucia à Sint-Niklaas et aux Marronniers à Tournai, ainsi que 15 places en M.S.P. et 28 places en I.H.P. pour l'accueil des internés délinquants sexuels.

Cet article vise à présenter l'U.P.M.L « Les Itéas » et l'U.P.M.L « Hegoa ». Diverses données ont été collectées en vue d'offrir une description et un regard sur leur fonctionnement. Après avoir exposé notre méthodologie de travail, nous présenterons la population des internés libérés à l'essai hospitalisés au sein des unités précitées. Enfin, nous évaluerons si les patients, au sortir des U.P.M.L. ont pu se maintenir dans la société – en dehors ou dans le circuit de soins ambulatoire³ – ou s'ils ont été réintégrés dans le circuit pénal.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Description des unités

Les unités « Itéas » et « Hegoa » sont deux U.P.M.L. ayant l'objectif commun de favoriser la resocialisation

d'une patientèle présentant un trouble de la lignée psychotique, qualifiée « médium risk » et libérée à l'essai. Elles bénéficient de conditions spécifiques notamment au niveau de l'encadrement thérapeutique.

En effet, par unité, les effectifs minimaux complémentaires aux normes d'organisation prévus dans la loi sur les hôpitaux sont de :

- ✓ ½ équivalent temps plein psychiatre,
- ✓ 2,5 équivalents temps plein universitaires,
- ✓ 12,5 équivalents temps plein non universitaires.

2.1.1. Les Itéas

Située sur le site du Centre Régional de soins Psychiatriques « Les Marronniers » à Tournai, cette unité ouverte pouvait accueillir, à son ouverture en 2001, 8 patients. Actuellement la capacité a augmenté pour offrir une prise en charge de 16 lits. Précisons que la population admise est exclusivement masculine et provient principalement de la section fermée de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers » où sont placés les internés dans le cadre de l'application de l'article 14 de la loi du 1^{er} juillet 1964. Ces patients ont donc déjà bénéficié d'une prise en charge de type hospitalière au sein de leur unité de défense sociale.

Notons que les patients libérés à l'essai au sein des « Itéas » ne peuvent en cas de non-adaptation à l'unité être repris par la section fermée de défense sociale mais doivent être réintégrés au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison. « Les Itéas » ont donc ajouté dans les critères d'admission, qui seront présentés plus loin, la nécessité d'avoir obtenu, au préalable de la libération à l'essai, des sorties, seul, octroyées par la C.D.S., entre autre, afin de réduire ce risque de ré-intégration⁴.

En effet, un retour en annexe psychiatrique serait de nature à annihiler tout le travail thérapeutique réalisé pendant des années par les équipes de soins de la section fermée de D.S., et créerait un sentiment de retour à la case départ chez ces patients.

2. Une équipe francophone constituée du Dr L. Servais et de Mlle E. Harcq (psychologue) et une équipe néerlandophone constituée du Dr. H. Vertommen et du Dr C. Maeschalck.

3. Dans le cadre de cet article, nous appelons « circuit de soins ambulatoire », l'ensemble des structures de soins dépendant du secteur de la santé mentale et pas seulement les structures pilotes subsidiées par le S.P.F. Santé Publique qui sont exclusivement dédiées aux internés libérés à l'essai.

4. Rappelons que le temps d'attente au sein des annexes psychiatriques avant d'être admis au sein de l'E.D.S. de Tournai est d'un an et demi.



Une fois admis dans le projet pilote des « Itéas », le patient n'a, en général, plus de contact avec la C.D.S.

2.1.2. *Hegoa*

Cette unité semi-ouverte se situe au Centre Hospitalier Jean Titeca à Bruxelles qui accueille en majorité des patients sous statut médico-légal. L'U.P.M.L a également ouvert ses portes en 2001 et a vu sa capacité d'accueil augmenter au fil des années pour atteindre aujourd'hui une prise en charge maximale de 22 personnes. La patientèle admise est mixte et les femmes représentent 7% de la population totale accueillie à ce jour.

Les patients hospitalisés à « Hegoa » proviennent majoritairement des annexes psychiatriques des prisons, essentiellement celle de Forest qui se situe à proximité. L'unité « Hegoa » travaille également mais dans une moindre mesure avec les annexes psychiatriques des prisons de Jamioulx, Mons, Lantin, Gand et Anvers. Ces patients n'ont pas transité par une section fermée de défense sociale d'un hôpital psychiatrique et n'ont donc pas bénéficié d'une prise en charge thérapeutique telle que proposée dans un lieu de soins. Étant une unité semi-ouverte, « Hegoa » peut accueillir des patients présentant un état clinique modérément déstabilisé sur le plan comportemental (agitation psycho-motrice, impulsivité...).

Les patients n'ayant bénéficié d'aucune modalité d'exécution de la mesure d'internement (sortie accompagné, sortie seul,...) avant leur admission dans l'unité « Hegoa », les contacts avec la C.D.S. restent fréquents afin d'encadrer les mesures d'octroi.

2.2. Variables collectées

Les données collectées en vue de la présente étude proviennent de quatre sources d'information :

1. Les bases de données constituées par les unités « Les Itéas » et « Hegoa » dans le cadre de l'évaluation du projet par le SPF Santé publique pour ce qui a trait à la description des internés ayant transité par ces unités,
2. Les rapports d'activités annuels desdites unités,
3. Des informations récoltées auprès des CDS pour ce qui concerne le devenir social et judiciaire (follow up) des internés,

4. Les données diagnostiques tirées des Registres Psychiatriques Minimum (R.P.M.). A ce propos, voilà maintenant 14 ans qu'un important travail de recueil d'informations psychiatriques a vu le jour dans de nombreuses institutions hospitalières. Le développement du R.P.M. a été rendu obligatoire au 1^{er} juillet 1996. Son objectif consiste à l'enregistrement de données permettant de faire la transparence dans les soins psychiatriques dans le but de fournir aux autorités (gestionnaires et ministères) une vue pertinente de l'organisation des soins afin d'adapter la prise de décision aux besoins évalués. Ces données sont recueillies sur l'ensemble des établissements de santé et par là, cet instrument offre la possibilité d'une comparaison entre les différentes institutions accueillant diverses populations. Pour exemple, une partie des données concerne le diagnostic psychiatrique et recense, entre autre, les troubles cliniques (Axe I), les troubles de la personnalité/retard mental (Axe II), le diagnostic principal (Axe I-II-III), les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement (Axe IV), l'évaluation globale du fonctionnement (Axe V).

