



Commission de surveillance de Paifve

Rapport Annuel Novembre 2016

Introduction

Il semble bien que l'administration pénitentiaire a prévu la fin de l'établissement de Paifve dans un délai qui malheureusement n'est pas précisé. Paifve devra donc encore survivre au gré des budgets dans une période transitoire qui pourrait malheureusement durer plusieurs années. Dans ces conditions il est à craindre que le Ministère de la Justice ne veuille plus investir un minimum pour continuer à garantir la qualité des soins et la qualité de vie dans l'établissement. La commission de surveillance lance donc ce cri d'alarme : plus que jamais, il faut veiller à ce que Paifve ne subisse pas le sort d'un établissement dont on se désintéresse et qui pourrait alors se transformer rapidement en un lieu où le désespoir règne tant parmi les malades que parmi le personnel avec des conséquences qui pourraient finalement être très néfastes. Jusqu'à la décision finale de la fermeture de l'établissement, nous prônons que l'on remédie rapidement aux déficiences constatées pour assurer un niveau de soins de qualité qui soit conforme aux possibilités que notre société se doit d'être capable d'assumer .

Les faits à améliorer à Paifve

1. Une absence de continuité des soins.

Si on se réfère à l'avis du conseil national de l'ordre des médecins en sa séance du 12 mai 2007 (1) les soins psychiatriques forcés ne peuvent être donnés que dans un cadre médical et infirmier garantissant une surveillance professionnelle suffisante des patients. Pour ne parler que du cadre infirmier, Paifve où se trouvent 208 patients, il n'y a que 10 infirmiers (dont 2 payés l'ASBL ISOSL) qui travaillent et ils représentent plus ou moins sept équivalent temps plein. Cet état de choses entraîne qu'il n'y a pas d'infirmiers sur place durant la nuit et donc aucune personne qualifiée pour répondre à des soins urgents en dehors des heures de bureau ! Pour ce qui concerne des médecins psychiatres et des médecins généralistes : il n'y a pas de garde assumée en dehors des heures de bureaux. La nuit, les jours fériés, les cinq surveillants sur place n'ont de possibilités que d'appeler le médecin de garde généraliste opérant sur la commune. La plupart du temps, le médecin de garde refuse de se rendre dans l'établissement et l'on doit faire appel au service 100. L'EDS Paifve qui se veut pourtant

un établissement de soins, se trouve donc dans une situation où la continuité des soins est problématique. **Les soins psychiatriques forcés ne trouvent pas à Paifve les conditions d'exercice tels que définis par le Conseil national de l'Ordre des médecins.** Paifve n'ayant pas sa propre garde médicale que ce soit en soins infirmiers ou en soins médicaux, l'institution aggrave encore sa situation en n'exigeant pas de ses surveillants une compétence en premiers secours certifiée par le brevet de secourisme. (Il existe une formation de secouriste au centre de formation de Marneffe mais celle-ci est limitée à un certain nombre de surveillants appartenant à toutes les prisons). La solution serait que Paifve possède sa propre équipe formatrice sur place selon l'esprit de la loi régissant la formation des secouristes d'entreprise (cfr ministère de l'Emploi).

Ce manque de soins médico-infirmiers à certains moments à comme conséquence potentielle de devoir choisir des doses de psychotropes plus élevées qu'en conditions normales parce que le côté sécuritaire domine de fait sur le suivi des soins. Une autre conséquence est l'absence du personnel médical (médecins) lors d'une injection forcée, acte qui est potentiellement traumatisant pour l'interné comme pour le personnel infirmier et surveillant. La présence du médecin prescripteur peut en effet souvent permettre une meilleure acceptation du traitement forcé.

2. La loi de 2 août 2002 sur les droits du patient devrait être respectée dans son principe, même dans les institutions recevant les internés. Cette loi est difficile à appliquer en milieu psychiatrique mais mérite de trouver une application cohérente à Paifve qui soit suivie d'une information claire aux familles ou personne de confiance.

3. Insuffisance marquée du nombre de psychiatres soins comparé à un établissement psychiatrique conventionnel :

Les normes de santé publique pour un hôpital psychiatrique prévoient un temps plein (24 h/sem) pour 60 résidents. Paifve soignant 208 internés devrait donc disposer de 3 temps plein soit au minimum de 72 heures de présence d'un psychiatre par semaine. Or en totalisant les heures des psychiatres actuellement, le nombre total de leurs heures cumulées est loin d'atteindre ce chiffre. D'après un des deux psychiatres en fonction dans les soins la présence de deux psychiatres supplémentaires est nécessaire.

L'insuffisance de soins psychiatriques et psychologiques est d'autant plus lourde de conséquences pour les patients internés pour faits de mœurs.

Il est regrettable que l'EDS de Paifve ne possède pas un service spécialisé dans les déviances sexuelles alors qu'une proportion importante de patients sont internés pour des comportements déviants parfois très graves. Cette situation entraîne une désespérance de patients qui se sentent délaissés complètement malgré un désir de guérir. Par ailleurs la prise en charge par un service extérieur (consultations spécialisées qui existent cependant à Liège : exemple ASBL Sygma) est rendu très difficile par plusieurs facteurs à savoir qu'une consultation extérieure doit faire l'objet d'une demande à la commission de défense sociale parce que malheureusement elle n'est pas considérée comme un soin médical mais une sortie comme une autre. D'autres facteurs jouent pour rendre difficile une sortie thérapeutique comme le manque de surveillants et d'éducateurs devant accompagner l'interné.

