

Visite ad hoc à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve
5 et 6 mars 2020

RAPPORT (2020/01)
Approuvé par le Conseil Central le 17 septembre 2020



I. TABLE DES MATIERES

I. Introduction	4
A. L'objet de la visite.....	4
B. La collaboration.....	5
C. Le cadre légal et les réformes annoncées.....	6
D. Les visites du CPT.....	9
E. Les rapports de la Commission de Surveillance de Paifve	12
II. Un établissement pénitentiaire	13
A. Les conditions de séjour et régime	13
B. Le personnel de surveillance	19
III. Un établissement de soins.....	21
A. Les conditions de séjour et régime	21
B. La séparation des fonctions d'expertise et de soins	28
C. Le dossier médical	29
D. L'impossible exercice de la mission de soins	30
IV. Observations des autorités compétentes	33

II. ANNEXES

- 1. Circulaire ministérielle n°1800 du 7 juin 2006 relative aux équipes soignantes des sections psychiatriques dans les prisons ou dans les établissements de défense sociale : objectifs, composition, fonctionnement*
- 2. Projets soumis par les équipes soins et de direction de l'EDS de Paifve proposant des nouveaux modèles de prise en charge.*
- 3. Interlocuteurs de la délégation (liste non destinée à la publication)*

Etablir un rapport circonstancié au sujet de la situation vécue par les patients internés à Paifve s'est assez rapidement imposé. Mis en place en mars 2019 le nouveau Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire a été d'emblée interpellé par la Commission de Surveillance locale. Au premier plan de leur préoccupations exprimées de longue date, l'accès aux soins. Un accès non seulement aléatoire compte tenu du déficit en personnel mais aussi peu consistant.

D'autre part, voici quelques années déjà, la situation à Paifve a également été examinée à plusieurs reprises par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). De nombreuses recommandations ayant été émises par le Comité, il a semblé essentiel de vérifier la mise en œuvre de celles-ci.

En outre, dans la poursuite du Masterplan initié au niveau gouvernemental et des condamnations de la Belgique par la Cour européenne des Droits de l'Homme, l'établissement de défense sociale de Paifve devrait subir une mue totale pour devenir un véritable établissement de soins. Cependant, s'il est vrai que ces projets sont rappelés à intervalles réguliers, les délais dans lesquels ils seront concrétisés demeurent inconnus, ce qui ne facilite guère la mise en place de nouveaux projets par les responsables de l'établissement.

Enfin, la situation à Paifve a ceci de caractéristique que c'est un établissement pénitentiaire au sein duquel les soins qui y sont prodigués relèvent de la compétence du SPF Justice alors qu'ils devraient relever du SPF Santé publique. Pour que la situation y évolue, il faut donc non seulement réunir davantage de responsables mais aussi disposer des éléments d'analyse adéquats. Ce rapport vise à y contribuer. La tâche du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire vise en effet, par le biais d'un «contrôle indépendant sur les prisons, sur le traitement réservé aux détenus et sur le respect des règles les concernant » à « soumettre à la Chambre des représentants, au ministre qui a la Justice dans ses attributions et au ministre qui a les soins des santé pénitentiaires dans ses attributions, soit d'office, soit à la demande de ceux-ci, des avis sur l'administration des établissements pénitentiaires et sur l'exécution des peines et mesures privatives de liberté » (Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, art. 22).

Marc Nève,
Président du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire
10 juillet 2020.

I. INTRODUCTION

A. L'OBJET DE LA VISITE

1. L'Établissement de défense sociale (EDS) de Paifve relève du Service Public Fédéral Justice SPF Justice. C'est un vaste complexe, mis en service en 1976. Initialement, ce complexe devait accueillir jusqu'à 600 condamnés à une mesure d'internement, ce qui correspondait, à l'époque, aux besoins de la population concernée par la loi de Défense Sociale. La régionalisation ultérieure de la Belgique a réduit la compétence de Paifve et a entraîné une réduction importante et progressive de sa capacité jusqu'à 205 places pour hommes. Au moment de la visite, l'établissement comptait 193 patients¹. Il s'agit d'une infrastructure de type mixte, en ce sens que « le régime au sein de cet établissement se situe à mi-chemin entre un régime pénitentiaire typique et la vie dans un hôpital psychiatrique »². C'est le seul établissement de ce type en Belgique.
2. A l'instar des autres établissements pénitentiaires, une Commission de Surveillance (CdS), mise en place et coordonnée par le Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP), exerce une mission de contrôle externe sur le fonctionnement de l'établissement, sur le traitement réservé aux patients, ainsi que sur les règles qui leur sont applicables. De longue date, cette CdS dénonce les conditions dans lesquelles sont placés les patients qui exécutent leur mesure d'internement à Paifve (voir ci-après, § 12). Ces conditions ont aussi fait l'objet de plusieurs rapports du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) qui a mené des visites à Paifve en 1997, 2003, 2016 et 2017 (voir ci-après, §§ 8 à 11).

La présente visite s'est faite sur l'insistance de la CdS, particulièrement préoccupée par la faiblesse récurrente des moyens mis en œuvre pour assurer un suivi médical adéquat sans compter la répétition d'engagements de réformes qui ne se concrétisent pas (voir aussi ci-après, § 7). Il s'agit donc d'une visite *ad hoc*, telle que prévue à l'article 36 du Règlement d'ordre intérieur du CCSP, réalisée les 5 et 6 mars 2020. La délégation du CCSP était composée de Marc Nève, Président du CCSP, Sarah Grandfils, membre permanente du Bureau du CCSP, accompagnés de deux experts psychiatres : le Docteur Sylvain Dal, maître de stage et actuel chef de Service Psychiatrie adulte à la Clinique Saint Jean de Bruxelles et le Docteur Ludger Hebborn, ancien responsable de ce même service.

¹ En leur qualité de condamnés internés ils sont désignés par la direction locale comme « patients ». Cette qualification, préférée à celle de « détenus internés » ou d'« internés », apparaît la plus adéquate et c'est donc aussi celle qui sera adoptée dans le cadre du présent rapport.

² [Site du SPJ-Justice](#) : Plus d'infos sur l'établissement de défense sociale de Paifve.

B. LA COLLABORATION

3. La visite *ad hoc* du CCSP a été préparée en concertation avec les membres de la CdS locale dont les derniers rapports annuels disponibles et les derniers rapports mensuels ont été consultés. Un des membres de la délégation a également rencontré une représentation des membres de la commission dans les jours précédant la visite et le membre médecin s'est entretenu avec l'équipe de visite durant celle-ci.

La Direction de l'établissement et la Direction Générale de l'administration des établissements pénitentiaires (DG EPI) ont été avisés de la visite le 12 février 2020, sans précision de la date à laquelle cette visite aurait lieu, ceci afin de préserver le caractère inopiné de celle-ci. La direction a été invitée, à cette occasion, à produire un certain nombre d'informations utiles, préalables à la visite, ce qu'elle a fait de manière détaillée et rapide. Avisé de la visite le 28 février 2020, le chef d'établissement a fait savoir à la délégation du Conseil Central qu'en raison d'un mouvement social programmé pour le 6 mars, le déroulement de la visite risquait d'être compromis. La visite n'a cependant pas été postposée pour autant, les membres de la délégation ayant estimé qu'il était également important et utile pour celle-ci de pouvoir évaluer la manière dont les patients sont encadrés en période de grève. Cependant, la délégation a regretté qu'en raison de ces circonstances et de l'absence du chef d'établissement sur les lieux durant sa visite, elle n'a pas été en mesure de s'entretenir avec lui.

4. La délégation a poursuivi des entretiens approfondis avec une série de membres du personnel³, dont des membres du personnel de surveillance, durant ses deux jours de visite ainsi bien entendu qu'avec de nombreux patients des deux sections, soit le PCO (pavillon communautaire, régime ouvert) et le PCE (pavillon cellulaire, régime fermé). Le personnel de surveillance s'est montré très collaborant malgré une certaine réserve et une certaine discrétion.

Par ailleurs, les experts psychiatres se sont spécifiquement entretenus avec les membres du personnel infirmier et l'assistant social présents durant les deux jours de visite et ont été autorisés de façon manuscrite par différents patients à pouvoir consulter leurs dossiers médicaux. Cette consultation a été facilitée par l'infirmière en chef et le personnel infirmier.

La délégation regrette cependant que l'équipe de direction présente le premier jour de la visite ne lui ait pas permis d'entamer la visite des lieux pendant le temps de midi au moment de la distribution des repas et des médicaments pour des motifs (non justifiés) de sécurité et ce contrairement au libre accès à tous les lieux que la loi de principes confère aux organes de surveillance (article 23 de la loi de principes du 12 janvier 2005).

Le mouvement de grève du personnel du vendredi 6 mars et l'absence de personnel suffisant pour assurer le régime normal des activités n'a en revanche pas empêché la délégation de rencontrer des patients au PCE (régime fermé) et ce, de manière confidentielle, en étant mis dans les conditions de pouvoir entrer en cellule et, de manière générale, être laissée seule en présence du patient.

³ Liste en annexe (cette liste n'est pas destinée à la publication)

Au vu des difficultés rencontrées par la délégation, le CCSP souligne qu'il est essentiel que chaque direction soit dûment avisée qu'une fois sur place, la délégation du Conseil doit être en mesure de disposer des facilités nécessaires pour se rendre immédiatement, soit sans délai, dans les différentes sections de l'établissement. En outre, il est tout aussi essentiel que, s'il est en effet présent au moment de la visite, le directeur de l'établissement prenne les dispositions nécessaires pour rencontrer la délégation et faire le point avec elle.

C. LE CADRE LEGAL ET LES REFORMES ANNONCEES

5. La situation des patients présents à l'établissement de défense sociale de Paifve est régie par la loi relative à l'internement du 5 mai 2014, entrée en vigueur le 1er octobre 2016. Cette loi relativement récente, remplaçant la loi de défense sociale remontant à 1930, a introduit d'importants changements.

Avant toute chose, la loi consacre le droit des internés à être soignés et vise à favoriser leur réinsertion. Elle a aussi modifié la nature de l'expertise psychiatrique des personnes visées par une mesure d'internement, le type de délit pouvant donner lieu à une mesure d'internement, les modalités d'exécution de la mesure d'internement, ainsi que le processus de révision de celle-ci. La loi remplace aussi les anciennes commissions de défense sociale qui statuaient sur la mesure, par les chambres de protection sociale des tribunaux d'application des peines. Enfin, L'objectif de la loi est de limiter l'usage des annexes psychiatriques et des sections dédiées aux internés en milieu pénitentiaire, y compris lors de la phase d'observation à des fins d'expertise. Elle prévoit à cet égard la création d'un « centre d'observation clinique sécurisé créé par le Roi ». Ce centre, mis sur pied en exécution d'un arrêté royal du 5 décembre 2019⁴ et comportant 30 places, a vu le jour le 1^{er} janvier 2020 à la prison de Saint-Gilles.

6. L'avènement de la loi du 5 mai 2014 s'inscrit dans le cadre d'un vaste chantier relatif au problème structurel mis plus particulièrement en évidence par la Cour européenne des droits de l'homme⁵. Ainsi entre 2012 et 2016, dans pas moins de 15 affaires, visant 21 requérants différents ayant fait l'objet de décisions d'internement au motif qu'ils souffraient de maladies mentales et étaient considérés comme dangereux, au cours de procès pénaux à leur encontre ou alors qu'ils purgeaient une peine de détention, la Cour a constaté que leur maintien prolongé dans des ailes psychiatriques de prisons n'offrant pas un encadrement approprié à leurs pathologies psychiatriques constituait une violation de l'article 5 § 1 dans toutes les affaires et une violation de l'article 3 dans certaines affaires.

La Cour a souligné que cette situation relevait d'un problème structurel : l'encadrement des internés dans les ailes psychiatriques des prisons n'était pas suffisant, tandis que le placement à l'extérieur des prisons

⁴ Moniteur belge, 16 décembre 2019.

⁵ Quant au suivi de l'exécution des arrêts de la Cour européenne, voir les documents disponibles via le site du CoE et répertoriés par référence aux réunions périodiques du Comité des Ministres. Ce contentieux particulier y est repris sous la référence « groupe L.B. (Requête n°22831/08) et W.D. (Requête n°73548/13) c. Belgique » (voir la 1324^{ème} réunion, 18-20 septembre 2018 – CM/Notes/1324/H46-3 et 1377^{ème} réunion, juin 2020 – DH-DD(2020)273).

s'avérerait souvent impossible soit en raison du manque de places au sein des hôpitaux psychiatriques, soit parce que le dispositif législatif ne permettait pas aux instances responsables de la mise en œuvre de l'internement (« commissions de défense sociale ») d'imposer le placement dans une structure extérieure.

Plus important encore, dans l'arrêt pilote⁶ W.D., intervenu le 6 septembre 2016, la Cour a confirmé que « le dysfonctionnement de ces recours est largement dépendant de la nature structurelle du phénomène rencontré en Belgique » (§ 151). En application de l'article 46 de la Convention, la Cour a estimé que « l'État est tenu d'organiser son système d'internement des personnes délinquantes de telle sorte que la dignité des détenus soit respectée » (§ 169). En particulier, elle a encouragé « l'État belge à agir afin de réduire le nombre de personnes ayant commis des crimes ou des délits, souffrant de troubles mentaux qui sont internées, sans encadrement thérapeutique adapté, au sein des ailes psychiatriques des prisons notamment en redéfinissant, comme l'envisage la réforme législative en cours en Belgique, les critères justifiant une mesure d'internement » (§ 170).

7. C'est dans le contexte de cette réforme, toujours suivie de près par le Conseil de l'Europe⁷ dans le cadre de l'exécution des arrêts prononcés par la Cour européenne, que d'autres projets gouvernementaux ont vu le jour. Ainsi, la poursuite du **Masterplan III**, « pour une détention dans des conditions humaines »⁸, approuvé le 18 novembre 2016 par le Conseil des ministres fédéraux, prévoit des changements importants pour l'EDS de Paifve. En effet, une grande surface de terrain est encore disponible sur le site et un centre de psychiatrie légale⁹ (CPL) de 250 places devrait y être construit.

Ce nouveau CPL permettra d'augmenter le nombre de places pour les internés en Wallonie¹⁰. Quant à l'établissement actuel il sera transformé en établissement pénitentiaire.

Ainsi, à terme, « plus aucun interné ne devrait relever, d'ici quelques années, de la seule responsabilité du SPF Justice »¹¹.

⁶ La Cour peut décider d'appliquer la procédure de l'arrêt pilote et adopter un arrêt pilote lorsque les faits à l'origine d'une requête introduite devant elle révèlent l'existence, dans la Partie contractante concernée, d'un problème structurel ou systémique ou d'un autre dysfonctionnement similaire qui a donné lieu ou est susceptible de donner lieu à l'introduction d'autres requêtes analogues (pour le détail de cette procédure exceptionnelle, voir l'article 61 du Règlement de la Cour).

⁷ Ainsi, le 19 mars 2020, le gouvernement belge a communiqué, dans le cadre de l'« Exécution des groupes d'arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme L.B. (Requête n°22831/08) et W.D. (Requête n°73548/13) », une note circonstanciée relative notamment à l'« amélioration de la situation des soins de santé en prison, en particulier au bénéfice des internés s'y trouvant encore, notamment en finalisant la réforme annoncée à ce sujet » (voir aussi note 4 ci-dessus).

⁸ Le premier Masterplan définissant « un plan d'action pour une détention dans des conditions humaines » a été approuvé le 18 avril 2008 par le Conseil des ministres fédéraux. Ce plan a été adapté, développé et complété à diverses reprises.

