

Faculté de santé publique

Qualité des soins en Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) : quelles perceptions par les usagers et les intervenants ?

Mémoire réalisé par

Louis Leclercq

Gwenaëlle Tantot

Promoteur

Pablo Nicaise

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Qualité des soins en Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) : quelles perceptions par les usagers et les intervenants ?

Mémoire réalisé par

Louis Leclercq

Gwenaëlle Tantot

Promoteur

Pablo Nicaise

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

CONTENTS

Remerciements

Liste d'abréviations.....	1
Le plagiat.....	3
Résumé.....	4
Introduction.....	5
CHAPITRE I : Background théorique.....	7
Point 1. Concepts.....	7
1.1. Santé mentale, psychiatrie et état des lieux.....	7
1.2. Psychiatrie médico-légale et Personnes Non Criminellement Responsables (PNCR)	8
1.3. Recovery ou rétablissement centré sur l'individu.....	9
Principes.	10
Enjeux spécifiques de cette approche pour la psychiatrie médico-légale : à la recherche du juste compromis entre soigner/réinsérer le patient et éviter la récidive/protéger la société.	11
Point 2. Opérationnalisation des soins psychiatriques génériques et médico-légaux	13
2.1. Présentation de situations à l'internationale.....	13
L'exemple italien.....	13
L'exemple britannique.....	14
Projet à l'échelle européenne.....	15
2.2. Organisation des soins de santé mentale en Belgique.....	15
Réforme générale, objectif et constat actuel.	15
PNCR en Belgique : réforme de la psychiatrie médico-légale et état des lieux.	16
Opérationnalisation du concept de Recovery.....	17
Trajectoires de soins des patients internés.	19
2.3. Conclusions	20
Point 3. Qualité des soins	21
3.1. Situation de l'institution dans le système médico-légal belge	21
3.2. Définition et dimensions de la qualité	21

3.3. Qualité des soins en santé mentale et psychiatrie.....	22
3.4. Qualité des soins perçue par les patients et les professionnels de la santé : définition et outils d'évaluation en psychiatrie médico-légale	22
3.5. Perceptions des PNCR concernant les professionnels de santé et acteurs du monde judiciaire.....	23
3.6. Perceptions des professionnels de santé concernant les patients psychiatriques médico-légaux..	25
3.7. Conclusion du cadre théorique	26
CHAPITRE II : Méthode.....	27
Point 1. Méthode de collecte des données.....	27
Point 2. Échantillon, critères et recrutement	27
2.1. Usagers.....	27
2.2. Intervenants	27
Point 3. Outils de collecte.....	28
Point 4. Méthode d'analyse	28
Point 5. Aspects éthiques.....	29
CHAPITRE III : Résultats	30
Point 1. Déroulement de l'étude et description de l'échantillon	30
1.1.Usagers.....	30
1.2.Intervenants	30
Point 2. Résultats d'entretiens	31
2.1. Trajectoire antérieure	31
Usagers.	31
Intervenants.....	33
2.2. Trajectoire actuelle : perception de la qualité des soins, des intervenants/usagers et de l'organisation du système de soins en HPS.....	35
Composantes environnementales.	35
Composantes individuelles centrées sur l'utilisateur et l'intervenant.	42
Relation entre l'utilisateur et l'environnement de soins.....	51
Relation entre l'utilisateur, les intervenants et le système de l'internement.....	57
2.3. Trajectoire future : avenir et réhabilitation de l'utilisateur.....	68
Attentes et projets en fin de trajectoire.	68
Empowerment dans le processus de réhabilitation.	71

Sécurité et réhabilitation.	73
Enjeux organisationnels de la réhabilitation.....	75
Point 3. Analyse comparée des résultats liés aux deux groupes-cibles.....	76
CHAPITRE IV : Discussion.....	79
Point 1. Synthèse des résultats.....	79
Point 2. Interprétation des résultats	80
Point 3. Limites de l'étude.....	84
Point 4. Perspectives.....	86
4.1. Liées à la recherche	86
4.2. Cliniques	87
4.3. Politiques et sociétales.....	88
Conclusion	90
Bibliographie	91
Annexes	97
Figures	97
Guides d'entretiens.....	100
Formulaire de consentement éclairé - Usagers.....	116

REMERCIEMENTS

Ce mémoire a impliqué le travail en coulisses de nombreuses personnes dévouées et nous en sommes extrêmement reconnaissants.

Le Professeur Pablo Nicaise a accompagné ce projet par son expertise et son savoir-faire, coordonnant notre équipe, révisant sans compter de nombreuses versions du travail et apportant des suggestions décisives du début jusqu'à la fin de notre collaboration. Sa sagesse et son entrain nous ont encouragé à progresser et à nous dépasser, ce qui a rendu ce mémoire bien meilleur qu'il ne l'aurait été sans ses précieux conseils, nous en sommes convaincus.

Nous sommes reconnaissants envers nos familles et nos amis respectifs qui nous ont soutenus tout au long de cette belle aventure. Ils nous ont témoigné un grand respect dans la réalisation de ce travail, passionnant mais ô combien ardu, qui a nécessité un investissement personnel au détriment de moments passés en leur compagnie.

Nous nous devons également de remercier chaleureusement l'ensemble des usagers et des intervenants qui ont participé à cette étude et nous ont fait confiance. Grâce à leur contribution, nous espérons apporter au plus grand nombre un regard avisé sur une discipline pour laquelle nous nous passionnons depuis de très nombreuses années.

Enfin, nous ne pouvons oublier ceux qui nous ont quittés et qui auraient été fiers de ce que nous avons accompli. Nous les remercions d'être toujours présents dans nos cœurs et de nous donner la force de mener à bien nos projets pour faire de nous ce que nous sommes devenus aujourd'hui.

LISTE D'ABRÉVIATIONS

AAC : Accréditation Agrément Canada

CA : Cour d'Appel

CAT : Client Assessment of Treatment scale

CDS : Commission de Défense Sociale

CCSM : Centre Communautaire de Santé Mentale

CMHTs : Community Mental Health Teams

CNEH : Conseil National des Établissements Hospitaliers

CPL : Centre de Psychiatrie Légale

CPS : Chambre de Protection Sociale

CSS : Conseil Supérieur de la Santé

DSM : Département de Santé Mentale

EDS : Établissement de Défense Sociale

ETA : Entreprise de Travail Adapté

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : Hôpitaux Psychiatriques

HPS : Hôpital Psychiatrique Sécurisé

HSU : High Security Units

IHP : Initiatives d'Habitations Protégées

KCE : Federaal Kenniscentrum - Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé

LFPC : Long-term Forensic Psychiatric Care

MHA : Mental Health Act

MHT : Mental Health Trusts

MSP : Maisons de Soins Psychiatriques

MSU : Medium Security Units

NHS : National Health Service

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OIP : Observatoire International des Prisons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PNCR : Personnes Non Criminellement Responsables

QPC-FIC : Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient

REMS : Résidences pour Exécution des Mesures de Sécurité

SPF : Service Public Fédéral

SSM : Service de Santé Mentale

TAP : Tribunal d'Application des Peines

TSI : Trajet de Soins Internés

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USL : Unita Sanitarie Locali

LE PLAGIAT

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

RÉSUMÉ

Contenu : Le mouvement du Recovery, apparu dans les années 70, s'est imposé comme une philosophie qui sous-tend les dernières réformes instaurées en Belgique dans le domaine de la santé mentale et notamment, dans le domaine de la psychiatrie médico-légale. Il a été rendu effectif suite à de multiples condamnations de la part de la CEDH pour traitement inhumain et dégradant. Ce dernier s'oppose à la psychiatrie asilaire et aux politiques sécuritaires par une réhabilitation des PCNR au sein de la communauté. Pour mener à bien cet objectif, ce travail rend compte des perceptions d'usagers et d'intervenants sur la qualité des soins prodigués au sein d'un Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS), considéré comme un établissement de haute sécurité pour patients internés.

Méthode : Une étude qualitative a été menée afin de collecter les points de vue d'usagers (n=15) et de professionnels (n=15). Dans un premier temps, une revue de littérature nous a permis de définir trois grandes thématiques en vue de l'élaboration de deux guides d'entretiens distincts. Ces thèmes portaient sur la trajectoire de soins antérieure à l'entrée en HPS, la trajectoire de soins actuelle au sein de l'HPS et la trajectoire de soins future. Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens avec des patients, des professionnels de soins hospitaliers et des intervenants de la santé et de la justice extérieurs. Nous avons procédé à une analyse thématique du corpus au moyen du logiciel Nvivo.

Résultats : Nos entretiens avec les usagers et les professionnels nous ont fourni des informations quant au parcours antérieur des usagers, leur perception sur la qualité des soins prodigués en HPS aux PCNR et leur opinion sur la trajectoire future de ces derniers. Le principal enjeu mis en évidence dans notre travail est lié à l'évolution des pratiques afin qu'elles correspondent à la philosophie des réformes entreprises par le législateur. Compte tenu de la tension existante entre la volonté de réinsérer l'usager/soigner et la nécessité de protéger la société/éviter la récidive, le changement des pratiques institutionnelles et soignantes orientées vers le Recovery nécessitera de profondes modifications et un défi pour l'avenir des soins en psychiatrie médico-légale.

Proposition de mots-clés : Recovery, psychiatrie médico-légale, internement, perceptions, qualité des soins, trajectoire de soins, PCNR, intervenants.

Introduction

Infirmiers spécialisés en santé mentale et psychiatrie dans le monde de la psychiatrie médico-légale depuis plus de 15 années, nous travaillons au Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers à Tournai. Notre mission consiste à accompagner les patients internés dans leur quotidien au sein d'une unité dite "*de haute sécurité*". Nous faisons face à leurs demandes et à leurs besoins, le plus souvent dans le cadre de situations de crises. Nous les accompagnons également dans leur trajectoire de soins en les aidant à construire leur projet de réhabilitation afin qu'ils puissent reprendre leur place au sein de leur communauté.

L'évolution de la psychiatrie médico-légale en Belgique s'est concrétisée par le biais de deux réformes importantes, toutes deux axées sur la philosophie du Recovery. La réforme 107, mise en œuvre en 2011 a permis de réorganiser les soins de santé mentale et de faciliter la création de réseaux. L'accent est mis sur la désinstitutionalisation et la réhabilitation de chaque usager au sein de la communauté. La nouvelle loi sur l'internement de 2014, entrée en vigueur en octobre 2016, abonde dans le même sens. Cependant, ce public est confronté à un enjeu sociétal pouvant impacter l'objectif de réhabilitation axé sur le Recovery où les intérêts collectifs peuvent entrer en conflit avec les intérêts du patient. Par conséquent, il existe une tension entre la volonté de réinsérer le patient interné et celle de protéger la société ainsi que la/les victime(s).

En tant que professionnels de la santé, nous pensons qu'il est important de bien préparer chaque usager afin de respecter cet équilibre, si fragile à nos yeux. Nous nous sommes questionnés sur les soins que nous devons prodiguer aux usagers mais également sur la manière dont ces derniers les percevaient selon leurs besoins et leurs attentes. Beaucoup de patients que nous côtoyons refusent leur médication, le diagnostic de la maladie ou notre aide. Ce constat place l'intervenant dans une situation paradoxale inconfortable. La double contrainte entre en jeu. En effet, il lui est demandé de prodiguer des soins de qualité tout en exerçant son activité dans des conditions de travail défavorables à la qualité de soins de par l'aspect contraint conféré par la loi. Les professionnels de la justice, qu'ils soient au service du patient ou de la société, sont également concernés par ce constat au vu du statut juridique et de la mesure dont bénéficie l'interné.

Par une approche théorique et contextuelle, nous présenterons les grandes composantes de la psychiatrie médico-légale axée sur la qualité des soins prodigués aux usagers internés. Après avoir fait émerger notre question de recherche issue de la revue de littérature, nous détaillerons

l'analyse de notre méthode de collecte axée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès d'usagers et d'intervenants. L'analyse thématique des résultats nous permettra de mettre en évidence les perceptions des usagers et des intervenants sur la qualité des soins prodigués en HPS aux internés mais également sur leur trajectoire antérieure et future. Enfin, une analyse comparée des résultats obtenus nous aidera à nous pencher sur quelques pistes de réflexion basées sur les pratiques orientées vers le rétablissement et destinées à améliorer la qualité des soins.

CHAPITRE I : Background théorique

Point 1. Concepts

1.1. Santé mentale, psychiatrie et état des lieux

La santé mentale est une composante essentielle de la santé définie comme suit par l’OMS (2016) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* ». La santé mentale ne se limite pas uniquement à l’absence de troubles ou de handicaps mentaux. Elle est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Bouchain (2015) abonde en ce sens et la définit comme « *le fondement du bien-être d’un individu et du bon fonctionnement d’une communauté* ».

Le champ de la santé mentale est vaste. Il englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux ainsi que le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles (OMS, 2016).

La psychiatrie, quant à elle, est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique à tout âge de la vie (HAS, 2018). Ces affections « *se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d’émotions, de comportements et de relations avec autrui* » (OMS, 2016). Il s’agit de pathologies, comme la dépression, l’anxiété, les troubles bipolaires ou la schizophrénie.

1 belge sur 3 et plus d’un européen sur 3 manifestent un mal-être psychologique et des difficultés (Gisle & al., 2020; Mistiaens & al., 2019; OMS, 2014). Certains se sentent constamment tendus et stressés, manquent de sommeil ou se sentent malheureux et déprimés. Parmi les troubles mentaux les plus fréquents, l’anxiété concerne 11% de la population, la dépression 9% et les troubles du comportement alimentaire 7%. Ces problèmes concernent toutes les catégories de la population mais certaines s’avèrent plus vulnérables : les femmes, les seniors de plus de 75 ans, les personnes de 25-54 ans et les personnes moins scolarisées (Gisle & al., 2020).

Les troubles mentaux deviennent donc des défis de santé publique pour lesquels il est essentiel d'investir. En effet, les soins de santé mentale de qualité contribuent à une société durable (Plan d'action européen sur la santé mentale de l'OMS 2013-2020). Des réformes politiques, que nous développerons un peu plus loin, ont été entreprises en ce sens par la Belgique. Elles concernent la population dans le domaine de la santé mentale et la psychiatrie générale dès 2010 ainsi que la population internée dans le domaine de la psychiatrie médico-légale dès 2014.

1.2. Psychiatrie médico-légale et Personnes Non Criminellement Responsables (PNCR)

La psychiatrie médico-légale peut être définie comme une « *sous-spécialité de la psychiatrie dans laquelle l'expertise scientifique et clinique est appliquée à des questions juridiques dans des contextes de droit qui englobent des questions civiles, criminelles, correctionnelles ou législatives* » (American Academy of Psychiatry and the Law, 2006). Völlm & al. (2019) propose une définition plus succincte et situe la psychiatrie médico-légale « *entre la loi et la psychiatrie* ».

Par conséquent, nous pouvons affirmer que la psychiatrie médico-légale est une sous-discipline de la psychiatrie oscillant entre le monde médical et le monde judiciaire.

Les PNCR sont des adultes considérés comme non responsables de certains de leurs actes au moment de l'infraction dus à une maladie mentale. Pour To & al. (2015), les PNCR souffrant de troubles mentaux et résidant dans des établissements médico-légaux ont souvent des besoins de soutien complexes et de multiples problèmes à aborder dans le traitement (patients avec diagnostic psychiatrique double voire triple). Des études sur la réhabilitation de ces personnes ont souligné l'importance de la poursuite du traitement plutôt que de se centrer uniquement sur la réduction des risques (Andrew & Bonta, 2010).

Dans de nombreux pays, les personnes ayant commis un crime ou un délit et présentant une pathologie mentale ayant altéré leur discernement sont reconnues, par un tribunal, comme « *responsables, non responsables ou partiellement responsables* » et peuvent faire l'objet d'un internement. Dans les pays anglophones (USA, UK, Australie ou Canada), c'est la notion de « *sain d'esprit* » au moment des faits qui est évaluée. Aux Pays-Bas, en Belgique ou en Allemagne des échelles d'évaluation psychiatrique de la personne sont utilisées. Les pays scandinaves considèrent que tout délinquant est responsable de ses actes (Grossi & al., 2017).

1.3. Recovery ou rétablissement centré sur l'individu

Pendant longtemps, la prise en charge des problèmes psychiatriques a été centrée sur de longues durées de séjour dans des établissements hospitaliers et résidentiels. Toutefois, depuis les années 1990, une approche devient prépondérante en Belgique : celle du *personal recovery* (rétablissement personnel). Il n'existe pas de définition universelle sur le sujet et celui-ci est largement contesté. Différents synonymes sont proposés dans la littérature : rétablissement, réinsertion, réhabilitation psychiatrique, réintégration,... selon la thématique définie par chaque auteur (Bonney & Sticklay, 2008 ; Turner, 2002 ; Deegan, 1998 ; Slade & al., 2014).