4. Si la thérapeutique médicale est appliquée à Paifve, la thérapeutique éducative est quasi absente.

La thérapeutique éducative devrait être aussi importante que la thérapeutique médicamenteuse. Une proportion importante des internés possède à des degrés divers le désir de se réinsérer à la société. Les possibilités de réinsertion augmenteraient considérablement si l'EDS de Paifve pouvait encourager un maximum d'internés à suivre des formations sur place. Les possibilités de formation devraient être décuplées à Paifve. Tel interné, malgré un QI normal et la connaissance orale de trois langues, est analphabète parce qu'ayant vécu une vie de SDF. Un cours intensif lui permettrait en trois mois de savoir écrire et lire. Un autre détenu, veut changer de vie et désire apprendre un métier comme celui de maçon. Aucune possibilité ne lui est offerte malgré la proximité de la prison de Lantin qui organise annuellement cette formation. Tel autre voudrait acquérir son diplôme de base (primaire) par correspondance mais il n'est pas soutenu dans sa démarche : posséder ne fusse qu'un cahier est difficile à Paifve. Tel autre voudrait achever par correspondance un diplôme d'humanités inférieures ou voudrait suivre des cours de secourisme. Cette dernière idée peut permettre de connaître mieux le corps humain et ainsi de le respecter mieux, le sien ou celui de l'autre. On se sent aussi et peut-être pour la première fois utile !

Hélas pour tous ces déçus de la société qui veulent pourtant changer de vie, il y a très peu de moyens. Ecrasés par l'ennui, pour tenir le coup beaucoup se résignent à la seule médication. Si un jour, ils sont libérés, ils n'auront pu acquérir qu'un diplôme de « docilité ». Deux ou trois instituteurs engagés à plein temps et détachés par la communauté française devraient pouvoir encourager, stimuler les internés en donnant des cours (particuliers ou non) et en aidant les internés à poursuivre les cours par correspondance. Arriver à obtenir une formation, un diplôme devrait être un élément aussi important dans un dossier de libération que la stricte conduite d'obéissance exigée. Les quelques formations qui existent à Paifve sont données par quelques professeurs (dont un remarquable professeur d'horticulture) de la promotion sociale (Seraing) subsidiés par le fond social européen. Il semble bien que cette formation déjà pourtant trop minimale se terminera faute du renouvellement de ce budget européen.

En résumé, toute une thérapeutique éducative devrait être instaurée à Paive et mériterait même de posséder son propre directeur pour être encouragée, développée, dirigée. **A quand un directeur éducatif et des instituteurs à Paifve ?**

Dans la thérapeutique éducative se trouve aussi l'éducation en culture physique. A Paifve la majorité des patients est obèse avec un taux de diabète important (plus ou moins 25% des internés sont diabétiques). Certains patients ne quittent jamais leurs chambres et vivent dans l'oisiveté la plus complète. Quelques Kiné (trois dont un sur le départ) payés à l'heure organisent des séances de sport mais ces séances sont laissées à leurs entières initiatives alors qu'elles devraient figurer dans un véritable contrat entre l'interné et l'autorité éducative. Ce nombre de kiné est tout-à-fait insuffisant et pourrait être doublé.

A noter que le travail des kinés dépend de la présence d'un effectif suffisant des surveillants pour assurer les mouvements vers les salles de sports et de rééducation et que malheureusement et souvent leur présence fait défaut laissant ainsi les kinés désœuvrés et démotivés. Améliorer sa santé par le sport est aussi une aide à la réinsertion. A nouveau ici, on voit l'intérêt que pourrait revêtir **la fonction d'un directeur éducatif** dans l'institution. En plus de celui-ci, l'établissement devrait posséder un ou deux moniteurs sportifs pourquoi pas parmi les surveillants. A noter que les kinés payés à l'heure à Paifve, idéalement ne devraient plus s'occuper du sport mais uniquement de la rééducation psycho-motrice. Ils ne remplaceront jamais **un personnel spécialisé en éducation physique sous contrat plein temps** et motivés par un directeur éducatif. A noter que le PCE possède une magnifique salle de fitness qui n'est plus employée parce que les surveillants ne possèdent plus l'autorisation de diriger et de surveiller cette salle.

Dans la thérapie éducative se trouve aussi les activités de loisirs. Apprendre à trouver des centres d'intérêt aux internés est essentiel pour qu'ils puissent sublimer leurs pulsions. Cette éducation est aussi essentielle à leur éventuelle réinsertion. L'ergothérapeute unique de Paifve nous dit avoir suffisamment de matériel mais ne posséder qu'un horaire minimaliste par rapport aux besoins. Les ateliers de cette ergothérapeute ont beaucoup de succès mais sont évidemment en nombre totalement insuffisants. Un établissement comme Paifve devrait avoir suffisamment d'ergothérapeutes pour répondre aux besoins. **Il faudrait d'urgence en engager trois ergothérapeutes pour couvrir toutes les sections.** Soulignons les immenses efforts d'une chorale animée par deux personnes d'une ASBL externe. Cette chorale malheureusement ne comprend que trois à cinq internés. Nous sommes convaincus qu'un directeur éducatif pourrait améliorer la participation en l'encourageant et, comme dit plus haut, en soulignant que toute activité visant à l'épanouissement de la personne prise en considération dans la procédure de libération.

Les activités éducationnelles à Paifve ne sont pas vues comme un tout, elles sont laissées à l'initiative de quelques ASBL et ne trouvent pas la place importante dans la thérapie qu'elles mériteraient.

La logopédie qui devrait être importante à Paifve vu l'importante proportion (20% de déficients mentaux) est limitée au travail d'une seule logopède à raison de 13 heures par semaine. Cette situation est dramatique.