⁹ L'inauguration du tout premier CPL eut lieu à Gand en 2014 (272 lits). Un deuxième CPL a ouvert ses portes à Anvers en 2017 (182 lits). Un troisième en Région flamande a été annoncé à Alost.

¹⁰ Un second CPL en Région wallonne a été annoncé à Wavre.

¹¹ Rapport CPT, visite de 2017 (CPT/Inf(2018) 8), § 106 (sur le détail de ces rapports, voir ci-après section D).

Dans l'attente de cette transformation importante relative à la structure même de l'EDS de Paifve, le gouvernement, toujours dans le cadre du suivi des arrêts précités de la Cour européenne¹², a mis en évidence les initiatives suivantes :

- *Projet Funambule* : Projet qui permet d'intensifier la préparation à la réinsertion pour des patients psychotiques. Un psychologue, un éducateur et un ergothérapeute travaillent en collaboration avec un psychiatre soins, le psychologue coordinateur et des infirmiers. De plus, 2 infirmiers renforcent l'équipe d'infirmiers.
- *Projet de présence des infirmiers 24h/24h* : le recrutement de personnel infirmier intérimaire est en cours afin de pouvoir arriver progressivement à une présence et une prise en charge 24h/24 dans chaque pavillon. Les candidats infirmiers n'étant pas nombreux, ce projet prend du temps. L'objectif est que ceci soit effectif dès l'été 2020.
- *Extension des projets thérapeutiques* :
 - ✓ Zoothérapie : ce projet est réalisé par les éducateurs en collaboration avec une zoothérapeute extérieure. Cette activité thérapeutique a lieu une fois par semaine dans les deux pavillons.
 - ✓ Hortithérapie : ce projet est également réalisé par les éducateurs et l'ergothérapeute en collaboration avec une ergothérapeute extérieure. Cet atelier thérapeutique a lieu une fois par semaine dans le pavillon cellulaire.
 - ✓ Hippothérapie : cette activité thérapeutique a lieu dans un manège extérieur à Paifve. Les patients s'y rendent avec des éducateurs. Un intervenant formé à cette pratique anime ce groupe.
 - ✓ Tabacologie : un service extérieur venait animer des séances de groupe avec des éducateurs au sein de l'établissement.

La présente visite *ad hoc* a bien entendu aussi permis de faire le point quant à ces projets (voir ci-après, §§ 14 et 27). Néanmoins, tant de l'avis des acteurs de terrain rencontrés par la délégation que de l'avis du CCSP, il apparaît indispensable de disposer d'une vue d'ensemble sur les projets discutés parfois depuis de nombreuses années et des échéances des travaux. Ainsi, dans le cadre de la réponse à une question parlementaire posée à ce sujet, le Ministre de la Justice a expliqué que "de nouveaux CPL seront créés à Alost avec 120 places, à Paifve¹³ avec 250 places et à Wavre avec 250 places également." Et le Ministre d'ajouter que « en outre, le Masterplan prévoit de créer 240 places dans les institutions de soins légaux ou normaux existants, en particulier pour les personnes aux prises avec des difficultés qui entravent leur accès à une offre adaptée de soins. »¹⁴ Or à Paifve, aucun responsable n'est au courant du détail de ces projets, que ce soit quant à leur contenu exact et quant aux dates auxquelles ils seront entrepris.

¹² Voir note 6.

¹³ Ainsi que l'a confirmé le cabinet du Ministre, interpellé précisément à ce sujet par le CCSP, c'est par erreur que le rapport fait état de Beveren alors qu'il s'agit bien de Paifve.

¹⁴ CRABV 55 COM 182, 19 mai 2020, p. 9.

Quant aux projets visés par le Masterplan III et visant la construction de trois centres de psychiatrie légale à Wavre, Paifve et Alost, le CCSP recommande aux Ministres de la Justice et de la Santé publique, de communiquer aux intervenants concernés le contenu exact des projets envisagés et de déterminer un échéancier précis des travaux.

D. LES VISITES DU CPT

8. Premier organe international de contrôle externe en matière de lieu de privation de liberté, le CPT a mené trois visites à Paifve, respectivement en 1997¹⁵, dans le cadre d'une visite périodique, puis en 2016¹⁶, dans le cadre des grèves du personnel, puis enfin courant 2017¹⁷, à nouveau dans le cadre d'une visite périodique.

Dans son dernier rapport, faisant suite à la visite effectuée au printemps 2017, le CPT, d'une façon plus générale, après avoir « salu(é) les efforts déployés par les autorités belges dans leur recherche d'une prise en charge adaptée des personnes faisant l'objet d'un internement », rappelle à nouveau que, « comme (il) l'a souligné à de maintes reprises, les établissements pénitentiaires n'ont jamais été véritablement dotés des moyens suffisants pour leur assurer des soins de qualité » (§ 107). En conséquence, « dans l'attente de la mise en œuvre totale du Masterplan, le CPT recommande une plus grande implication du SPF Santé publique dans la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire, que ce soit à l'EDS de Paifve ou dans les annexes psychiatriques et sections dédiées aux internés dans les prisons » ; et il ajoute que « ceci devrait pouvoir être élaboré dans le cadre du transfert de compétences envisagé concernant l'ensemble des soins de santé dans les établissements pénitentiaires¹⁸ ».

9. Par référence aux constats réalisés au sein de l'EDS de Paifve, la première des recommandations mises en évidence par le CPT à l'issue de cette dernière visite a trait au comportement des équipes de soins et du personnel de surveillance :

« Le CPT recommande qu'il soit clairement et régulièrement instruit au personnel pénitentiaire travaillant au contact des personnes internées à l'EDS de Paifve, et dans tout autre établissement le cas échéant, qu'aucune forme de mauvais traitements, qu'ils soient de nature physique ou verbale, à l'encontre de patients internés ne sera tolérée. Tout membre des équipes de soins ou du personnel de surveillance ayant connaissance de ce type d'agissement doit le signaler, et pouvoir le signaler, par les voies appropriées. » (§ 114)

Et toujours au sujet de ce même personnel, le rapport précise que « En attendant le transfert des internés en milieu adapté, le CPT recommande que des mesures soient prises afin que le SPF Justice, de concert avec le SPF Santé publique, adapte un cahier des charges spécifique pour la fonction d'agent pénitentiaire affecté à l'EDS, aux annexes psychiatriques et aux sections dédiées aux internés, et dispense systématiquement à ces agents une formation de base au travail en milieu psychiatrique et leur fournisse un soutien psychosocial, professionnel et anonyme. » (§ 141)

¹⁵ [Voir sur le site du CPT, document CPT/Inf \(98\) 11.](#)

¹⁶ [Voir sur le site du CPT, document CPT/Inf \(2016\) 29.](#)

¹⁷ [Voir sur le site du CPT, document CPT/Inf \(2018\) 8.](#)

¹⁸ Soit le fait de transférer la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral au SPF Santé publique.

Le Comité précise en outre qu'il « recommande également aux autorités belges de prendre les mesures nécessaires pour réduire autant que possible les effets de l'absentéisme, en partie chronique, du personnel de surveillance afin de ne pas mettre à mal l'accès des patients internés aux services et soins de base dans les établissements pénitentiaires. » (§ 141)

Enfin, au sujet plus particulièrement du personnel de soins et traitement, ce même rapport toujours précise que « le CPT recommande aux autorités belges de prendre sans délai les mesures nécessaires à l'EDS de Paifve (...) afin :

- De garantir la présence effective d'une équipe de soins pluridisciplinaire complète comprenant les fonctions suivantes : psychiatre, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducateur, assistant social et infirmiers spécialisés en psychiatrie, en adaptant les effectifs au nombre de patients présents et en fonction des besoins réels ;
- Qu'il soit établi pour chaque patient un plan de traitement individuel, mentionnant des objectifs et des moyens, comprenant un suivi psychiatrique, ainsi que des activités thérapeutiques et occupationnelles adaptées ;
- D'assurer une permanence infirmière de jour comme de nuit, tous les jours, y compris les weekends et les jours fériés, et d'instaurer un système d'astreinte pour les psychiatres ;
- De renforcer les mécanismes de coordination entre les membres de l'équipe de soins et de clarifier les lignes hiérarchiques ;
- Que tout patient ayant fait l'objet d'une prescription médicamenteuse obtenue par téléphone soit examiné dès que possible par un médecin ;
- De s'assurer que la distribution des médicaments soit faite par du personnel de santé. En cas d'impossibilité, une liste de médicaments devant être distribués, en toutes circonstances, par le personnel de santé (comme les antipsychotiques ou la méthadone) devrait être établie. » (§ 163)

10. D'autre part, ce dernier rapport du CPT mettait aussi l'accent sur certaines dérives en matière de recours à des moyens de contrainte et accompagnait ses constats de recommandations fortes : « Le CPT recommande aux autorités belges de prendre des mesures visant à revoir en profondeur les protocoles en vigueur encadrant le recours aux pratiques d'isolement, aux moyens de contention mécanique et aux traitements médicamenteux sous contrainte visant les patients internés dans les établissements pénitentiaires. Ces protocoles doivent expliciter les éléments suivants : les circonstances dans lesquelles il peut être recouru à la mesure de contention, les objectifs visés par celle-ci, sa durée, la fréquence à laquelle elle doit être révisée, l'obligation de maintenir des contacts humains envers le patient, l'obligation d'une attention renforcée du personnel de soins, qui doit assurer une surveillance continue et directe auprès du patient.

Il est également primordial dans ce contexte qu'une approche axée sur les soins prévale : le personnel de soins devrait rester maître de la prise en charge lorsqu'il considère le recours à ce type de mesure indispensable, et ce afin d'assurer la continuité des soins.

Dans ce contexte, il doit être clairement établi que l'isolement ou tout autre moyen de contention ne doit jamais être utilisé dans une optique punitive, ni être prolongé à cet effet. Dans ce contexte, il conviendrait de mettre fin au recours à l'isolement à titre de sanction disciplinaire, conformément à ce qui est par ailleurs pratiqué dans les autres établissements spécialisés dans la prise en charge des internés (...).

Si le recours à l'isolement ou à un autre moyen de contention s'impose, l'intéressé doit être transféré au plus vite dans une structure médicalisée adaptée permettant une telle prise en charge.

Qui plus est, le CPT recommande à nouveau que tout recours à l'isolement ou à d'autres moyens de contention fasse l'objet, outre d'une mention dans le dossier du patient, d'une consignation dans un registre spécifiquement établi à cet effet comportant l'indication de l'horaire de début et de fin de la mesure, ainsi que celle des circonstances et du motif. Ce registre devrait également comporter un compte-rendu des blessures éventuelles subies par des patients ou des membres du personnel.

Concernant l'application de menottes ou de moyens analogues aux patients internés lors de transferts en chambre d'isolement, lorsque celle-ci est strictement nécessaire, des moyens limitant le risque de blessures sont à privilégier. L'utilisation de tels moyens doit être d'une durée la plus courte possible, et leur utilisation couplée à une mise à l'isolement ne saurait être justifiée. En cas d'immobilisation (même pour quelques minutes) en vue de l'injection d'un traitement médicamenteux sous contrainte, les patients internés doivent toujours être allongés sur le dos, les bras le long du corps et l'utilisation de menottes (chaînes ou entraves métalliques) est à proscrire. » (§§ 172 et 173)

11. Dans le cadre de la réponse fournie par le gouvernement à ce rapport¹⁹, il est précisé au sujet de l'implication du SPF Santé publique dans la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire que "une réelle collaboration s'est mise en place entre les deux entités (contacts structurels, groupe de travail, etc." (p. 37) mais il n'est cependant rien précisé quant au transfert de la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral au SPF Santé publique.

D'autre part, quant à la recommandation visant l'écologie des agents travaillant dans une annexe psychiatrique ou à l'EDS de Paifve, le gouvernement précise, en réponse à la recommandation formulée sur ce point par le CPT que ceux-ci "reçoivent une formation spécialisée axée sur le public cible avec lequel ils doivent travailler" et qu'en cas du constat de "l'inadéquation du personnel à travailler dans cet environnement spécifique qu'est le milieu psychiatrique, (les supérieurs hiérarchiques) prennent les mesures nécessaires pour remédier à cette situation" (p. 46). Quant à l'absentéisme, en partie chronique, observé par la CPT, il "fait l'objet d'un groupe de travail" (*ibidem*).

Enfin, au sujet plus particulièrement du personnel de soins et traitement, le gouvernement objecte qu'une équipe de soins pluridisciplinaire, "Paifve dispose d'équipes spécialisées *ad hoc*." (p. 49), qu'un "plan de traitement individuel existe déjà (pour) tout détenu qui a fait l'objet d'une décision d'internement" (*ibidem*), qu'en ce qui concerne une permanence infirmière de nuit, "des moyens budgétaires sont recherchés pour pouvoir concrétiser ce projet" (*ibidem*), "(qu') il n'existe pas de difficultés majeures en ce qui concerne "les mécanismes de coordination entre les membres de l'équipe de soins " et "les lignes hiérarchiques" (*ibidem*), qu'en effet "tout patient qui fait l'objet d'une prescription médicamenteuse obtenue par téléphone (est) examiné dès que possible par un médecin" (*ibidem*).

Enfin, quant à la recommandation selon laquelle il faut "s'assurer que la distribution des médicaments soit faite par du personnel de santé" et que "en cas d'impossibilité, une liste de médicaments devant être distribués, en toutes circonstances, par le personnel de santé (...) devrait être établie", le gouvernement objecte "(qu') il s'agit d'un faux problème" (p. 31). Et il explique que "les préparations et médicaments sont préparés par du personnel médical et/ou infirmier, à l'abri des regards. La distribution se fait par des réglettes scellées qui rendent l'identification des médicaments et des dosages impossibles. Le secret médical ne peut donc être compromis. Les médicaments prescrits par un médecin peuvent être distribués par un surveillant, conformément à la Circulaire ministérielle n°1796 du 27 mars 2007 puisque ceux-ci sont remis dans un pilulier nominatif fermé.

¹⁹ [Voir sur le site du CPT, document CPT/Inf \(2018\) 23.](#)

L'agent n'est responsable ni du contenu du pilulier qui a été préparé par un pharmacien externe ou un infirmier interne, ni de la prise des médicaments par le détenu. Les agents ne reçoivent aucune information concernant les médicaments que doivent prendre les détenus. Seuls les médicaments qui doivent être pris sous surveillance sont distribués par l'infirmier ou doivent être pris à l'infirmierie" (*ibidem*).

E. LES RAPPORTS DE LA COMMISSION DE SURVEILLANCE DE PAIFVE

12. Le dernier rapport annuel publié par la CdS, soit celui établi en novembre 2016²⁰, identifie une série importante de déficits (absence de continuité des soins, insuffisance marquée du nombre de psychiatres soins comparé à un établissement psychiatrique conventionnel, des pavillons où coexistent différentes pathologies, parfois lourdes et peu compatibles entre elles, un manque de contacts des psychiatres, psychologues et des assistants sociaux avec les familles, etc.) et met en évidence deux problèmes considérés comme prioritaires. Il s'agit d'une part du manque flagrant de personnel spécialisé et un cadre de vie à améliorer grandement (p. 8).

D'autre part, à intervalles réguliers, de mois en mois, la CdS n'a eu cesse d'interpeller le CCSP en particulier mais également la Commission Justice du Parlement et plus récemment, le nouveau directeur du service santé de la DG EPI²¹, quant au déficit grave en personnel de soin, combiné à un absentéisme important, au manque de projets de réinsertion et à la dégradation du cadre de travail du personnel sans compter le cadre de vie des patients.