La période de référence concernant les patients admis et réadmis au sein des unités de psychiatrie médico-légale se situe entre le 1^{er} octobre 2001 et le 31 mars 2009.

La date de référence en ce qui concerne la collecte de données auprès des Commissions de Défense Sociale est le 15 juin 2009.

2.3. Population

Le S.P.F Santé Publique a fixé différents critères généraux d'inclusion ainsi que des critères généraux « limitatifs » afin de cibler la patientèle à accueillir au sein des unités de psychiatrie médico-légale.

2.3.1. Les critères d'inclusion sont :

- ✓ Patients de sexe masculin ou féminin, âgés de 18 ans ou plus, bénéficiant d'une mesure de libération à l'essai et en ordre de mutuelle ;
- ✓ La présence d'une maladie mentale sévère (MMD : Major Mental Disorder) et /ou d'un trouble de la personnalité ;



- ✓ Avoir un QI total minimum de 65 à la Wais-III ou présenter des capacités d'apprentissage, de resocialisation ou d'habilités sociales minimales évaluées sur une base clinique et socio-éducative ;
- ✓ Patients présentant un degré de risque gérable au sein de l'infrastructure disponible du circuit de soins (risque déterminé avec les instruments médico-légaux d'usage à savoir la HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) et l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R ; Hare, 2003) c'est-à-dire répondant aux critères « médium risk » ;
- ✓ Patients présentant certaines potentialités de resocialisation à moyen terme, à savoir une capacité suffisante d'entrer en relation (aptitudes relationnelles minimales) et d'investir un programme de soins. Ceci implique une qualité suffisante de contact avec la réalité et une réponse aux traitements pharmacologiques en cas de troubles psychotiques importants.

2.3.2. Les critères « limitatifs » sont :

- ✓ Une psycho-organicité irréversible (démence, syndrome frontal...) ;
- ✓ Une psychopathie élevée (Score à la PCL-R supérieur ou égal à 25), c'est-à-dire répondant aux critères « high risk » de par la présence d'un trouble psychopathique avéré ;
- ✓ Des personnes ayant un comportement criminel sans trouble psychiatrique spécifique ;
- ✓ Présence d'un trouble psychotique sévère, continu et résistant à toute thérapie connue ;
- ✓ Patients présentant une problématique de dépendance sans trouble psychiatrique associé ;
- ✓ Patients présentant une paraphilie sans trouble psychotique associé.

Les patients présentant un handicap mental ou une problématique de délinquance sexuelle primaire n'entrent donc pas dans les critères de la population accueillie au sein des unités de psychiatrie médico-légale. En effet, selon le rapport réalisé par l'équipe scientifique à la demande du S.P.F. Santé Publique, même si ces patients « *peuvent être pris en compte comme étant des patients médium risk, ils doivent être accueillis au sein d'un cadre particulier qui se*

centre sur ces problématiques... Cela signifie que chacun des deux (profils) doit être dirigé vers des unités spécifiques à créer... » indépendamment des unités de psychiatrie médico-légale visées par le présent projet.

Malgré ces similitudes – tant sur le plan des critères d'inclusion et des critères limitatifs que sur le plan des normes d'encadrement – ces unités ont pourtant développé des spécificités en fonction de l'expérience du personnel de l'hôpital, de l'architecture de la structure hospitalière, de la demande du réseau de justice et/ou des carences dans le réseau de soins,... Certaines différences apparaissent, par exemple, au point de vue de la provenance des patients, des processus de sélection, des relations avec le judiciaire, ...

3. ANALYSE DES DONNÉES

Cette démarche ne vise pas une comparaison entre les deux unités mais s'inscrit davantage dans une perspective descriptive. Les données récoltées concernent d'une part les caractéristiques des patients (âge, diagnostics, nature des délits,...), d'autre part les données d'hospitalisation (durée, ré-hospitalisations, (ré)orientation à la sortie,...) et finalement les données follow-up des patients ayant quitté les unités de soins.

3.1. Caractéristiques des patients

3.1.1. Fréquentation

Les U.P.M.L. ont accueilli 163 patients entre le 1^{er} octobre 2001 et le 31 mars 2009 répartis selon le tableau ci dessous. Après leur sortie, certains patients sont ré-hospitalisés. Les ré-hospitalisations sont motivées avant tout par une dégradation de l'état mental du patient.

La demande de ré-hospitalisation peut émaner du patient lui-même, de la structure dans laquelle le patient avait été réinséré (initiatives d'habitations protégées (I.H.P.), maison de soins psychiatriques (M.S.P), communauté thérapeutique,...), du psychiatre de tutelle, de l'assistant de justice,... et ce, toujours avec l'accord du patient. Rappelons à cet égard que les U.P.M.L. garantissent aux partenaires du réseau de soins la possibilité de pouvoir réadmettre le patient en cas de difficultés via l'utilisation de lits de crise et de rechute.



En moyenne, les ré-hospitalisations surviennent plus d'un an après la sortie du patient de l'unité de soins (Moy = 396 jours, Min = 2 jours Max = 1324 jours pour « Les Itéas » ; Moy = 472 jours, Min = 8 jours, Max = 2094 jours pour « Hegoa »)

Tableau 1 : Fréquentation des unités

	Les Itéas	Hegoa	Total
1^{re} admission	71	92	163
Ré-hospitalisation	14	20	34
Total	85	112	197

3.1.2. Âge

L'unité « Les Itéas » accueille des patients quelque peu plus âgés en moyenne que ceux hospitalisés à l'unité « Hegoa », respectivement 37 ans contre 33 ans. Notons que les patients admis les plus jeunes ont une vingtaine d'années mais que l'on rencontre également des patients âgés de plus de 60 ans et ce, dans les deux unités.

3.1.3. Diagnostic

Les deux unités de psychiatrie médico-légale travaillent avec des patients présentant au moins un diagnostic sur l'axe I du DSM IV avec une éventuelle comorbidité sur l'axe II de ce même DSM IV.