Deux types d'approches sur le rétablissement sont définies. Une première axée sur la diminution ou une absence de symptômes (rétablissement clinique) et une seconde axée sur l'individu et son cheminement (rétablissement personnel ou *personal recovery*).

Le rétablissement clinique est une approche scientifique décrite par Liberman (2008). Le schéma du rétablissement se divise en 4 parties : la décompensation, la résolution (mise en place d'un traitement dans un but de stopper la phase aigüe), la rémission (lorsque les symptômes ne sont pas suffisamment sévères pour influencer négativement le fonctionnement du patient pendant au moins 6 mois) et le rétablissement clinique. Liberman donne des critères bien précis du rétablissement : pendant au moins deux ans, un retour à un fonctionnement optimal et une absence de symptômes, des relations amicales et familiales cordiales, des rôles valorisants dans l'emploi, l'éducation, la formation et des activités de loisirs indépendantes.

Le rétablissement personnel (ou *personal recovery*) est une approche décrite par Anthony (2004) définie comme un processus personnel et unique visant un changement d'attitude, de valeurs, de sentiment, d'objectifs, de compétences et/ou de rôle. C'est la réappropriation d'un pouvoir de décider et d'agir. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, utile et emplie d'espoir, qu'elle soit non limitée par une maladie. C'est la restauration d'un contrôle sur sa vie. Le rétablissement implique la création d'une nouvelle signification et d'un nouveau but dans la vie de l'individu, qui apprend à dépasser les conséquences dramatiques de la maladie.

Ces deux approches nous permettent de comprendre qu'elles ne s'excluent pas mutuellement et peuvent aller de pair : vivre une vie satisfaisante, utile et emplie d'espoir peut s'accompagner d'une diminution des symptômes de la maladie mentale ou de leur disparition.

Principes.

Dès 1981, Goldman & al. définissent trois éléments qui doivent être présents chez une personne pour envisager le Recovery. Il s'agit des « 3D » : Disease (présence d'une ou plusieurs maladies mentales sévères), Disability (des incapacités fonctionnelles en relation avec au moins trois aspects de la vie quotidienne : hygiène et soins personnels, autonomie, relation interpersonnelles, transactions sociales, études, travail et loisirs) et Duration (persistance des troubles d'au moins deux années).

En 2004, Anthony définit la mission de la réhabilitation psychiatrique : « *il s'agit d'aider la personne avec une incapacité psychiatrique sévère à développer les habiletés physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles et d'aménager les soutiens nécessaires pour lui permettre de vivre, d'apprendre, de travailler et de se socialiser, avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix avec le moins possible d'aide professionnelle continue* ». Nous en concluons que l'approche de la réhabilitation est une vision globale qui inclut la personne, l'environnement et la place de la personne dans son environnement. Le patient présente une maladie mentale sévère, des incapacités fonctionnelles et une situation de handicap mais reçoit un traitement pour stabiliser ses symptômes, peut développer des habiletés et a des soutiens et ressources. La figure 3 en annexe (Jacob, 2016) illustre notre représentation du rétablissement que nous avons choisi d'axer essentiellement sur le *personal recovery*.

Les valeurs de la réhabilitation sont l'intégration de l'utilisateur au sein de la communauté, le partenariat soignant-soigné, la possibilité pour l'utilisateur de faire des choix éclairés, l'individualisation du processus de réhabilitation et la productivité en accompagnant l'utilisateur dans les différentes étapes du processus.

Nous avons vu que l'approche pouvait être critiquée et qu'elle ne faisait pas consensus. Cependant, le fait de tendre vers cette approche du rétablissement nous permet de penser que les réformes politiques entreprises permettraient de s'orienter vers des soins qui seraient de qualité. Il convient maintenant de se pencher sur l'application de ce concept en psychiatrie médico-légale et d'en définir les enjeux.

Enjeux spécifiques de cette approche pour la psychiatrie médico-légale : à la recherche du juste compromis entre soigner/réinsérer le patient et éviter la récidive/protéger la société.

Les PNCR font face à deux enjeux essentiels : la réduction des risques liés à la récidive et la mise en œuvre de soins permettant la réhabilitation sociale (Cartuyvels & al., 2017). Cette dualité, caractéristique de la psychiatrie médico-légale et des PNCR combinant soins et sécurité (Cartuyvels & al., 2018), peut entraîner des dilemmes pour les professionnels en ce qui concerne leurs obligations : obligation de prendre en charge leurs patients et de faire face aux obligations contractuelles envers la société (Völlm & al., 2019). L'éthique intervient et occupe une place prépondérante face à ses enjeux puisque ces professionnels sont amenés à transiger avec un ensemble de valeurs, d'intérêts et de préjugés qui sont moralement contradictoires : ceux des patients, de la société et des professionnels eux-mêmes (Arboleda-Florez & Weisstub, 2006).

Ces enjeux nous ont amené à formuler plusieurs questions spécifiques ouvertes auxquelles nous allons tenter de répondre.

- Qui souhaite-t-on protéger ?
- De quels risques parle-t-on ?
- Quels sont les concepts visant le rétablissement du PNCR sur le plan criminel ?

La loi sur l'internement, que nous aborderons plus en détails par la suite, peut nous aider à répondre aux deux premières questions. Il s'agit d'une mesure destinée à protéger la société et la personne internée en lui prodiguant des soins dont requiert son état mental (article 2). Les victimes sont également protégées puisqu'une mesure de libération à l'essai comporte des contre-indications en ce sens (par exemple, risque d'importuner les victimes, article 26).

La loi parle du « *risque de récidive criminelle* » (article 26), ce qui démontre l'aspect sécuritaire de la loi. Les experts en psychiatrie médico-légale s'accordent à parler du « *risque de violence* » et du « *risque de rechute clinique* ». Selon De Page (2020), l'évaluation du risque de violence est une démarche incontournable dans le monde de la psychiatrie médico-légale depuis une dizaine d'années et de nombreuses échelles permettent de l'évaluer. Il s'agit principalement de cerner le risque de violence sur autrui pouvant mener à un préjudice. Ces évaluations, demandées bien souvent par les autorités judiciaires, répondent aux prescrits fixés par la loi

dans le cadre d'une libération à l'essai de l'interné. L'évaluation du risque de violence est à mettre en lien avec l'évaluation du risque de rechute, démontrant selon l'auteur que l'interné serait « *à plusieurs risques* ». Ainsi, il est « *souvent considéré que les dangers d'une rechute clinique conduisent à des violences* ». Par conséquent, évaluer le risque de rechute clinique est pertinent pour évaluer le risque de violence. L'analyse de l'auteur sur l'évaluation du risque de rechute clinique recoupe celle de Andrew & Bonta (2010) qui insistent sur l'importance pour les PNCR de poursuivre le traitement instauré dans le cadre du processus de réhabilitation.

En ce qui concerne notre troisième et dernière question, l'évaluation du risque de récidive criminelle sur le terrain permet de cibler les besoins criminogènes du PNCR. Cortoni & Lafortune (2009) les définissent comme les facteurs favorisant le comportement criminel (emploi, éducation, fonctionnement dans la collectivité, relations matrimoniales et familiales, fréquentations,...). Ces facteurs ont la particularité d'être modifiables car le comportement criminel n'est pas inné mais acquis. Nous notons que cette vision permet d'entrevoir un rétablissement de l'individu PNCR sur le plan criminel et de mettre en œuvre des interventions qui permettront à l'usager de s'engager dans un comportement non-criminel.

L'adoption d'un comportement non-criminel par un PNCR fait référence au concept anglo-saxon de désistance criminelle. Maruna (2020) le définit comme un processus de changement favorisant « *le maintien d'un comportement non criminel face aux obstacles de vie et aux frustrations* » dans le but de sortir de la délinquance. Pour Benazeth & al. (2016), la délinquance, qui représentante la « *ligne biographique dominante de l'individu* », s'estompe et laisse place à la nouvelle construction d'un « *édifice de rapports sociaux* ».

Par conséquent, nous pouvons affirmer que la prise en charge holistique d'un PNCR fait référence au concept de Recovery axé sur la réhabilitation sociale ainsi qu'au concept de désistance axé sur la réhabilitation criminelle. Nous avons vu que la satisfaction des besoins criminogènes sont déterminés grâce à une évaluation des risques de violence et de rechute clinique sur le terrain par les intervenants. Cela permet de limiter la tension existante entre l'objectif de réinsertion/soins, d'une part et l'objectif de protéger la société/éviter la récidive, d'autre part. L'ensemble des concepts inhérents à l'objet de notre étude étant clairement définis, nous allons maintenant détailler l'opérationnalisation des soins psychiatriques génériques et médico-légaux en comparant la situation belge à celle d'autres pays européens.

Point 2. Opérationnalisation des soins psychiatriques génériques et médico-légaux

2.1. Présentation de situations à l'internationale

L'exemple italien.

L'Italie a mis en œuvre une réforme de désinstitutionalisation importante par rapport aux soins de santé mentale génériques en 1978 (legge 180, appelée loi Basaglia) en fermant ses hôpitaux psychiatriques publics. Cette réforme a pour but de prendre en charge les patients au sein de la communauté (Ramon, 1983; Tansella, 1986). Cette prise en charge est assurée par les Centres Communautaires de Santé Mentale (CCSM) et dépendent du Département de Santé Mentale (DSM), présent dans chaque région depuis 1994. Chaque CCSM comprend une unité psychiatrique au sein d'un hôpital général, un espace pour les activités de jour de réadaptation et d'aide à l'emploi ainsi que des appartements supervisés et des logements de groupes. L'accès aux soins se fait par les *Unita Sanitarie Locali* (USL).

Lorsque le suivi ambulatoire n'est plus suffisant, une hospitalisation de courte durée (deux semaines maximum) peut avoir lieu dans une petite unité de 8 lits de psychiatrie attenante à un hôpital général (35 lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants). Dans son évaluation de la réforme, Burti (1997) constate que la fermeture de plus de lits d'hospitalisation dans le secteur public n'a pas provoqué d'augmentation du turn-over des patients ni d'augmentation des hospitalisations dans le secteur privé.

Une désinstitutionalisation des soins sécurisés a également été mise en œuvre. Basaglia voulait que la personne ne soit pas réduite uniquement à son acte criminel afin qu'elle ne subisse pas de peine indéterminée du fait de sa maladie mentale. Depuis 2015, il n'existe plus de lits de psychiatrie médico-légale. Cependant, des structures résidentielles ont vu le jour : il s'agit des REMS (Résidences pour Exécution des Mesures de Sécurité). Elles peuvent accueillir 20 personnes au maximum pour une durée déterminée équivalente à la peine qu'elles auraient dû encourir. L'objectif est d'évaluer la personne, lui prodiguer des soins les plus adaptés, la responsabiliser et lui permettre une réadaptation dans la société dans les plus brefs délais (Casacchie & al, 2015).

Pour Traverso et al. (2017), les REMS risqueraient de devenir des « *petits asiles* » incapables de réaliser un « *parcours de soins-rééducation* » comme la loi le préconise. Pour notre part,

nous nous questionnons également sur les lieux où peuvent résider les PNCR s'ils ne sont pas pris en soins dans la communauté ou dans les REMS

L'exemple britannique.

La Grande-Bretagne a fortement désinstitutionalisé ses soins de santé mentale génériques. La législation de 1990 sur le Service national de Santé (NHS) et sur les soins communautaires (Community Care Act) a vu la création d'un « *marché interne* » (internal market) au sein du NHS, destiné à en améliorer l'efficacité en y introduisant la concurrence (Bindman, 1996). Les soins sont structurés sur une base locale. Ce sont des *Mental Health Trusts* (MHT) qui organisent et coordonnent les soins de santé mentale (Henderson, 1997). La première ligne (le médecin généraliste ou *General Practice* - GP principalement) est la porte d'entrée officielle et donne accès au *Community Mental Health Teams* (CMHT) (figure 4 en annexe, Twomey & al., 2014). C'est au départ de cette première ligne que sont organisés les soins psychiatriques ambulatoires mais également, quand la situation ne peut être gérée au domicile, les *Intensive Psychotherapy Units* (unités de soins intensifs de courtes durées). C'est aussi à partir du CMHT que peuvent être réorientés les patients vers les *Inpatient Wards* (qui correspondent à nos services de soins de santé mentale ayant une durée de séjour limitée à 6 semaines maximum et qui travaillent en collaboration avec le CMHT ou un hôpital général) ou vers les *Crisis Resolution - Home Treatment* (qui correspondent à nos équipes mobiles intensives, elles permettent de gérer la crise au domicile et éviter les hospitalisations grâce à une équipe soignante disponible 24h/24) (Twomey & al., 2014).

Un secteur de soins sécurisés a été créé. Les services de psychiatrie médico-légale sont assurés par le *National Health Service* (NHS) et sont répartis en trois niveaux de sécurité: high security (HSU, 750 lits), medium security (MSU, 3500 lits) et low security (2500 lits)(figure 5 en annexe, Durcan & al., 2011). Les PNCR dépendent de la loi de santé mentale de 1983 et le juge du tribunal de santé mentale est un décideur. Il peut, par exemple, poser des restrictions plus ou moins « strictes » envers les individus concernant leur prise en charge en fonction du degré de dangerosité ou poser une ordonnance d'hospitalisation. Le patient est acteur de son séjour car les équipes soignantes favorisent au maximum l'empowerment de ces derniers (Durcan & al., 2011).

Pour Edworthy & al. (2016), le transfert entre les différents niveaux de sécurité est très compliqué à mettre en œuvre. Hare & al. (2018) évoquent le fait que $\frac{2}{3}$ des patients présents

en HSU n'ont pas besoin de ce niveau de sécurité. Ce système présente deux lacunes. La première concerne un turn-over très important des patients (phénomène dit « *de la porte tournante* ») tandis que la seconde concerne le recours aux hospitalisations sous contrainte (mise en observation). En effet, peu de places d'hospitalisation sont disponibles en raison d'un travail essentiellement basé sur l'ambulatoire et un peu moins de 2 PNCR sur 5 sont réadmis pour des soins (Edworthy & al., 2016).

Projet à l'échelle européenne.

Un projet nommé « *Long-term Forensic Psychiatric Care* » (LFPC) commun à 19 pays est en cours d'élaboration. Ce projet, axé sur les soins psychiatriques pour patients en long séjour, aborde différents thèmes poursuivant des buts multiples : raccourcir les durées de séjour et identifier les besoins de ces patients afin d'améliorer leur qualité de vie. Ce projet fait partie d'une étude plus vaste nommée « COST Action IS 1302 ».

2.2. Organisation des soins de santé mentale en Belgique

Réforme générale, objectif et constat actuel.

En 2009, la Conférence Interministérielle Santé Publique active l'application de l'article 107 de la loi pour les institutions de soins psychiatriques. Elle constate que lorsque les soins en santé mentale sont axés sur la communauté, il y a moins de traitements résidentiels et les problèmes psychiques peuvent être traités avec plus de succès (Jacob & al, 2016).

Cette nouvelle offre, plus communautaire et moins résidentielle, s'est concrétisée dans la définition des cinq fonctions (figure 2 en annexe, Jacob & al., 2016) et le « *réseau* » devient un élément central (figure 1 en annexe, Jacob, op.cité). Par la mise en œuvre de cette réforme en 2011, le législateur a voulu intégrer le concept de Recovery dans l'organisation des soins de santé mentale belge.

En dépit des modifications, cette organisation est souvent décrite comme « *complexe* », « *manquant de visibilité* » et « *structurée de manière excessive* ». Elle est encore compliquée par la fragmentation des compétences fédérales et régionales que l'on peut qualifier en « *lasagne institutionnelle* » (Mistiaen & al., 2019).

Les patients internés sont concernés par cette nouvelle offre en soins. Bien que certaines caractéristiques de leurs « *parcours thérapeutiques individualisés* » sont interchangeables avec les soins de santé mentale généraux (De Pau & al., 2020), nous nous questionnons sur la mise en pratique de cette offre pour les PNCR en HPS. En effet, cette réforme axant « *la prise en charge de la personne malade dans son milieu de vie selon une approche « Community-based* » (Rapport KCE 318Bs), nous interpelle quant à l'accès aux soins résidentiels des PNCR, compte tenu de la dualité existante entre la volonté de réinsérer l'usager et l'objectif de sécurité.

Avant de détailler l'offre en soins relative aux PNCR, nous allons brièvement développer les aspects légaux spécifiques à cette population et établir un état des lieux.

PNCR en Belgique : réforme de la psychiatrie médico-légale et état des lieux.

Sommé, par des instances internationales, de résoudre le plus rapidement possible le problème de l'internement dans les annexes psychiatriques des prisons, le gouvernement a fait adopter « *un système oscillant entre sécurité et soins* » légiféré par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes et entré en vigueur le 1er octobre 2016 (Cartuyvels & al., 2017).