Les recommandations formulées par la CdS dans l'attente de la construction du futur CPL à Paifve et afin d'éviter que les conditions de vie des internés autant que les conditions de travail du personnel ne se dégradent irrémédiablement, sont toujours d'actualité : prise "de toutes les mesures nécessaires pour améliorer les infrastructures actuelles" ; révision de "l'organigramme nettement insuffisant en personnel médical et paramédical ; prise de "mesures pour diminuer l'absentéisme médical des surveillants".

²⁰ Rapport disponible via le site <https://www.cds-cvt.be/fr/commissions>, soit le site reprenant les rapports établis par les différentes CdS du pays avant la réforme mise en application début 2019.

²¹ Voir le contenu intégral du courrier adressé le 8 avril 2019 par le Dr Patrick Loodts, Président de la CdS de Paifve à Monsieur Werner Van Hout, Conseiller Général (DG EPI), service Santé.

II. UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

A. LES CONDITIONS DE SEJOUR ET REGIME

13. L'EDS de Paifve a une capacité de 208 places. Sa population s'élevait le 5 mars à 193 patients dont deux exécutant leur peine sous surveillance électronique et un en détention limitée. En vertu d'un accord avec l'administration centrale, 5 lits doivent rester disponibles pour accueillir des patients en urgence. Les patients sont répartis dans deux pavillons différents, soit un pavillon cellulaire (PCE) et un pavillon communautaire (PCO).



Le pavillon cellulaire (PCE) est composé de 2 ailes comptant 73 chambres individuelles, 6 cellules d'isolement et 4 cellules dites « de punition » ou « cachots »²² réparties sur deux niveaux. Un régime fermé évolutif (entre le rez-de-chaussée et le 1er étage) y est d'application.

Le rez-de-chaussée héberge les patients aux pathologies les plus lourdes, incompatibles avec la vie en communauté. Mis à part les sorties au préau à raison de deux fois par jour pendant une heure et la douche, les patients sortent très peu de leur cellule. Ces sorties dépendent de la décision du personnel de surveillance (lors de la visite un patient s'est plaint du fait que le personnel ne l'autorisait pas à sortir au préau durant une demi-heure, ce qui paraissait néanmoins possible au vu de l'effectif présent).

²² A noter que ces appellations purement carcérales sont considérées comme choquantes et totalement inappropriées par les experts assistant la délégation.



Au premier étage, les patients bénéficient davantage de sorties au sein de leur section où une salle commune leur a d'ailleurs été aménagée (vélo d'appartement, baby-foot, fauteuils). La délégation n'a cependant pas été amenée à constater quelque activité ou déambulation que ce soit dans le chef des patients du premier étage de ces deux ailes. Les experts-psychiatres de la délégation ont été étonnés du calme et du silence qu'il y régnait, alors qu'il s'agit de l'unité supposée regrouper des patients ne pouvant vivre en communauté.

Le pavillon communautaire (PCO) est composé trois ailes comptant 112 chambres, 5 cellules d'isolement et 4 cellules dites « de punition » ou « cachots »²³ réparties sur deux niveaux où un régime de 'portes ouvertes' est pratiqué durant la majeure partie de la journée.

Au sein de ce pavillon, les patients sont libres de circuler dans leur section pendant la majeure partie de la journée (de 7h à 12h et de 14h30 à 21h) et les sorties au préau sont libres. Le personnel de surveillance est peu nombreux et semble se comporter de manière tout à fait bienveillante. Ainsi, en fin d'après-midi, alors qu'il se trouvaient en nombre dans le local qui leur est réservé, les agents pénitentiaires allaient au contact des patients. La délégation a aussi pu constater qu'il régnait une ambiance plus animée au sein de ces sections où plantes, décorations, fauteuils, tables et chaises meublent les espaces communs et y confèrent de la vie.



14. Plus de la moitié des patients exercent un travail au sein de l'EDS : ménage, buanderie, cuisine, entretien extérieur.

Des cours de promotion sociale et des formations sont également dispensés tels que : les techniques de nettoyage, l'horticulture (du printemps à l'automne), la formation amont-aval (préparation à la réinsertion) ainsi que le dessin et la sculpture. Des activités récréatives sont organisées par les éducateurs, des services externes ainsi que du sport en collaboration avec des membres du personnel de surveillance. De l'hippothérapie ainsi que de l'hortithérapie sont également pratiqués à certains moments de l'année. Les patients autant que les professionnels regrettent toutefois que les procédures d'approbation des budgets consacrés à ces activités aient chaque année comme conséquence de suspendre les activités dépendantes desdits budgets de janvier à mars en plus des périodes de vacances scolaires où ces activités sont systématiquement suspendues. Il est par ailleurs souvent difficile de mobiliser les patients ce qui induit un faible taux de participation aux activités d'une part, et des problématiques de santé telles que le surpoids de nombre de patients d'autre part.

²³ Même commentaire qu'à la note 21 ci-avant.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le CCSP recommande d'envisager de revaloriser le travail afin d'en faire un réel outil de resocialisation. Le CCSP recommande par ailleurs que l'ensemble des activités et formations organisées le soit sur une base continue durant toute l'année afin que la motivation des participants soit stimulée et maintenue de manière constante.

15. Les patients internés à Paifve reçoivent très peu de **visites**. La salle de visite est pourtant bien aménagée, elle comporte un coin enfants bien équipé et les visiteurs peuvent se restaurer et commander des boissons à un comptoir tenu par du personnel pénitentiaire. L'EDS est cependant isolé et difficilement accessible en transports en commun.

La question se pose de savoir si une implication plus active de leur part dans le cadre des soins (voir ci-après, § 26) ne pourrait pas contribuer à ce que davantage de familles viennent plus régulièrement à la visite.

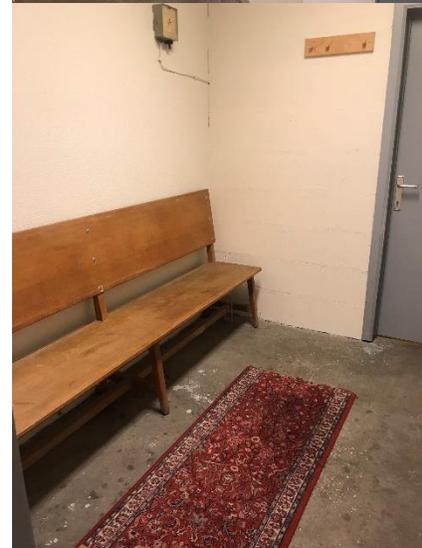
16. En matière de sanctions disciplinaires, la délégation a pu constater que celles-ci étaient peu nombreuses (17 sur le mois de décembre 2019, 7 sur le mois de janvier 2020, 11 sur le mois de février 2020). Il semble par ailleurs que le psychiatre de l'équipe des soins soit consulté afin d'éclairer l'équipe en charge du régime sur la pertinence de prononcer une sanction à l'égard d'un patient compte tenu de la pathologie dont il souffre. En effet, considérés par la justice pénale comme irresponsables de leurs actes, les patients internés en EDS restent pourtant soumis au régime disciplinaire à l'égard duquel, ils sont considérés, non sans une certaine incohérence, comme étant responsables de leurs manquements au règlement d'ordre intérieur de l'établissement. Le registre disponible au greffe ne permet cependant pas de vérifier si, outre les cas repris au registre général, d'autres procédures disciplinaires ont été diligentées mais qu'aucune sanction n'a été prononcée compte tenu de l'état mental du patient concerné.

Afin de permettre pareille vérification, le CCSP recommande de compléter le registre des sanctions pour permettre à chaque fois de noter la teneur de l'avis du psychiatre quant à l'application éventuelle d'une sanction disciplinaire.

17. Deux situations particulièrement problématiques ont été relevées par la délégation et méritent, en dépit de l'objet spécifique de la visite, de faire l'objet d'une analyse plus spécifique, soit d'une part la pratique des fouilles à nu²⁴ et d'autre part, la mise à l'isolement dès l'arrivée au sein de l'établissement.

18. Au sujet des fouilles à nu, Il est apparu à la délégation que, contrairement aux dispositions légales applicables, l'EDS de Paifve organise des fouilles au corps systématiques. En effet, après consultation du registre des fouilles au greffe de l'établissement, la délégation a pu constater que les décisions individuelles de fouille au corps sont préremplies dès qu'il est prévu qu'un patient effectue une sortie ; qu'il est fait recours à deux motivations-types²⁵ (telles que libellées ci-dessous) ; que la décision est également signée par anticipation et que la délégation a pu constater que faute de signature du directeur, certaines décisions étaient paraphées et cachetées par le greffe au nom de la direction ; et pourtant, toutes les fouilles au corps réalisées en 2020 se sont avérées infructueuses aucune n'ayant donné lieu à la découverte d'objets ou de substances illicites cachés.

Au surplus, les conditions dans lesquelles la délégation a constaté que les fouilles sont réalisées, sont de nature à porter atteinte à la dignité des personnes détenues qui les subissent. Les fouilles sont réalisées à l'entrée de l'établissement, dans un petit local froid, sans chauffage (même d'appoint), uniquement pourvu d'un petit tapis au sol, d'un banc et d'un porte manteau. Au moment de la visite de la délégation, seule une boîte de gants en plastique était disponible sur une étagère. L'agent de surveillance en poste n'a pas été en mesure de nous indiquer où se trouvait le stock de serviettes de bain (ni s'il y avait un) destiné, en principe, à permettre à la personne de masquer partiellement sa nudité durant la fouille. Des propos recueillis auprès des patients, ces serviettes de bain ne seraient pas systématiquement fournies et il serait demandé à certains d'effectuer des genuflexions ou d'adopter des postures humiliantes et ce de manière totalement arbitraire et illégale.



²⁴ Sur ce sujet, voir l'enquête très documentée publiée en 2019 par le Collège des Médiateurs fédéraux (« Fouilles à nu. L'équilibre entre la sécurité des prisons et la dignité des détenus »), disponible via www.mediateurfederal.be

²⁵ Soit « (...) Vu que le comportement global de l'intéressé au sein de l'établissement a fait l'objet de plusieurs constatations spécifiques, même si celles-ci n'ont pas abouti à une mesure disciplinaire, Vu que le fait d'avoir été librement en contact extra-muros pendant un laps de temps assez important lui permet de s'être orienté vers l'acheminement d'objets ou substances interdites au sein de l'établissement, (...) »

Soit « (...) Vu que l'intéressé est atteint d'une pathologie ou d'un trouble de la personnalité qui constitue potentiellement un danger lors de sa rentrée de son séjour extra-muros, (...) »

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le CCSP recommande que les fouilles à nu soient réalisées conformément au prescrit de l'article 108 de la loi de principes du 12 janvier 2005 ainsi qu'à la lettre collective n°126 du 30 janvier 2014, c'est à dire :

- **La décision d'ordonner la fouille au corps d'un patient doit être prise individuellement et doit reposer sur des indices individualisés (particuliers et propres au patient) démontrant que la fouille des vêtements ne suffit pas à vérifier s'il se trouve en possession d'objets interdits ou dangereux ;**
- **La décision doit être prise par le directeur de l'établissement.**
- **Que les fouilles à nu soient réalisées dans des conditions conformes à la dignité humaine et qu'elles ne comportent aucun caractère vexatoire : soit dans un local où le patient peut se déshabiller derrière un paravent ou dans un vestiaire, qu'il reçoive une serviette pour dissimuler partiellement sa nudité durant la fouille ou que la fouille se déroule par étapes afin de permettre au patient de ne jamais être totalement dénudé, qu'aucun mouvement ou posture de nature à provoquer l'humiliation du patient ne lui soit ordonné par le personnel en charge de la fouille (fléchir les jambes, tousser, etc.).**

19. Renseignements pris auprès des différents services (greffe, membres de l'équipe soins, direction), il a été indiqué à la délégation que lorsqu'un patient arrive à l'EDS, alors même que son arrivée est généralement connue et annoncée au préalable, il est placé à l'isolement pendant une durée pouvant aller de 24 heures jusqu'à 5 jours, dans l'attente qu'un psychiatre puisse le voir et confirmer sa mise en cellule.

Le fait que plusieurs psychiatres indépendants travaillent à temps partiel au sein de l'EDS a pour effet de faire courir des délais parfois assez longs entre leurs passages respectifs. Il a toutefois été précisé à la délégation qu'à défaut du passage du « psychiatre-expert » durant plusieurs jours, les patients entrants étaient alors vus par le « psychiatre soins » ou un médecin généraliste.

Cette période d'observation s'effectue dans une des cellules de punition du pavillon cellulaire (PCE), soit – *comme en attestent les photos prises par la délégation* - dans un espace nu, sur un matelas parfois souillé (sans que des draps et couvertures soient apparemment toujours fournis) au sol ou posé sur un bloc de béton fixe, disposant d'un point d'eau et d'un wc fixes, sans contact avec les autres patients durant cette période d'isolement. En outre, il s'avère que durant cette période d'isolement à l'arrivée, aucun système de surveillance en bonne et due forme ne permette à l'équipe soins de surveiller le patient de manière appropriée, hormis le passage de l'agent de surveillance avec les repas, pour la douche ou le préau (individuel) et le passage durant la semaine d'un membre de l'équipe infirmier et/ou du médecin généraliste. La délégation juge inadmissible et totalement contraire à toute démarche de soin que des observations soient réalisées dans de telles conditions matérielles alors même qu'il n'y a pas réellement d'observation en tant que telle, pas de personnel qualifié pour le faire et pas de situation permettant une observation.



Au regard des constats faits sur place par la délégation, le CCSP recommande que :

- **Un espace dédié à l'accueil de nouveaux arrivants, adapté au niveau matériel à une démarche de soin et clairement distinct de la cellule d'isolement soit créé ;**
- **Les patients entrants soient vus dans les 24h de leur arrivée par un psychiatre ;**
- **Les psychiatres soient avertis en avance de l'arrivée des patients de manière à pouvoir planifier leur passage à l'EDS en fonction des arrivées prévues ;**
- **Une durée d'observation soit établie et respectée et que celle-ci soit notifiée clairement au patient ;**
- **Durant ce laps de temps d'observation, des rencontres régulières et prévisibles soient prévues avec le personnel qualifié pour réaliser l'observation et en effectuer l'évaluation ;**
- **Une évaluation pluridisciplinaire de l'intégration aux autres locaux soit prévue avec une documentation dans le dossier individuel du patient ;**
- **Des rencontres avec un médecin ou un autre responsable soient organisées à l'avance, et qu'il soit prévu que la décision de quitter ce lieu soit notifiée au patient à cette occasion.**

B. LE PERSONNEL DE SURVEILLANCE

20. Ce point traitera uniquement du personnel de surveillance. Il est renvoyé au §§ 30 et sv. en ce qui concerne le personnel du service psychosocial (SPS), l'équipe soins et l'équipe paramédicale.

L'absentéisme pour raisons médicales du personnel de surveillance à l'EDS de Paifve est chronique. Le problème semble structurel tant le découragement et l'épuisement sont importants. Interrogée à ce sujet la direction a précisé qu'en 2019, pour le personnel de surveillance et le personnel technique, la moyenne par jour était de 25 % d'absences pour maladies et accidents de travail alors qu'il était de l'ordre de 16,5% pour le personnel administratif, le SPS et le personnel de soins.