Tableau 2 : Diagnostics AXE I

Diagnostic	Itéas (N=71)	Hegoa (N=92)	Total (N=163)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	59 (83%)	90(98%)	149 (91%)
Abus et/ou dépendance alcool	13 (18%)	0	13 (8%)
Abus et/ou dépendance substances	20 (28%)	41(45%)	61 (37%)
Troubles de l'humeur	6 (8%)	2(>2%)	8 (5%)
Trouble de l'adaptation	1 (<2%)	0	1 (<1%)
Trouble du contrôle des impulsions	2 (<3%)	0	2 (<2%)
Trouble autistique	1(<2%)	0	1 (<1%)

Tableau 3 : Diagnostics AXE II

Absence de diagnostic	32(45%)	56(61%)	88 (54%)
Antisociale	15(21%)	7(8%)	22 (14%)
Dépendante	5(7%)	5(>5%)	10 (6%)
Non spécifié	1(<2%)	17(19%)	18 (11%)
Borderline	5(7%)	2(>2%)	7 (4%)
Narcissique	1(<2%)	1(>1%)	2 (<2%)
Paranoïaque	5(6%)	2(>2%)	7 (4%)
Schizoïde	1(<2%)	0	1(<1%)
Histrionique	1(<2%)	0	1(<1%)
Évitante	1(<2%)	0	1(<1%)
Retard mental léger	8(10%)	5(>5%)	13 (8%)



Notons que sur les 71 patients des « Itéas », 23 d'entre eux (32%) associaient 2 diagnostics ou plus sur l'axe I. Pour l'unité « Hegoa », ce sont 38 des 92 patients (41%) qui sont dans le même cas.

En ce qui concerne l'axe 2, seuls 5 patients des « Itéas » présentent 2 diagnostics. Dans chaque cas, c'est la personnalité antisociale qui s'associe à un autre trouble de la personnalité.

3.1.4. Nature des délits

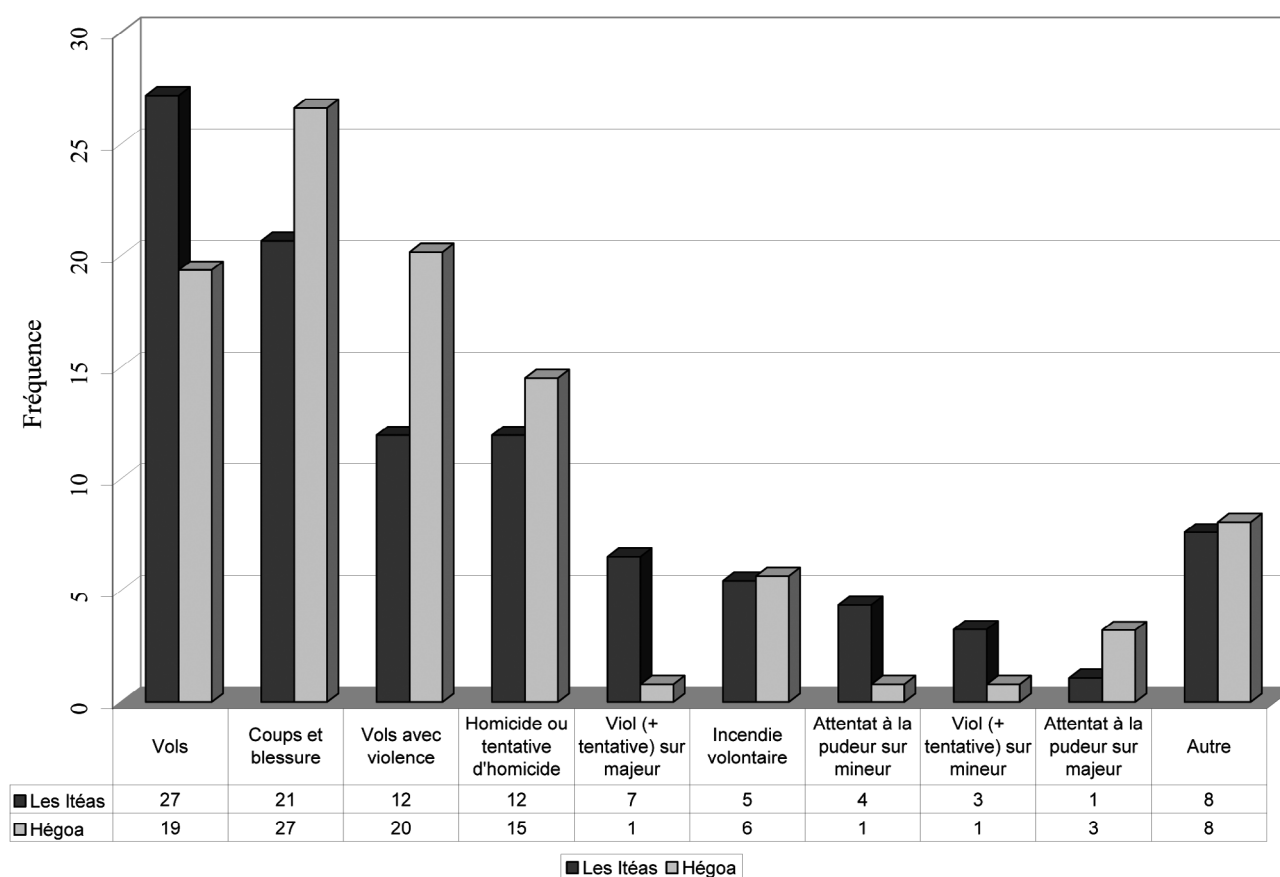
Nous allons vous présenter, sous la forme d'un graphique, la fréquence des délits ayant amené à la décision d'internement et ce pour les deux unités de soins.

Dans un souci de clarté, nous avons défini une catégorie « Autre » regroupant les qualifications légales d'actes que les patients ont peu fréquemment commis (n=18) tels que l'extorsion, le harcèlement par courrier, l'abus de confiance, attentat contre les personnes et les biens, le détournement frauduleux...

L'analyse des faits infractionnels repris sur l'ordonnance d'internement des 145 dossiers met en évidence une prépondérance de faits qualifiés « vols » et « vols avec violence » ainsi que des « coups et blessures »⁵.