Celle-ci formule trois conditions cumulatives indispensables pour qu'une mesure d'internement soit prononcée : « *personne ayant commis un crime ou délit ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique ou psychique ou une menace* » (1), « *présence d'un trouble mental* » (2) et « *danger de commission de nouvelles infractions* » (3) (article 9).

Dans une approche centrée sur le Recovery, l'internement est une mesure permettant de « *dispenser à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société... Ces soins doivent permettre à la personne internée de se réinsérer le mieux possible dans la société et sont dispensés - lorsque cela est indiqué et réalisable - par le biais d'un trajet de soins de manière à être adaptés à la personne internée* » (article 2). L'objectif n'est plus seulement de protéger la société par le biais d'une mesure de sûreté mais également de dispenser des soins dans un objectif de réhabilitation. La notion de trajectoire de soins, qui est judiciarisée, fait son apparition puisque le patient a « *le droit à des soins* » (Jeandarme & al., 2019).

Les différentes réformes visent à transférer l'administration des soins de la prison vers des services appropriés de santé mentale structurés en trajectoires de soins médico-légales, les

établissements pénitentiaires n'étant pas considérées comme des lieux appropriés pour les internés (De Pau & al., 2020).

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, on dénombre 3424 internés en 2017 (Jaspis & Nackaerts, 2018). Parmi ces 3424 personnes internées en 2017, 1939 sont en libération à l'essai, 2 en surveillance électronique, 12 en détention limitée, 862 en circuit de soins réguliers et 621 en établissements pénitentiaires (Jaspis & Nackaerts, 2018). On dénombrait 3820 PNCR en 2013 (Jeandarme & al., 2019), soit une diminution d'un peu moins de 400 personnes sous le coup d'une mesure d'internement.

La mise en œuvre des réformes politiques ont permis une diminution du nombre de PNCR dans les prisons de 1088 en 2014 à 537 en 2019. En 2019, 537 PNCR se trouvaient en prison, 960 étaient en placement obligatoire dans des services hospitaliers de santé mentale médico-légale et 1817 étaient en probation (chiffres SPF Justice). Cependant, malgré l'augmentation des moyens mis en œuvre et le transfert des PNCR vers des services de soins de santé mentale médico-légaux, le nombre de PNCR en prison reste considérable (De Pau & al., 2020) alors que les soins devraient être prodigués dans ces services désignés (Casselman & al., 2017; Vander Beken, 2017).

Voyons maintenant comme ces réformes ont été opérationnalisées par les décideurs politiques belges selon le paradigme du Recovery.

Opérationnalisation du concept de Recovery.

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

Nous avons pu nous rendre compte qu'il existait une volonté politique de réinsérer ces usagers dans la société : les soins de santé mentale pour PNCR en Belgique s'étendent des services spécialisés de soins médico-légaux en intra hospitalier vers ceux en extra hospitalier organisés selon la réforme 107 (Cartuyvels, 2017). Cependant, des obstacles perdurent pour cette population spécifique, qu'ils soient dans un milieu de soins spécialisés ou en prison.

Cette volonté politique de mettre en phase l'offre développée pour les patients internés avec l'offre classique s'est opérationnalisée concrètement par la mise en œuvre du Masterplan « *Prisons et internement* », approuvé conjointement par le SPF Justice, le SPF Intérieur et le

SPF Santé publique en 2016. Organisé en Cours d'Appel, il doit offrir aux internés des soins sur mesure (De Pau & al., 2020) en vue d'en améliorer la qualité.

Afin de traduire ces intentions d'avoir une diversité d'offre avec des niveaux de sécurité différents, des investissements ont été réalisés en ambulatoire et en intra hospitalier pour augmenter la capacité des soins aux PNCR (création d'infrastructures, de lits et augmentation des staffs) (Pessout & Pham, 2019).

Création d'infrastructures et augmentation des lits.

Les changements qui ont impacté considérablement les trajectoires de soins des PNCR concernent le développement des installations de haute sécurité, des unités pour patients internés avec des conditions spécifiques de santé mentale (exemple : doubles-diagnostic ou déficients intellectuels) et la création de modules de time-out qui devraient empêcher les retours en prison (De Pau & al., 2020).

Ces services spécialisés de soins médico-légaux comprennent des installations de haute sécurité (les CPL, l'EDS de Paifve, l'HPS de Tournai et de Mons), des unités de moyenne sécurité (unités distinctes et sécurisées dans les services de soins de santé mentale généraux) et les services spécialisés de soins de jour à basse sécurité comme les habitations protégées (De Pau & al., 2020).

Des sous-groupes spécifiques de PNCR, tels que les femmes, les déficients intellectuels ou ceux ayant commis des crimes sexuels peuvent également être pris en charge dans des unités de sécurité moyenne et des services de santé mentale à faible sécurité (Cartuyvels & Cliquennois, 2015; Pessout & Pham, 2019). Les SSM généraux, tels que les hôpitaux psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées et les équipes outreaching offrent également des capacités supplémentaires (De Pau & al., 2020).

Augmentation des staffs : le Trajet de Soins Internés (TSI).

Le SPF Santé Publique favorise et finance des dispositifs de soins spécifiques aux patients internés. L'ensemble de ces dispositifs forment le Trajet de Soins Internés (TSI). Cependant, « il ne s'agit nullement de créer un réseau internés mais bien d'intégrer le public des internés au départ des 5 fonctions de la réforme 107 » (Cour d'Appel de Mons, 2019).

Début 2020, un feedback des données de 2018 sur les patients internés suivi par le TSI a été publié par le SPF Santé Publique en lien avec la réforme 107. Parmi les chiffres, nous constatons que la majorité des demandes émanent des institutions avec un niveau élevé de sécurité et que plus de 4 demandes de suivi sur 5 sont acceptées. La durée totale de suivi est d'une année en moyenne. Lors de la fin de la prise en charge, un peu moins de la moitié des internés suivis se trouvent dans des institutions avec un niveau de sécurité élevé. Nous constatons également que près d'un patient sur huit ne bénéficie pas d'une offre en soins répondant aux objectifs des réformes entreprises si l'on part du principe que les établissements pénitentiaires ne sont pas des lieux de soins.

Trajectoires de soins des patients internés.

De Pau & al. (2020) mettent en évidence une carence dans l'implémentation des trajectoires de soins en psychiatrie médico-légale. Plusieurs patients internés soulignent un manque d'implication dans leur prise de décisions. Ils soulignent également l'absence de réponse aux besoins qu'ils expriment en ce qui concerne leur traitement, le soutien social et psychologique. Ces expériences sont interchangeables avec celles vécues par les utilisateurs de services de santé mentale en général.

Les trajectoires de soins des PNCR sont souvent caractérisées par de multiples transitions d'un service de santé mentale médico-légal à un autre et par de longues périodes d'admission. Bien que certaines caractéristiques soient interchangeables avec les soins de santé mentale généraux, les trajectoires de soins des PNCR diffèrent de par leur nature indéterminée, les obstacles pour l'accessibilité aux soins et les soins médicaux-légaux obligatoires. Une trajectoire de soins est principalement construite pour promouvoir le rétablissement et conduit finalement à une libération (Tucker & al., 2018). Les trajectoires de soins devraient être conçues pour rencontrer les besoins des patients, tels que l'évolution des besoins de sécurité ou les besoins de soins (Tucker & al., 2018). Une approche individuelle et continue des soins est destinée à aboutir à des transitions harmonieuses de l'institutionnel vers les soins communautaires (Klingemann & al., 2019).

Les PNCR progressent dans des trajectoires stratifiées en fonction des niveaux de sécurité thérapeutiques, allant de haute à basse sécurité. Cela signifie que leur besoin d'un certain niveau de sécurité thérapeutique doit être le principal indicateur de progression dans leur trajectoire de soins (Pillay & al., 2008). Par conséquent, ils devraient être admis dans un service

de psychiatrie médico-légale avec un niveau de sécurité qui n'est pas plus élevé que souhaité (Kennedy, 2002).

Nous avons pu observer d'une part que la trajectoire de soins des patients internés est particulière, complexe et mal implémentée. Particulière de par les caractéristiques et les besoins exprimés par les PNCR, complexe de par la tension engendrée par la mise en œuvre du concept de Recovery et mal implémentée de par l'utilisation inadéquate de l'offre en soins. D'autre part, cette trajectoire de soins rencontre de nombreuses similitudes au niveau des soins de santé mentale généraux étant donné que cette population a vocation à bénéficier des services proposés dans le cadre de la réforme 107 par le biais d'un trajet de soins intégrés.

2.3. Conclusions

Différentes approches permettent de combiner rétablissement et besoin de sécurité. L'Italie a opté pour une forte désinstitutionalisation de ses soins de santé mentale génériques et sécurisés tandis que la Grande-Bretagne a opté pour une forte désinstitutionalisation de ses soins de santé mentale génériques tout en créant un système de soins sécurisés. La Belgique se situe entre ces deux approches et adopte un modèle de continuité, au même titre que d'autres pays comme la France ou le Portugal, avec des résultats différents comme le démontrent certains indicateurs au niveau :

- Du taux de prévalence des PNCR (Italie : 1.7/100000 habitants; Royaume-Uni : 11.5/100000 habitants; Belgique : 17.5/100000 habitants);
- Du nombre de PNCR (Italie : 826; Royaume-Uni : 6680; Belgique : 1939);
- De la durée moyenne de séjour (Italie : 2,9 années; Royaume-Uni : 7,4 années; Belgique : 10 années).

Ces indicateurs sont à considérer avec précaution et ne sous-entendent pas qu'une approche est meilleure que les autres. Ces chiffres sont le résultat d'une organisation, pas forcément d'une plus grande efficacité en termes de qualité des soins basée sur la prise en charge des PNCR.

Après avoir clarifié les notions théoriques inhérentes à notre étude et développé l'opérationnalisation des soins de santé mentaux à l'internationale et en Belgique, nous allons nous intéresser au concept de qualité des soins en psychiatrie médico-légale qui constitue l'objet principal de notre travail.

Point 3. Qualité des soins

3.1. Situation de l'institution dans le système médico-légal belge

Avant de présenter les résultats de notre revue de littérature, il nous semblait important de présenter brièvement l'hôpital faisant l'objet de notre étude et de le situer dans le paysage de la psychiatrie médico-légale belge.

L'Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) est décrit comme une installation de haute sécurité (De Pau M. & al, 2020) et dépend du SPF Santé Publique (Cartuyvels Y., 2017). L'HPS, en tant que maillon dans une trajectoire de soins, a pour but spécifique de « *rendre l'hospitalisation la plus adaptée et le plus intensif possible dans le cadre d'une prise en charge mettant l'accent sur les soins aigus, et de rester en lien permanent avec les autres fonctions afin de garantir la continuité des soins avec l'ambulatoire et le milieu de vie de la personne* » (SIMILES).

L'HPS accueille exclusivement des PNCR de sexe masculin sous statut d'interné. S'agissant d'une installation de haute sécurité, ces patients nécessiteraient un besoin élevé de sécurité.

3.2. Définition et dimensions de la qualité

Donabedian (1966) parle de qualité à propos de soins qui « *maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* ». Tenant compte de cette dimension individuelle centrée sur le patient, il est important de ne pas en occulter son intérêt collectif. En effet, définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on souhaite améliorer le système de santé (Or & Com-Ruelle, 2008).

Par conséquent, la qualité des soins peut être considérée comme une « *notion complexe et multidimensionnelle qui est définie selon plusieurs dimensions liées entre elles : l'accès au service, la pertinence par rapport au besoin, l'efficacité, l'équité, l'acceptabilité sociale, l'efficience et l'économie* » (Maxwell, 1992).

Les rapports d'évaluation de la performance du système de santé belge mettent également en avant cet aspect multidimensionnel et définit la qualité des soins en cinq sous-rubriques définies par les auteurs : l'adéquation, les soins centrés sur le patient, la continuité des soins, la sécurité et l'efficacité (Devos & al., 2019).

Cette conception multidimensionnelle de la qualité des soins fait référence aux soins de manière générale. Nos recherches nous ont amené à nous questionner sur l'existence d'indicateurs liés à la qualité des soins en psychiatrie générale et spécialisée.

3.3. Qualité des soins en santé mentale et psychiatrie

La qualité des soins peut se définir et s'évaluer par un ensemble d'indicateurs. Les indicateurs sont décrits comme des « *éléments définis et mesurables qui servent de base à l'évaluation des soins de santé* » (Gaebel & al., 2012), « *des entités observables et mesurables qui servent à définir un concept d'une manière pratique. Le concept lui-même n'est pas mesurable* » (Passchier & al., 2002 ; The Question Bank, 2013). Les indicateurs de qualité peuvent porter sur la structure, sur le processus ou sur les résultats des soins (McGlynn & Asch, 1998 ; Donabedian, 1988). La structure désigne les « *attributs des cadres des soins de santé tels que les établissements, les équipements, les ressources humaines et les structures organisationnelles* ». Le processus désigne « *les activités d'administration ou de réception de soins qui incluent les activités des soignants* ». Enfin, la notion de résultats désigne les « *effets des soins* » (Donabedian, 1988).

Bien que ce concept soit clairement défini dans la littérature internationale et selon le Conseil Supérieur de la Santé (CSS, 2016), la Belgique ne dispose d'aucun indicateur lui permettant d'évaluer la qualité des soins prodigués aux patients dans le domaine de la santé mentale.

A défaut d'indicateurs mais dans un souci de démarche qualité, les procédures d'accréditation ont vocation à s'étendre. Nous pouvons citer, par exemple, les normes d'Accréditation Agrément Canada (AAC, 2015) orientées vers la santé mentale.

3.4. Qualité des soins perçue par les patients et les professionnels de la santé : définition et outils d'évaluation en psychiatrie médico-légale

Selon l'OMS (2017), « *l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Cette définition met en évidence deux dimensions : d'un côté, ce qui est objectivable par des

données concrètes comme le rapport coût-efficacité et de l'autre, ce qui est perçu (ou subjectif) par la prise en compte du vécu et du ressenti du patient.

Nos recherches ont porté sur l'existence d'outils permettant d'évaluer la qualité des soins perçue en psychiatrie médico-légale. Cependant, elles ne nous ont pas permis de mettre en évidence des outils concernant les professionnels. En ce qui concerne les usagers, nous parlerons brièvement du QPC-FIC (Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient, Suède). Un second outil portant sur la qualité des services médico-légaux en santé mentale (Standards for forensic mental health services, fourth edition, Royaume-Uni) sera rapidement développé.

Le QPC-FIC définit 7 thématiques liées à la qualité des soins. Les différents thèmes abordés ont trait à la relation (obtenir de l'aide lorsque j'en ai besoin par ex.), la participation (l'influence sur mes soins par ex.), la libération (proposition de suivi après la sortie par ex.), le soutien (m'empêche de blesser les autres par ex.), l'environnement calme (accès à un endroit isolé), l'environnement sécurisé (se sentir en sécurité avec les autres patients) ainsi que certains items spécifiques à la médico-légale (l'information des droits par ex.). L'outil d'évaluation peut être utilisé à tous niveaux de sécurité (élevé, moyen et bas) et se compose de 34 questions (Schröder & al., 2013).

Le second outil propose une évaluation des services de psychiatrie médico-légale de faible et moyenne sécurité. Cette évaluation est axée sur onze thèmes, eux-mêmes subdivisés en 143 critères : l'information patient-soignant, la planification des soins, la médication, la sécurité, le bien-être, un mode de vie sain, l'environnement général, l'implication du patient et du soignant, la formation et les compétences, le développement de services et le règlement et les procédures (Georgiou & al., 2019).

3.5. Perceptions des PNCR concernant les professionnels de santé et acteurs du monde judiciaire

Selon une étude belge de De Pau & al. (2020), la qualité des soins prodigués aux usagers en Belgique, et plus particulièrement aux internés, semble être un point d'insatisfaction pour une majorité d'entre eux. Cinq thématiques mettant en évidence certains aspects de la qualité des soins ont été étudiées. Cette étude nous paraît intéressante dans le cadre de notre travail car elle permet de cibler les besoins exprimés par les patients internés pour lesquels l'offre en soins s'avérerait inadéquate ou suffisante.

La première thématique concerne le **processus de décision** qui se caractérise par une position passive des PNCR et une absence de voix tout au long de leur trajectoire de soins. Ils décrivent les autorités judiciaires (juge, CPS) comme des « *décideurs* ». Les professionnels de la santé et les services psychosociaux sont eux représentés comme des « *détenteurs de pouvoir* ». Les internés exposent une position passive liée à un manque de parole dans le processus de décision.

La seconde thématique concerne les **moments de transition** et le soutien reçu durant ce processus. Elle décrit les expériences des PNCR de passage d'un service de santé mentale (médico-légale) à un autre. Cette transition est souvent perçue comme une expérience négative car les patients ne sont pas bien préparés et ne se sentent pas soutenus, ce qui engendre un sentiment d'impuissance.