Ce taux d'absentéisme important a des conséquences sur les activités normales telles que les préaux, les douches, les visites, les rendez-vous médicaux, les activités sur l'aile qui ne peuvent pas avoir lieu conformément à ce qui est prévu faute de personnel suffisant pour assurer les mouvements en toute sécurité. Les activités thérapeutiques et les formations dispensées par des services externes subissent les mêmes effets de discontinuité et de suspension au gré de l'insuffisance de personnel au travail ce qui est loin d'être favorable à l'implication dans patients dans ces activités.

Les mouvements de grève réguliers auxquels participe massivement le personnel de surveillance ont par ailleurs des effets similaires privant ainsi régulièrement les patients d'un régime normal et minimum.

Faisant écho aux recommandations formulées par le CPT à l'occasion de son rapport 2017¹, le CCSP recommande que :

- **Les mesures nécessaires soient prises pour réduire autant que possible les effets de l'absentéisme chronique du personnel de surveillance afin de ne pas mettre à mal l'accès des patients internés aux services et soins de base dans les établissements pénitentiaires;**
- **Un soutien psychosocial, professionnel et anonyme soit fourni aux membres du personnel de surveillance afin d'être dûment accompagnés et soutenus dans l'exercice de leur fonction dans un environnement tel que celui de l'EDS de Paifve ;**
- **Une réflexion globale soit menée autour des questions de bien-être au travail au sein de l'EDS de Paifve et ce en concertation avec l'ensemble des membres du personnel, toutes disciplines confondues.**

21. La délégation a pu constater que les rapports entretenus par le personnel de surveillance et les patients étaient tout à fait polis, corrects et cadrants, leur mode de communication étant généralement sur le mode de l'ordre. Ils semblent par ailleurs faire preuve de prudence par peur du risque de blessure corporelle. Ils se regroupent souvent ensemble dans leurs locaux.

Du point de vue des patients avec lesquels la délégation s'est entretenue, des reproches de maltraitance verbale, de provocation ou de moqueries sont adressés à certains agents.

Ni formation spécifique, ni sensibilisation interne ne sont dispensées de sorte que les agents sont informés "sur le tas" par d'autres agents, sans aucune compétence en psychopathologie, ni prise de conscience de ce que cela peut avoir un effet sur le comportement des patients sous leur garde.

Du point de vue de la communication avec l'équipe soins, une réunion par mois est organisée entre agents et infirmiers. En dehors de ces circonstances, toute communication avec les soignants semble passer par le chef de quartier.

Faisant écho aux recommandations formulées par la CPT à l'occasion de son rapport 2017¹, le CCSP recommande que :

- **Des mesures soient prises afin que le SPF Justice, de concert avec le SPF Santé publique, adapte un cahier des charges spécifique pour la fonction d'agent pénitentiaire affecté à l'EDS, et dispense systématiquement à ces agents une formation de base au travail en milieu psychiatrique ;**
- **Il soit clairement et régulièrement instruit au personnel pénitentiaire travaillant au contact des personnes internées à l'EDS de Paifve qu'aucune forme de mauvais traitements, qu'ils soient de nature physique ou verbale, à l'encontre de patients internés ne sera tolérée. Tout membre des équipes de soins ou du personnel de surveillance ayant connaissance de ce type d'agissement doit le signaler, et pouvoir le signaler, par les voies appropriées.**

III. UN ETABLISSEMENT DE SOINS

A. LES CONDITIONS DE SEJOUR ET REGIME

22. La façon de concevoir le séjour à Paifve consiste en un passage d'une unité à l'autre, conçu comme favorisant l'intégration ou l'amélioration des relations d'un individu à un groupe. En lieu et place d'une conception médicale, nous trouvons une conception dite évolutive, purement comportementale, ou plus précisément encore, disciplinaire. L'évolution idéale semble être celle qui voit un patient passer de l'isolement qui est la norme à l'arrivée, vers une liberté d'aller et venir de plus en plus grande, dans des espaces partagés avec d'autres.

Or cette évolution ne tient pas compte des réactions individuelles liées à la maladie mentale dont souffrent certains patients. A titre d'exemple, plusieurs patients isolés au PCE sont des paranoïaques ne supportant pas la promiscuité sexuelle. Ce mode de progression du séjour a également tendance à renforcer le retrait de patients schizoïdes ou mélancoliformes, évoluant vers une forme de résignation ou d'abandon de soi. Ainsi, le passage d'un pavillon à l'autre ne devrait pas se faire uniquement sur le mode de la promotion ou de la sanction en fonction des manifestations comportementales. Ce passage devrait être intégré à un parcours individuel (intérieur) consistant à évaluer plus largement la capacité du patient à établir des liens sociaux, évaluer l'angoisse suscitée par la proximité ou l'isolement social et à questionner sa façon de se rapporter aux autres et à travailler la distance aux autres.

Les experts de la délégation considèrent à cet égard qu'il n'est pas réaliste d'espérer de cette façon une évolution favorable pour ces patients. Ils estiment en outre que la dimension médicale est relativement minimisée, déniée, ou même méconnue : là où une logique de soins et de traitement serait inévitablement appliquée à des patients qui se présenteraient dans un service d'urgence ou un service de psychiatrie, des patients ont été rencontrés en état de décompensation aiguë ou chronique, avec une médication qui semblait largement sous-dosée ou inappropriée. De manière générale, aucune médication excessive n'a pu être constatée ce qui semble indiquer une grande prudence concernant ce risque.

A cet égard, la question du traitement sous contrainte semble avoir été tranchée au profit du respect de la liberté du patient de consentir à un traitement. On voit ainsi que certains traitements de l'agitation (par exemple : DHB), très efficaces, semblent faire l'objet d'une interdiction à Paifve et ne pourraient être administrés faute de personnel et de compétences de surveillance suffisantes²⁶. A titre d'exemple, la délégation a pu rencontrer un des patients présentant un état d'allure maniaque et de l'agitation. Dans un service hospitalier bénéficiant d'une présence infirmière continue et d'un médecin rappelable, ce patient recevrait sans doute un traitement neuroleptique par voie intramusculaire, éventuellement sous contrainte si son état d'agitation pouvait aller jusqu'à l'épuisement ou l'automutilation menaçant son intégrité physique. A Paifve, vu l'absence de continuité au niveau de la surveillance infirmière, un tel traitement n'est pas envisageable.

Deux initiatives singulières méritent d'être relevées comme étant très favorables : celle d'un cours de dessin ainsi que celle d'un patient suivant des cours (pour obtenir son CEB) par correspondance.

²⁶ Notamment la prise de paramètres impossibles en l'absence d'infirmières, l'absence d'infirmières en soirée, la nuit et le week-end, les psychiatres uniquement rappelables mais sans obligation de déplacement en cas de nécessité, les électrocardiogrammes (ECG) rarement réalisés, les transferts en soins intensifs disponibles.

On peut toutefois regretter que ces initiatives soient trop ponctuelles et portées par la motivation initiale des patients au lieu de reposer sur une base structurelle.

Il y a donc très peu de considération d'un parcours individuel, tenant compte des particularités de chacun et aucun plan de traitement individuel n'est conçu sur cette base.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande que le régime purement évolutif et comportemental actuel évolue vers une façon plus holistique de penser la situation de chaque patient, tenant compte de sa personnalité, sa psychopathologie, son histoire de vie, son background familial, ses aspirations sociales et ce, dans un projet de soins ou un plan thérapeutique individualisé.

23. Il n'est pas évident de déterminer d'emblée quels sont les différents types de pathologies mentales qui composent la population internée de l'EDS de Paifve. Les réponses à ce sujet sont disparates et discordantes par rapport à la réalité. Ainsi, il a été indiqué à la délégation que 40% des patients seraient psychotiques, que de 5 à 10 % souffriraient de maladie mentale chronique tandis que 12 % seraient atteints de retards mentaux, de comportements anti-sociaux doublés de consommation de substances et de passages à l'acte. Beaucoup de patients souffriraient en outre de doubles voire de triples diagnostics.

Or, cette ventilation ne tient pas compte de la perversion, ni de la psychopathie, ni encore des formes de pathologies dont les manifestations sont moins bruyantes telles que la pathologie déficitaire et dépressive. Le handicap mental semble par ailleurs surestimé.

Les experts membres de la délégation relèvent à cet égard que peu d'efforts sont réalisés en vue de poser un diagnostic clair et de consigner celui-ci dans le dossier du patient. Au sujet des patients pour lesquels aucun espoir de sortie n'est envisageable et dont la place en défense sociale est à long terme, aucune vision socio-thérapeutique n'est matérialisée et les impératifs de gestion semblent l'emporter sur les impératifs thérapeutiques. Il n'y a pas de place pour un traitement de fond ayant du sens mais bien uniquement pour la gestion de l'agitation.

Réflexion d'un membre du personnel :

« Il y a le panier, le fond du panier et nous, à Paifve, on est encore en dessous ».

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande qu'un registre médicalisé permettant de réaliser un cadastre des pathologies psychiatriques rencontrées soit mis en place afin de pouvoir affiner les programmes de soins en fonction de celles-ci.

24. Il est manifeste que l'architecture et l'aménagement des espaces extérieurs de l'EDS n'a pas fait l'objet d'une réflexion visant le bien-être des patients.

Murs, miradors, terrains vagues et horizon sans aucun point d'accroche n'offrent aucune perspective, d'un point de vue littéral, comme d'un point de vue imagé. Un court séjour étant suffisant pour ressentir lourdement cette ambiance que les lieux suscitent devrait convaincre quiconque qu'il faut absolument repenser les lieux de vie de façon humaine, avec des unités plus petites, des espaces moins ouverts à une vision sans le moindre obstacle, et avec une présence de la nature. L'architecture est carcérale, pas hospitalière.



L'espace extérieur n'est actuellement pas utilisé. Il s'agit entre autres d'un champ de très grande étendue, visiblement labouré, mais il reste en friche, ce qui semblait normal pour la saison mais serait apparemment laissé ainsi toute l'année. La délégation a cependant noté l'utilisation d'une parcelle relativement restreinte pour la culture d'un jardin potager, initiative qui semble grandement appréciée. L'activité est soutenue par une bénévoles externe par intermittence au gré des saisons et de la disponibilité des budgets.



La morosité des lieux, que ce soient les unités, la partie administrative, le rappel dans le béton à l'accueil de la symbolique des barreaux, le fait que le bâtiment semble parfois laissé-pour-compte (étang de la cafétéria, friches aux alentours, ...) est évidemment lourd de sens, tant pour les résidents, que pour les visiteurs et le personnel.

Les couloirs, cages d'escaliers et les pièces communes du PCE étaient très propres, soignés, bien entretenus, avec un côté inanimé, sans décoration, ce qu'on peut comprendre d'un point de vue sécuritaire, mais qui doit être pénible à vivre au long terme pour les résidents. Soulignons aussi l'inhospitalité de la salle de séjour, qui ne comporte qu'un seul divan et qui paraissait non seulement surdimensionnée mais aussi bizarrement agencée par rapport au couloir, avec très peu de séparation visuelle.

La taille des bâtiments et des groupes en PCO amène une surstimulation massive ; il n'y a pas d'effet de pare-excitant. En effet, peu de dispositifs sont prévus pour réduire les stimulations réciproques, ce qui aboutit à une forme d'inquiétude ou de nervosité diffuse.

La délégation a aussi relevé qu'à l'arrivée, il est difficile de repérer quelles sont les spécificités des étages et des unités. Au niveau architectural, il est assez difficile de s'y retrouver dans la dénomination dans un premier temps, sorte d'indistinction, avec passage des patients de l'un à l'autre. Il semblerait y avoir plusieurs critères concernant les flux de patients, notamment liés à l'idée d'une « évolution » comportementale au cours du temps. Il ne semble pas que ce soient des critères cliniques ou thérapeutiques qui soient mobilisés. La délégation a relevé par exemple la présence de certains patients ayant pour certains énoncés des demandes de vie en couple ; ou au contraire, ne supportant pas la promiscuité du PCO. Il ne semble pas que ces demandes aient été interrogées en détail pour ces patients. La dimension de socialisation et d'adaptation à la vie en communauté ne semble pas avoir été discutée.



Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande :

- **De veiller à différencier davantage le régime applicable en ne limitant pas les options possibles entre d'une part, un régime cellulaire (PCE) et un régime communautaire (PCO) ;**
- **Prévoir des unités de plus petite taille pour permettre un travail de socialisation plus calme et plus serein ;**
- **Identifier les patients pour qui le projet thérapeutique a été un échec, à cause de la gravité de leur pathologie et leur permettre de vivre non pas dans une idée de resocialisation, mais dans une acceptation du besoin de protection (propre et sociétal), avec un milieu moins carcéral et plus confortable, déléguant des responsabilités ;**
- **Envisager un travail d'architecture d'intérieur à réaliser pour le confort visuel, en aménageant des espaces moins vides ;**
- **Promouvoir un travail d'architecture de jardin à réaliser pour rendre le milieu plus agréable, permettant d'accrocher le regard ;**
- **Veiller à l'aménagement des espaces de transit, pour permettre de pouvoir s'y installer (bancs, sièges).**

25. La durée d'enfermement à Paifve varie. Un patient y séjourne depuis 37 ans. Près de 25 % des patients y sont internés depuis plus de 10 ans alors qu'une majorité d'entre eux, soit 57%, y sont internés depuis moins de 5 ans.

L'articulation avec d'autres institutions de soins ou de défense sociale se fait en cercle restreint, avec un nombre réduit de partenaires, toujours identiques²⁷. Ce dispositif semble fragile car il repose sur le bon vouloir de chaque intervenant et principalement sur des liens interpersonnels. A titre d'exemple, les transferts avec Les Marronniers (Tournai) qui semblaient largement utiles dans des situations complexes, ne semblaient plus fonctionner récemment. Or, utilisées avec circonspection, ces pratiques d'échanges permettent dans une institution de pouvoir relancer une prise en charge avec un regard extérieur, d'une autre équipe expérimentée, et de permettre au patient de prendre un nouveau départ après des impasses. Les soignants à Paifve sont conscients de certains déficits de l'institution et perçoivent le transfert vers d'autres institutions comme une chance de progrès thérapeutique. Actuellement, lorsqu'ils aboutissent, ces transferts mettent plusieurs mois.

Une bonne pratique de collaboration est celle qui existe avec le CHR de Liège où une chambre peut être mise à disposition avec présence d'un membre du personnel de surveillance.

Malgré tout, il semblerait que le nombre de libérations à l'essai ait fortement augmenté (environ 50 par an) depuis la mise en place des Chambres de Protection Sociale (CPS) du tribunal d'application des peines (TAP)²⁸ ainsi que grâce aux liens développés avec les équipes mobiles²⁹. Suivant les responsables rencontrés par la délégation, ces équipes permettraient de suppléer à l'accompagnement de type psycho-social que les services pénitentiaires sont en mal de réaliser faute de personnel suffisant pour ce faire. Ainsi, les équipes mobiles constituent le lien entre le patient, l'EDS et le lieu d'hébergement futur et créent un véritable continuum dans la prise en charge du patient. Leur connaissance du réseau, les accompagnements qu'ils proposent aux patients lors d'entretiens, la remise en ordre des documents officiels, la restauration du lien avec les familles ainsi que le regard neuf et thérapeutique qu'ils apportent constituent, selon le psychologue coordinateur de l'équipe soins, de réels avantages qui favorisent les chances de sortie des patients.