La thérapie éducative « par la nature » devrait prendre de l'ampleur à Paifve. Tous les psychiatres et psychologues savent les bienfaits que peuvent apporter le contact avec les animaux. Le respect de ceux-ci est évidemment un pas vers le respect envers toutes les créatures. Apprendre à respecter un animal c'est aussi apprendre à respecter autrui. Cette thérapie permet également aux malades une relaxation, un travail sur leur stress. Paifve possède un nombre impressionnant d'espaces verts qui pourrait abriter sans aucun problème quelques poneys avec une piste de promenade, quelques chiens, élevages de lapins et de volaille, volières d'oiseaux. Un jour, il y a vingt ou trente ans, on a renoncé à cette thérapie parce qu'il y eut un incident dont plus personne aujourd'hui ne se souvient. Il est urgent que notre pays se remette au diapason des techniques qui ont fait leur preuve dans les soins afin que notre immobilisme ne soit plus montré du doigt. Nous connaissons un interné dont le désir le plus important est de pouvoir un jour retrouver un chien, un épagneul... Pourquoi priver nos internés de tout contact avec la vie animale ? Cela fait -il partie de leur thérapie ??? Toujours dans la thérapie par la nature, se trouve l'horticulture qui permet aussi d'approcher le respect de la vie dans toutes ses formes. Depuis plus de dix ans travaille à Paifve une dame professeur d'horticulture (Promotion sociale). Elle réalise un travail remarquable mais hélas interrompu pendant tout l'hiver. L'unique serre qu'elle utilise est en plastique et couvre 10 mètres carrés. On pourrait rêver mieux : de véritables serres qui pourraient être aussi utilisées en mauvaise saison... Les habitants de l'EDS souffrent d'une carence en fruits et légumes. Quand on regarde l'espace disponible, on ne peut qu'être on est sidéré. Des fruitiers basses tiges ou moyennes tiges donneraient des possibilités de travail pour des internés mais aussi des une source d'aliments vitaminés à destination de Paifve et de Lantin. A noter la proposition faite en décembre 2014 par un interné de Paifve de créer à l'intérieur de l'établissement un projet d'horticulture très particulier et particulièrement adapté aux personnes souffrant de maladies psychiatrique : il s'agit de l'hortithérapie (3).

A souligner deux mini-projets novateurs récents qui bien qu'insuffisants permettent une petite avancée :

Au PCE, un budget spécial a permis d'engager deux personnes pour un mini projet horticole. Cette initiative a débuté au printemps 2016.

Au PCO, un budget spécial du ministère de la santé a permis récemment d'engager pour 4 ans un ergothérapeute, un éducateur et un psychologue mi-temps pour prendre en charge à Paifve des psychotiques déficients mentaux au nombre de 20. Ce projet appelé « Funambule » a pour but de préparer ces patients à leur éventuelle sortie du circuit de la défense sociale.

5. **Le problème des soins de médecine générale existe se pose à Paifve.** Un médecin généraliste mi-temps devrait y exercer **avec des conditions d'emploi acceptables**. L'établissement de Paifve peine à trouver un médecin généraliste depuis la démission du médecin qui occupait ce poste il y a deux ans. Il s'agit pourtant d'un poste clé au sein d'une population d'internés qui souffrent de polyopathie. Actuellement trois médecins assurent deux heures par jour une consultation en semaine. Ce système évidemment est palliatif car ne permet pas une bonne continuité de soins.

6. **Manque d'une alimentation variée qui réponde aux règles de la diététique et de l'hygiène, tant en ce qui concerne la qualité que la quantité.** Le régime alimentaire distribué devrait tenir compte de l'âge, l'état de santé, la nature du travail et les convictions philosophiques et religieuses des patients. Faute de moyens, la nourriture reste aux limites du mangeable. Le prix de la journée (3 repas) serait de +/- 3 à 4€ par patient, somme dérisoire pour fournir une alimentation saine et équilibrée. Il n'y a aucun équilibre, toutes les viandes baignent dans une sauce trop grasse, trop insipide. Malgré tout cela il faut souligner le travail considérable que réalise le personnel en cuisine avec si peu de moyens. Les remèdes sont connus : Augmenter le budget consacré à l'alimentation. Augmenter les rations de légumes et de fruits. Utiliser des armoires roulantes chauffées avec des plateaux individuels (chaque patient a son plateau contenant une nourriture adaptée à sa personne (diabète, cholestérol, etc..)) comme dans les homes et les hôpitaux publics et non des chariots à bain marie avec une nourriture identique pour tous. Des efforts importants ont toutefois été réalisés depuis janvier 2015 : des menus ont été adaptés pour les diabétiques et les obèses, il reste néanmoins beaucoup à faire.

La présence **d'une diététicienne une après-midi par semaine serait aussi un apport considérable** pour la gestion des régimes et pour les consultations à l'infirmerie.

A noter un élément qui nous paraît scandaleux : l'établissement a récupéré il y a deux ans des appareils de cuisine très modernes provenant de l'ancienne prison de Verviers. Malheureusement ce matériel qui pourrait améliorer considérablement la qualité des mets préparés, n'a jusqu'à ce jour pas encore eu l'autorisation d'être branché électriquement par la Régie des Bâtiments de l'Etat.

7. **Un manque flagrant d'éducateurs pour l'organisation des sorties :** Nous avons donc constaté l'importance que la commission de défense accorde aux sorties en groupe avant d'octroyer des sorties accompagnées puis des permissions de week-ends. Tout cela est dans la plupart des cas cohérent mais le peu de personnel qui se consacre aux accompagnements (soit neuf éducatrices) diminue la fréquence des sorties accompagnées, de sorte qu'on en effectue qu'une seule tous les deux mois... Cette fréquence trop basse augmente considérablement la durée du séjour des

internés à Paifve qui ne peuvent répondre aux conditions imposées par la Commission de Défense sociale qu'après de nombreux mois et cela même s'ils ont un comportement exemplaire à Paifve. Autrement dit, le manque de personnel préposé aux sorties de groupe ou sorties accompagnées favorise la surpopulation de Paifve et donc la surpopulation des annexes... On n'a pas assez d'éducatrices donc on favorise une surpopulation coûteuse...Des économies qui entraînent des dépenses beaucoup plus grandes ainsi que de la désespérance.... Le nombre d'éducatrices insuffisant ne permet pas non plus des activités éducatives soutenues dans les murs de Paifve la semaine et à fortiori le weekend. Il faudrait pour assurer une augmentation des sorties ainsi que des activités intramuros idéales qu'il y ait deux éducatrices par section (une par pause) à Paifve soit pour les dix sections un minimum de 20 éducatrices. Le nombre idéal étant de trente si l'on tient compte des jours de récupération et des congés).