La troisième thématique concerne les **facteurs structurels influençant les trajectoires de soins** et met l'accent sur l'identification des obstacles et les facilitateurs qui influent sur ces trajectoires. L'état psychiatrique et la nature des faits (délit, crime) sont considérés comme des éléments qui peuvent faciliter ou entraver l'admission vers un service de santé mentale médico-légal. Parmi les barrières identifiées, les longues listes d'attente pour aller dans un service, un précédent entre l'utilisateur et le service ou entre l'utilisateur et d'autres patients du service. Parmi les facilitateurs, un bon comportement, une bonne compliance au traitement, une occupation significative durant la journée, une prise d'initiatives de l'utilisateur à écrire à des services de santé mentale sont régulièrement évoqués. Le turnover dans les admissions est également un facilitateur (plus le turnover est élevé, plus vite l'utilisateur sera orienté).

La quatrième thématique concerne le **rapport au temps** et décrit les expériences vécues par rapport au caractère indéterminé de la mesure d'internement. Les trajectoires sont décrites comme longues, lentes, justifiées ou injustifiées et peuvent engendrer un sentiment de désespoir. La plupart d'entre eux perçoivent cette durée comme une occasion pour le rétablissement personnel et une période d'apprentissage.

Enfin, la dernière thématique décrit les attentes des PNCR vis-à-vis de la **fin de leur trajectoire de soins**. Pour beaucoup, cela signifie retourner au travail ou débiter une formation. La plupart des usagers sont prêts à casser la mesure d'internement. Dans tous les cas, certains d'entre eux perçoivent la mesure comme un filet de sécurité, ce qui leur permet de trouver du soutien en cas de besoin.

Les patients internés mettent en évidence qu'ils savent ce qui est bon pour eux et qu'ils veulent pouvoir participer aux décisions. Une insatisfaction qui revient fréquemment est l'imposition d'un projet de la part des soignants dans lequel l'interné a de grandes difficultés à s'y retrouver. Les patients souhaitent ressentir de la présence, de l'humanisme, de la confiance mutuelle, de l'authenticité et du soutien dans le travail de réhabilitation. A ce titre, l'évaluation de la satisfaction des usagers internés reste une thématique importante.

A partir de ces constats, le point de vue des professionnels vis-à-vis des PNCR nous semble important à investiguer.

3.6. Perceptions des professionnels de santé concernant les patients psychiatriques médico-légaux

Une étude belge récente analyse les perceptions de deux cents soignants concernant les patients psychiatriques médico-légaux en comparaison des patients venant des services psychiatriques généraux (Saloppé & al. 2016). Il est à souligner que malgré nos recherches et à notre connaissance, il n'existe pas en Belgique d'études qui comparent la perception des acteurs du monde judiciaire concernant les PNCR.

Dans le cadre de l'étude, la dangerosité des PNCR, leur prise en charge spécifique, la stigmatisation ainsi que la réaction des patients face à leur prise en charge ont été abordés avec les professionnels. Parmi les résultats qui nous intéressent, nous pouvons expliciter ceux liés aux représentations que se font les professionnels des PNCR. Ils sont considérés comme des patients nécessitant un suivi plus intensif comparé aux patients en psychiatrie générale. Ils présentent des comportements d'opposition et d'agressivité qui les rendent plus compliqués à gérer dans les unités de soins et se montrent, par ailleurs, moins réceptifs aux soins qui leurs sont prodigués. En ce qui concerne la prise en charge des PNCR, les soignants présentent un certain pessimisme quant à l'efficacité de leurs interventions thérapeutiques. De plus, les professionnels de sexe masculin sont davantage enclins à une prise en charge plus sécuritaire que leur pendant féminin. Lorsque la stigmatisation est abordée, les professionnels s'accordent sur le fait qu'un patient PNCR est plus stigmatisé de par sa pathologie mentale, sa race ou son acte délictuel qu'un patient n'ayant pas l'étiquette de la psychiatrie médico-légale. Une analyse comparative des perceptions peut être établie.

3.7. Conclusion du cadre théorique

Compte tenu de la tension qui existe entre l'objectif de réhabilitation/soins des PNCR et l'objectif sécuritaire, nos recherches nous ont permis de réfléchir sur les enjeux et les spécificités de l'approche Recovery en psychiatrie médico-légale, l'offre en soins proposée aux PNCR ainsi que leur trajectoire de soins. Par conséquent, notre question de recherche est la suivante :

« Qualité des soins en Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) : quelles perceptions par les usagers et les intervenants? »

Afin de répondre à cette question, nous avons décidé de comparer le point de vue des professionnels du monde de la santé et de la justice sur ce qu'il faut faire pour prodiguer des soins de qualité et le point de vue des patients internés sur ce qu'ils reçoivent comme soins. Nous tenterons de mettre en évidence les points de divergence et de convergence entre les deux groupes-cibles. A partir des points de vue exprimés, une analyse comparée sera présentée en vue de formuler quelques pistes de réflexion et d'amélioration.

CHAPITRE II : Méthode

Point 1. Méthode de collecte des données

La méthode qualitative sera explorée au moyen d'entretiens semi-dirigés en ce qui concerne les deux publics. Cette étude ayant pour objet de recueillir les perceptions des participants, cette méthode nous a paru être la plus appropriée afin de laisser à chacun une liberté de parole au sein d'un cadre défini par le chercheur.

Point 2. Échantillon, critères et recrutement

2.1. Usagers

Les données ont été collectées auprès de 15 usagers hospitalisés au sein des différentes unités de l'HPS. Les critères d'inclusion suivants ont été définis :

- Patients sous le coup d'une ou plusieurs mesures d'internement ;
- Patients internés au sein de l'HPS Les Marronniers à Tournai ;
- Patients capables de s'exprimer en français ;
- Patients volontaires donnant leur consentement à participer.

2.2. Intervenants

Les données ont été collectées auprès de 15 professionnels de la santé ou acteurs du monde judiciaire ayant des connaissances de base liées au système de l'internement. Nous avons défini les critères d'inclusion suivants :

- Professionnels du monde de la santé travaillant au sein de l'HPS et regroupant l'ensemble des professions médicales et paramédicales (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, éducateurs, assistants-sociaux, psychologues, logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants) ;
- Certains professionnels du monde de la santé travaillant à l'extérieur de l'institution (coordinateurs de projet fédéral projet 107, coordinateurs de réseau 107 sur le territoire wallon et bruxellois) ;
- Professionnels du monde de la justice externes à l'HPS (intervenants en maison de justice, juges et assesseurs auprès des CPS, avocats défendant les intérêts d'un ou

plusieurs patients au sein de l'établissement, Ministères Publics près les TAP, coordinateurs TSI).

L'ensemble des intervenants ont été sollicités par mail. Au total, 444 personnes ont reçu une invitation entre le 17 décembre 2020 et le 20 décembre 2020. L'échantillonnage a été constitué sur base des 15 premiers répondants.

Point 3. Outils de collecte

Afin de comparer les deux groupes-cibles sur base de thématiques communes, deux guides d'entretien distincts ont été construits en parallèle sur base de notre revue de littérature et avec les thématiques reprises dans notre partie théorique. Les guides d'entretiens sont repris en annexe.

Point 4. Méthode d'analyse

De manière à analyser les données recueillies, les 30 entretiens ont été retranscrits intégralement sous forme de verbatim et l'analyse des données a été réalisée selon une analyse thématique. Comme le soulignent Paillé & Mucchielli (2016, p.235) « *ce type d'analyse est un outil précieux pour une première expérience de recherche* », ce qui justifie notre choix. Ainsi, procéder à une analyse thématique nous a permis d'attribuer des thèmes en lien avec le corpus. Selon les mêmes auteurs, la technique à adopter pour le travail de thématisation est déterminée selon trois éléments : la nature du support matériel, le mode d'inscription des thèmes et le type de démarche de thématisation (p.239). En ce qui concerne la nature du support et pour faire face à un corpus volumineux, nous avons réalisé le travail de découpage et de classement avec le logiciel NVivo (version 1.3.2). Celui-ci nous a aidé à mettre en évidence de nouvelles thématiques ayant émergé de nos entretiens et de réorganiser, regrouper ou fusionner celles existantes (démarche inductive). En effet, au préalable, nous avons prédéfini des thèmes en référence au cadre théorique (cfr. guides). Dès lors, ces deux notions ont été utilisées en combinaison. L'utilisation du logiciel nous a également donné l'opportunité de travailler en mode d'inscription sur fiche (mode d'inscription des thèmes), ce qui représentait un second avantage : les thématiques étaient notées sur un fichier distinct du texte avec les informations permettant de les retracer aisément, laissant ainsi chaque verbatim intact. Enfin, la démarche de thématisation continue a été choisie : l'arbre thématique a été construit progressivement, tout au long de la recherche et n'a été parachevé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus. Ainsi,

l'analyse thématique continue présente l'avantage de réaliser une étude riche et fine du corpus (p.241).

Point 5. Aspects éthiques

Cette étude a obtenu l'approbation du Comité d'Éthique du Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers le 07 décembre 2020 pour les usagers. Une assurance responsabilité a été contractée par l'intermédiaire de l'UCLouvain auprès d'Ethias avant de débiter les entretiens. En ce qui concerne le volet intervenants, le CE n'a pas été sollicité. Cependant, nous avons informé le Directeur Général ad intérim de l'hôpital avant d'interviewer les travailleurs.

CHAPITRE III : Résultats

Point 1. Déroulement de l'étude et description de l'échantillon

1.1. Usagers

L'ensemble des entretiens réalisés se sont déroulés au sein de l'HPS durant la période de recrutement. La durée moyenne des entretiens s'établit à 43 minutes (min = 20 minutes; max = 63 minutes). L'échantillon comprend 15 individus de sexe masculin hospitalisés en HPS (âge moyen = 38 ans ; min = 21 ans ; max = 57 ans). Une mesure d'internement a été prononcée à l'égard de 11 patients pour des délits (coups et blessures, menaces, vol, harcèlement, destruction, possession et vente de stupéfiants,...) et de 4 patients pour des crimes (tentative de meurtre, meurtre, récidive de meurtre, viol sur mineur). 2 patients sur 3 ont une durée moyenne de placement en HPS de moins de 5 ans (min = 2 mois ; max = 17 ans et 2 mois). Enfin, selon le DSM-5, 12 patients présentent une combinaison de troubles mentaux dits « *associés* »¹ et 3 présentent un trouble mental. Parmi les profils, nous relevons une association fréquente d'usagers présentant à la fois un trouble psychotique et une dépendance aux substances.

1.2. Intervenants

Une majorité des entretiens relatifs au personnel intra hospitalier se sont déroulés au sein de l'HPS. Pour les intervenants extérieurs et certains intervenants internes à l'institution, les interviews ont été réalisées par visioconférence. La collecte des données s'est déroulée durant la période de recrutement. La durée moyenne des entretiens était de 58 minutes (min = 33 minutes ; max = 96 minutes). L'échantillon comporte 9 femmes et 6 hommes. 10 intervenants de notre échantillon ont un poste au sein de l'HPS (éducateur, infirmier, psychologue et assistant social) et 5 travaillent en dehors de l'institution (maisons de justice, TAP et TSI). L'âge moyen des professionnels est de 44 ans (min = 27 ans; max = 56 ans). La durée moyenne d'expérience est de 15 ans dans le domaine médico-légal (min = 3 ans; max = 28 ans).

¹ Combinaison d'au moins deux troubles repris dans le DSM-5.

Point 2. Résultats d'entretiens

Les résultats seront présentés selon les trois étapes de la trajectoire de soins des PNCR. Pour chaque étape, nous présenterons les thématiques mettant en évidence les idées émises par les usagers et les intervenants par ordre d'importance.

2.1. Trajectoire antérieure

Avant d'aborder la trajectoire de soins actuelle des usagers en HPS, il nous paraissait important de comprendre quel était leur parcours antérieur. Les données récoltées à ce sujet nous permettent de penser que les usagers ont accumulé certaines difficultés avant de commettre un délit ayant amené la mesure d'internement. Nous observons également que beaucoup de choses ont été mises en place afin qu'ils puissent surmonter leurs difficultés sans que cela ne leur permette de s'en sortir avec succès. Ces usagers se retrouvent en psychiatrie médico-légale après avoir fréquenté la psychiatrie générale et le milieu carcéral.

Usagers.

L'ensemble des patients s'accordent à dire que leur parcours de vie est « *chaotique* ». Leur trajectoire comporte de nombreux événements traumatisants qui apparaissent relativement tôt, dès la **petite enfance**. Parmi ceux les plus fréquemment cités, nous retrouvons les événements de vie familiaux (abandon parental, adoption par les grands-parents ou une famille d'accueil, séparation avec la fratrie, suicide d'un parent, violences intrafamiliales,...), sentimentaux (déception amoureuse, absence d'amour et d'affection) et scolaires (décrochage). En l'absence de repères, beaucoup perdent le contrôle d'eux-mêmes et se décrivent comme « *violent, impulsif ou agressif* », ce qui les conduit à la petite délinquance. Celle-ci s'opère principalement à l'**adolescence** et se traduit par des vols domestiques, une consommation de stupéfiants, des coups et blessures, du harcèlement,... Le premier contact avec le milieu institutionnel (structures liées à la protection de la jeunesse) ou la psychiatrie générale s'opère à l'enfance pour certains ou à l'adolescence pour la majorité d'entre eux. Cette expérience engendre de multiples séjours en institutions, de courte ou de moyenne durée. Certains patients expriment avoir passé plus de temps en institution qu'à l'extérieur. « *Je suis passé par beaucoup d'institutions. J'ai commencé à l'âge de 12 ans pour m'écarter de l'ami de ma mère qui m'emmenait dans les bistrots, je me faisais tabasser. Il fallait se débarrasser de moi. Le médecin a dit à ma mère que ce n'était pas un endroit pour moi... Du coup, j'ai commencé la*

psychiatrie » (P12). « Depuis l'enfance, je suis enfermé. J'ai été plus enfermé qu'en liberté » (patient interné en 2014, 26 ans).

A l'âge adulte, quelques-uns ont pu mener une activité professionnelle non qualifiée. « J'ai été à l'école jusqu'à mes 14 ans, j'ai arrêté en quatrième année, j'ai travaillé pendant presque 14 ans dans la mécanique chez mon parrain » (P10). Certains ont construit une famille avant leur arrestation ayant conduit à l'internement : ils se sont mariés, ont eu des enfants ou vivaient en concubinage. D'autres ont connu leur première hospitalisation en psychiatrie générale suite à un événement professionnel précis (burnout, harcèlement au travail,..). Les usagers ont tous connu la prison à l'âge adulte. Le premier passage en prison matérialise, pour beaucoup d'entre eux, l'échec des séjours en institution. Les nombreux allers-retours entre la communauté et la prison ne leur ont pas permis d'être réhabilités dans la société. Pour certains d'entre eux, la prison est considérée comme un lieu de soins par rapport au sevrage aux drogues dures. « J'ai voulu faire de la prison, j'en avais marre de la vie dehors et j'étais dans la drogue dure. C'était une solution pour se retrouver sans drogue dure » (patient interné à l'âge de 28 ans). Leur passé institutionnel infructueux, la commission d'un nouveau délit ou d'un crime associé à une maladie mentale et une consommation de stupéfiants les conduit à l'internement.

Après le prononcé de la mesure d'internement et l'ordonnance de placement en HPS, les patients attendent en grande majorité l'exécution de la mesure en prison. Cependant, certains d'entre eux n'ont pas séjourné en annexe psychiatrique et se trouvaient dans les quartiers dits « ordinaires ». Les durées de détention dans les établissements pénitentiaires peuvent aller jusqu'à deux ans d'attente pour certains d'entre eux. « J'étais en régime ordinaire en prison, sans passer par l'annexe. J'y ai passé 19 mois » (patient interné en 2015).

Pour certains, il ne s'agit pas du premier séjour au sein de l'HPS, les retours sont multiples. Les raisons de leur retour sont essentiellement liées au non-respect des conditions de libération à l'essai (consommation d'alcool, de stupéfiants, absence aux rendez-vous médicaux, psychologiques, de justice, absence de domicile, problèmes de comportement avec d'autres patients dans la structure d'admission, récidive). Les hospitalisations successives en HPS n'ont pas permis de mettre fin à certaines problématiques ayant motivé la décision d'internement. « Après mon premier internement, je n'avais pas du tout arrêté la consommation de cannabis, les addictions » (patient interné en 1991). « J'ai été libéré à l'essai mais je n'ai pas écouté les conseils et me revoilà ici (consommation de stupéfiants)... J'ai fait 5 mois dehors, je ne suis

pas repassé par la prison mais directement ici » (patient de 32 ans réintégré pour non-respect des conditions).