L'analyse des extraits des casiers judiciaires montre par ailleurs que respectivement 65% et 56 % des patients ayant transité par l'unité « Les Itéas » et « Hegoa » avaient déjà fait l'objet d'une ou plusieurs condamnations judiciaires par le passé.

Figure 1 : Fréquence des faits infractionnels à la base du dernier internement (N = 145)



5. Acte de violence interpersonnelle avec éventuellement séquelles physiques.



3.1.5. Provenance des patients

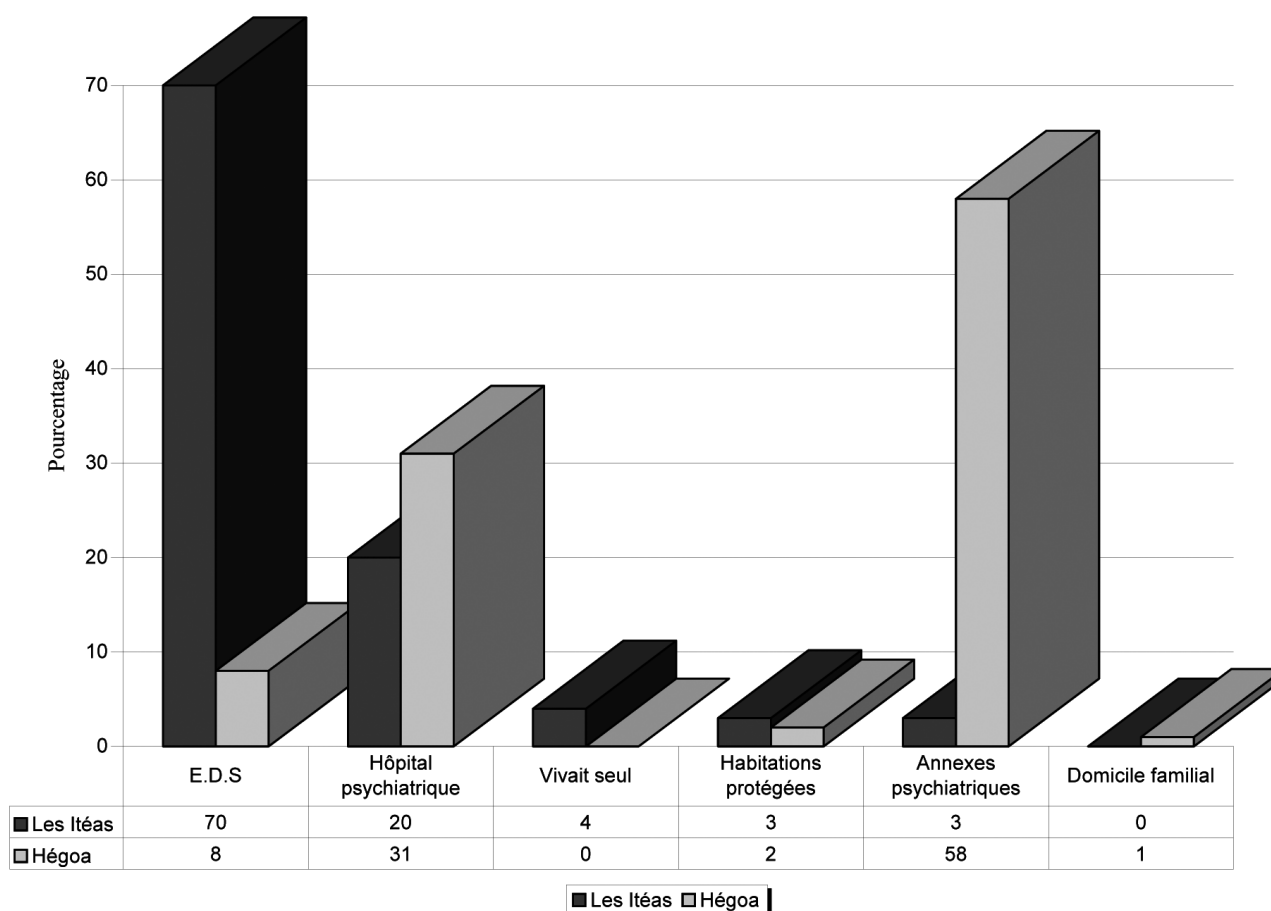
Le tableau suivant indique le lieu de placement des patients précédant leur première admission dans l'unité de soins. Nous avons recensé 6 lieux de vie différents à savoir les E.D.S. (Établissements de Défense Sociale⁶), les annexes psychiatriques, les hôpitaux psychiatriques, les habitations protégées, le domicile propre du patient dans le cas où celui-ci vivait seul et enfin le domicile familial dans le cas où le patient vivait avec sa famille avant son arrivée à l'U.P.M.L.

Globalement, nous constatons que la majorité des patients hospitalisés au sein aux « Itéas » et à « Hégao » sont issus d'un milieu sécuritaire et fermé.

L'unité de psychiatrie médico-légale « Les Itéas » étant une unité ouverte située sur le même site que la section de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers », ce sont principalement des internés placés au sein de cette section de défense sociale qui y sont hospitalisés (70%). Pour les patients recensés, la libération à l'essai (L.E.) a été prononcée après une durée moyenne d'internement de 5 ans. Au plus tôt après une année passée à l'E.D.S, au plus tard après 17 ans ! Précisons que ces patients ont pu bénéficier d'une prise en charge thérapeutique durant leur internement.

A « Hégao » – unité semi-ouverte se situant sur le territoire de la Région Bruxelloise – les patients proviennent majoritairement de l'annexe psychiatrique de

Figure 2 : Pourcentage de Provenance des patients à la première admission (n = 163)



6. Les établissements de défense sociale dont il est question sont l'établissement situé à Paifve dépendant du ministère de la Justice et la section fermée de défense sociale située sur le site du C.R.P. « Les Marronniers » et dépendant de la Région Wallonne (entité fédérée).



la prison de Forest. Ceux-ci n'ont pas préalablement bénéficié d'une prise en charge thérapeutique telle que proposée dans les Établissements de Défense Sociale. Le temps de placement moyen à l'annexe psychiatrique est de onze mois.