- 8. Un nombre de surveillants présents sur les lieux de travail qui est problématique :** Les internés sont trop souvent enfermés dans leur chambre au détriment de leurs activités éducatives ou thérapeutiques par un manque de personnel surveillant (absence pour motifs de santé ou pour accidents de travail très important (5), garde de patients devant être transférés à l'hôpital). Il existe un découragement du personnel surveillant qui conduit à un absentéisme important. Le PCE souffre beaucoup plus que le PCO de cette situation. Les patients de ce service sont souvent contraints de rester enfermés par manque de surveillants permettant les mouvements. Remotiver les surveillants, encourager les formations (secourisme, moniteurs sportifs, éducateurs), rétablir leur rôle d'éducateur et, si cela ne suffit pas, revoir la manière de recruter les agents et les contrats qui leur sont proposés nous semble nécessaire. Lorsqu'il manque du personnel, l'enfermement de type carcéral au PCE provoque un sentiment de solitude qui peut être un obstacle à la réinsertion en milieu ordinaire de vie, au-delà de tous les problèmes liés à la maladie, même stabilisée. Car c'est à partir de ce sentiment d'isolement que resurgit la symptomatologie propre à cette difficulté : prise de drogues, tentatives de suicide en sont les manifestations les plus fréquemment observées. **On peut facilement qu'un jour sur deux les internés ne bénéficient pas au PCE de l'ouverture normale des cellules ce qui entraîne un séjour à Paifve plus carcéral que thérapeutique.**
- 9. Des chambres d'isolement inadaptées aux soins psychiatriques modernes.** Il n'y a pas de caméras de surveillance et l'interné doit être visité tous les quarts d'heure mais pendant un quart d'heure beaucoup de choses peuvent se passer. Il n'y a pas de tenues en papier disponibles pour les suicidaires qui doivent rester nus avec simplement une couverture à leur disposition. A noter que des chambres spécifiques devraient être conçues pour les malades dangereux et réfractaires au traitement. Ces malades sont actuellement soignés avec beaucoup de difficultés à cause des conditions matérielles non adéquates. Une section spéciale devrait être même aménagée pour ce genre de patients. De même il faudrait disposer au sein de l'établissement de chambres offrant aux internés handicapés un minimum de moyens pour faciliter leur hygiène et soins.
- 10. De nombreuses chambres sont munies d'un WC central entre le frigo et la table.** Il est évident qu'avant tout travail d'agrandissement de Paifve, il faudra mettre fin à cette architecture contraire aux lois de l'hygiène la plus élémentaire. Le TPT recommande avec raison des WC isolés (4).

- 11. EDS Paifve : un champ d'investigation important pour la recherche universitaire.** Un établissement comme Paifve, pour ne pas rester moyenâgeux, devrait s'allier aux compétences universitaires des départements universitaires de psychiatrie et de criminologie. La Belgique était remarquable au 19^{ème} siècle pour ses avancées sociales et criminologiques (Ducpétiaux, Vervaecke au début du 20^{ème} siècle, ...) Il serait temps de rétablir notre aura en ces matières.
- 12. Des pavillons où coexistent différentes pathologies, parfois lourdes et peu compatibles entre elles,** cela aggrave l'état de santé psychique de certains patients qui n'ont pas de pathologie mais qui se trouvent là pour des problèmes d'addiction ou des faits mineurs et qui sont en droit de ne pas être envahis par les délires des autres patients. Mieux répartir les pathologies et réaliser des pavillons permettant une reprise d'une vie normale (cuisine où l'on apprend à cuisiner, jardin à entretenir, espace commun où l'on doit partager des intérêts communs). Ces pavillons seraient distribués selon les pathologies mais aussi les stades d'évolution vers l'autonomie.
- 13. Des obligations de soins qui s'éternisent et entraînent des perpétuités psychiatriques de fait,** alors même que la plupart des personnes ici visées n'ont pas commis d'actes criminels pouvant justifier de telles perpétuités. On estime au moins à 25% Les internés de Paifve qui n'ont pas commis d'actes criminels mais qui sont simplement des malades ayant commis des délits sous l'emprise de l'alcool, d'une drogue ou d'une éducation défectueuse. Ces personnes ne méritent pas l'isolement qu'elles connaissent pour la plupart à Paifve. Il faut les réorienter vers d'autres structures (services résidentiels, appartements supervisés, hospitalisation à domicile, etc...). Une coopération est essentielle avec la Ministre de la Santé pour que ces structures civiles soient suffisamment nombreuses. Des perspectives nouvelles s'offriront sans doute avec le passage au TAP qui devrait débuter début 2017
- 14. Il faut regretter un manque de contacts des psychiatres, psychologues et des assistants sociaux avec les familles** qui ne sont plus maintenus au courant de l'évolution ni du suivi appliqué et qui souhaitent pouvoir parler du diagnostic, de la médication, des problèmes rencontrés et de l'évolution de la situation de leur fils, conjoint, frère etc...Pourtant nous l'avons vu plus haut, une personne de confiance désignée par la famille devrait pouvoir obtenir un droit de lecture du dossier médical et devrait être tenue au courant de tout traitement forcé ou de mise en cellule d'isolement. Il faut donc, malgré les problèmes administratifs ou de personnel, assurer une communication réelle entre d'une part le personnel soignant et d'autre part l'entourage (personne de confiance) de l'interné. Les familles, n'étant pas des professionnels des « soins psychiatriques », doivent donc pouvoir bénéficier d' informations les rendant aptes à gérer l'accompagnement et la très délicate relation avec leur membre après l'internement ou pendant les sorties et congés. Plus les familles sont informées et armées, plus elles pourront assurer un rôle constructif et spécifique comme partenaires de soins.
- 15. Cadre de vie peu accueillant,** ce qui n'est pas favorable à un bon rétablissement, et les lieux sont tristes et déprimants.