Enfin, quelques-uns affirment qu'ils sont internés à leur demande ou avec la croyance que l'internement leur permettrait de sortir plus rapidement, comparativement à un séjour en prison. *« Je me suis dit qu'à l'hôpital, je serais mieux encadré. J'ai demandé à être interné »* (patient diagnostiqué schizophrène paranoïde). *« A l'époque, mon avocat m'avait dit que l'expert psychiatre m'avait diagnostiqué prépsychotique avec une légère débilité mentale. Je n'étais pas d'accord avec ça et il (l'avocat) m'a conseillé de prendre un internement pour être libre. Il m'a dit que dans 6 mois, je serai dehors »* (patient ayant séjourné à plusieurs reprises en HPS pour une durée totale de 9 ans et 5 mois).

Intervenants.

La majorité des intervenants constatent également que les internés ont eu *« un parcours de vie chaotique »* (I11), *« un parcours compliqué »* (I3). Comme les usagers, ils évoquent un milieu de vie *« précarisé »* et ce, depuis la **plus tendre enfance**. Ils décrivent une famille souvent dysfonctionnelle : *« parents peu sollicitants, pas encourageants »*, *« en marge de la loi »*, *« famille qui vit sur le compte de l'État... Des histoires de vie difficiles dès l'enfance avec de la maltraitance, de la négligence »* (I13). En revanche, ils mettent en avant que les parents peuvent souvent faire preuve de violence avec une consommation d'alcool et de drogue très présente, avec le risque que les usagers aient reproduit ces schémas. Certains citent aussi des placements en institution dans un but de protection vis-à-vis de la maltraitance parentale (abus sexuels,...) ou dans un but répressif comme les IPPJ. Un intervenant décrit l'histoire de la petite enfance comme étant une étape importante de la construction de la personne et son influence majeure sur le délit et la pathologie mentale qui lui est associée. *« Le parcours de vie influence la nature du délit et qui les conduit sous mesure d'internement... Je pense que la petite enfance est super importante surtout pour les psychotiques si c'est un délit lié à ça.... »* (I5). A l'instar des usagers, certains précisent que la famille, tout comme le patient, présentent un niveau intellectuel assez faible. *« ... Des parcours scolaires compliqués avec des capacités scolaires pas brillantes », "... Les capacités intellectuelles ne sont pas stimulées »*. Un seul d'entre eux aborde le niveau d'études : *« Un parcours arrêté en secondaire ou avant »*. Un intervenant évoque un suivi psychiatrique dès l'enfance. *« La plupart ont déjà eu un suivi psychiatrique, ils ont vécu d'institution en institution, ils ont déjà fait tout le tour de la Belgique avant d'arriver chez nous »* (I4).

A l'âge adulte, il est signalé que ces derniers poursuivent leur vie dans un milieu défavorisé. Certains intervenants font mention d'errance et de vie sans domicile fixe. « *Beaucoup de personnes ont connu la rue* » (I6). Quelques intervenants rapportent qu'une très faible minorité des personnes internées vivaient dans une structure familiale « *normale* » avant leur arrestation et ne présentaient pas de passé psychiatrique. « *On a rarement des familles saines à la base. J'en ai peut-être croisé 2-3 fois sur 17 ans de psychiatrie* » (infirmière en HPS). La vie affective des patients internés est pauvre avec un faible taux de descendance « *Souvent, les patients n'ont aucune vie affective, très pauvre ou très utilitaire (échange, lieu de sortie,...). Assez peu d'enfants, si oui, peu d'intérêt ou trop d'intérêt (en décalage)* ». « *Ils sont perdus dans les liens des familles. Les attachements familiaux ne sont pas stables* » (psychologue, 18 ans d'expérience en HPS). Selon les professionnels qui rejoignent l'avis des usagers, les patients ont un parcours institutionnel important, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, ce qui induit très tôt un phénomène d'institutionnalisation.

Avant de commettre l'acte qui va amener l'usager à un prononcé de la mesure d'internement, la majorité des intervenants s'accordent sur le fait qu'une grande partie de ces derniers a déjà commis des délits. « *C'est des gens qui ont déjà des gros problèmes avec un lourd parcours derrière eux de vol... Qui ont déjà été pris par la police, qui ont un casier bien fourni... En général, on voit que ça part dans l'escalade, on arrive au crime et ils arrivent chez nous* » (I4). Un professionnel sur cinq décrit une population qui a déjà connu la prison par le passé. « *La plupart passent par la prison* » (I12), « *Les plus anciens sont passés par la prison pour les plus anciens dossiers* » (I15). La psychiatrie fait partie de leur vie bien avant la commission du délit entraînant la mesure d'internement. Selon les professionnels interrogés, une grande partie des internés a reçu des soins psychiatriques en ambulatoire ou en hospitalisation avant leur arrivée en HPS. « *Le vrai trajet de soins commence en HP (hôpital psychiatrique). Certaines personnes ont déjà un passif psychiatrique* » (assistante de justice, 28 ans d'expérience). Plusieurs sont ceux qui évoquent « *un passé lourd en psychiatrie* ».

Un participant a souhaité évoquer le problème des patients internés en situation illégale sur le territoire belge. Ces derniers ont vécu majoritairement dans la rue ou des foyers d'accueil. Ils ont un profil assez similaire aux internés « *légaux* » quant à leur passé psychiatrique, la précarisation de leur milieu de vie et leurs addictions.

Enfin, et comme pour les usagers, tous font référence à l'**emprisonnement et au passage par l'annexe psychiatrique** de la prison avant l'arrivée en HPS. « *La plupart des gens en HPS*

viennent de prisons, ce sont des annexes psychiatriques » (I7). « Il y en a qui ont été détenus et sont restés détenus, qui viennent des annexes psychiatriques des prisons dans lesquelles ils pourrissaient » (avocat, 23 ans d'expérience dans l'internement).

2.2. Trajectoire actuelle : perception de la qualité des soins, des intervenants/usagers et de l'organisation du système de soins en HPS

Pour permettre une lecture aisée des résultats, les thématiques liées à la trajectoire de soins actuelle HPS ont été classées, selon une logique bien définie, en 4 composantes. Nous aborderons les thématiques liées à l'environnement de soins qu'est l'HPS. Dans un second temps, les thématiques propres à chaque individu (qu'il soit usager ou intervenant) au sein de l'HPS. Dans un troisième temps, les thématiques mettant en relation l'environnement de soins et l'individu. Pour terminer, les thématiques analysant la relation entre l'utilisateur et le système de l'internement.

Composantes environnementales.

L'opinion exprimée par les usagers et les intervenants sera abordée par trois thématiques liées à l'environnement de soins. Nous présenterons les résultats ayant trait aux caractéristiques de l'environnement et les comparerons à celles liées aux environnements fréquentés par les usagers durant leur trajectoire antérieure. Enfin, nous tenterons de comprendre les points de vue exprimés sur l'adéquation entre le niveau de sécurité et l'environnement liée à l'HPS.

Caractéristiques de l'environnement de soins.

Usagers

Deux caractéristiques majeures sont abordées spontanément par rapport à l'environnement. La première est liée à la sécurité. En grande majorité, les usagers se sentent en sécurité : l'environnement leur permet de ne pas succomber à la tentation liée à la consommation de toxiques car ils se trouvent dans un milieu hermétique, fermé et cadrant. *« Il y a une certaine discipline, il y a des règles qui sont faites...elles ne sont pas toujours très bien respectées, il y a des moments de flottement aussi mais c'est important d'avoir des règles...ça aide à se retrouver avec soi-même. C'est sécurisant »* (patient hospitalisé en HPS depuis 3 mois).

Seul un patient admet ne pas se sentir en sécurité dans l'institution. Le parcours de soins de l'individu lui laisse penser que d'autres institutions sont plus sécuritaires que l'HPS. « *J'ai connu les prisons de haute sécurité et pour moi, ici, c'est une passoire. Je le dis haut et fort en tout état de cause en tout genre : tout rentre et tout sort. Ce qui dans une prison n'existe pas* » (patient ayant séjourné à plusieurs reprises en HPS pour une durée totale de 17 ans et 2 mois).

Une seconde caractéristique concerne la tranquillité de l'environnement. Certains le décrivent comme étant « *calme* », d'autres comme étant « *bruyant* ». Nous constatons qu'un des facteurs favorisant cette quiétude est lié au type d'unité dans laquelle le patient se trouve, ce qui est corroboré par plusieurs patients ayant transité par plusieurs unités. Un autre facteur favorisant est lié au nombre de patients par unité. Au plus ce nombre est petit, au plus le pavillon est considéré comme un environnement calme. Nous observons également que le bruit se fait plus présent en unité d'admission. Il s'agit en effet du point de départ de la trajectoire de soins de l'interné en HPS: il se retrouve confronté à divers profils pathologiques qui peuvent différer du sien. « *Chaque cas est différent, ici, on est tous mélangés. Tout le monde est différent* » (P14). « *C'est assommant, c'est éprouvant, c'est suffocant. Il n'y a jamais de moments de quiétude, il y a toujours des explosions, il y a toujours des conflits pour rien. Il y a des sanctions qui sont prises, quasi universelles* » (patient ayant séjourné à plusieurs reprises en HPS pour une durée totale de 17 ans et 2 mois). « *Ça dépend des pavillons, sérénité si on a une chambre seul. Si on est en duo, ce n'est pas calme* » (patient hospitalisé en HPS depuis 11 mois).

Intervenants

Nous constatons que les avis des intervenants et des usagers sont différents. Alors que les caractéristiques architecturales prédominent pour les premiers, les seconds mettent en évidence l'aspect sécuritaire et le calme de l'environnement. Ainsi, pour plus de la moitié des intervenants, la structure architecturale n'est pas adaptée à la prise en charge des patients internés. Plusieurs arguments sont invoqués :

- une population trop nombreuse par pavillon. « *Quand il y a une surcharge de population dans un pavillon, ça a un impact direct sur la manière dont le personnel peut travailler (l'agacement, la fatigue). Le personnel n'est plus vraiment disponible* » (avocat) ;
- une certaine promiscuité et trop peu d'espaces de vie ;

- une mixité et une cohabitation de différentes populations pas toujours concluante ;

- des bâtiments avec des « *angles morts* » qui peuvent nuire à la sécurité de tous. Certains actes d'agressivité entre patients ou entre patients et membres de l'équipe de soins y trouveraient leur origine. « *Au niveau de la sécurité, la mixité de la population du service n'aide pas... aussi la structure du bâtiment avec les coins et recoins... c'est plus au niveau infrastructure qui pose problème* » (éducatrice, 23 ans d'expérience en HPS). « *Certains clients m'ont dit qu'ils étaient en insécurité, un sentiment de malaise, des agressions. Des actes de violence arrivent, qui ne devraient pas. Il y a des pavillons dans lesquels les choses se dégradent et je ne serais pas à l'aise d'avoir quelqu'un de ma famille à l'intérieur* » (avocat).

- des bâtiments dont la construction n'est pas récente et pouvant être vus comme « *sinistres* » et/ou « *obsolètes* ». Deux intervenants font le parallèle entre l'HPS et les prisons. « *Un aspect carcéral, l'établissement est assimilé à la prison, les patients parlent de cellules, plus que d'hôpital et de soins car ils se sentent comme des détenus* » (I6). Un professionnel nous décrit des chambres à 4 lits qui seraient incompatibles avec une pathologie psychotique.

Une minorité évalue la structure architecturale de l'HPS comme étant, au contraire, adaptée car répondant au besoin de sécurité nécessaire. « *L'environnement est plus ou moins calme et sécurisé. Ce sont les patients qui déteignent sur l'environnement donc ça dépend de leur état mais majoritairement, c'est plutôt calme. Ici, on est en sécurité par rapport à certains services de psychiatrie. Le cadre répond au besoin de sécurité des patients ici* » (I5). Les internés trouveraient au sein de l'HPS ce qu'ils n'ont pas eu lorsqu'ils étaient à l'extérieur. « *Certains patients se sentent bien, dans un cadre sécurisant avec des repères, un toit, des membres de personnel avec qui discuter et se recréer un milieu de vie au sein des unités. Cela peut structurer les journées et être constructif* » (psychologue travaillant depuis 4 ans auprès de la population internée).

A l'instar des usagers, trois professionnels font des propositions d'amélioration. Tout d'abord, ils proposent que soient regroupés des internés ayant des pathologies similaires, ce qui permettrait un environnement plus calme selon le point de vue de certains usagers. Dans un second temps, ils aimeraient qu'une réflexion soit menée sur l'adaptation des pavillons aux besoins des internés et du personnel soignant. Ces professionnels de terrain estiment que cette réflexion est nécessaire car ils vivent au quotidien entre ces murs au contact des usagers. Ils affirment également qu'ils sont dans de beaux bâtiments mais que ces derniers ne seraient pas

adaptés. Les concepteurs n'auraient pas tenu compte de l'avis des soignants de terrain. Enfin, un participant pense que le cadre architectural doit davantage coller à l'esprit de la loi. « *Il faut des architectures modulables en fonction des lois. L'HPS doit être mouvant, adaptable, ce qui n'est pas la caractéristique des lieux sécurisés* » (intervenant au TSI).

La thématique liée aux caractéristiques de l'environnement abordée, nous pouvons présenter un comparatif avec les autres structures liées à la trajectoire de soins antérieure des usagers.

Comparaison avec les autres structures liées à la trajectoire antérieure.

Usagers

Les usagers perçoivent le cadre de l'HPS comme étant plus strict et plus sécuritaire comparé aux autres structures. En effet, beaucoup se sentent en sécurité car les règles sont clairement établies, que ce soit en matière de comportement à tenir ou de consommation de stupéfiants. « *Ici, c'est interdit la drogue, c'est interdit de se battre. En prison, c'est plutôt un milieu carcéral, c'est un milieu de la loi du plus fort* » (P5).

Un usager fait le lien entre le cadre de l'HPS et l'objectif poursuivi par la loi sur l'internement. « *C'est très particulier la défense sociale. Il faut que le patient se sente à l'aise, mais il ne faut pas qu'il se sente trop à l'aise. Si le patient considère la Défense Sociale (HPS) comme une colonie de vacances, c'est que la Défense Sociale a raté sa mission* » (patient interné depuis 1991).

Les avis sont mitigés en ce qui concerne la liberté et semblent diverger selon l'unité dans laquelle se trouve l'usager : certains estiment que les libertés sont plus restreintes (moins de facilités pour sortir en dehors de l'unité et s'aérer) tandis que d'autres jouissent de plus de libertés (confort en chambre plus important qu'en prison). « *J'ai les clefs de ma chambre. Je peux être tranquille, écouter ma musique. J'ai plus de libertés. Je suis tout seul dans ma chambre. C'est le confort. Ils sont super sympas, faut savoir comment les prendre* » (P12).

L'architecture de l'HPS est semblable à celle des prisons. Certains patients ne notent pas de différence entre l'HPS et la prison. La notion d'univers carcéral revient fréquemment, ce qui corrobore l'opinion des intervenants (caractéristiques). D'autres disent se sentir plus respectés en prison qu'en HPS. « *En prison, que ce soit des mâtons comme des détenus, il y a un respect*

qu'il n'y a pas ici. Je suis moins respecté par certaines personnes » (patient hospitalisé en HPS depuis 2016).

Enfin, les PNCR sont unanimes sur le fait qu'il est plus facile de consulter un médecin psychiatre dans les autres structures qu'en HPS. *« Je devrais le voir plus souvent, je dois soudoyer tous les intervenants pour le voir. On s'est déjà croisé 6 fois dans le couloir mais on ne s'est jamais parlé. À la prison, le psychiatre venait plus souvent »* (P13).

Intervenants

Tous comme les usagers, une grande partie des intervenants mettent en avant le cadre *« au sens large du terme »* comme principal point de différence entre l'HPS et les autres structures liées à la trajectoire de soins antérieure. En effet, nombre d'entre eux décrivent le cadre comme quelque chose de rassurant, sécurisant (tant pour l'utilisateur que pour le personnel y travaillant), strict, apportant de la stabilité à l'interné et une certaine contenance. *« Les patients trouvent une certaine sécurité, une stabilité qu'ils ne trouvent pas ailleurs. Il y a un soin, un encadrement qui est donné »* (I14). Par conséquent, un professionnel précise que les internés trouvent en HPS un cadre qu'ils n'ont jamais ou peu connu par le passé.

Pour plus de la moitié des intervenants interrogés, une autre différence majeure réside dans la nature des soins prodigués : l'aspect *« contrainte »* prédomine et n'engendre aucune demande de la part de l'interné. Nous constatons que les usagers abordent peu le sujet des soins de manière générale. Les professionnels précisent également que les internés ne peuvent pas signer de décharge et quitter l'HPS quand bon leur semble. *« L'obligation de traitement est donc une différence, ici on contrôle et c'est très bien »* (I5). Deux intervenants mettent en avant que le patient a l'obligation de se soumettre aux règles de vie de l'institution et du pavillon dans lequel il se trouve mais également d'une certaine restriction de liberté majoritairement édictée par le TAP. Un autre précise que certains internés ont des difficultés à accepter le règlement d'ordre intérieur. *« C'est un peu la clinique de la frustration, une optique presque infantilissante, un chantage permanent qui est difficile pour les patients qui ne l'acceptent pas. La structure est plus forte qu'eux. Le paradoxe entre la soumission à la structure et l'attente d'autonomie est contradictoire. Cela peut mettre des patients dans un mal-être ou une posture de dépit »* (psychologue au TSI).