Signalons que le pourcentage de patients provenant d'un hôpital psychiatrique est à relativiser. C'est en effet principalement au moment de l'ouverture des U.P.M.L. ainsi que lors de l'extension de leur capacité d'accueil que les patients nouvellement admis provenaient d'hôpitaux psychiatriques. La raison principale étant la rapidité du processus de candidature et d'admission en comparaison aux patients internés devant être admis à partir des annexes psychiatriques ou d'un E.D.S.

3.2. Données relatives à l'hospitalisation

L'analyse des données concernant la durée d'hospitalisation couvre l'ensemble des patients sortis, que

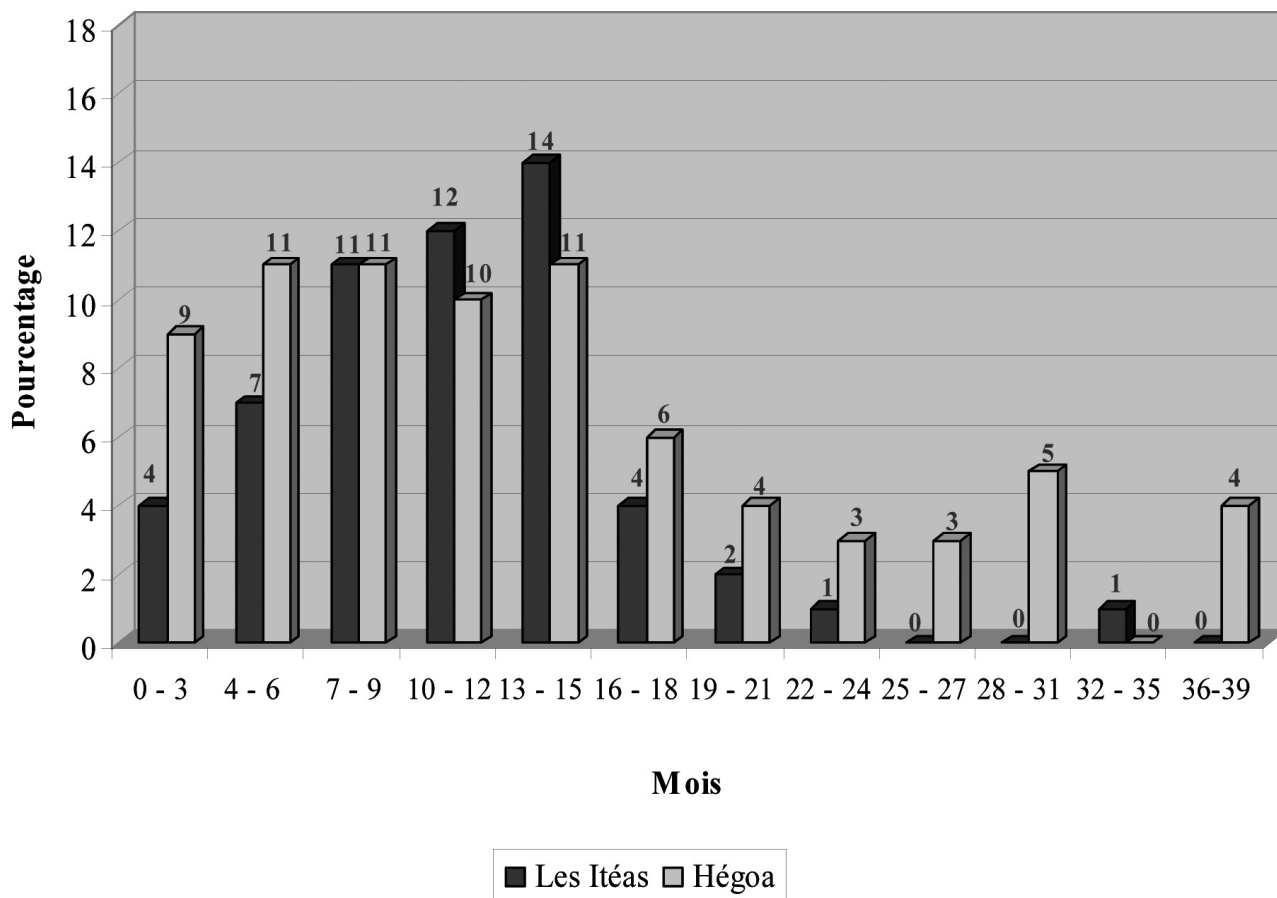
ce soit pour une première admission ou pour une réadmission au sein des unités de psychiatrie médico-légale.

3.2.1. Durée moyenne de séjour suite à une première admission

La durée moyenne d'hospitalisation demeure inférieure aux 24 mois fixés par la convention avec le Service Public Fédéral Santé Publique et ce pour 99% des patients des « Itéas » et 88% pour ceux de « Hegoa ».

Remarquons que ce temps d'hospitalisation n'est pas exclusivement consacré à la phase du traitement intensif mais intègre, pour une part non négligeable, le délai d'attente indispensable afin de bénéficier d'une place d'accueil au sein d'une autre structure du réseau de soins (I.H.P., M.S.P., maison communautaire...) et ce, après l'acceptation du dossier de candidature.

Figure 3 : Durée moyenne de séjour (n = 133)



Enfin, pour l'unité Hegoa, les catégories « 4-6 » et « 7-9 » reprises sur le graphique sont influencées à la hausse par les patients ayant réintégré l'annexe psychiatrique durant leur hospitalisation (n = 17). Ces patients ont, en effet, quitté majoritairement l'unité au cours des 6 premiers mois (moy = 6,7 mois, min 50 jours, max 625 jours).

3.2.2. Durée de séjour des réhospitalisations (en mois)

Tant aux « Itéas » qu'à « Hegoa », les durées de réhospitalisation sont plutôt de courte durée (46 % des patients ré-hospitalisés à « Hegoa » demeurent moins de 6 mois contre 66 % pour l'unité « les Itéas ») au regard de la durée de séjour lors de la première admission.

Ceci met bien en évidence l'importance des lits de crise et de rechute prévus dans le cadre de la convention « concernant l'élaboration du trajet de soins pour internés médium risk au sein du groupe cible des adultes ».