Par exemple : les sorties aux préaux se déroulent souvent dans des cours bétonnées, entourées de murs gris et sans âmes. On pourrait veiller à :- Humaniser les lieux de vie afin d'humaniser les personnes.

- Lors de rafraichissements, peindre les murs dans des tons un peu plus chaleureux, plus accueillants et joyeux, un mur jaune vif par exemple, plutôt que des tons ternes et déprimants comme le gris, redonnerait peut être un peu de courage et de gaité aux patients. - Vivre dans un cadre agréable est aussi thérapeutique. Et le coût n'est pas plus élevé. Les milieux psychiatriques seraient lus agréables, plus relaxants et plus reposants si des espaces verts étaient créés, alors que dans la plupart des cas l'espace ne manque pas. Si, de votre chambre, vous voyez un jardin avec des plantes et des fleurs, vous voyez la vie. Des espaces verts avec des bancs, des sentiers où les patients pourraient se promener, se reposer et se ressourcer à leur gré permettraient de mieux dessiner un cadre hospitalier. Il faut arrêter la vision sécuritaire d'antan qui voyait dans un arbre ou un banc une arme possible contre un surveillant. On a fait beaucoup de progrès dans les matériaux et un interné ne pourra jamais grimper dans un arbre de basse ou moyenne tige ! A nouveau ici, Paifve doit changer et accepter un paysage ayant une fonction bénéfique pour la santé mentale. Il est clair que les surveillants bénéficieraient aussi d'un autre paysage plus relaxant !

-Accélérer l'ouverture d'un nouveau préau au PCO dont on parle depuis des mois et qui mais n'a pas encore été ouvert.

Conclusions :

Les problèmes prioritaires sont au nombre de deux : le manque de personnel spécialisé est flagrant et le cadre de vie à améliorer grandement. Pour ce qui est de l'insuffisance flagrante du personnel spécialisé, le lecteur intéressé trouvera au (5) des annexes un décompte précis de celui-ci à la date du 10 novembre 2016.

Annexes :

(1) **Avis du Conseil de l'Ordre sur le Traitement forcé de patients psychotiques en prison**

Un conseil provincial transmet une question d'un psychiatre des prisons de plus en plus confronté à des patients psychotiques, principalement des schizophrènes paranoïdes, qui se retrouvent en prison avec le statut d'interné en raison d'un délit commis avec violence. Généralement, ces patients refusent les médicaments. Le choix du patient a jusqu'à présent toujours été considéré comme primordial mais cela conduit à des patients qui dépérissent et/ou dont le comportement agressif représente un danger non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour les codétenus.

Ce médecin demande si des antipsychotiques ne pourraient tout de même pas être administrés à titre thérapeutique et préventif à condition que l'intéressé ait clairement et à plusieurs reprises refusé les médicaments et à condition que la nécessité d'un traitement médicamenteux soit démontrée sur la base d'un rapport écrit détaillé destiné au psychiatre, dans lequel la direction décrit le comportement dangereux du patient pour lui-même et pour autrui.

Avis du Conseil national:

En sa réunion du 12 mai 2007, le Conseil national a terminé la discussion de la lettre du Conseil provincial de Flandre-Orientale du 9 février 2006 concernant le traitement d'internés séjournant dans des cellules spéciales des prisons faute de place.

La question soulevée concerne des patients psychotiques, principalement des patients paranoïdes schizophrènes, se retrouvant en prison avec le statut d'interné en raison d'un délit commis avec violence, et qui refusent toute médication. Ces patients psychotiques font l'objet de mesures disciplinaires prises par la direction lorsqu'ils constituent une menace pour les codétenus à cause de leur agressivité ou de leur désintégration psychotique. Il est demandé si ces patients

psychotiques, séjournant plus ou moins longtemps en cellule d'isolement, peuvent être traités à l'aide d'antipsychotiques contre leur gré et donc sous la contrainte.

Dans sa lettre du 9 mars 2006, le Bureau du Conseil national avait répondu qu'un traitement sous la contrainte à l'aide d'antipsychotiques n'était acceptable que dans un cadre médical et infirmier garantissant une surveillance professionnelle suffisante de ces patients. Le Bureau avait également décidé de soumettre cette question au Conseil national pour y être approfondie, car la prise de mesures disciplinaires en raison d'un comportement psychotique est une situation non acceptable sur le plan médical. Le Conseil national déplore que le cadre du personnel dans certains établissements pénitentiaires du pays soit à ce point réduit qu'il est impossible de répondre de manière adéquate aux besoins médicaux de base tant des internés que des détenus. Il incombe aux pouvoirs publics de remédier à cette situation et de veiller à ce que tous les établissements pénitentiaires où des internés ou des détenus sont soignés, disposent d'au moins une unité spécialisée pour une prise en charge thérapeutique adéquate de ces cas.

Tant la déontologie médicale que la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus confirment que les médecins travaillant dans les établissements pénitentiaires conservent leur indépendance professionnelle et que leurs évaluations et décisions concernant la santé des détenus sont fondées uniquement sur des critères médicaux (art. 96, § 1er, de la loi). La même loi formule, en son article 88, le principe fondamental d'égalité d'accès aux soins dans et en dehors de l'institution pénitentiaire et ajoute qu'il doit être tenu compte des besoins spécifiques des détenus.

Les internés sont des délinquants présentant des troubles psychiatriques, déclarés irresponsables, et qui pour ce motif, sont envoyés, pour y être traités, dans un établissement spécialisé approprié sur le plan de la sécurité et des soins à donner (1). Le principe déontologique suivant lequel des patients ne peuvent être traités contre leur gré s'applique également aux internés, mais il reste médicalement non acceptable, pour des médecins, de surveiller des patients psychiatriques non traités sans pouvoir leur apporter les soins nécessaires.