Plus d'un tiers des intervenants qualifient l'HPS de structure médico-judiciaire où le poids de la justice est présent au quotidien dans les soins. « *On n'est pas tellement autonome dans ce qu'on veut faire avec eux. On dépend toujours du système judiciaire* » (I4).

Outre cette exigence de soins édictée par la loi, ils évoquent une prise en charge individualisée de l'interné avec des soins de qualité et des services spécifiques aux différents profils psychiatriques. Pour un tiers d'entre eux, cet aspect qualitatif des soins en HPS serait le fait d'un personnel formé et ayant des connaissances pointues des diverses pathologies présentes. « *En HPS, ils sont sélectionnés en fonction de leurs pathologies. Ils sont dans des services adaptés avec du personnel soignant formés à la psychiatrie. Ce qui n'est pas nécessairement le cas dans les autres institutions. Ici, il y a une formation sur la psychiatrie et la criminologie, une formation plus spécifique pour les patients internés et puis il y a l'expérience* » (I12).

Pour un peu moins de la moitié des intervenants, le passage par les annexes psychiatriques des prisons est considéré comme une structure de soins à part entière. Ils avancent le fait que ce que les patients vivent au sein de l'HPS est assez similaire à ces dernières en termes de privation/restriction de liberté. Toutefois, ils nuancent leurs propos : le temps passé en chambre en porte fermée est nettement moindre qu'en prison (uniquement le temps de la nuit en HPS). Cela offrirait la possibilité pour l'usager d'avoir des interactions sociales avec autrui, de participer à des activités occupationnelles ou thérapeutiques, d'obtenir des sorties et même des week-end et congés. L'aspect qualitatif des soins est mis en avant. « *Ils vont enfin avoir des soins avec plus de moyens humains et un accueil plus qualitatif* » (criminologue, 28 ans d'ancienneté). D'un point de vue architectural, ils s'accordent sur la similarité de l'HPS aux annexes en le décrivant comme une structure carcérale. « *Les barrières derrière les carreaux... Enfin les grillages, on essaye de sécuriser un maximum* » (I2). « *Les annexes sont assez semblables à ici : il y a des portes blindées, des couloirs...* » (I5).

Deux professionnels de l'échantillon font apparaître le faible nombre de structures similaires en Wallonie, ce qui peut induire pour les usagers un « *éloignement de leur région d'origine, de leur milieu de vie, de leur fréquentation, de leur famille. Cela peut être déstabilisant, ils ne connaissent pas la ville* » (I6).

Niveau de sécurité adapté à l'interné.

Usagers

Tous associent spontanément le niveau de sécurité de l'environnement au degré de dangerosité qu'ils pourraient représenter envers la société. Plusieurs usagers estiment que le niveau de sécurité n'est pas adapté à leur degré de dangerosité. Parmi ceux-ci, certains estiment que ce niveau de sécurité est parfois disproportionné et sous-entendent qu'un cadre plus souple est souhaité. D'autres estiment que leur place est en prison. « *Au niveau sécurité, ils en font un peu trop. Par exemple, j'ai une boîte de punaises qui est bloquée à l'entrée. Une boîte de punaises. Qu'est-ce que tu veux que je fasse avec?* » (patient interné pour tentative de meurtre, coups et blessures volontaires).

D'autres affirment qu'à un moment donné, dans leur parcours de soins, un établissement de haute sécurité était nécessaire. Cependant, ils estiment qu'ils pourraient être réorientés vers une infrastructure de moyenne ou basse sécurité. « *Au début, j'avais besoin de haute sécurité pour me faire comprendre ce qui se passe chez moi mais, je me dis que c'est pour un moment... La haute sécurité a été nécessaire dans mon parcours et ça aurait même pu intervenir plus tôt. C'était adapté à mes besoins de sécurité* » (patient âgé de 42 ans, interné depuis 2008).

Un patient se montre résigné. Bien qu'il ne comprenne pas le motif de sa détention dans une structure de haute sécurité, il semble accepter la situation bien malgré lui. « *Je me suis dit à la fin qu'il y a une certaine lassitude, une résignation. Si je suis ici, c'est que ma place est ici. Finalement, je suis ici. Autant faire ce que je peux faire, ce que je sais faire et advienne que pourra. L'important, c'est de conserver le plus de dignité possible. Est-ce que ma place était en défense sociale ?* » (patient interné depuis 1991).

Un seul admet que le niveau de haute sécurité est adapté à ses besoins de sécurité. « *Je pense que j'ai ma place ici parce que je ne suis pas assez capable de dire non à certaines choses et que je dois être enfermé. J'ai besoin de me sentir en sécurité* » (patient âgé de 25 ans).

Intervenants

Les avis des intervenants sont divergents en ce qui concerne la dangerosité de l'interné et le niveau de sécurité lié à son environnement de vie. Comme une majorité des usagers, la moitié d'entre eux pensent que le niveau de sécurité n'est pas adapté. Les professionnels pensent que

la place du soin dans la trajectoire de chaque usager peut influencer fortement sur le niveau de sécurité. Ainsi, une mauvaise orientation, des services où les places se font rares ainsi qu'un manque de lits sont autant de facteurs qui rendraient les soins moins efficaces. Par conséquent, la place du soin aurait un impact négatif sur le niveau de sécurité adapté à l'interné. *« Certains patients n'étaient pas forcément orientés de manière adéquate dans l'unité vers laquelle ils devraient aller et qui correspond le plus à son profil, qu'il soit pathologique ou même un profil individuel »* (I1).

La situation des usagers entrés illégalement en Belgique et arrêtés au moment où ils se trouvaient sur le territoire pose question pour certains d'entre eux, contrairement aux avis émis par les PNCR qui n'abordent pas spontanément leur statut administratif. Ils doivent rester au sein de l'HPS et n'ont aucune chance d'être libérés à l'essai puisqu'ils ne peuvent pas être régularisés. Le niveau de sécurité que leur offre l'HPS n'est pas adapté à leur degré de dangerosité. Il l'est davantage à une situation administrative qui les conduit dans une impasse. *« Comme ils n'ont pas de papiers, comme ils n'ont pas certaines choses ou qu'ils ne rentrent pas dans les conditions, on ne peut pas les relâcher. Ce sont des patients qui vont rester en HPS, qui prennent la place de patients qui pourraient intégrer l'HPS et qui pourraient fonctionner en extérieur ou dans une institution qui n'est pas de haute sécurité »* (I1).

L'autre moitié des intervenants interrogés pensent que le niveau de sécurité proposé par l'HPS est adapté au patient interné et à son degré de dangerosité, ce qui contraste avec les propos recueillis auprès des PNCR. *« Il faut être sécuritaire et mettre des choses en place pour éviter la violence des patients »* (psychologue travaillant depuis 13 ans en HPS). Ces professionnels évoquent un cadre judiciaire très présent et un milieu de vie carcéral indispensable. Ce cadre et ce milieu nécessiteraient une équipe soignante renforcée, ce qui leur permettrait de ne pas ressentir de sentiment d'insécurité au regard de la patientèle. Faute d'effectifs plus étoffés, ils évoquent une certaine usure des équipes par rapport à la violence et la dangerosité de certains patients en HPS. Nombreux s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un long débat qui existe depuis de nombreuses années. *« Le risque zéro n'existe pas. C'est une balance entre les restrictions de liberté et la dignité de la personne »* (assistant de justice).

Composantes individuelles centrées sur l'usager et l'intervenant.

Une fois l'environnement de soins défini de manière précise, les usagers et les intervenants se sont exprimés sur différentes thématiques. Nous aborderons les rapports et attentes mutuelles,

les besoins de l'utilisateur, son implication dans le processus de décision ainsi que l'empowerment dans le processus de décision. Les facteurs influençant la qualité des soins prodigués aux usagers ont uniquement été abordés du point de vue des intervenants.

Rapports et attentes entre les usagers et les intervenants.

Usagers

Les avis sont partagés et mitigés en ce qui concerne les rapports et les attentes vis-à-vis des intervenants.

En ce qui concerne les intervenants du monde de la santé, certains usagers considèrent que les rapports entretenus sont cordiaux, d'autres considèrent que la relation de confiance n'est pas envisageable. Certains expriment également de la méfiance. La bienveillance est une valeur importante aux yeux de tous les patients, au même titre que le respect et l'écoute. Ainsi, certains soignants au sein des équipes et certains psychiatres ne poursuivraient pas l'objectif de réhabilitation des PNCR et n'hésiteraient pas à leur mettre des « bâtons dans les roues ». D'autres soignants sont considérés par les patients comme des « tuteurs de résilience », des « personnes de confiance », des « personnes à l'écoute ». Nous notons également que la nature des rapports diffère selon l'unité où se trouve chaque usager.

Une majorité des PNCR interrogés expriment des attentes à l'égard des soignants tandis que certains disent n'avoir aucune attente particulière. Parmi les attentes formulées, les patients souhaitent que les intervenants soient soutenant et les accompagnent dans le processus de réhabilitation. Un patient exprime ne pas avoir d'attentes et estime que c'est à lui de faire ses preuves. « *Je n'ai pas d'attentes par rapport aux membres du personnel, je pense plutôt que c'est moi qui dois prouver qu'on peut me faire confiance* » (patient diagnostiqué dépendant à l'alcool).

En ce qui concerne les intervenants du monde de la justice, nous pouvons subdiviser les données récoltées en deux groupes : les données ayant trait aux avocats et les données ayant trait aux intervenants siégeant au sein des TAP. Les avocats, qui défendent les intérêts des patients auprès des TAP sont perçus selon le travail fourni. Si le patient obtient ce que l'avocat a plaidé auprès du TAP, il est perçu comme une personne sur laquelle il peut compter. A l'inverse, nous observons que lorsque le patient n'obtient pas auprès du TAP ce qui a été demandé, l'avocat est perçu comme un incompetent, voire un « charlatan ». Quelques patients

n'entretiennent aucun rapport avec leur avocat parce qu'ils « *ne peuvent rien faire pour eux* » ou parce qu'ils « *ne sont pas joignables* ». Les attentes vis-à-vis des avocats sont corrélées à la qualité du travail perçue. « *Il fait bien son travail. On se voit avant l'entretien avec le TAP, il prend les rdv* » (P14).

Enfin, en ce qui concerne les TAP, la majorité des patients disent n'établir aucune relation de confiance. En tant que décisionnaires dans le parcours de l'interné, nous constatons que les avis sont négatifs (pas dignes de confiance, pas à l'écoute, relations conflictuelles,...). Un seul patient dit avoir de bonnes relations avec le juge, le procureur et les assesseurs. Un autre patient dit ne pas avoir d'avis sur le sujet car il n'a jamais comparu en audience devant le TAP depuis son arrivée. Il semble difficile pour beaucoup de participants d'établir des rapports, précisément parce que les audiences seraient brèves. « *Les rapports sont inexistantes...C'est jugé en 5 minutes, c'est très expéditif* » (patient interné depuis 2010).

Intervenants

Une majorité d'entre eux rejoignent l'avis des usagers : la relation est qualifiée de bonne, cordiale, respectueuse, de confiance et constructive. « *J'ai un autre rapport avec eux, un rapport d'avocat à son client, basé sur la confiance. Ils choisissent leur avocat. S'ils n'en veulent plus, ils en changent* » (I9). Deux professionnels considèrent que les rapports avec les usagers ressemblent à un rapport de force ou distants de par un manque de patience de la part des soignants. Plus de la moitié des intervenants s'accordent sur le fait que les rapports aux internés sont étroitement liés à l'état mental de la personne. Cela constitue une nuance avec les usagers qui n'abordent pas la maladie mentale et se focalisent sur les faits délictueux. Un professionnel a conscience d'être considéré comme une personne ressource par l'interné. Néanmoins, il dit être vigilant à ce que le patient reste autonome dans ses choix et ses décisions.

Les attentes de la part des intervenants vis-à-vis des internés sont aussi nombreuses qu'il y a de personnes interrogées, contrairement aux usagers qui s'accordent sur les mêmes attentes vis-à-vis des intervenants (besoin de soutenance). En effet, chacun parle avec son vécu et ses expériences professionnelles et personnelles. La notion qui revient malgré tout le plus souvent dans les interviews est celle du respect mutuel et pour deux d'entre eux, le respect des conditions de libération. Certains mettent en avant qu'il n'est pas nécessaire d'avoir d'attentes spécifiques car les soignants ne sont pas là pour juger mais plutôt pour soutenir les usagers au quotidien et qu'il s'agit d'une relation de travail. Par conséquent, il faut accepter que le patient

ne soit pas « parfait ». « On n'a pas à attendre qu'ils réussissent. Je ne serais pas déçu d'eux mais de la situation. Être déçu de la personne, c'est d'une violence extrême » (I8). « L'humanité, l'écoute et la bienveillance sont les piliers du travail avec tout justiciable » (assistante de justice ayant 28 ans d'expérience avec les internés).

Un d'entre eux évoque la croyance du jeune soignant pensant pouvoir tous les sauver et qui se retrouve rapidement face à une désillusion et une forme d'épuisement moral.

Les professionnels ayant formulé des attentes multiples envers les usagers font apparaître un besoin de réciprocité, de collaboration loyale, un investissement sincère et une certaine forme de prise de conscience des comportements inadéquats du passé pour pouvoir changer. « Le premier acteur (patient), c'est lui. Il doit s'investir et demander un peu plus que ce qu'on lui donne. C'est une attente de moi, soignant envers le patient. Ils attendent un peu trop de nous » (I7).

Plusieurs intervenants perçoivent une forme de relation utilitaire avec les internés et ressentent une attente de bénéfices secondaires. D'autres expriment la notion de transfert et contre-transfert présents lors de leurs interactions avec les usagers. Ils se félicitent de pouvoir en prendre conscience et passer le relai si nécessaire. « Il y a des patients avec qui on a plus d'affinités, d'autres moins. Il y a des patients qui font aussi des transferts, ce n'est pas toujours facile à gérer... Il faut d'abord savoir, toi, en tant que soignant, le reconnaître, savoir aussi que tu as tes limites et à un moment donné, savoir passer la main » (infirmière travaillant depuis 14 ans auprès de la population internée).

Certains soignants perçoivent une demande affective de la part des usagers, notamment avec les profils de type « abandonnique », mais également une forme d'ascendance sur ces derniers. « Il y a des patients envahissants qui nous suivent partout, qui peuvent être pesants. Ce sont des demandes affectives, il faut garder un cadre car des patients font un transfert. Il y a un rapport de force entre soignants/patients. C'est obligé » (infirmière depuis 4 ans en HPS).

Un autre projette ses attentes sur l'utilisateur. Il exprime son désir de faire les choses à la place du patient, qu'il peut culpabiliser des actions que ce dernier a pu faire. Il regrette également le manque d'implication de l'interné dans son parcours de soins. « Ça pèse dans la relation thérapeutique car ça change le regard vers le patient. Ça abîme la relation de confiance » (psychologue, 18 ans d'expérience).

Un professionnel pense que ses attentes correspondent à des besoins non exprimés par les internés. Le cadre de l'HPS se substitue à une vie en communauté que les usagers ont mal vécu à l'extérieur. Les soignants sont considérés comme des repères pour les usagers. *« On a un côté rassurant. On remplace aussi, pour certains, une part de leur éducation. On a un rôle de soutien, d'apprentissage, ou de réapprentissage pour certains »* (I12).

Les attentes des usagers seraient liées à leur reconnaissance des faits délictueux et de la maladie mentale. Selon les professionnels, certains usagers voient leur présence en HPS comme une forme d'injustice car ils ne reconnaissent pas leur pathologie. *« Ils sont victimes de la justice dans leur idée »* (I11).

Nombreux sont les soignants qui décrivent les attentes des usagers comme une demande de soutien, d'aide, de bienveillance et congruence, du respect, de la disponibilité et de l'humanité.

Pour conclure, un intervenant remarque que sa relation avec l'interné est biaisée par le fait qu'il soit assistant de justice. *« C'est contraint, je suis un incontournable de leur parcours. Je suis l'intermédiaire à qui ils doivent rendre des comptes »* (I15).

Réponse par rapport aux besoins concernant les soins et le traitement.

Usagers

Les besoins recensent l'ensemble des thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses couvrant les problèmes psychiques et physiques de l'interné.