3.2.3. Fréquence des lieux de vie à la sortie après la première hospitalisation

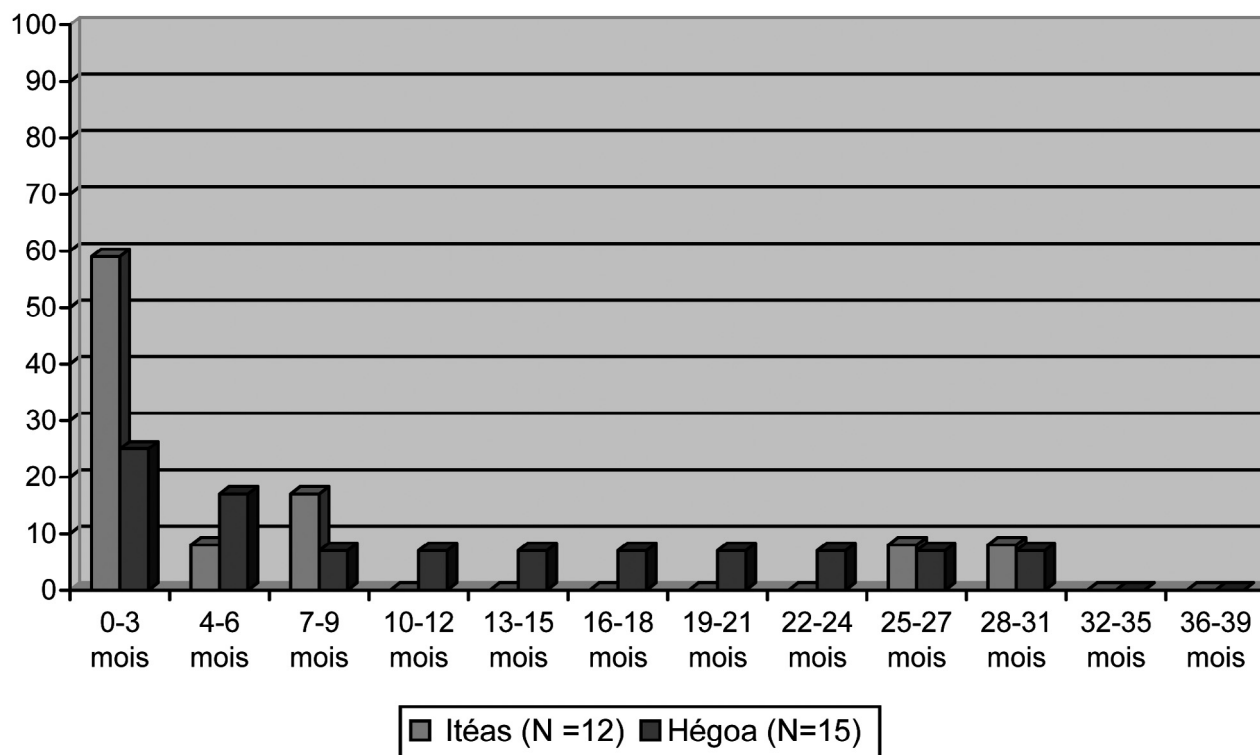
Le tableau suivant reprend l'ensemble des lieux de vie dans lesquels les patients se sont insérés après leur sortie de l'U.P.M.L.

Nous avons également intégré les trois catégories suivantes : les patients qui se sont suicidés au cours de l'hospitalisation (suicide), les patients qui ont fugué et pour lesquels nous n'avons pas de nouvelles (fugue) et les patients qui ont réintégré l'annexe psychiatrique au cours de l'hospitalisation (annexe psychiatrique).

Nous pouvons distinguer deux grandes catégories de projet de réinsertion :

- ✓ d'une part les patients qui, au sortir des U.P.M.L., intègrent un lieu de vie au sein d'une « structure de soins » (par ex : hôpitaux psychiatriques, M.S.P., I.H.P.,...).
- ✓ d'autre part, les patients qui investissent un lieu de vie en dehors de toute structure de soins (par ex : domicile propre, domicile familial...).

Figure 4 : Pourcentage des durées de réhospitalisation



**Tableau 4** : Pourcentage des projets de vie au terme de la première hospitalisation

	(%) Itéas N = 71	(%) Hegoa N = 92
Domicile familial	10	22
Domicile propre	37	15
Habitation protégée	22	24
Hôpital psychiatrique (unité long séjour)	16	9
Maison d'hébergement/Maison d'accueil	4	2
Communauté thérapeutique	1	4
M.S.P.	1	5
Annexe psychiatrique	6	17
Fugue	1	0
Suicide à l'hôpital	0	2
Total	100	100

Cela ne signifie pas qu'ils ne bénéficient plus d'un suivi, d'un accompagnement mais bien que celui-ci revêt des formes différentes de type « ambulatoire » (par ex : infirmier à domicile, outreaching, centre de santé mentale, centre de jour,...)

Au sortir des U.P.M.L., les patients "Itéas" intègrent autant une structure de soins qu'un lieu de vie en dehors de toute structure de soins (44% contre 47%).

Les patients "Hegoa" s'insèrent quant à eux, plus fréquemment au sein du réseau de soins (44% contre 37%).

En ce qui concerne les lieux de vie hors structure de soins, nous pouvons mettre en exergue que les patients "Itéas" investissent majoritairement un domicile seul (37%) alors que les patients "Hegoa" retournent plus fréquemment auprès de leur famille (22%).

3.3. Données follow up

Nous avons déterminé 6 catégories représentant la situation des patients sortis de l'unité de soins qui se déclinent comme suit :

1. la catégorie « *récidive* » vise l'ensemble des patients qui ont commis un *nouveau délit* après la sortie de l'unité de psychiatrie médico-légale et qui ont à nouveau été placés à l'annexe psychiatrique d'une prison,

2. la catégorie « *réintégration* » recouvre l'ensemble des patients qui sont retournés à l'annexe psychiatrique mais suite à un *non respect des conditions de libération à l'essai*,

3. la catégorie « *décès-suicide* » concernant les patients décédés au cours de l'hospitalisation ou après leur sortie, par suicide ou non,

4. la catégorie « L.D » - libération définitive – reprend l'ensemble des patients qui ne sont plus sous l'autorité des CDS,