Pour les experts psychiatres de la délégation, il semblait que les équipes avaient cependant des difficultés à pouvoir repérer la temporalité des patients rencontrés. La seule attente qui rythme le temps est celle des audiences de la Chambre de Protection Sociale dont ils relèvent. Il semble autrement difficile de pouvoir préciser qui est là depuis- et à plus forte raison pour- combien de temps, et avec quelle visée.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande :

- **Que le réseau fonctionnel de collaboration avec d'autres institutions de soins ou de défense sociale soit renforcé par le développement de liens structurels et/ou formels ;**
- **Que soit favorisé l'élargissement des possibilités de prises en charge en aval (tant en *low-risk* qu'en *high-risk*) ;**
- **Que les durées de transfert vers d'autres institutions de soins ou de défense sociale soient raccourcies ;**
- **Que l'impact des équipes mobiles soit évalué et quantifié, à l'aide de statistiques concernant les modifications de profil des patients.**

²⁷ Le Centre Psychiatrique Saint-Bernard (Manage), le Centre Neuro-Psychiatrique Saint-Martin (Dave), la Clinique de la Forêt de Soignes, Titeca, l'Hôpital Psychiatrique de Bertrix et ISoSL(Liège).

²⁸ La CPS de chacun des trois TAP (Bruxelles, Mons et Liège) siège à tour de rôle au sein de l'EDS.

²⁹ En particulier, les équipes mobiles d'[ESTIM Lq](#).

Aucune note anamnestique n'a été retrouvée dans les dossiers médicaux concernant la dimension familiale. Si une enquête sociale est réalisée, elle n'est pas intégrée à un dossier généralisé. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de réflexion formalisée ou théorisée sur l'implication de la famille. Seules les assistantes sociales de terrain semblent avoir des contacts avec les familles, lorsqu'elles prennent spontanément contact avec celles-ci. Une partie de ce travail est cependant délégué à l'extérieur, à titre d'exemple, aux assistants de justice des maisons de justice ou aux équipes mobiles.

Les lieux sont évidemment tout à fait inadéquats concernant le soutien de cette dimension : Paifve se trouve loin de la ville et les moyens de transports en commun sont peu nombreux.

Cette mission est évidemment particulièrement difficile vu le profil des patients, qui ont commis des faits de violence. De plus, certains d'entre eux sont très fortement isolés et n'ont plus de contacts familiaux du tout. Sans liens familiaux, les perspectives de réintégration sont presque illusoire, n'ayant pas de lieux à intégrer durant leurs sorties.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande que :

- **Des contacts familiaux systématiques, et répétés, soient organisés pour chaque patient ;**
- **Des notifications des informations concernant ces contacts ou le refus de contact soient consignées dans le dossier individuel du patient ;**
- **Faute de ressources suffisantes pour le faire en interne, des interactions avec les institutions travaillant avec les familles soient développées de manière structurelle et formelle.**

26. Une section du PCO composée de 20 patients psychotiques pour lesquels un projet de libération à l'essai est envisagé à court ou moyen terme, bénéficie par ailleurs de la mise en œuvre du projet « FUNAMBULE » financé par le SPF Santé publique depuis fin 2016. Initialement prévu pour 4 ans, ce projet prolongé de 2 ans, prend en charge l'engagement de 3 collaborateurs (1 psychologue, 1 ergothérapeute et 1 éducateurs) qui travaillent sous la direction du psychologue coordinateur de l'équipe soins de l'EDS. Le projet consiste à proposer aux patients des soins basés sur le collectif d'une part (chambres en trio, activités de groupe, valorisation des rôles sociaux sur la section, réunions et sorties en groupe, etc.) ainsi que sur l'individuel d'autre part (prise en charge psychologique, entretien, travail sur l'hygiène, etc.). La prise en charge proposée est non seulement axée sur la facilitation de la transition vers des institutions extérieures, le soutien à la réintégration dans la communauté mais aussi sur la continuité des soins. Le projet repose notamment sur le travail en réseau avec les institutions extérieures ainsi que sur le trajet de soins internés.

Ce projet pilote mettant en œuvre un véritable trajet de soin individualisé pour chaque patient avec un encadrement pluridisciplinaire et thérapeutique adapté et suffisant est l'exemple que la Direction de l'EDS et l'équipe soins de santé souhaiteraient voir appliquer section par section comme en attestent deux projets déposés durant l'été 2019 auprès de l'administration centrale d'une part et du Ministère de la Santé publique d'autre part, sans qu'aucune réponse ne leur soit parvenue jusqu'ici.

Le mise en exergue de ce projet par le Gouvernement belge dans le cadre du suivi des arrêts³⁰ de la Cour européenne doit donc être relativisée puisque ce projet est temporaire et qu'il ne concerne que 10% des patients internés à l'EDS de Paifve.

Faisant écho aux recommandations formulées par la CPT à l'occasion de son rapport 2017 ainsi qu'au regard des constats faits sur place par la délégation, le CCSP recommande que

- **Dans l'attente de la mise en œuvre du Masterplan et dans le prolongement du projet « FUNAMBULE », le SPF Santé publique s'implique davantage dans la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire à l'EDS de Paifve ;**
- **Le projet « FUNAMBULE » et les projets soumis dans la foulée par les équipes de Paifve au SPF Santé Publique ainsi qu'à la DG EPI soient utilisés comme modèles pour améliorer la prise en charge des patients notamment en termes d'encadrement thérapeutique et pluridisciplinaire adapté et suffisant.**

³⁰ Voir ci-avant, note 6.

B. LA SEPARATION DES FONCTIONS D'EXPERTISE ET DE SOINS

27. La prise en charge des personnes internées dans les sections psychiatriques des prisons, les sections ou établissements de défense sociale est régie par une Circulaire ministérielle n°1800 du 7 juin 2007³¹ formalisant la scission entre les équipes soignantes et l'équipe d'expertise chargée de remettre des avis dans le cadre des modalités d'exécution de la peine. Cette circulaire définit les principes généraux, la composition, la mission, la structure, le fonctionnement, les échanges d'informations entre l'équipe soignante et l'équipe d'expertise, la formation ainsi que la déontologie applicable aux équipes soignantes. Elle prévoit entre autres que les internés ont droit à des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre et adaptés à leurs besoins spécifiques (3. Principes généraux) ; à ce que les dispensateurs de soins (et le personnel de surveillance affectés à leur sécurité) soient spécifiquement formés de manière continue à leurs besoins (3. Principes généraux et 9. Formation et formation continue) ; à ce qu'un plan thérapeutique soit élaboré et à ce que celui-ci figure au dossier d'internement (7. Fonctionnement) ; et à ce que les tous les intervenants (membres de l'équipe soignante, direction, agents pénitentiaires, services externes, etc.) se concertent régulièrement (7. Fonctionnement).

En théorie, des équipes distinctes sont chargées, l'une des soins, l'autre de l'expertise et ce, en assurant une étanchéité entre les dossiers respectifs puisqu'il n'y a pas de secret partagé entre les deux équipes³². Or, en pratique, les uns ont besoin des autres et vice-versa pour assurer leur mission : l'expert doit savoir comment se passe en pratique le séjour et le quotidien de son patient, en recueillant une hétéro-anamnèse puisqu'il ne peut se fier uniquement aux dires du patient ; les soignants, pour préparer un projet de sortie, doivent savoir quelles sont les possibilités que l'expert va ouvrir ou fermer au patient en préparant son dossier pour la CPS.

Ainsi, dans le respect de certaines conditions principalement liées à l'objectivité des informations partagées et à l'accord écrit du patient, l'équipe soignante peut communiquer des informations confidentielles à l'équipe d'expertise.

En pratique, les experts de la délégation ont noté que les psychiatres communiquent quand même entre eux, contournant ainsi les règles par nécessité, en vue de tenter de préserver les droits du patient, mais sans pour autant que le bien-fondé du système de scission des équipes ne puisse être remis en question. Il arrive aussi régulièrement que ce soit le « psychiatre expert » qui voit les patients mis en observation à leur arrivée, que ce soit lui qui éclaire l'équipe en charge du régime sur l'opportunité ou la pertinence d'une sanction disciplinaire à l'égard d'un patient en fonction de la pathologie dont il souffre, ou encore qu'on l'appelle en cas d'urgence.

En parallèle, deux phénomènes ont été distingués : d'une part, l'inflation du nombre de réunions pour parler à la séparation de l'expertise et des soins, et d'autre part, la concentration d'informations par une ou deux personnes, qui passent un temps énorme à compiler les données et à préparer le dossier synthétique du patient.

Citations tirées des entretiens

« C'est nettement plus efficace à Tournai car les informations sont moins éclatées » ; « Paifve est une annexe plus criminologique, Tournai est dans les soins et le quotidien ».

³¹ La Circulaire ministérielle n°1800 du 7 juin 2017 est jointe en annexe au présent rapport en sa version intégrale.

³² Art. 8.1 « Principe », sous 8 « Echange d'informations entre l'équipe soignante et l'équipe d'expertise ».

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande

- **Qu'une réflexion soit menée sur l'articulation entre mission de soins et mission d'expertise, tenant compte de l'absence de secret professionnel partagé (principe 8.1 de la Circulaire ministérielle n° 1800), mais aussi des exceptions mises en évidence par cette même Circulaire.**
- **Qu'une concertation ait lieu entre institutions accueillant des internés en vue d'échanger sur les pratiques liées à cette interaction complexe entre soins et expertise (en effet, à de multiples reprises des membres des équipes nous ont indiqué qu'aux Marronniers (Tournai) en particulier, ces deux missions s'articulaient différemment).**

D'autre part, pour éviter les ambiguïtés actuelles dans la réalisation des deux missions, il apparaît qu'une extension de chacune des deux équipes est nécessaire, de sorte que l'expert n'ait plus à remplir de mission de soin, et que de réelles concertations et transmissions ciblées puissent avoir lieu.

Et sur ce point, il paraît approprié de structurer les modalités de transmission, c'est-à-dire de fixer des moments dédiés à cet effet, organiser le dossier de façon à y faire figurer clairement les consentements du patient et des données objectives pouvant être échangées, indiquer quels membres du personnel participent à cette mission (il ne semble pas judicieux que seule la direction fasse la synthèse de toutes ces informations).

C. LE DOSSIER MEDICAL

29. Les experts de la délégation ont, après avoir obtenu l'accord écrit des patients, pu consulter leur dossier médical. Il ressort de l'examen réalisé qu'un vrai dossier médical existe bel et bien mais que celui-ci est réduit à sa plus simple expression. En effet, le dossier contient extrêmement peu d'informations historiques, anamnestiques. Il semble par ailleurs très défensif. Il est notamment impossible à partir des dossiers consultés, de se faire une idée clinique de la situation psychopathologique antérieure et actuelle du patient. De même, aucune représentation du travail en cours ou des perspectives n'y sont formulées avec le patient. L'élément principal rythmant la prise en charge semble être la réunion de la CPS. Les experts de la délégation ont également noté un certain éparpillement des dossiers entre psychologue, infirmier et médecins. Ce morcellement semblant devoir être compensé par des contacts téléphoniques et des réunions de synthèse dépendant principalement d'interactions au sein du personnel.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande que :

- Conformément à la Circulaire n°1800 (7.2. Constitution d'un dossier d'internement), un dossier détaillé soit constitué pour chaque patient et qu'un plan thérapeutique soit élaboré sur base d'une évaluation interdisciplinaire déterminant les possibilités dont le patient dispose ;
- Une note de synthèse détaillant le parcours historique du patient soit mise en place, dans chaque dossier individuel ;
- Les perspectives fassent l'objet d'une synthèse pluridisciplinaire, régulièrement revues ;
- Les statistiques des patients soient régulièrement mises à jour et revues, que ce soit au niveau des durées de séjour, des réintégrations, des projets aboutissant ou pas ;
- Les nombreuses informations collectées de façon éclatées, soient partagées au travers d'un dossier commun, pour permettre une réelle élaboration de projet ;
- Ces divers éléments soient discutés et partagés avec les patients, afin de permettre une mise en perspective des évolutions, obstacles, démarches à effectuer, temps nécessaire pour les faire aboutir.

D. L'IMPOSSIBLE EXERCICE DE LA MISSION DE SOINS

30. **Le Masterplan Internement** prévoit qu'un Centre de Psychiatrie Légale (CPL) ouvre ses portes en 2022 sur un terrain voisin de l'actuel établissement pénitentiaire (voir ci-avant, § 7). Il est également question depuis quelques années d'un transfert de la santé pénitentiaire du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé publique. Cependant, mis à part le projet « FUNAMBULE », tant que le CPL n'est pas construit, il ne semble pas que la Santé publique soit favorable à investir davantage.

Or, ces projets tardent à voir le jour et dans l'intervalle, le cri d'alarme poussé en novembre 2016 déjà par la Commission de Surveillance dans son rapport annuel (voir ci-avant, § 12), semble se matérialiser : « *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.* »

A ce jour, l'EDS de Paifve subit et subira encore davantage très prochainement un grave déficit en personnel soignant.

L'équipe psycho-sociale n'est actuellement composée que d'un seul psychiatre (indépendant) qui preste 24 heures par semaine. Toute la charge de l'expertise concernant l'octroi de modalités d'exécution de la mesure d'internement repose sur les épaules de ce seul psychiatre, très engagé certes mais dont le caractère indispensable met en péril la continuité dans le traitement des dossiers par le service psycho-social de l'établissement.

31. L'équipe médicale, à la tête de laquelle il n'y a pas de direction médicale, n'est actuellement composée que de 3 psychiatres (indépendants) prestant un total de 46 heures par semaine, de 2 médecins généralistes présents à tour de rôle tous les jours de la semaine et de 9 infirmiers dont 1 intérimaire représentant ensemble 7,85 équivalents temps plein, pour 193 patients.

En l'absence d'un directeur médical, il n'y a aucune concertation hiérarchisée entre médecins, ni aucune mise au point d'un plan de soins ou d'un projet de service médical.

Alors que la discipline est placée comme valeur centrale partout dans l'établissement pour les patients, les médecins, eux, restent libres de venir quand bon leur semble, ce qui dans certains cas, désorganise les soins eux-mêmes, ou augmente l'inconfort des patients (par exemple lors de leurs séjours de quelques jours en isolement à l'arrivée). En conséquence, les heures disponibles ne sont pas prestées, sans être non plus disponibles et évidemment pas attribuables à d'autres postes.

Il ressort par ailleurs que les psychiatres indépendants ne seraient pas liés à un nombre d'heures fixes de prestation³³ de sorte qu'ils prestent souvent moins d'heures que ce qui est annoncé ci-dessus.

En outre, ils ne seraient pas payés au même tarif horaire qu'en milieu hospitalier ou en privé et ils seraient très régulièrement payés avec plusieurs mois (3 en moyenne) de retard.

L'équipe médicale psychiatrique étant en sous-nombre au regard du nombre de patients à suivre, ils doivent souvent se contenter de suivre les cas les plus difficiles et/ou les urgences de sorte que la charge de travail est déplacée sur le personnel infirmier, lui aussi en sous-nombre. Enfin, 2 des 3 psychiatres qui exercent actuellement à Paifve cessent leurs activités à dater de l'été 2020, sans que jusqu'ici aucune piste de remplacement concrète n'ait été annoncée par l'administration. Les conditions très peu attractives dans lesquelles les psychiatres sont amenés à exercer leurs fonctions actuellement au sein de l'EDS de Paifve ne contribuent assurément pas à attirer les prétendants outre la rareté des psychiatres disponibles sur le marché de l'emploi.

A noter que non seulement l'équipe médicale est déficitaire au regard du nombre de patients (193) mais également que certaines spécialités ne sont tout simplement pas exercées au sein de l'établissement telles que la dentisterie, la dermatologie, l'ophtalmologie, l'orthopédie, etc. Un tabacologue et un endocrinologue ne viennent qu'une fois par semaine.