Pour beaucoup, les thérapies axées sur les problèmes psychiques ne répondent à aucun besoin particulier. D'ailleurs, certains d'entre eux ne se considèrent pas comme étant malades (anosognosie). Selon eux, leur hospitalisation est associée aux faits délictueux qu'ils ont commis. De ce fait, la maladie mentale n'est pas envisagée ou est reléguée au second plan. Les thérapies médicamenteuses sont abordées par la majorité des participants et sont vécues comme une contrainte et une obligation. Bien que les usagers ne soient pas satisfaits, nous constatons que des soins leur sont prodigués, conformément à leur statut d'interné. *« On me donne trop de médicaments... Je ne sais pas ce que je prends et ça m'affaiblit de dingue. On m'oblige à prendre des médicaments mais je n'ai pas envie. Je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de traitement »* (patient diagnostiqué schizophrène paranoïde). Quelques usagers se montrent satisfaits des soins et traitements administrés.

D'autres patients pensent que les thérapies médicamenteuses ne sont pas des thérapies de premier choix et pensent que la réponse à leurs besoins psychiques devrait être prioritairement axée sur les thérapies non-médicamenteuses. « *Les médicaments c'est comme un pansement, ça n'aide pas... ça te casse mais ça ne t'empêche pas de penser à ton malheur. Sans ou avec, c'est la même chose. C'est facile de donner des médicaments mais quand on ne va pas au fond du problème...* » (patient dépendant aux opiacés et aux médicaments). En ce qui concerne les soins et thérapies non-médicamenteuses, la réponse aux besoins semble adéquate en ce qui concerne le suivi social et psychologique.

Bien que la plupart des patients ne se considèrent pas malades, nous constatons que beaucoup d'entre eux regrettent paradoxalement de ne pas rencontrer régulièrement leur psychiatre. « *Toutes les semaines, je vois la psychologue et l'assistante sociale est au taquet, toujours disponible. Le psychiatre, je l'ai vu une fois* » (patient réintégré en HPS).

Enfin, les usagers se montrent satisfaits de leur prise en charge sur le plan physique et reçoivent une réponse adaptée à leurs besoins. « *Quand on a mal au ventre, on s'est blessés, c'est pris en charge directement, ils répondent à mes besoins* » (P10).

Intervenants

Alors que la maladie mentale est peu explorée par les usagers, une majorité des intervenants affirme que bon nombre de patients internés ne se considèrent atteints d'une maladie mentale (absence de conscience morbide), ce qui entraîne une non-reconnaissance de leurs besoins en termes de soins. « *Certains ne se croient pas malades, ils ont peur d'être empoisonnés...* » (I12). Un professionnel évoque la difficulté de prendre en charge les internés qui refusent les soins sous contrainte. Néanmoins, un intervenant signale que lorsqu'une relation de confiance s'installe entre le soignant et le soigné, ce dernier peut effectuer une demande en ce qui concerne sa médication (apaiser les angoisses, diminuer les dosages, agir sur le sommeil, ...). « *Il y en a qui sont en demande aussi, qui ne l'étaient pas avant et qui viennent justement demander des choses pour être apaisé parce qu'ils se sentent en sécurité. A un moment, ils s'autorisent aussi à lâcher une part de leurs troubles et d'oser venir demander les choses* » (infirmière). Un autre professionnel évoque des demandes sans véritable fondement de la part des usagers. « *On n'est jamais dans le vrai finalement, on ne sait jamais si c'est vrai ou si c'est dans leurs propres intérêts... Ils veulent un truc juste parce qu'ils veulent un truc* (Dafalgan

par exemple) » (I6). Une autre évoque le refus de recevoir un soin effectué par du personnel féminin, ce qui peut poser problème dans l'organisation du travail au quotidien.

Un tiers des intervenants pensent que les soins délivrés en HPS sont de qualité. Cependant, pour trois d'entre eux, ces soins répondent essentiellement aux besoins de base (hygiène, confort, médication...), ce qu'ils expliquent par un manque de moyens financiers et par une pénurie de personnel soignant. Près de la moitié des intervenants s'entendent sur le fait que la médication fonctionne car elle permet de stabiliser le patient. Il s'agit pour eux d'un besoin non reconnu comme tel et non exprimé par certains usagers. *« Certains ont ce besoin d'un traitement médicamenteux qui les contiennent, les sécurise pour les ancrer dans le quotidien. L'ajustement du traitement permet de diminuer les angoisses, cela permet d'échanger avec eux »* (psychologue). Ils font également apparaître une prise en charge sur le long terme, de type *« accompagnement »*, plutôt que des soins intensifs psychiatriques. Pour un professionnel, le traitement médicamenteux est vu comme une solution magique par certains soignants. Il répondrait à toutes les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des usagers et leur assurerait un environnement de travail calme. *« On casse beaucoup pour être un peu tranquilles... On les casse parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre, on n'a pas d'autres moyens de prise en charge... On les fait taire dans leur psychose »* (infirmière depuis 27 ans). Par conséquent, la thérapie médicamenteuse prendrait le dessus sur les thérapies non-médicamenteuses. Ce constat apparaît comme un point de divergence important entre les deux publics interrogés.

Un intervenant sur cinq a un regard plutôt négatif sur la prise en charge des soins somatiques. Ils décrivent un désinvestissement de certains médecins généralistes suivant les usagers au quotidien en interne. D'autres médecins somaticiens (essentiellement spécialisés), rencontrant ces mêmes usagers à l'occasion de consultations en extrahospitalier, se montreraient craintifs, mal à l'aise.

Enfin, quatre soignants font ressortir un manque de temps et d'implication du psychiatre traitant dans la prise en charge de l'interné. *« Le fait qu'ils ne voient pas le psychiatre à une certaine fréquence est un problème, au même titre que la qualité des entretiens »* (I5).

Facteurs influençant la qualité des soins.

Cette thématique a été abordée par les intervenants. Elle permet de comprendre les moyens souhaités par les intervenants qui leur permettraient de répondre aux besoins de chaque usager.

Les personnes interrogées sont unanimes sur deux facteurs de leur quotidien qui peuvent avoir une certaine incidence sur les soins qu'ils promulguent aux internés : la question de la formation et le manque de ressources.

Les professionnels s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire d'être formé à la psychiatrie médico-légale pour permettre une réponse adaptée aux besoins de l'interné. *« Il y a des soignants qui sont encore avec l'ancienne mentalité et qui ont fait leurs études depuis des années. Ils ne suivent plus l'évolution avec l'approche de la nouvelle psychiatrie et quelques fois, il y a des couacs »* (I1). Ils soutiennent que la formation continue est primordiale pour une prise en charge optimale des personnes sous une mesure d'internement.

Les intervenants nous font part de leur ressenti en ce qui concerne un manque de moyens humains (en personnel soignant et médical) et financiers. Ils déplorent que cette insuffisance de subsides alloués par la justice impacte leur travail au quotidien en entraînant une usure et démotivation des équipes de soins. *« Il y a des enjeux organisationnel et financier, dont la justice est responsable, qui prennent le pas sur les enjeux médicaux et clinique »* (I14). Nous constatons cependant que cette affirmation est incomplète puisque l'HPS dispose de moyens financiers qui lui sont également alloués par le SPF Santé Publique.

Implication dans le processus de décision.

Usagers

Parmi les thématiques abordées spontanément par les usagers concernant l'implication dans le processus de décision, trois ont été citées : celle liée au traitement et aux soins, celle liée aux loisirs ainsi que celle liée au projet de réhabilitation.

Les avis sont divergents : certains patients ne se sentent pas impliqués dans les décisions prises à leur encontre par l'équipe de soins. D'autres se sentent impliqués et se montrent satisfaits de l'attention portée par l'équipe de soins à leur égard. *« Je n'ai pas droit au chapitre. Surtout avec le psychiatre et la médication. L'équipe écoute mais je ne pense pas qu'elle remonte*

l'information. On m'impose des choses, clairement » (patient interné pour tentative de meurtre, coups et blessures volontaires). *« On a revu tout mon traitement. On tient compte de mon avis, de mes décisions »* (patient interné en 2010).

Enfin, un usager dit s'être senti trahi par l'équipe de soins. Selon lui, l'équipe l'avait impliqué dans le processus de décision pour l'accompagner dans son projet. Toutefois, le psychiatre aurait procédé différemment à son insu. Le patient ne s'est donc plus senti en confiance par la suite. *« Ils (l'équipe et le psychiatre) m'ont fait remplir une candidature officielle. Tout le monde était d'accord pour cette candidature. Mes référents m'ont interpellé un jour en me disant : « écoute, on a une mauvaise nouvelle à t'annoncer : le psychiatre veut que tu fasses 6 mois de sorties, seul, supplémentaire, avant de réaliser ton projet ». Tout le monde est d'accord, tout le monde dit oui, tu vas partir d'ici puis ils donnent de faux espoirs »* (patient âgé de 39 ans, interné en 2003).

Intervenants

Plus de la moitié des intervenants interrogés expriment un manque d'implication des internés, ce qui contraste avec les multiples points de vue exprimés par les patients. Deux professionnels pensent que ce manque d'implication serait lié à la position de certains usagers vis-à-vis des faits qui leur sont reprochés ou au caractère contraignant de l'hospitalisation. Plus précisément, ils peuvent se considérer comme victimes du système judiciaire ou d'un certain dirigisme (tant de la part de la justice que des professionnels qui gravitent autour d'eux). *« Ils sont obligés d'être là. Il y a des choses imposées où ils ne sont pas concertés, c'est parfois une question de psychiatre ou d'équipes »* (I8). Un quart des intervenants pensent que les internés ne sont pas en capacité de s'impliquer à cause de leur état psychique ou de leurs capacités intellectuelles. *« Certains patients sont trop délirants pour comprendre la situation, d'autres sont très vite agités et il est impossible de communiquer »* (I12).

Selon six intervenants, l'implication du patient dans le processus de décision est liée à une motivation extrinsèque suscitée par le soignant. L'implication peut aussi lui être imposée après un travail réalisé en amont par les différents professionnels qui l'entourent. Une attitude paternaliste de la part des soignants semble primer. *« Ils sont impliqués sans être informés. Sur un projet de réinsertion, on en discute ensemble entre soignants et on va observer les capacités du patient envers les capacités prévues, mais sans lui dire. On ne lui dit pas ce qui est en balance. On lui propose des activités en lien avec le projet, mais sans lui dire pourquoi. L'avis*

du patient est pris en compte, mais sans lui dire, cela manque de soutien informatif. Il faut attendre que le patient se fâche pour lui donner les informations sur son projet qu'elles soient positives ou négatives. On ne renvoie les choses que si le projet peut se mettre en place. C'est un problème d'information » (psychologue depuis 18 ans au sein de l'HPS). Cette méthode d'accompagnement des internés peut induire de la violence, de l'incompréhension et un « *faux discours* » de leur part. Un soignant fait apparaître qu'un manque de motivation intrinsèque serait lié à une méfiance de l'interné vis-à-vis des professionnels. La double casquette du professionnel qui est à la fois thérapeute et évaluateur ne semble pas favoriser la relation de confiance.

Enfin, deux intervenants évoquent une implication dynamique des usagers dans les différents processus décisionnels qui les concernent. Le concept de « *patient-partenaire* » est évoqué et permet aux patients de se retrouver au cœur du dispositif de soin. « *On parle de patients-partenaires. Ils sont de plus en plus impliqués, on fait des réunions communautaires pour parler du groupe. Ils ont beaucoup plus voix au chapitre qu'à l'époque. Un patient-acteur, leurs droits sont plus appliqués, plus respectés, c'est rassurant. Ils ont droit à la parole* » (I7).

Relation entre l'usager et l'environnement de soins.

Nous avons défini 3 thématiques qui mettent en rapport l'usager avec son environnement. Les activités de la vie quotidienne, le rapport au temps en lien avec la durée de l'internement et les moments de transitions ont été abordés par les deux groupes-cibles.

Occupation durant la journée.

Usagers

L'ennui et le manque d'activités reviennent fréquemment dans les réponses données par les participants et sont étroitement liés. Certains regrettent que plusieurs activités qu'ils estiment être « *intéressantes* » soient trop peu proposées. Un patient évoque le fait que celles-ci sont insuffisantes par manque de temps de la part des intervenants et manque de moyens humains.

D'autres estiment que les activités manquent de variété : les activités proposées sont toujours les mêmes, ce qui induit une certaine lassitude chez les usagers. « *Il n'y a pas de nouvelles activités, c'est toujours les mêmes. Il y en a qui sont pas mal (sportive, ça fait bouger le corps). C'est aux infirmiers de varier les activités tous les jours* » (patient âgé de 21 ans).

D'autres s'occupent selon le rythme de l'unité et disent adopter une certaine routine. Celle-ci s'organise selon un planning horaire bien précis. « *Je me lève, j'appuie sur le percolateur, je me lave le visage, je prends une douche tous les 2 jours. Je nettoie ma chambre, je prends mon traitement, et je tourne en rond. Je fume une cigarette* » (patient âgé de 36 ans).

Enfin, quelques usagers insistent sur le fait que rien n'est proposé par les équipes de soins et que la situation est identique à celle vécue dans les autres institutions par lesquelles ils sont passés. Un patient pense que l'ennui est lié à un manque de motivation intrinsèque de sa part. « *Au départ, je m'ennuyais car je ne faisais pas les bons choix. Maintenant, je m'inscris à toutes les activités* » (patient hospitalisé en HPS depuis 3 mois).

Intervenants

Les usagers semblent avoir une vision négative sur les occupations tandis que les intervenants se montrent nettement plus positifs. Ainsi, les intervenants sont unanimes sur le fait que les internés sont dans une obligation de réaliser des activités. « *Les patients occupent leur journée en respectant le planning qui leur est imposé d'une façon générale et ils ont une marge de manœuvre. S'ils sont crevés et qu'ils veulent dormir, ils le peuvent* » (I5). Les activités permettent de rythmer la journée, de créer des relations avec autrui, tant avec leurs condisciples qu'avec les professionnels présents. « *Créer un lien moins utilitaire, une relation plus saine, de bonne qualité* » (I3). Un professionnel pense que les activités sont pensées par les soignants qui y projettent leurs envies. Un soignant nous raconte un gros investissement financier dans une salle de sport qui se serait réalisé sans demander l'avis des patients. Ces derniers y auraient plutôt vu une salle de relaxation, d'activité manuelle, ... Enfin, un intervenant pense que les occupations et les activités sont « *répétitives, routinières* (I6).

Rapport au temps : sentiments par rapport à la durée de la trajectoire.

Usagers

Tous s'accordent à dire que la durée de la trajectoire de soins est longue, voire « *beaucoup trop longue* ». Elle s'accompagne d'une incertitude liée à la date de fin. Les internés connaissent la date à laquelle ils sont rentrés mais n'ont aucune indication quant à la fin de la mesure. Beaucoup font le parallèle avec la prison et regrettent de ne pas purger une peine en lieu et place de la mesure d'internement, ce qui leur permettrait d'être fixé sur la durée.

Beaucoup considèrent que le temps passé en institution est du temps perdu et qu'il se révèle être un ennemi bien visible contre lequel il est difficile de lutter. Ce temps perdu induit des émotions négatives chez certains patients comme le désespoir ou la peur de ne plus jamais sortir de l'institution. Le sentiment d'injustice se fait également très présent : les internés ont l'impression qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits que les détenus. D'autres expriment que le temps perdu ne pourra plus être récupéré. « *La durée, je m'en fous... J'ai tout perdu... On m'a enlevé des êtres qui m'entouraient* » (patient ayant une durée de placement en HPS de 17 ans et 2 mois).

Un patient exprime le fait qu'il est hospitalisé pour des faits qu'il n'a pas commis et se considère être une victime. « *Ça fait 8 ans que je purge pour rien. C'est moi la victime dans cette affaire et on m'accuse de meurtrier, d'assassin et je ne suis pas d'accord* » (patient interné pour tentative de meurtre).

Quelques-uns expriment avoir tiré certains enseignements de leur hospitalisation. Celle-ci leur a permis de se recentrer sur eux-mêmes, de travailler sur leurs difficultés ou de réparer les préjudices causés aux victimes (remboursement de la dette financière envers la victime ainsi que la dette morale envers la société). « *J'ai besoin d'avoir un traitement, j'ai besoin d'un certain cadre, d'un certain contexte que j'ai trouvé en étant ici* » (patient âgé de 42 ans).

Intervenants

Une très large majorité des usagers et des intervenants conviennent que la durée d'internement est beaucoup trop longue. « *C'est une hospitalisation plus longue, il n'y a pas de durée. Ici, ils ne savent pas quand ils sortent. C'est très lourd, surtout avec les TAP que l'on ne voit que tous les 6 mois. Certains patients construisent leur lieu de vie chez nous, ce qui complique la réintégration* » (I8). Les professionnels constatent que les internés perdent la notion du temps qui passe, ce qui peut être source d'anxiété face à une absence de perspective d'avenir. Les usagers s'institutionnalisent : ils peuvent être animés par un sentiment de dégoût ou de découragement lié à l'absence de date de fin. Ces intervenants conviennent également que la durée de la trajectoire est liée à la maladie mentale, son évolution et aux passages au TAP. « *La notion de temps est relative. En tant qu'avocat, j'insiste toujours sur le fait qu'il est absolument indispensable de donner aux gens des perspectives en termes de mois et pas en termes d'années. Car ça, c'est quelque chose d'effroyable. Si la chambre de protection sociale décide de reporter le dossier de 12 mois, ça veut dire que l'on sera à 15 mois* » (I9). Deux professionnels qualifient

le temps passé en HPS comme « *effroyable* », « *terrible* » et font même référence à une certaine forme de maltraitance puisque l'interné dispose d'un projet temporel mais hypothétique.