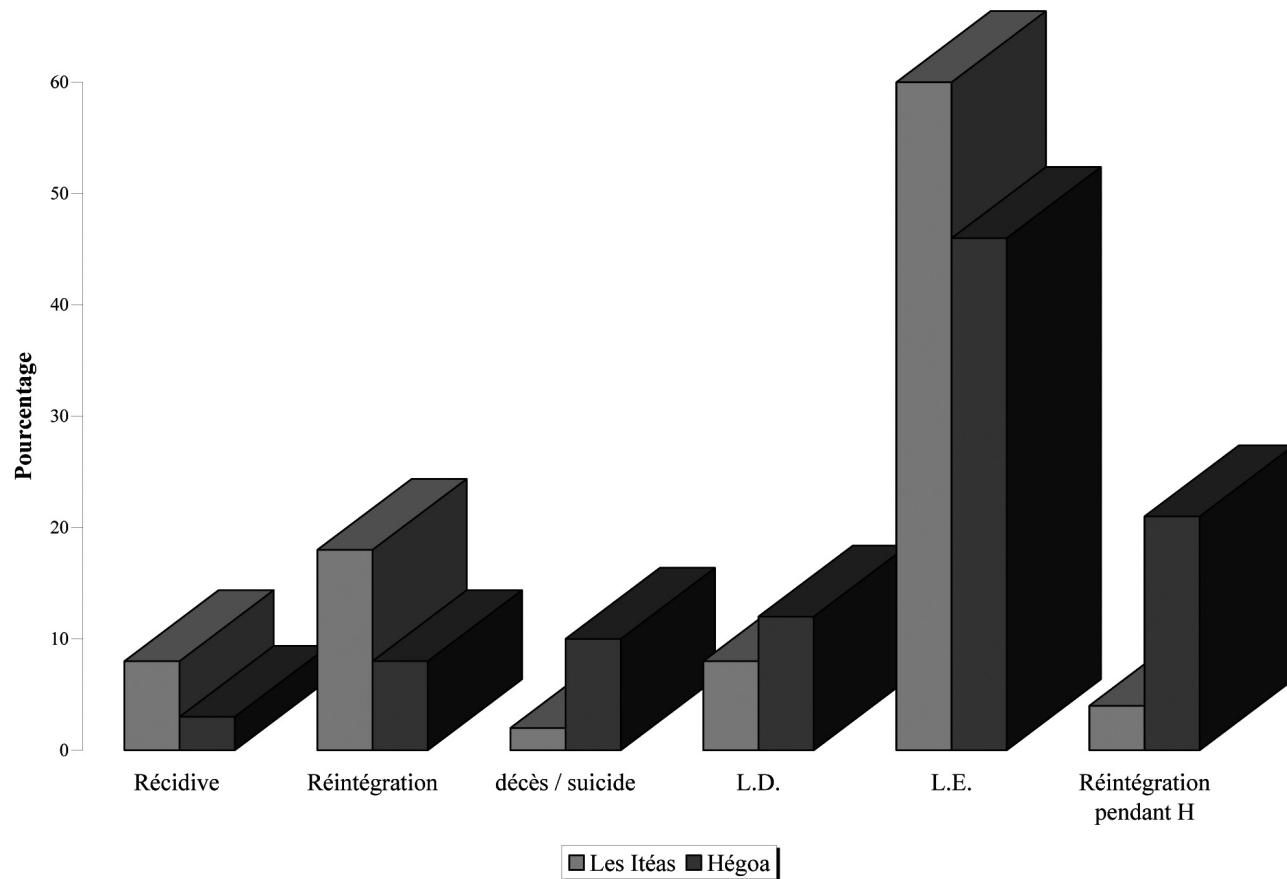
5. la catégorie « L.E » - libération à l'essai – concerne les patients qui restent sous la tutelle des CDS,

6. la catégorie « *réintégration pendant H* » concerne les patients ayant réintégré l'annexe au cours de leur prise en charge au sein de l'UPML car ils ne respectaient pas le règlement d'ordre intérieur de l'unité les prenant en charge ou manifestaient une réelle attitude de non-collaboration (figure 5).

Au terme d'un processus de sélection en amont et au cours de l'hospitalisation, nous pouvons constater que la majorité des patients "Itéas" et "Hegoa" se maintiennent dans un projet de réinsertion accompagné d'un suivi ambulatoire plus ou moins soutenant selon les cas.



Figure 5



L'analyse des données montre par ailleurs que les libérations définitives ne sont pas légions. Le temps moyen entre la libération à l'essai et la libération définitive est de 7,29 années. Une prise en charge à si long terme nécessite que celle-ci soit souple et individualisée.

4. DISCUSSION

La convention conclue entre le S.P.F Santé publique et les Unités de Psychiatrie Médico-légales (U.P.M.L.) s'adresse au public cible des internés médium risk libérés à l'essai.

Le présent article met en évidence que les U.P.M.L « Les Itéas » et « Hégoa » n'accueillent, sur le plan psychopathologique, qu'une partie des patients internés. Le profil des patients hospitalisés au sein de ces unités n'est pas représentatif de l'ensemble des pro-

blématiques mentales que recouvre le domaine de la loi de défense sociale.

Outre l'exclusion de certains groupes cibles tels que les internés présentant une déficience mentale modérée ou sévère -pour lesquels une offre de prise en charge devrait prochainement être développée-, les U.P.M.L ont développé des critères de sélection qui leur sont propres afin d'accueillir une patientèle relativement homogène ayant la capacité de s'inscrire dans le(s) programme(s) thérapeutique(s) proposé(s).

Au cours des dix années écoulées, les U.P.M.L ont affiné leur pratique au gré de l'expérience acquise par les équipes mais également, et surtout, afin de palier à certains manques du réseau ambulatoire.

4.1. Durée d'hospitalisation et lieux de réinsertion

Le réseau de soins ambulatoire résidentiel est, à la base, peu étoffé.



Certaines structures refusent, d'office, d'accueillir des patients sous statut de défense sociale. Diverses raisons sont évoquées, allant de « la peur » de patients présumés violents au refus de se retrouver à l'articulation entre le judiciaire et le thérapeutique.

D'autres structures acceptent de travailler avec des patients sous statut de défense sociale mais « au compte goutte », ne réservant alors que une voire deux places à ces patients.

Cette réalité a amené les U.P.M.L à réserver au minimum un « lit de crise et de rechute » afin de garantir la possibilité d'une ré-hospitalisation en cas de crise, et ce toujours avec l'accord du patient.