En ce qui concerne les infirmiers, ils ne sont uniquement présents en journée, jusqu'à 17h. Des raisons organisationnelles sont avancées pour expliquer l'absence d'infirmières durant la nuit et le week-end.

Cela a des conséquences sur les soins administrables ou pas (injection dépôt, surveillance des tensions) et crée en fait une relative discontinuité des soins. Seule la cheffe infirmière assure une garde volontaire par téléphone et si nécessaire sur place. En l'absence de personnel infirmier la nuit et le week-end, il revient au personnel de surveillance d'assurer la première ligne. Or, il apparaît que devant le refus de certains médecins généralistes de garde de se déplacer jusqu'à Paifve, il ne soit pas rare que le personnel soit contraint d'appeler les services d'urgences et de faire venir l'ambulance jusqu'à l'EDS.

³³ A noter que les contrats des psychiatres indépendants n'ont pas été communiqués à la délégation ni par la direction locale ni par l'administration centrale malgré les demandes adressées en ce sens par celle-ci.

En conséquence, les experts de la délégation constatent un très faible accès aux soins, accès qui est en outre indirect puisqu'il transite par le personnel de surveillance.

32. L'équipe paramédicale est quant à elle composée de 3 psychologues dont un coordinateur, de 9 éducateurs représentant ensemble 8,4 équivalents temps plein, d'un logopède, de 3 kinésithérapeutes (prestant ensemble 200 heures par mois), de 2 assistantes sociales représentant 1,75 équivalents temps plein et d'un ergothérapeute. Il n'y a ni infirmier hygiéniste, ni de médecin hygiéniste par ailleurs.

Le projet « FUNAMBULE » compte quant à lui 1 psychologue à mi-temps, 2 infirmiers, 1 éducateur et 1 ergothérapeute, pour 20 patients.

Par référence aux normes d'encadrement fixées par la SPF Santé publique et auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre³⁴, il apparaît qu'un renforcement conséquent du personnel médical et paramédical est tout à fait indispensable.

Au regard des constats faits sur place par la délégation, le Conseil Central recommande que :

- **Conformément à la Circulaire n°1800 (6. Structure), une direction médicale assurée par un psychiatre détermine les activités thérapeutiques et dirige le fonctionnement de l'équipe soignante locale ;**
- **Les médecins presentent l'ensemble des heures pour lesquelles ils sont engagés et annoncent de manière prévisibles leurs horaires de prestation ;**
- **Un vrai pôle médical avec plusieurs spécialités, avec des concertations pluridisciplinaires soit développé ;**
- **L'équipe médicale soit étoffée dans des ratios patients / personnel soignant équivalents à ceux prévus par les normes d'encadrement fixées par le SPF Santé Publiques (visées ci-dessous à la note 34) ;**
- **Le personnel infirmier travaille en flux continu de manière à assurer la continuité des soins ;**
- **Une garde médicale soit assurée.**

³⁴ Voir l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre ; voir en particulier les normes d'organisation détaillées aux annexes 11 (« Normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation – index SP », soit visant notamment les patients atteints d'affections psycho-gériatriques – introduites par l'AR du 13 novembre 1995 – MB 13 janvier 1996), annexe 18 (« Normes spéciales s'adressant aux services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes – index A »), annexe 21 (« Normes spéciales s'adressant au service de traitement intensif des patients psychiatriques – index IB » - introduites par l'AR du 10 mars 2008 – MB 26 juin 2008).

IV. OBSERVATIONS DES AUTORITES COMPETENTES

33. Le règlement d'ordre intérieur du CCSP prévoit (art.45), en ce qui concerne les rapports de visite, qu'un avant-projet de rapport est communiqué à l'attention de la direction concernée et à l'administration centrale dont les commentaires sont attendus dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai d'un mois. Et c'est ainsi que le 30 juillet 2020, l'avant-projet de rapport a été transmis pour observation aux Ministres de la Justice et de la Santé publique, au Directeur général de l'Administration pénitentiaire ainsi qu'au Directeur de l'EDS de Paifve.

Les éléments de réponse du CCSP à ces observations sont, le cas échéant, insérés sous les observations concernées, en italique et en couleur.

34. Le 3 septembre 2020, **le cabinet de la ministre de la Santé publique** a communiqué les observations suivantes :

« A la lecture du rapport concernant la visite de l'EDS de Paifve, nous nous permettons de souligner que l'indication reprise à la troisième page ("*l'établissement et les soins qui y sont prodigués relèvent tant de la compétence du SPF Justice que de celle du SPF Santé Publique*") n'est pas juste : en effet, cet établissement est spécifiquement sous la compétence du SPF Justice pour son organisation, son infrastructure et les soins qui y sont assurés. Il s'agit d'un établissement lié à la DG EPI.

Cependant, le SPF Santé Publique a pu constater les besoins en soins pour les internés s'y trouvant : le financement de trois agents dans le cadre d'un projet de soins a pu être effectué, ce financement ayant été prolongé de deux ans. Le contexte actuel ne nous permet malheureusement pas une participation plus importante à l'étoffage de l'encadrement thérapeutique et pluridisciplinaire, et ce, en l'état.

D'ici quelques années, l'EDS de Paifve devrait laisser la place à un centre psychiatrique médico-légal de 250 places, correspondant aux normes d'encadrement pour les soins à celles de l'HPS de Tournai, du FPC d'Anvers ou de celui de Gand. A ce stade, nous ne sommes pas dans la capacité de vous informer d'un échéancier prévu pour les travaux de construction.

Nous n'avons pas de remarque pour le reste de votre rapport que nous avons lu avec attention et qui porte plus spécifiquement sur vos observations, constatations et recommandations.

S'il est vrai que l'EDS de Paifve relève toujours, pour son organisation, son infrastructure et les soins qui y sont assurés, du SPF Justice, son avenir est lié aux développements du « Plan Stratégique de Réforme des Soins de Santé pénitentiaire » mis au point sous la houlette de la Conférence interministérielle Santé publique elle-même mise sur pied par le SPF Santé publique. En témoigne en particulier le fait que dans sa réponse du 19 mars 2020 adressée au Comité des ministres du Conseil de l'Europe, en charge du suivi de l'exécution des arrêts de la Cour européenne³⁵, le gouvernement belge a communiqué une note circonstanciée relative notamment à l'« amélioration de la situation des soins de santé en prison, en particulier au bénéfice des internés s'y trouvant encore, notamment en finalisant la réforme annoncée à ce sujet » qui développe les projets mis en place sous l'égide de la Santé publique et discutés au sein de la Conférence interministérielle dont question ci-dessus.

³⁵ Voir ci-avant, par. 7 et note 7.

Cela étant précisé, il ne fait guère de doute que la complexité des répartitions de compétences entre autorités fédérales et fédérées ne facilite guère les avancées tant attendues par les internés et ceux qui les ont en charge. Et c'est sans doute cette même complexité encore qui empêche hélas d'avoir accès à un échéancier quant aux travaux de construction envisagés. Or, il apparaît clairement que c'est finalement sous l'impulsion de la Cour européenne et de son arrêt pilote W. D. c. Belgique du 6 septembre 2018 que des premiers projets concrets quant à l'encadrement des internés ont été pris dans le respect d'un échéancier strict fixé par la Cour³⁶.

35. Ensuite, le 10 septembre 2020, **le Directeur général de la DG EPI** a fait parvenir les observations suivantes, reprises intégralement ci-dessous.

« Monsieur le Président, J'ai bien reçu l'avant-projet de rapport de visite relatif à la visite ad hoc du CCSP à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve les 5 et 6 mars 2020 que j'ai lu avec attention.

Je tiens avant tout à réaffirmer que la matière de l'internement est un dossier qui me tient particulièrement à cœur. Il est en effet impératif de sortir le maximum d'internés du cadre pénitentiaire afin de les héberger dans de véritables établissements de soins où ils peuvent être réellement pris en charge.

Je me réjouis ainsi du projet de création d'un nouveau centre de psychiatrie légale à Paifve en remplacement de l'EDS actuel.

Dans l'attente de l'ouverture de ce nouveau centre, il convient d'assurer effectivement aux internés placés à l'EDS le droit à être soignés et accompagnés comme il se doit.

Me référant à votre avant-projet de rapport, je me permettrai d'apporter les commentaires suivants.

- Point 3. La direction de l'EDS de Paifve vous a rencontré au préalable, de même que Madame Grandfils, et a répondu aux questions posées. Le chef d'établissement vous a par ailleurs prévenu de ses absences et a proposé de vous rencontrer à un autre moment mais n'a pas reçu de réponse à cette proposition.

Le rapport fait référence à la situation à laquelle a été confrontée la délégation au cours de sa visite les 5 et 6 mars 2020.

- Point 9. Une formation succincte était dispensée par le passé au centre de formation pénitentiaire de Marneffe pour les nouveaux agents de l'EDS. Ils pouvaient ainsi recevoir une information de base sur les maladies mentales, les caractéristiques des pathologies mentales, comment approcher les patients... Cette formation devrait pouvoir être relancée.

Le rapport renvoie ici aux recommandations formulées par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) qui a mené à Paifve pas moins de quatre visites (en 1997, 2003, 2016 et 2017). Il faut se féliciter du fait que cette formation spécifique soit à nouveau dispensée à l'avenir.

³⁶ Sur cette même problématique voir également l'aperçu de la situation analysé et commenté par A. Bloch sous le titre « De ene geïnterneerde is de andere niet : over ongelijke behandeling van geïnterneerden die in de gevangenis verblijven », *T. Strafr.* 2020/4, p. 273.

Point 10. La direction de l'EDS certifie qu'il n'y a aucun abus dans l'utilisation des moyens de contrainte. Cette utilisation, lorsqu'elle est indispensable, est réalisée dans les règles, et le temps strictement nécessaire. Il convient de préciser que l'EDS ne dispose pas de moyens de contention, comme c'est le cas dans les établissements privés, et dont l'utilisation serait de toute façon liée à la décision du psychiatre. De même, en matière disciplinaire, il ne faut pas confondre les compétences et les mesures : l'isolement est de la compétence du soin alors que l'isolement en espace de séjour ou en cellule de punition relève de la compétence du directeur dans le cadre de la procédure disciplinaire.

Le rapport renvoie ici à nouveau aux recommandations formulées par le CPT. A l'issue de sa dernière visite, le CPT a non seulement visé la formation des agents pénitentiaires mais aussi la révision en profondeur des protocoles encadrant le recours aux pratiques d'isolement, aux moyens de contention mécanique et aux traitements médicamenteux sous contrainte visant les patients internés.

Point 13. La capacité de l'EDS est de 205 places et non 208 comme indiqué. De plus, les 5 places d'urgences qui nous étaient accordées, ont été ramenées à 2 suite à l'obligation d'écrouer à l'EDS les internés révoqués pour lesquels une désignation existe déjà.

Point 14. Un « espace nature Natagora » va être réalisé au sein du jardin. D'autres projets sont envisagés comme l'extension de ce jardin (voir aussi point 24), associée à une zone de nettoyage et de conditionnement des légumes, ou encore la fabrication de produits d'entretien « Bio » et de nichoirs pour diverses espèces d'oiseaux. Il est important de souligner que les éducateurs ne proposent pas des activités récréatives mais des activités thérapeutiques diverses qui sont réfléchies en équipe pluridisciplinaire et validées par le psychiatre soin ainsi que par le coordinateur. Chaque activité fait l'objet d'une fiche thérapeutique reprenant les objectifs thérapeutiques spécifiques, le déroulement ainsi que les patients concernés. Dans chaque pavillon, une activité thérapeutique est proposée chaque jour de la semaine lorsque la présence des agents le permet. Les kinésithérapeutes proposent également des activités de groupe aux patients. Un projet de zoothérapie a également été mis en place en 2019 et se poursuit en 2020. Le faible taux de participation des patients aux activités thérapeutiques proposées est en effet constaté à Paifve, tout comme c'est le cas dans les services des hôpitaux psychiatriques externes. Cela fait l'objet d'une attention particulière par l'équipe soin. Une stimulation à l'hygiène et à la gestion quotidienne est également réalisée par les éducateurs ainsi qu'un accompagnement par tous les membres de l'équipe soin qui veillent à la stimulation des patients. Certaines activités n'ont en effet pas lieu toute l'année (zoothérapie, hippothérapie, tabacologie, hortithérapie) car elles dépendent de budgets qui doivent faire l'objet d'une évaluation annuelle. Cependant, la plupart des activités proposées par les éducateurs ont lieu tout au long de l'année.

Que des activités plus nombreuses, que celles dont la délégation a pu avoir connaissance, soient mises en œuvre et poursuivies, est bien entendu positif. Demeure toutefois l'importance de veiller à ce que ces activités et formations organisées le soient sur une base continue durant toute l'année afin que la motivation des participants soit stimulée et maintenue de manière constante, de même que celle des intervenants externes qui proposent ces formations et activités.

Point 15. L'accès à L'EDS n'est effectivement pas toujours simple. En collaboration avec les autorités communales, une demande a été introduite afin que l'établissement soit desservi par une ligne du TEC et que cette ligne puisse aller jusqu'à la gare de Glons, toute proche.

Le CCSP prend acte de ces précisions concernant l'accès à l'établissement. Il convient toutefois de coupler celle-ci avec la recommandation qu'il formule eu égard à l'implication plus active des familles dans la prise en charge de leur parent interné.

Point 16. L'avis du psychiatre sur la responsabilité des patients était déjà régulièrement sollicité dans le cadre de rapports au directeur. Les nouvelles instructions en matière de procédure disciplinaire pour les personnes internées, ont pour conséquence que cet avis est systématiquement demandé au psychiatre expertise, et que cet avis est dorénavant transcrit au registre disciplinaire.

Point 18. Les fouilles à nu ne sont pas systématiques. Chaque jour, sur la base de la liste des sortants du lendemain, chaque directeur-régime référent détermine s'il souhaite une fouille pour un patient dont il gère la situation et sur la base des éléments dont il a connaissance. Si tel est le cas, le greffe prépare effectivement la demande de fouille à l'avance pour signature. Il n'y a aucune politique de fouilles systématiques personnalisées visant certains patients.

Si le CCSP se réjouit de se voir confirmer l'absence de fouilles à nu systématiques. Il souligne toutefois la nécessité non seulement que les décisions soient effectivement prises et signées par les directeurs habilités mais également que les motivations des décisions soient rédigées de manière individualisée. En outre, le CCSP insiste sur la dignité des conditions matérielles dans lesquelles les fouilles doivent impérativement être organisées.

Point 19. Pour les entrants, l'isolement ne dure pas 5 jours. Si la visite du psychiatre expertise peut prendre plusieurs jours, le patient est vu par un médecin généraliste ou un psychiatre soin dans les 24 heures. Si aucun problème n'est apparent, il intègre une cellule normale du PCE.

Point 20. Au niveau du personnel de surveillance, l'absentéisme est malheureusement depuis longtemps très important à Paifve. Il est lié à la pyramide des âges (68% d'agents de plus de 50 ans en 2019), ainsi qu'à un grand nombre d'accidents du travail liés à des agressions.

Le CCSP prend acte de ces précisions. Il réitère l'intégralité de ces recommandations pour le surplus.

Point 22. Sauf urgence, les passages des patients d'une unité vers une autre font généralement l'objet de concertations avec le soin, que ce soit de façon directe ou via les réunions hebdomadaires de pavillons.