La World Psychiatric Association (2) recommande : "No treatment should be provided against the patient's will, unless withholding treatment would endanger the life of the patient and/or those who surround him or her. Treatment must always be in the best interest of the patient". La règle du consentement éclairé suppose que l'on soit en présence d'un patient capable de prendre une décision, qui dispose de facultés de discernement suffisantes pour arriver de manière autonome au choix du traitement. Dans son avis n° 21 du 10 mars 2003 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte, le Conseil consultatif de bioéthique précise que le traitement forcé doit être possible lorsqu'en raison de son trouble mental, le patient psychiatrique n'a pas la capacité de donner un consentement libre et éclairé pour l'administration des soins que son état nécessite.

Le problème du traitement forcé peut se présenter dans des contextes médicaux différents: il peut s'agir du patient hospitalisé de son plein gré (recours aux chambres d'isolement), du patient ambulatoire (traitement imposé par décision de justice à des délinquants sexuels ou à des toxicomanes) ou encore du patient interné ou hospitalisé de force (3). En Belgique, il n'existe pas de réglementation spécifique concernant le traitement forcé. Le présent avis se limite au traitement forcé d'internés emprisonnés qui refusent un traitement médical nécessaire.

La justification éthique du recours à une contrainte externe afin de soigner un patient psychotique sans son consentement, est triple:

1. le traitement à l'aide d'antipsychotiques rétablit la capacité décisionnelle du patient, qui a fait défaut temporairement. Le traitement instauré et l'amélioration des symptômes psychopathologiques font retrouver au patient un état mental le plaçant dans une situation plus favorable à une prise de décision autonome et à la discussion du traitement ultérieur avec le médecin traitant, ainsi que prévu par la loi relative aux droits du patient;
2. le traitement réduit le risque de violence et d'atteinte à l'intégrité physique d'autrui;
3. le traitement améliore la santé du patient. La recherche scientifique a démontré à suffisance que plus longtemps un patient activement psychotique reste sans traitement, plus le pronostic est péjoratif à long terme.

Le traitement sous contrainte d'un patient psychotique interné emprisonné doit répondre aux conditions suivantes :

- un traitement sous contrainte n'est légitime que dans un cadre médical et infirmier garantissant une surveillance professionnelle suffisante du patient. Si l'établissement pénitentiaire où l'interné séjourne ne dispose pas d'un personnel suffisamment qualifié sur le plan médical et infirmier, ce patient doit être transféré dans un service psychiatrique adéquat de ou hors de la structure pénitentiaire. L'envoi en cellule d'isolement, pour des motifs d'ordre disciplinaire, d'internés psychotiques qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, est médicalement inacceptable
- le traitement sous contrainte doit bénéficier à la santé de l'interné, être adapté à la gravité de son état psychiatrique, avoir comme objectif le rétablissement de sa capacité à prendre des décisions, l'amélioration des symptômes psychopathologiques, notamment le contrôle du comportement agressif ou dangereux. Dès l'amélioration de l'état psychiatrique du patient, celui-ci est informé du traitement mis en oeuvre, et la procédure normale de planification du traitement est suivie;

- les seuls soins psychiatriques prodigués sous la contrainte par le psychiatre sont des soins attentifs et consciencieux, conformes aux connaissances scientifiques généralement admises par les confrères de sa spécialité;
- pour autant que possible, le psychiatre traitant informe le(s) représentant(s) du patient du traitement forcé envisagé ou entrepris;
- toutes les données concernant le traitement forcé doivent être soigneusement tenues à jour dans le dossier du patient. La mesure de traitement forcé doit être évaluée à intervalles réguliers;
- idéalement, le patient concerné devrait avoir la possibilité de consulter un praticien professionnel de son choix, pour une deuxième opinion. Cette possibilité existe en principe mais elle s'avère difficilement réalisable dans la pratique.
 1. Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels.
 2. WPA, "Declaration of Madrid" 1997.
 3. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

(2) Extrait de la loi du 2 août 2002 sur les droits du patient

Le patient peut désigner par écrit une personne de confiance (un praticien professionnel ou non) afin de consulter le dossier avec le patient ou à sa place. La requête du patient et l'identité de la personne de confiance sont ajoutées au dossier de patient.

Pour la désignation d'une personne de confiance, la Commission fédérale "Droits du patient" a émis un formulaire. Le patient peut utiliser ce formulaire ou préférer une autre formulation.

Dès la réception de cette requête, le prestataire de soins a un délai de 15 jours pour présenter le dossier au patient, à l'exclusion :

- les annotations personnelles du praticien
- les données relatives aux tiers
- les données lorsque le praticien a exceptionnellement estimé qu'elles pourraient constituer à ce moment un préjudice sérieux pour la santé du patient ;

Dans ce cas, seul un praticien professionnel désigné par le patient pourra consulter le dossier, les annotations personnelles y inclus

3) Un projet d'hortithérapie déposé par un interné, monsieur Peremans et envoyé à Madame Demet en décembre 2014

Le projet proposé par monsieur Peremans : Les jardins de Paifve

Les « ateliers jardins » sont un support riche pour travailler avec toutes les personnes en difficultés, et en voie d'exclusion, de marginalisation. Ils sont basés sur le principe de l'hortithérapie qui est : L'intégration des activités horticoles dans un

processus de soin, d'éducation, de lutte contre la maladie, le vieillissement ou l'exclusion, comme activité ergo-socio-thérapeutique. Au même titre que le sport, la musique, ou la peinture...

L'hortithérapie est un concept reconnu et largement utilisé dans les pays d'Amérique du Nord (USA, Canada) et également au Japon. Dans ces pays, nombre d'établissements, spécialisés dans l'accueil des personnes âgées ou handicapées, l'utilisent comme support thérapeutique. C'est une spécialité médicale qui fait partie du cursus universitaire des personnels soignants.

En Europe de nombreuses initiatives ont également vu le jour ces dernières années. Mais ce sont des expériences diffuses et éparées et le concept n'est absolument pas connu. Néanmoins toutes les activités liées au jardinage (et à l'environnement en général) bénéficient, actuellement, d'un intérêt croissant de la population et particulièrement des structures sociales, médicales et médico-sociales.