L'insuffisance des places dans le réseau est un des facteurs pouvant expliquer les statistiques de réinsertion montrant que les patients hospitalisés aux « Itéas » ont, en premier lieu, été réinsérés au sein d'un domicile privé (37%), soit un lieu ne dépendant pas des structures de soins tandis que pour « Hegoa » les premiers lieux de réinsertion sont soit l'I.H.P. (24%), soit la famille (22%).

L'offre de place au sein des structures de soins ambulatoires étant déficitaires par rapport à la demande, les patients doivent attendre un temps certain avant d'intégrer une structure pouvant les accepter. Ceci influence non seulement la durée de l'hospitalisation mais également le travail thérapeutique avec des patients qui sont ainsi « en attente » d'une place.

4.2. Développement de spécificités de l'offre de soin

La durée moyenne d'internement des patients hospitalisés aux « Itéas » (5 ans en E.D.S.) et son inévitable processus de dé-socialisation cumulée au délitement des liens familiaux dû à l'éloignement géographique (l'E.D.S. de Tournai accueille des patients internés venant de l'ensemble de la Région Wallonne et Bruxelloise) ont sans doute amené les patients à devoir envisager un projet de réinsertion avec peu de soutien familial.⁷

A contrario, les patients « Hegoa », provenant majoritairement de l'annexe psychiatrique de la prison de Forest, et résidant pour la plupart sur le territoire de la

région bruxelloise, bénéficient, à priori, d'un soutien familial plus important.

Les projets, face à ces réalités de réinsertion différentes, se sont évidemment adaptés.

Pour les « Itéas », cette adaptation se fit à travers la mise en place d'un projet d'outreaching (projet soutenu et financé par le SPF Santé Publique en 2007) c'est-à-dire un projet de soutien, d'accompagnement au quotidien du patient dans son lieu de vie en veillant à favoriser son intégration progressive avec les acteurs de la santé (Centre de Santé Mentale,...).

Durant les trois mois qui suivent la sortie de l'U.P.M.L, l'équipe Hegoa, quant à elle, assure un suivi psycho-social individuel dans le cadre d'une « post-cure » et la poursuite des entretiens systémiques (avec les personnes ressources du patient) initiés au cours de l'hospitalisation.

L'équipe « Hegoa » a également pris le parti d'orienter certains patients vers une équipe mobile d'outreaching (« projet Eolia ») récemment mise en place (décembre 2009).

4.3. Les réintégrations à l'annexe psychiatrique

Parmi les patients sortis des unités pilotes, seuls 22 patients ont fait l'objet d'une ordonnance de réintégration.

La majorité des patients (16 sur 22, soit 72 %) ont réintégré l'annexe psychiatrique de la prison suite à un non respect des conditions de libération à l'essai. Les motifs les plus fréquemment invoqués sont un non respect des règles de leur lieu de vie souvent associé à une consommation de drogues ou d'alcool.

Il peut paraître étonnant que ces patients n'aient pas pu profiter du lit de crise et de rechute réservé au sein de chaque unité. Outre l'absence de consentement du patient, deux facteurs explicatifs semblent prévaloir.

Premièrement, nous posons l'hypothèse que l'appareil judiciaire est très réactif dans des situations de non respect des conditions de libération à l'essai, l'annexe psychiatrique des prisons jouant alors la fonction des structures fermées.

7. Notons que l'ouverture de lits pour les internés libérés à l'essai à l'hôpital Saint-Martin à Dave permettra sans doute de diminuer l'éloignement géographique pour certains patients internés et donc cette altération des liens familiaux.





Deuxièmement, nous pouvons imaginer que l'organisation au sein du circuit de soins n'a pas suffisamment fonctionné et n'a donc pas permis de garder en son sein un patient interné pour lequel des raisons, avant tout d'ordre médical, ont justifié une réintégration à l'annexe psychiatrique.

Seule une analyse qualitative, s'axant sur les motivations des acteurs à l'initiative des procédures de réintégration (Procureur du Roi, Assistant de Justice, Psychiatre de tutelle...) ou ayant saisi l'instance judiciaire, permettrait de décliner ces deux facteurs en plusieurs hypothèses explicatives.

CONCLUSION

Après une dizaine d'années d'existence et au vu du présent article, il nous semble que les Unités de Psychiatrie Médico-Légale (U.P.M.L.) créées à l'initiative du S.P.F. Santé publique en 2001 ont bien rempli leur mission à savoir : être l'interface entre d'une part les structures fermées que sont les Annexes Psychiatriques (A.P.) des prisons et les Établissements de Défense Sociale (E.D.S.) et, d'autre part, les structures de soins « classiques » (Initiatives d'Habitations protégées, Maisons de Soins Psychiatriques...).

La multiplicité des acteurs de la sphère justice et de la sphère santé couplée à l'aspect protéiforme des pathologies mentales et à l'hétérogénéité des profils

criminologiques rencontrés dans le domaine de l'internement a amené chaque U.P.M.L. à développer des spécificités tant dans le processus d'admission, que dans la collaboration avec les différentes C.D.S., dans l'organisation du processus de réinsertion...et ce en fonction de sa réalité de travail.

Cette souplesse et cette modularité possible des projets nous semble important afin de toujours pouvoir ajuster au mieux les projets de prise en charge à la patientèle accueillie, aux possibilités et difficultés de réinsertion...

Nous voudrions également attirer l'attention sur le manque criant de possibilités de prise en charge qui s'offrent en aval des U.P.M.L. Les structures acceptant une patientèle internée sont trop peu nombreuses et/ou n'accueillent que un voire deux internés en même temps ; le prix des logements privés est quant à lui souvent prohibitif pour notre patientèle en situation de grande précarité sociale et financière. Cela amène inévitablement un allongement du temps d'hospitalisation au sein des U.P.M.L. et une difficulté à fluidifier le circuit de soins internés.

Enfin, il nous semble important d'insister sur la fonction de coordination du circuit de soins. Fonction essentielle de par la multiplicité des intervenants tant du domaine du soins que de la justice, cette fonction devrait, selon nous, s'inscrire dans la sphère des soins en santé mentale à l'instar de la fonction de coordination du trajet de soins pour les jeunes ayant une problématique psychiatrique. ■