Point 24. L'infrastructure est effectivement problématique et a des conséquences sur les activités et le régime appliqué. La cohabitation avec les patients difficiles limite aussi la mise en place d'activités sur les pavillons. La création d'une aile pour patients difficiles permettrait d'améliorer les choses à ce niveau.

Point 25. Une réunion a été programmée en octobre entre l'EDS de Paifve et les Marronniers afin de discuter des transferts et de l'amélioration de la collaboration entre les deux établissements.

Point 26 : Même si un travail spécifique n'est pas mis en place de façon systématique, une attention toute particulière est portée au travail avec les familles et notamment par les assistants sociaux soins qui facilitent et favorisent les contacts familiaux ainsi qu'avec l'entourage plus large des patients. Lorsque cela semble opportun et que le patient et/ou la famille acceptent, des rencontres ont lieu avec les familles ou l'entourage des patients. De plus, une psychologue de l'ASJ a pour mission spécifique au sein de l'EDS d'une « aide au lien ». Elle est chargée de restaurer et/ou maintenir les relations avec l'entourage des patients qui en font la demande et ce par le biais de divers outils.

Point 31. Je ne peux cautionner le constat que les patients n'ont pas accès à diverses spécialités médicales. Si ces intervenants ne viennent pas à l'EDS, des extractions médicales vers le CHR de Liège, d'autres institutions hospitalières ou de polyclinique, ainsi que vers la polyclinique de Lantin, sont assurées de façon presque quotidienne. Deux nouveaux psychiatres vont arriver en octobre et novembre. L'objectif est d'arriver à une présence chaque jour de la semaine, mais la pénurie de psychiatres de façon générale ne facilite pas les engagements. Toutes les heures disponibles ne sont pas encore couvertes mais des démarches sont effectuées pour encore accueillir de nouveaux psychiatres. Il est à souligner que les psychiatres restent disponibles par téléphone.

Au niveau de l'équipe d'infirmiers, des intérimaires ont été engagés et une présence est donc assurée actuellement jusqu'à 21h et 3 infirmiers par jour le week-end. Les recherches se poursuivent également afin d'arriver à une présence 24h/24 dans les prochains mois.

Le CCSP prend acte de ces précisions concernant l'arrivée de deux nouveaux psychiatres en octobre et novembre en remplacement des deux psychiatres ayant quitté l'institution à l'été 2020. La proportion de psychiatres par patients (3 pour 205 patients) reste toutefois inchangée ainsi que leurs conditions de travail. Aucune amélioration de la situation déficitaire telle qu'elle était au moment de la visite n'est donc à déduire de ces deux arrivées. En ce qui concerne la présence accrue de personnel infirmier, le CCSP en souligne le bénéfice en matière d'accès aux soins. Il réitère toutefois l'intégralité de ces recommandations pour le surplus notamment en matière de continuité des soins et de renforcement de l'équipe médicale dans sa globalité.

* * * *



Visite ad hoc à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve

5 et 6 mars 2020

Annexes

Approuvé par le Conseil Central le 17 septembre 2020

**1. CIRCULAIRE MINISTERIELLE
N° 1800 DU 7 JUIN 2006 RELATIVE
AUX EQUIPES SOIGNANTES DES
SECTIONS PSYCHIATRIQUES DANS
LES PRISONS OU DANS LES
ETABLISSEMENTS DE DEFENSE
SOCIALE : OBJECTIFS, COMPOSITION,
FONCTIONNEMENT**



07/06/2007
Boulevard de Waterloo 76
1000 Bruxelles

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

CIRCULAIRE N°1800

Direction générale E^PI
Etablissements pénitentiaires

Service des Soins de Santé Prisons

Concerne : Equipes soignantes des sections psychiatriques dans les prisons, les sections ou dans les établissements de défense sociale : objectifs, composition, fonctionnement

1. Définition

Dans la présente circulaire, on entend par « équipes soignantes pour internés » les équipes pluridisciplinaires créées auprès de la section psychiatrique d'une prison, de sections et d'établissements de défense sociale, dans le cadre du développement d'un circuit de soins légal global pour internés.

Une équipe soignante pour internés se compose d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un ergothérapeute, d'un infirmier psychiatrique, d'un kinésithérapeute et d'un éducateur. Elle est assistée par des agents pénitentiaires sélectionnés en concertation avec la direction et le psychiatre et qui ont suivi une formation spécifique.

2. Groupe cible

- les prévenus admis en observation sur décision du juge d'instruction, de la juridiction d'instruction ou de la juridiction de jugement;
- les internés dont la situation est définitive ou pas;
- d'autres internés placés dans la section psychiatrique sur décision du médecin traitant de la prison.

3. Principes généraux

- L'interné a droit à des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre et adaptés à ses besoins spécifiques ;
- L'interné a droit aux services de dispensateurs de soin possédant les qualifications requises en fonction de ses besoins spécifiques ;
- La fonction de dispensateur de soins est incompatible avec une mission d'expert en prison ;
- Les règles relatives à l'éthique médicale et à la déontologie sont d'application.

4. Le circuit de soins en psychiatrie légale

Le concept de circuit de soins implique que des phases de traitement concordantes correspondent aux besoins du patient et constituent dès lors un parcours de soins continu. Un circuit de soins en psychiatrie légale se compose de plusieurs éléments dont : des sections de traitement résidentiel pour des séjours de courte ou de longue durée (centre de psychiatrie légale), des homes psychiatriques, des

habitations protégées, des séjours de jour et de nuit à caractère à la fois thérapeutique et réhabilitant, des soins psychiatriques à domicile et des traitements ou guidances ambulatoires.

L'objectif de la politique consiste à intégrer complètement le circuit de soins en psychiatrie légale au circuit de soins de santé mentale. Lors de la réalisation de cette ambition, il conviendra de tenir compte de divers facteurs tels que : le degré de dangerosité ou le risque de rechute de l'interné, différents degrés de sécurité et divers besoins thérapeutiques correspondant à la psychopathologie du patient.

5. Mission des équipes soignantes

Assistées par les autres services de soins de santé de la prison, les équipes soignantes assurent les soins de santé en vue de définir, de restaurer ou maintenir aussi optimales que possible les possibilités physiques, psychiques et sociales du patient interné, en vue notamment de lui permettre de passer à une phase de traitement ultérieure dans le circuit de soins en psychiatrie légale. A cet effet, elles travaillent en étroite collaboration avec la direction, le personnel de la prison et les partenaires externes.

6. Structure

Les équipes soignantes font partie du Service des Soins de Santé Prisons et sont dirigées par le directeur gestionnaire de ce service, assisté par le conseiller-coordonateur pour l'internement et un psychiatre.

Un psychiatre détermine les activités thérapeutiques et dirige le fonctionnement de l'équipe soignante locale. Un psychologue de l'équipe soignante assure la coordination des activités au sein de l'équipe soignante ainsi que leur intégration dans et leur concordance avec les autres activités de la prison. Il est la personne de référence pour le directeur et pour le Service des Soins de Santé Prisons d'une part et le chef fonctionnel des membres de l'équipe soignante, à l'exception du psychiatre, d'autre part.

7. Fonctionnement

7.1. Accueil

Lors d'une admission, les instructions relatives à l'accueil s'appliquent.

7.2. Constitution du dossier d'internement

Dès que l'internement est définitif, un dossier détaillé est constitué pour chaque patient. Ce dossier contient des données médicales, psychiatriques, psychologiques, paramédicales, des données relatives à l'art infirmier et des données sociales et est donc couvert par le secret médical. Une évaluation interdisciplinaire est effectuée pour déterminer les possibilités dont le patient dispose et un plan thérapeutique est élaboré en fonction.

Ce dossier comprend :

- a) les données de base relatives au diagnostic, aux soins et au traitement;
- b) les données nécessaires pour assurer la continuité des soins et du traitement.

Afin de coordonner les activités internes de l'équipe soignante, d'assurer l'information mutuelle de ses membres et d'optimiser le traitement des patients, le dossier doit pouvoir être consulté et complété à l'aide d'informations pertinentes par les membres de l'équipe. Ce dossier reflète l'évolution de la situation du patient et permet la comparaison avec le programme et le planning du traitement tels qu'ils avaient été établis ou adaptés lors de l'admission et ultérieurement. Ceci en respectant le secret médical.

7.3. Concertation au sein de l'équipe soignante

L'équipe soignante se concerta chaque semaine, sous la direction du psychiatre. Le compte-rendu de cette concertation sur les soins et le traitement du patient est joint au dossier.

Les observations et les remarques formulées par le directeur, les agents pénitentiaires et les dispensateurs de soins externes doivent être abordées lors de la concertation et être consignées au dossier.

7.4. Collaboration avec la direction locale, les agents pénitentiaires et les dispensateurs de soins externes

Afin de garantir une bonne communication, le psychologue coordinateur organise un briefing quotidien avec tous les intéressés (membres de l'équipe soignante, direction, agents pénitentiaires, services externes, etc.).

Si dans le cadre des soins et du traitement, des mesures doivent être prises qui ont un impact sur le régime interne de l'interné, le psychologue-directeur en informe le directeur. Celui-ci décidera des modalités et en assurera l'exécution.

Dans plusieurs établissements, des personnes et/ou des organisations s'activent, contre paiement ou non, à mettre des projets sur pied et à organiser des activités dans le cadre des soins et/ou de la resocialisation des internés. Afin de planifier et de coordonner ces activités, d'en assurer et d'en garantir l'efficacité et d'éviter les chevauchements, le directeur doit organiser régulièrement des concertations avec les acteurs concernés. Lors de ces concertations, il convient de s'intéresser aux patients qui ne participent à aucune activité. Le Services des Soins de Santé Prisons sera informé des données et de l'ordre du jour de cette concertation.

8. Echange d'informations entre l'équipe soignante et l'équipe d'expertise¹

8.1 Principe

En principe, aucune information ne peut être échangée. Il n'y a pas de secret professionnel partagé entre les deux équipes. Les experts ne sont en effet pas tenus au secret professionnel vis-à-vis de leur autorité mandante. Ce principe connaît néanmoins quelques exceptions.

8.2. Exceptions

Si les conditions ci-dessous sont remplies, l'équipe soignante peut communiquer des informations confidentielles à l'équipe d'expertise :

- Il doit s'agir de données objectives. Les données confiées par le patient sous le sceau de la confidentialité ou ses opinions personnelles sont en tout cas exclues ;
- Seules des données objectives directement liées à la finalité de la mission d'expertise peuvent être communiquées ;
- La communication de données objectives directement liées au but de l'expertise ne peut intervenir qu'après autorisation éclairée et écrite du patient. Ce dernier doit être informé dans un langage compréhensible du contenu de la communication et de son but.

8.3. Modalités

- L'équipe soignante travaille sous la responsabilité du médecin-psychiatre traitant. Toute pièce ou information extraite du dossier du patient ne peut être communiquée qu'avec son accord, le cas échéant après concertation avec l'équipe ;
- Les pièces du dossier du patient ne peuvent pas être laissées en possession de l'interné et le cas échéant, le médecin traitant les remettra directement à son collègue de l'équipe d'expertise ;
- Attestations : l'interné peut demander une attestation pour l'équipe d'expertise à la CDS et plus tard au TAP concernant son traitement, son état de santé et son évolution. Dans ce cas, le médecin traitant peut délivrer une attestation mais il n'y est pas obligé. En rédigeant l'attestation, il doit tenir compte du but spécifique dans lequel elle lui est demandée. Il doit se limiter à des données objectives et éviter toute forme d'appréciation relevant du domaine de l'expertise. Il informe l'interné du contenu de l'attestation et le laisse décider de son utilisation : conservation au dossier médical ou communication avec le consentement écrit de l'interné au médecin de l'équipe d'expertise, à son avocat ou à un médecin externe.

¹ Voir en annexe le texte de A. Vandesteene – Splitsing Zorg-Expertise. Interneringszorg en beroepsgeheim.11 P.

9. Formation et formation continue

La garantie de soins de haute qualité, adaptés aux besoins du patient constitue l'une des dispositions majeures de la Loi de principes du 12 janvier 2005. Ceci requiert, outre la mobilisation d'un personnel qualifié et motivé, également un échange continu d'expériences avec les autres équipes soignantes et une attention prioritaire pour la formation permanente de tous les membres du personnel. Les initiatives nécessaires doivent donc être développées dans ce sens.

10. Commission déontologique

Une commission déontologique va être créée, composée de représentants du Service des Soins de Santé Prisons et du Service psychosocial.

Les questions de principe relatives à l'application de la présente circulaire doivent être soumises au Médecin Directeur du Service de Soins de Santé Prisons.

Laurette Onkelinx
Ministre de la Justice

2. PROJETS SOUMIS PAR LES EQUIPES SOINS ET DE DIRECTION DE L'EDS DE PAIFVE PROPOSANT DES NOUVEAUX MODELES DE PRISE EN CHARGE.

CONSTAT ACTUEL DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DE L'EDS DE PAIFVE ET PROPOSITION D'EVOLUTION

SITUATION ACTUELLE

L'EDS de Paifve compte 10 sections d'environ 20 patients chacune répartie sur deux pavillons différents (4 sections au pavillon cellulaire appelé PCE et 6 sections au pavillon communautaire appelé PCO).

L'effectif actuel de Paifve au niveau de l'équipe soin pour l'ensemble de ces sections est le suivant :

- 3 psychiatres indépendant qui prestent au total maximum 35H/semaine sur les 80H disponibles (**2 d'entre eux nous quitteront à la mi 2020**)
- 3 ETP psychologues dont un coordinateur
- 2 ETP AS
- 1 ETP ergothérapeute
- 9 ETP éducatrices (travail 7 jours/7)
- 6,8 ETP infirmiers dont une infirmière coordinatrice (travail 7 jours/7) plus 2 ETP en attente
- 1 logopède indépendante à raison de 16H/semaine
- 3 kinés indépendant à raison de 80H/mois pour chacun

A cela s'ajoute du personnel financé par le SPF Santé Publique dont une partie s'occupe exclusivement d'une des 6 sections du PCO (projet Funambule) :

- 1 ETP psychologue (½ ETP projet Funambule et ½ ETP pour le passage du PCE vers le projet)
- 1 ETP éducateur pour le projet Funambule
- 1 ETP ergothérapeute pour le projet Funambule
- 2 ETP infirmiers

Le « modèle » de prise en charge actuel à Paifve peut se résumer de la manière suivante :

- Chaque psychiatre est référent de plusieurs sections mais doivent assurer les urgences des autres sections, ce qui prend beaucoup de place vu le peu d'heures prestées
- Les psychologues et les AS se répartissent les patients à leur arrivée et les suivent jusqu'à leur libération, peu importe les sections sur lesquelles ils se trouvent
- L'ergothérapeute répartit son temps pour offrir à chaque section du PCE une journée d'ergothérapie par semaine et une journée pour le PCO
- L'équipe éducative organise des activités pour l'ensemble de chaque pavillon, peu importe la section sur laquelle se trouve le patient et gère les questions du quotidien (hygiène, cantines,...) pour l'ensemble des patients du pavillon
- Une réunion clinique est organisée par section avec le psychiatre et les référents des patients. Ces réunions ont lieu toutes les semaines mais ne peuvent aborder qu'une section par psychiatre, ce qui entraîne que la réunion d'une section en particulier s'effectue dans un roulement de toutes les 4 à 5 semaines.

En résumé, la prise en charge est surtout basée sur des suivis individuels et des activités collectives par pavillon. La spécificité des sections est principalement axée sur le régime pénitentiaire (deux sections dites « fermées » et deux sections dites « ouvertes » au PCE et 6 sections dites « ouvertes » au PCO dont une pour les travailleurs et une pour le projet Funambule). Ce modèle de prise en charge actuel ne permet pas une prise en charge psychiatrique individualisée ainsi qu'un projet thérapeutique individualisé.