Sans aller jusqu'à proposer des soins, et encore moins une thérapie, nous rechercherons à utiliser le plus largement possible le jardinage comme support éducatif et pédagogique, comme un outil favorisant l'autonomie, la responsabilisation, et la socialisation.

Pour résumer cela, ce qui manque le plus au fond aux patients internés dans l'EDS de Paifve c'est une réelle prise en charge sur le plan thérapeutique et c'est justement ce qu'offre les ateliers jardins et le jardin thérapeutique.

L'activité de jardinage permet de travailler sur le plan cognitif, sur le sensoriel mais aussi sur l'affectif et la socialisation. Cela rend le patient interné plus autonome et le met face à des responsabilités.

Pour soigner un patient, la médication seule ne suffit pas, il y a lieu de le rééduquer. Pour ce faire il faut croire en lui, lui donner sa confiance, le traiter simplement en être humain pas en tant que malade et tout être humain a des capacités insoupçonnées en lui-même y compris les personnes atteintes d'un handicap mental.

Différentes zones thérapeutiques au sein du jardin

- Quatre potagers pour pratiquer une rotation de cultures suivant les besoins en légumes.
- Des carrés potagers surélevés pour faciliter le travail des personnes à mobilité réduite (travail en position assise ou debout)
- Un sentier pédestre recouvert de divers éléments (cailloux, écorces, pelouse,...) afin d'éveiller la perception.
- Un coin Zen placé en retrait par une haie de bambou, accueillant une pelouse, un bassin aquatique (quelques poissons seraient les bienvenus, une cascade, artifice de son...). A côté du coin Zen, une partie sablée avec en son centre un élément de déco Feng shui.
- Une parcelle de plantes aromatiques utilisables dans les ateliers cuisine et en ateliers d'aromathérapie.
- Un verger avec des arbres fruitiers en espaliers et des anciennes variétés pour découvrir ou redécouvrir des fruits anciens ainsi que leur goût.
- Deux parcelles qui serviront pour la rotation de cultures de fleurs et de plantes qui serviront à l'embellissement de l'établissement qui manque cruellement de couleurs et de chaleur.

Le jardinage et le contact avec la nature permettent de travailler

La mémoire : Par différents exercices sur les végétaux, on peut maintenir ou exercer la mémorisation (reconnaissance, évocation de souvenirs,...).

L'attention : Le jardinage est une activité qui « fascine » et qui suscite une attention involontaire et sans efforts. En cela elle est aussi une source de repos : On oublie, un temps, ses propres problèmes pour se focaliser sur ceux des plantes dont on s'occupe.

L'apprentissage :

- Nombreux sont les savoirs, savoirs-être et savoir-faire qui peuvent être abordés à travers les activités de jardinage.
- Au jardin intervient la notion de « loi naturelle » et les savoirs introduits ne sont pas « sortis du chapeau » du formateur, mais bien dictés par la nature, ce qui peut faciliter la relation entre l'apprenant et le pédagogue.

L'orientation spatio-temporelle : le rythme très lent de la nature est souvent plus adapté à certaines personnes que celui des humains beaucoup trop rapide et générateur de stress.

- Il oblige à une projection dans le temps.
- Il aide à exercer la persévérance et la patience, car on doit laisser le temps nécessaire à une plante pour sa croissance, de la semence à la maturité. Temps prédéfini, qu'on ne peut forcer, ni accélérer, ni ralentir.
- Les activités de jardinage permettent elles aussi le travail des repères spatio-temporaux (inscription d'une activité dans un projet global, décomposition et succession de différentes étapes, organisation et aménagement de l'espace, repérage de volumes, de formes...).

L'organisation : Le soin des plantes et le travail au jardin réclament une organisation que l'on confiera petit à petit aux participants (organiser son matériel, son poste de travail, suivre un schéma de culture, organiser l'espace, opérations à effectuer en fonction d'un cycle de culture...).

La créativité : Le jardinier est non seulement créatif (composition florale, organisation d'un massif...) mais il est aussi créateur par la multiplication des végétaux (semis, bouturage, culture...).

Une activité stimulante et riche : Parce qu'elle permet l'utilisation des 5 sens (vue, toucher, odorat, goût et ouïe).

Une activité anti-stress : « Le monde horticole est non menaçant et non discriminatoire ». De ce fait, il est propice à l'apaisement. Son environnement (ses odeurs, ses couleurs et ses bruits) favorise la détente et la relaxation.

La motivation : Le jardinage permet à chacun d'avoir une emprise sur le monde qui l'entoure. Les participants ont un rôle à jouer dans leur environnement direct (ornement du jardin de l'établissement, fleurissement des locaux, d'un hall d'accueil...) et sur leur environnement plus global (participation à la protection de l'environnement).

La valorisation : Parce que les productions seront utilisées et utiles à tous, l'activité est une grande source de (re)valorisation (aménagement et embellissement des extérieurs : espaces collectifs et partagés de tous; utilisation des productions florales pour l'ornement ; dégustation...). Il y a une réciprocité dans l'assistance (ou assistanat). Les participants ne seront plus « l'objet » de l'assistance comme dans la plupart des situations qu'elles vivent, mais elles en seront au contraire l'initiateur.

L'expression : Chez des personnes dont les moyens d'expressions peuvent être perturbés, l'horticulture peut permettre et favoriser l'expression des émotions, des sentiments (joie, tristesse, colère...).

Le contrôle de soi : Certaines tâches permettront le dévouement et une certaine expression de la violence. D'autres, au contraire, nécessiteront d'être concentré, attentif et soigneux, obligeant ainsi les participants à se contrôler.

La symbolisation : L'activité jardinage est à l'origine une activité nourricière synonyme de vie et de survie. Aujourd'hui, avec les problèmes liés à la pollution, on retrouve ce sens d'une activité nécessaire à la survie de notre espèce. La culture des plantes permet d'aborder des concepts abstraits tels que le temps, la vie, la mort, la maladie, le vieillissement...