PROPOSITION D'UN NOUVEAU MODELE DE PRISE EN CHARGE

Nous souhaiterions pouvoir faire évoluer notre prise en charge actuelle vers une prise en charge par unités de soins (sur le modèle du projet Funambule qui a fait ses preuves) avec un projet thérapeutique spécifique à l'unité, qui allie à la fois une prise en charge communautaire et un projet de soins individualisé pour les patients, et une meilleure prise en charge pluridisciplinaire. Ce projet consisterait à mettre en place les unités suivantes sur base de l'infrastructure dont nous disposons mais avec un ajout de personnel de soins.

AU NIVEAU DU PAVILLON CELLULAIRE :

Deux sections resteraient plus fermées comme à l'heure actuelle avec un projet orienté sur l'observation et la mise au point diagnostic avec pour finalité un trajet de soins au sein de l'EDS. Personnel nécessaire pour chacune de ces sections :

- 10H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP ergothérapeute
- 1 ETP éducateur
- 2 ETP infirmier

Deux sections resteraient plus ouvertes comme à l'heure actuelle avec un projet orienté sur la vie communautaire, le travail des habiletés sociales et la mise en place d'une hygiène de vie adéquate.

Personnel nécessaire pour chacune de ces sections :

- 10H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP ergothérapeute
- 1 ETP éducateur
- 2 ETP infirmier

AU NIVEAU DU PAVILLON COMMUNAUTAIRE :

Nous avons déjà une section pour laquelle un projet « Funambule » pour patients psychotiques avec projet de réinsertion à court ou moyen terme est en route avec du personnel financé par la SPF Santé Publique. Cependant, 10H de psychiatrie et ½ ETP assistant social supplémentaire seraient nécessaires.

Une section pourrait être destinée à la prise en charge de patients déficients mentaux pour poursuivre le travail de manière plus appuyée sur la vie en communauté et se rapprocher de ce qu'ils pourraient connaître dans des centres d'hébergement.

Personnel nécessaire pour cette section :

- 10H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP ergothérapeute
- 1 ETP éducateur
- 2 ETP infirmier

Une section serait destinée à des patients qui présentent des pathologies somatiques nécessitant de rester au rez-de-chaussée, proche de l'infirmier, et où le travail serait plus axé sur de la revalidation et mobilisation physique ainsi qu'une prise en charge communautaire et individualisée.

Personnel nécessaire pour cette section :

- 10H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP ergothérapeute
- 1 ETP éducateur
- 3 ETP infirmier

Une section resterait consacrée aux travailleurs de l'EDS et consisterait plus dans un accompagnement au quotidien, accompagnement dans des sorties ; ces patients étant plus autonomes et en général bien stabilisés.

Personnel nécessaire pour cette section :

- 5H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP éducateur
- 1 ETP infirmier

Deux sections pourraient accueillir les patients qui ne relèvent pas des autres sections ou qui sont en attente pour aller vers une section spécifique et accueilleraient donc des profils mixtes. Le projet serait orienté vers l'organisation de la vie communautaire et la prise en charge individualisée en fonction du projet de réinsertion.

Personnel nécessaire pour chacune de ces sections :

- 10H de psychiatre
- ½ ETP psychologue
- ½ ETP assistant social
- 1 ETP ergothérapeute
- 1 ETP éducateur
- 2 ETP infirmier

AVANTAGES DU NOUVEAU MODELE

Le renforcement de l'équipe de soins pourrait permettre les avantages suivants :

- Un projet thérapeutique par unité de soins avec un trajet de soins en interne
- Une prise en charge pluridisciplinaire au quotidien avec un personnel dédié uniquement à une section
- Une meilleure cohésion avec le personnel de surveillance qui serait mieux intégré dans la prise en charge des patients
- Une observation accrue des comportements des patients sur section
- Plus d'activités sur section avec une possibilité d'augmenter la mobilisation des patients
- Un projet thérapeutique individualisé pour chaque patient
- Des réunions cliniques plus régulières
- Une meilleure gestion de la vie communautaire avec possibilité de régler voire d'anticiper des tensions
- La possibilité de faire des sorties beaucoup plus régulières avec les patients
- Une continuité des soins renforcée, notamment avec les équipes mobiles
- La possibilité d'intégrer plus facilement les familles dans le dispositif de soin
- Une attractivité plus importante pour recruter du personnel, notamment au niveau des psychiatres

CONCLUSION

Personnel nécessaire dans le nouveau modèle de prise en charge	Personnel actuellement présent à Paifve	Personnel demandé
<ul style="list-style-type: none"> • 95H de psychiatrie par semaine • 5 ETP psychologue + 0,5 ETP pour la coordination • 5 ETP assistant social • 9 ETP ergothérapeute • 10 ETP éducateurs • 20 ETP infirmiers dont 1 ETP pour la coordination • 16H logopédie par semaine • 240H kiné par mois 	<ul style="list-style-type: none"> • 35H/semaine maximum sur les 80H disponibles • 3 ETP psychologue dont coordination + 1 ETP via SPF Santé Publique • 2 ETP assistant social • 1 ETP ergothérapeute + 1 ETP via SPF Santé Publique • 9 ETP éducateurs + 1 ETP via Funambule • 6,8 ETP infirmier+ 2 ETP en attente + 2 ETP via SPF Santé Publique 	<ul style="list-style-type: none"> • 15H de psychiatrie par semaine en plus ainsi que compléter les 45H non prestées • 1,5 ETP psychologue • 3 ETP assistant social • 7 ETP ergothérapeute • 10,2 ETP infirmier

L'engagement de 21,9 ETP et l'ajout d'heures de psychiatrie (**plus compléter les heures actuellement non prestées et prévoir les départs annoncés à la mi 2020**) permettrait une toute autre prise en charge thérapeutique des patients de l'EDS en termes de plan thérapeutique individualisé, de gestion de la vie communautaire, de continuité des soins (tant en interne

qu'avec l'externe) et de liaison avec les différents services de l'EDS. Les infirmiers devraient évidemment couvrir 7 jours sur 7 et 24H sur 24 et ne pourraient donc être affectés uniquement à une section spécifique en permanence. Une présence éducative limitée le week-end pour l'ensemble de chaque pavillon pourrait également être maintenue sans déformer le travail de semaine.

Nous tenons également à souligner qu'au niveau de l'infrastructure, le placement de grilles américaines sur les deux sections fermées du PCE seraient plus que nécessaires afin de faciliter la prise en charge des patients dits « difficiles », pour lesquels des précautions doivent être prises dans les contacts.

PROJET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGRESSIFS AVEC TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE DEFENSE SOCIALE DE PAIFVE AOUT 2019

INTRODUCTION

I. Le cadre légal et public interné

L'établissement de défense sociale de Paifve accueille 205 patients internés sur base de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

L'article 2 stipule que « l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental est une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société ».

Seules les personnes qui ont commis des crime ou délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers peuvent être internées. (art. 9).

Concrètement à l'EDS de Paifve, sont accueillis les internés qui n'ont pas pu être libérés à partir des annexes psychiatriques. Ce principe de l'entonnoir criminologique a pour effet la présence à Paifve de patients qui cumulent les difficultés, des patients dont la comorbidité est largement présente.

II. Régime progressif de l'EDS de Paifve

L'établissement de défense sociale de Paifve qui dispose de deux pavillons de vie (un pavillon dit cellulaire et un pavillon dit communautaire) a développé un régime progressif.

Chaque entrant en provenance d'une annexe psychiatrique est placé dans le pavillon cellulaire dans la section d'isolement de manière à ce que le psychiatre soin puisse évaluer son état mental et prendre connaissance du dossier médical, en ce compris la médication.

Cette observation et cette évaluation sont préalables à tout placement en section ordinaire.

Après cette observation, évaluation et éventuellement médication par le psychiatre, la personne internée est placée sur une des deux sections fermées du pavillon cellulaire (RD ou RC).

Les deux sections RD et RC sont des sections avec un régime « plus fermé » : préaux d'une heure deux fois par jour de 09 à 10 heures le matin et de 14h30 à 15h30 l'après-midi et activités sur section portes fermées 40 minutes le matin de 11h à 11h40 et deux heures le soir de 19 à 21 heures. Le reste du temps, la personne reste enfermée dans son espace de séjour sauf si elle est inscrite aux activités organisées par l'équipe soignante.

Des activités organisées par l'équipe soin ont en effet lieu pendant la journée en plus de ces moments d'ouverture.

La personne peut ensuite évoluer vers sur une des deux sections ouvertes (ED et EC) du pavillon cellulaire :

Ces sections sont des sections fermées où les cellules sont ouvertes la journée sauf pour l'heure de la sieste de 12h45 à 15h30.

Le préau a lieu de 10 à 11 heures le matin et de 15h30 à 16h30 l'après-midi.

Les patients ont donc un régime ouvert sur une section fermée, sauf en ce qui concerne l'accès au préau quand et l'accès aux divers entretiens dans les bureaux (infirmerie, SPS, équipe soin..). Des activités structurées sont organisées par l'équipe soin.

Le placement sur ces sections ouvertes nécessite :

- Une stabilisation de l'état mental
- Un état mental compatible avec une vie en communauté

Le patient peut ensuite être orienté vers une des 6 sections du pavillon communautaire dans lequel les chambres ainsi que les sections sont ouvertes ainsi qu'un accès vers le jardin extérieur.

Le placement au pavillon communautaire nécessite :

- Une stabilisation de l'état mental ;
- Un état mental compatible avec la vie en communauté

UNITE SPECIFIQUE SOLLICITEE

I. Public cible

Le public visé par le présent projet est hébergé actuellement en pavillon cellulaire et a peu accès au régime évolutif de l'institution.

Il s'agit de patients, qui malgré les outils mis en place, présentent :

- Des comportements agressifs récurrents ;
- Des troubles du comportement non compatibles avec une vie communautaire même réduite (RC/RD)
- Une forte impulsivité
- Une explosivité liée à une psychose aiguë, une déficience ou un trouble grave de la personnalité
- Une imprévisibilité telle que dans les psychoses non stabilisées
- Des passages à l'acte violents ;

Sont visés également des patients résistants aux traitements et dont l'instabilité mentale entraîne une dangerosité psychiatrique importante.

II. Objectifs

1. Prendre en charge ces patients dans une unité spécifique, incluant des programmes particuliers avec un encadrement par un personnel formé à ce type de public.
2. Offrir une meilleure qualité de vie, développer un programme thérapeutique individualisé sur mesure
3. Pouvoir « remettre » ces patients dans le trajet de soin classique de l'institution et de viser à terme la présence de ces patients dans les unités ouvertes de l'établissement.

La mise en place de cette unité serait basée sur les normes « PTCA » et pourrait bénéficier des enseignements de telles unités développées actuellement à Titeca et aux Maronniers.

III. Durée de séjour dans cette unité

Il convient de fixer des évaluations individuelles régulières, le but étant de « remettre » le patient concerné dans le trajet de soin classique de l'institution.

Une durée de séjour de 12 mois maximum est requis. Une évaluation externe (avec un collègue) est nécessaire si au terme de ce délai, un basculement de l'interné vers le régime « normal » n'est pas envisagé.

IV. Nombre de patients concernés

L'unité accueillerait 17 patients.

V. Localisation de cette unité spécifique

Une section complète du pavillon cellulaire sera consacré à cette unité. Cette unité serait distincte des autres sections et pourra ainsi disposer de son propre règlement d'ordre intérieur et de son propre équipement. Il convient en effet de noter qu'actuellement la prise en charge de ces patients difficiles nécessite souvent la fermeture complète de l'ensemble du pavillon cellulaire à des moments critiques (prise de la douche, injection, ... etc.).

Le service doit offrir au patient et aux membres du personnel un environnement suffisamment sécurisant et sûr, dans un cadre structuré sans perturber l'institution dans son ensemble. La section pressentie ED dispose par ailleurs de trois cellules d'isolement.

Un système de surveillance interne des chambres devra être mis en place ainsi qu'un aménagement adéquat des cellules d'isolement.

Un accès externe avec des activités sportives structurantes est aussi possible au vu de l'architecture de cette aile.

VI. L'équipe d'encadrement de cette unité

Les normes ci-dessous sont basées sur les normes d'encadrement d'une unité PTCA, ces normes sont reprises textuellement dans l'arrêté royal du 10/3/2008.

La direction médicale de ce service est confiée à un médecin (idéalement un psychiatre) attaché au service au moins à mi-temps.

Le médecin, un psychologue et un infirmier en chef forme l'équipe pluridisciplinaire chargée du bon fonctionnement du service.

Pour ce service de 17 patients, le service dispose d'une équipe de 30 équivalents temps plein (ETP), en ce compris l'équipe pluridisciplinaire, dont

- 5 ETP titulaires d'un diplôme universitaire de psychologue ou pédagogue ;
- 25 praticiens infirmiers et/ou éducateurs et/ou assistants sociaux et/ou assistants psychologues et/ou paramédicaux, tous ETP et en possession d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire, et dont un minimum de 1 assistant social ETP, 1 assistant paramédical ETP, 1 assistant psychologue ETP et 12 praticiens infirmiers ETP.

Une équipe d'agents pénitentiaires pourrait adéquatement faire partie de ce cadre global notamment en ce qui concerne la surveillance de nuit.

VII. Mise en place d'un programme individualisé pour chaque patient

L'équipe thérapeutique précise pour chaque patient individuellement les objectifs à court et moyen termes en matière de prise en charge médicamenteuse, thérapeutique, éducative. La continuité des soins est garantie 24h sur 24.

L'équipe thérapeutique met à l'ordre du jour du comité médical les patients pour lesquels elle estime que le séjour a atteint ses objectifs ou les patients et qui devrait être orientés vers une autre section.

La prolongation du séjour relève de la compétence de l'équipe thérapeutique du service intensif. Au-delà d'un an, cette évaluation doit se faire en concertation avec un psychiatre externe à l'institution.

VIII. Entrée et sortie des patients de cette unité

Un comité médical au sein de l'EDS de Paifve composé de l'équipe thérapeutique de ce service intensif ainsi que les responsables thérapeutiques des autres sections de l'établissement se réunissent une fois par semaine.

Ce comité médical a pour mission

- D'orienter les patients vers cette section
- D'orienter les patients pour lesquels les objectifs sont atteints vers une des 9 autres sections de l'EDS
- D'analyser l'opportunité d'une éventuelle (ré)admission d'un patient résidant sur des 9 sections de l'EDS dans le service spécifique

IX. Rapport d'activités

Après un an de mise en place, l'équipe référente de cette unité établit un rapport qui porte sur l'année précédente.

Ce rapport est remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle concernée par le rapport.

Ledit rapport doit au moins comporter les éléments suivants :

- Un descriptif du programme thérapeutique développé par le service
- Un descriptif du cadre du personnel exerçant au sein de l'unité (qualifications, Formations, type de contrat, horaires de travail, ancienneté, ...);
- Des statistiques relatives au nombre d'entrants dans cette section et concernant le profil à
- Risque de ces patients, leurs antécédents d'agression, leur évolution, ...Le nombre de patients sortis de l'unité, ...
- Les recommandations

X. Durée de vie de cette unité

Le subventionnement de cette unité spécifique prendra fin lorsque les internés ne seront plus accueillis à l'EDS de Paifve et seront orientés vers les CPL actuellement en cours de programmation.