La socialisation :

- Le jardinage est une activité ancestrale qui fait référence à un inconscient collectif commun à toutes les générations et à toutes les communautés culturelles. De tous temps, dans tous les pays et dans toutes les couches sociales, le jardinage a été pratiqué.
- Le travail en groupe et la notion d'équipe sont aussi facteur d'intégration et de socialisation.
- La relation avec le végétal permet d'entrer relation avec un autre être vivant, sans aucune crainte, sans aucune peur, ni inhibitions.
- La notion d'échange est également omniprésente, puisque le participant cultive la plante, la soigne et en contrepartie il en recueillera les bienfaits (fruits, fleurs, valorisation...)
- Le partage sera également très présent, à la fois dans les contraintes (répartition des tâches, du travail) et dans la récompense : partage des résultats (dégustation, utilisation du jardin, contemplation des fleurs...).

L'estime de soi : En plus de la valorisation, l'entretien des plantes permet d'établir un rapport à :

- son hygiène de vie
- son alimentation
- au respect de soi

La communication :

- Entre les participants d'abord (travail d'équipe, projet de groupe, discussions, négociations...)
- Entre les participants et les personnes extérieures à l'activité (parce que c'est une activité qui se fait dehors, et parce que toute production sera l'occasion d'un partage).
- Entre les participants et l'animateur (l'éducateur, le pédagogue). Par l'introduction du végétal on transformera la relation « enseignant-enseigné » ou « éducateur-éduqué » en une relation triangulaire où le végétal pourra servir de médiateur.

La responsabilisation :

- On travaille avec des êtres vivants, on est donc responsable de leur survie, de leur bien-être. Toute erreur peut leur être fatale.
- Comme il est dit plus haut, ici, le participant quitte son statut « d'assisté » pour devenir à son tour celui qui assiste et aide un autre être à se développer. Il devra en prendre soin, y être attentif.
- Le résultat du travail du jardinier est souvent exposé à la vue de tous, ce qui implique un travail de qualité et une certaine maîtrise.

Pour toutes ces raisons, je pense que le jardinage est une activité pleine de ressources, souvent insoupçonnées pour tous les patients.

Compte tenu des symboles qu'il représente, de son caractère redevenu vital aujourd'hui et associé à la pédagogie de projet, il me semble un outil éducatif et pédagogique idéal parmi d'autres, pour appréhender, travailler et intégrer les notions de citoyenneté, de respect et de démocratie.

Pascal Permans

4) Norme pour les W.C proposé par le CPT dans sa brochure N°6 parue en mai 2002 et intitulée Normes du CPT concernant les prisonniers. Auteurs : Rod Morgan et Malcom Elans

« En l'absence d'annexe sanitaire, les toilettes devraient être totalement séparées du reste de la cellule : dans les cas contraires en effet, les prisonniers pourraient être considérés comme vivant dans les toilettes. C'est pourquoi le CPT privilégie l'installation dans les cellules où ils font défaut, de sanitaires selon la méthode de « trois en une », à savoir la transformation de la cellule mitoyenne en annexe sanitaire desservant deux cellules voisines. »

5) Situation précise du TO personnel à Paifve au mois de novembre 2016

Les éducatrices : 10 (1 statutaire + 9 contractuelles)

Parmi celles-ci : 3 accidents de travail (AT), 1 malade de longue durée, 3 x 4/5 temps et 1 déléguée syndicale.

Idéalement : 1 éducatrice par section et par pause de jour = un effectif de 40 éducatrices à temps plein (et ce sans compter les éducatrices qui accompagnent les patients en permission extérieure).

Les ergothérapeutes : 1 unique en 36heures/sem.

Les infirmières : 10 (8 statutaires + 2 ISOSEL/Santé publique)

Parmi celles-ci : 5x 4/5 temps et 2 déléguées syndicales.

En semaine : couvre la journée de 7H à 17H30 – minimum :2 infirmiers au PCE et 2 infirmiers PCO

Le WE : 1 infirmier présent de 8-12H et 2 infirmiers couvrent l'horaire 7h30 – 16H30.

Idéalement : 2 infirmiers par pavillon et par pause de jour (6/14 ; 14/22) et 1 infirmière par pause de nuit : un effectif de 18 infirmiers à temps plein.

Situation des psychiatres :

Lundi :

Dr X de 10 à 18

Dr Y de 10 à 18 (???)

Dr Z de 10 à 12

Mardi :

Dr X de 9 à 14

Mercredi :

Dr Z de 10.30 à 18

Jeudi :

Pas de psychiatre

Vendredi :

Dr X de 9 à 14 (sauf le dernier vendredi du mois)

Dr Y de 11 à 18 (???)

Dr Z de 10.30 à 18

Samedi/Dimanche et soirées :

Un des psychiatres est de garde téléphonique entre les dr Messaud, Mathay et Namèche

NB : DR. Y (???) relativement souvent absent.

Situation des kinés :

Ils sont présents tous les après-midi sauf week-end et jour fériés entre 13.30 et 17.30

Ils sont 3 mais très prochainement deux (démission).

Agents de surveillance

ASP : 124 – 1 (qui travaille au jardin) = 123

9 agents 38H ; 2 agents pause carrière ; 2 agents 4/5 temps ; 110 agents 36H

ASPC : 26

1 agent 50% démissionnaire. 2 agents 4/5 temps ; 22 agents 36H, 1 agents 38H

AT/expert : 4

TOTAL : 153 agents

3 départs prévus en 2016 - 2017

01/03/2017,

01/01/2017

01/12/2016

Pour l'instant, Paifve fonctionne en moyenne avec 17 agents en maladie par jour et suite aux multiples reprises d'AT (mais pour combien de temps) à 22 agents en AT par jour

Soit par jour une moyenne de 11,11 % de malade et 14,37 % en AT

Au total une moyenne de 25,48 % d'absents pour maladie et AT

Mais ce chiffre reste en ce moment trop optimiste , il y a moins d'un mois , nous étions à 30 % d'absents rien que pour ces 2 catégories d'absences