Deux autres professionnels se questionnent sur la situation de certains internés qui évoluent beaucoup plus rapidement que d'autres. Ils constatent une amélioration quant à la durée de l'hospitalisation en HPS depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'internement de 2014. Selon eux, les durées de séjour ont tendance à décroître.

Enfin, un intervenant extérieur se dit satisfait de la durée de séjour des usagers au sein de l'HPS et s'appuie sur la confiance développée envers les professionnels qui rédigent les rapports pour que le TAP puisse statuer sur le sort de l'interné.

Moments de transition : ressenti et informations.

Usagers

Les moments de transition concernent le transfert d'un patient d'une unité vers une autre au sein de l'HPS. Il a été demandé aux participants de décrire l'émotion suscitée par le transfert ainsi que les informations données par les intervenants à cette occasion. Certains usagers font preuve d'indifférence en ce qui concerne le transfert. Ils ne ressentent pas la nécessité d'obtenir des informations liées à leur nouvelle affectation car ils ont déjà été hospitalisés dans l'unité accueillante lors d'un précédent parcours de soins (réintégration). « *Au début, je vivais ça avec un "X" parce que je ne savais pas où j'allais. Maintenant, je sais où je mets les pieds* » (patient interné en 2000).

D'autres se sentent anxieux à l'idée d'être orienté vers une nouvelle unité. Parmi ceux-ci, certains s'estiment mal préparés à leur départ, d'autres sont satisfaits des informations qui leur ont été fournies par l'équipe de soins (journée type, nombre de places, types de chambre, programme d'activités proposé,...) et par certains intervenants de l'unité accueillante (visite et informations données au sein de l'unité où se trouve l'utilisateur). « *Très mal préparé. On ne m'a pas dit ce que j'allais vivre là-bas. On ne m'a rien dit. Ça manque d'information. Le chef est venu me voir, il m'a expliqué vite fait. Il m'a dit que si je me comportais bien, je pourrais être libéré en avril. Je suis stressé de partir. J'aurais voulu plus d'informations...* » (patient âgé de 29 ans).

Un patient pense que le fait de connaître certains intervenants et patients de l'unité accueillante est un facteur d'intégration positive.

Certains usagers ont abordé spontanément leur transfert de la prison vers l'HPS. Bien que la question n'ait pas été abordée dans cette optique, ceux-ci sont formels : aucune préparation n'est réalisée. Plus précisément, des usagers sont prévenus de leur transfert vers l'HPS le jour même. « *On est venu me chercher dans ma cellule 30 minutes avant et on m'a dit : prépare-toi, tu vas aux Marronniers. J'étais au courant de rien...* » (patient hospitalisé en HPS depuis 2 mois).

Enfin, un patient a reçu des informations par rapport à un transfert qui n'a pas eu lieu. « *J'étais prêt avant leur appel, je devais partir à 11h. Ça n'a pas été fait* » (P2).

Intervenants

Pour plus de la moitié des intervenants, les moments de transition ne seraient pas de qualité, ce qui corrobore le ressenti de certains usagers. La première raison évoquée pour un changement de pavillon est associée à un manque de place et une certaine forme d'urgence. L'interné ne se retrouverait pas forcément dans le service le plus adapté à sa pathologie. « *Quand il n'y a pas de place, il n'y a pas de place donc, il faut bien les mettre quelque part. Je trouve qu'il y a un gros effort à faire parce qu'on se retrouve avec de plus en plus de patients qui ont des problématiques bien définies* » (I1).

Trois professionnels déplorent que les transferts inter pavillonnaires ne soient pas suffisamment préparés, tant avec le patient que sur le plan administratif. « *Quand le patient n'est pas impliqué ou qu'on ne tient pas compte de son avis dans le processus de transition, ces moments sont mal vécus* » (I5). Trois autres soignants mettent en évidence les effets néfastes d'un manque de préparation de l'usager dans le processus de transition : une rupture du lien de confiance tissé avec l'équipe de soins, un sentiment d'insécurité, des moments angoissants et anxiogènes, une rupture violente dans la continuité des soins ou encore, de la maltraitance. « *On les informe qu'ils changent d'unités pour leurs besoins sauf qu'on les met là où il y a de la place. Pour moi, c'est un signe de maltraitance. Cela ré-ouvre des blessures sur leur considération, le manque d'écoute, d'être considérés comme un numéro surtout vis-à-vis de leur passé* » (psychologue depuis 4 ans au sein de l'HPS).

Pour cinq intervenants, les moments de transition sont bien vécus et ils les perçoivent comme une évolution favorable pour l'interné. « *En fonction de l'état mental de la personne, on peut la changer d'unité un peu plus light si elle va mieux. C'est positif. Même le changement d'hôpital quand il y a eu friction, c'est positif. C'est la suite logique d'un parcours de soins* » (assistant social en maison de justice). Ces changements de lieu de soins rapprochent l'interné de son objectif final, en fin de trajectoire, qui est la libération à l'essai. L'implication du patient dans ces moments de transition est importante dans le bon déroulement de celui-ci. Ils affirment également qu'un changement de service efficient est basé sur une bonne préparation administrative : travail du dossier, rapports de soins, visite du lieu par l'usager et échange entre les équipes.

Deux autres émettent des suggestions pour améliorer les moments de transition. Ils proposent de prendre du temps avec le patient en l'accompagnant lors d'une visite de son futur lieu de vie. Ces visites permettraient à chaque usager de questionner les intervenants sur le fonctionnement et l'organisation de l'unité (la télé en chambre, les endroits où ils peuvent fumer...). Elles soumettent également des réunions inter pavillonnaires entre professionnels afin de débattre des changements d'unités les plus adaptés et améliorer la collaboration interprofessionnelle. Enfin, un intervenant propose d'optimiser l'outil informatique existant pour que chaque soignant puisse avoir accès rapidement aux informations nécessaires qui lui permettront d'améliorer la prise en charge du nouvel arrivant.

Un intervenant nous fait part de son vécu en extrahospitalier en tant que psychologue au sein d'un TSI. Il nous explique que, bien que des places ont été créées pour les internés libérés à l'essai, ces derniers se heurtent à de multiples difficultés de par le fait que c'est une population qui est stigmatisée et à laquelle on demande de faire ses preuves. Ce constat nous amène à penser que la stigmatisation des patients internés peut avoir un impact non négligeable sur la transition entre l'HPS et l'extérieur. Il souligne cependant que la transition serait plus facile par la suite. « *La philosophie est d'inclure les patients dans un circuit de soins « habituel » sauf que la population est stigmatisée (le mot « interné » provoque de drôles de têtes). Quasi systématiquement, il y aura une étape intermédiaire qui sera un hôpital habitué aux internés. Après, il y a aussi les habitations protégées. Une fois sortis des institutions hospitalières, il est plus facile de trouver des partenaires* » (I14).

Relation entre l'utilisateur, les intervenants et le système de l'internement.

Cette quatrième et dernière composante analyse les résultats liés à la relation entre l'utilisateur et le système de l'internement d'une part, ainsi que la relation entre les intervenants et le système de l'internement d'autre part. Nous y avons abordé les résultats liés aux différents types de soutien, aux facteurs influençant la trajectoire de soins de l'utilisateur, la conformité des soins avec la mesure d'internement, leur opinion par rapport au système, les changements induits par la réforme ainsi que les améliorations du système souhaitées.

Soutien social, psychologique, émotionnel, pratique et informatif.

Usagers

La plupart des patients disent se sentir soutenus par les équipes de soins ainsi que par les paramédicaux (psychologues, assistantes sociales,...). *« Il y a un travail que je dois faire et ils sont en soutien... J'ai bien identifié les problèmes qu'il me reste à travailler. J'ai pu travailler pas mal de choses qui étaient importantes pour moi avec la psychologue et que je n'avais pas eu l'occasion d'exprimer comme ça »* (patient hospitalisé en HPS depuis 3 mois).

Ce soutien est moins présent en ce qui concerne le psychiatre. Plus précisément, nous observons que le soutien informatif semble lacunaire pour une majorité d'entre eux. En effet, les usagers disent ne pas être suffisamment informés en ce qui concerne les traitements médicamenteux instaurés, les mesures de contraintes prises à leur égard ainsi que les décisions prises par le psychiatre concernant les orientations liées au parcours de soins. *« Je ne suis pas fâché qu'elle m'ait envoyé au cachot et piqué alors qu'il n'y avait rien mais j'aimerais comprendre. Qu'elle mette du sens aux actes qui sont posés. Du jour au lendemain, on met un neuroleptique dans ma plaquette ? Pourquoi ? Que s'est-il passé ? »* (patient interné pour des faits de coups et blessures volontaires).

Les PNCR semblent attendre un soutien social, psychologique, émotionnel et pratique de la part des équipes et des paramédicaux. En ce qui concerne le psychiatre qu'ils définissent comme *« le décisionnaire »*, un soutien de type informatif semble davantage souhaité.

Quelques patients disent, finalement, ne pas se sentir soutenus, quel que soit l'intervenant. *« J'ai des entretiens mais je ne me sens ni soutenu ni écouté »* (patient diagnostiqué trouble de la personnalité antisociale).

Intervenants

Un grand nombre des intervenants évoquent l'aspect relationnel qu'ils entretiennent avec l'interné comme quelque chose de fondamental dans la prise en charge. Leur point de vue converge avec celui des usagers. Ce soutien, d'un point de vue psychologique et émotionnel, revêt deux abords. Dans une optique positive, cet appui peut être qualifié de « *soutenant* » avec un personnel empathique à la situation de l'interné. « *Un patient qui va mieux sur le plan psychique aura une qualité relationnelle améliorée. Si on parvient à une relation de confiance avec le patient, c'est positif* » (I13). Ils font apparaître l'importance pour le patient de se sentir écouté et entendu. Un intervenant met en avant qu'il ne faut pas de formation spécifique pour « *discuter* » avec un patient et qu'un cadre informel pour un entretien est propice à plus d'authenticité de la part de l'interné. Dans une optique à connotation négative, ce soutien psychologique et émotionnel peut poser problème dans la relation soignant-soigné. Certains usagers peuvent investir le personnel de manière inadéquate, jusqu'à les considérer comme des membres de leur propre famille, ce qui nuit à la relation thérapeutique. D'autres développent une dépendance à l'égard des professionnels et perdent toute autonomie. « *On ne doit pas être très aidant quand on voit au final ce que ça donne, on se dit qu'on ne doit pas être forcément sur le bon truc... Je ne sais pas si au Canada, en Suisse, ils ont de meilleurs résultats, s'ils ne travaillent pas plus en réseau* » (I4). Un professionnel exprime que certains patients pensent que les soignants ne leur accordent aucun intérêt. « *Il y en a certains qui ont besoin de soutien, d'un encadrement et ils souffrent de ce qu'ils pensent être un désintéressement de leur situation. Ça, il y en a plusieurs qui sont venus me le dire* » (I9). Ce point de vue est partagé par une minorité d'usagers.

Toujours en ce qui concerne le soutien psychologique, un tiers des intervenants rejoignent une partie des usagers et soulignent un manque de présence du psychiatre au sein du pavillon. Le manque de motivation du praticien ou d'expertise de ce dernier en ce qui concerne les traitements expliquerait ce manque de soutien. Néanmoins, ces intervenants évoquent le « *formidable* » travail réalisé par les psychologues. « *Le grand rôle est joué par le psychologue car le rapport entre le patient et le psychologue est beaucoup plus intime, il y a une relation humaine* » (I9).

D'un point de vue pratique et informatif, deux professionnels affirment qu'il faut comprendre l'interné et ses attentes afin de pouvoir lui apporter des informations claires et précises mais également lui proposer des solutions adaptées à sa situation.

Les avis divergent en ce qui concerne le soutien social. Un intervenant affirme que les internés ne formulent aucune demande sociale. Trois intervenants sont d'accord sur le fait que l'assistant social joue un rôle très important dans le suivi des usagers, précisant même qu'ils n'ont pas ce type de service à l'extérieur de l'HPS. *« Les AS... Je les applaudis, ils font un excellent travail. Ils essayent d'être sur tous les fronts. Mais je pense que la somme de travail que représentent toutes ces situations est énorme »* (I9).

Un tiers des professionnels conviennent que le soutien sur le plan social, émotionnel, pratique et informatif aux internés pourrait être de meilleure qualité, ce qui n'est pas souligné par les PNCR. Cela serait en partie lié à une fatigue du personnel en première ligne, un manque de temps et de moyens pour une prise en charge plus efficiente. *« Et puis, il y a un manque de personnel, de psychologues, de professionnels, de médecin... Il y a trop de patients »* (I9). Un avocat, exprime qu'il lui est difficile de répondre aux demandes formulées en ce sens par ses clients. *« Moi, je peux les aider dans les démarches psycho-sociales, mais je ne suis pas psychologue ou AS et là, c'est parfois un peu difficile »*. De leur côté, deux professionnels estiment que le niveau de soutien social, psychologique et émotionnel est bon.

Enfin, un peu moins de la moitié des professionnels sondées souhaitent une prise en charge optimale des différents soutiens nécessaires aux internés par une prise en charge globale de l'utilisateur. *« Ils devraient être suivis d'une manière beaucoup plus proche... Au niveau psy... A tous les niveaux en fait. Il faudrait presque des plans de soins individualisés pour pouvoir prendre en charge chaque patient »* (I4).

Facteurs influençant la trajectoire de soins.

Usagers

Les facteurs se définissent comme les éléments pouvant influencer positivement ou négativement la trajectoire de soins et, plus particulièrement, sa durée. Le comportement est repris par l'ensemble des patients comme l'un des facteurs les plus influents sur la trajectoire de soins.

Se conformer aux règles de l'unité, faire preuve de non-violence, être compliant au traitement médicamenteux ou participer aux activités sont considérés comme des indices de bonne conduite. Inversement, le fait de ne pas se conformer aux règles, faire preuve d'agressivité envers autrui, ne pas prendre le traitement prescrit par le psychiatre, ne pas participer aux activités, s'isoler en chambre, fuguer durant une sortie accompagnée du personnel ou

consommer des stupéfiants sont considérés comme des indices de mauvaise conduite. *« C'est le plus gros frein. Consommer ça ralentit ma progression. Même si je retourne dehors, j'aurais cette interdiction. Je pense que ça influence ma trajectoire. Mais ne plus consommer, ça peut accélérer les choses pour le TAP. C'est une preuve que j'ai envie de m'en sortir »* (patient réintégré pour non-respect des conditions).

Selon eux, un patient ayant un bon comportement pourra être orienté plus rapidement vers des unités plus ouvertes qu'un usager ayant un mauvais comportement. Ce comportement aura également un impact sur la durée de la trajectoire ainsi que sur les décisions qui seront prises par le TAP lors de son audience. *« Si on est agressif, on ne voit pas la réalité comme on devrait la voir, on ne peut pas avoir de sorties accompagnées, de sorties seules ou de libération à l'essai. Ça ralentit le processus »* (patient interné en 2011).

Plusieurs patients pensent également qu'avoir une mauvaise conduite peut leur octroyer certains bénéfices secondaires qu'ils n'auraient pas s'ils se comportaient adéquatement. *« Dès que l'on a un mauvais comportement, le psychiatre nous voit tout de suite, on voit le psychiatre directement ! C'est un patient qui me l'a montré ici... il l'a fait lui-même et m'a dit : « regarde, je vais faire une connerie ». Une heure après, il était au cachot et il voyait le psychiatre et c'est ce que j'ai fait. Une heure après, j'ai vu le psychiatre ! Quand je lui demande gentiment un traitement pour dormir, d'habitude je la vois 20 jours après... alors voilà... »* (patient séjournant en HPS depuis 2 mois).

Intervenants

Alors que la majorité des PNCR évoquent leur comportement au sein de l'HPS, huit intervenants nous rapportent que l'état mental et le délit de l'interné ont une influence sur les soins prodigués aux usagers. *« La nature du délit peut influencer la qualité des soins mais c'est propre à chaque intervenant, c'est opérateur dépendant »* (I5). Certains faits délictueux peuvent peser négativement sur la durée de leur internement, citant notamment les faits de mœurs sur enfant. Un intervenant pense que l'attitude des soignants peut influencer la trajectoire de soins. Une attitude de contre-transfert négatif à l'égard d'usagers ayant commis ce type de délit peut avoir des conséquences sur ce dernier. *« Parfois, pour rester thérapeutique, il faut passer la main à d'autres »* (I8).

Les autres professionnels ne perçoivent pas le délit comme un facteur pouvant influencer la trajectoire. Ils expriment que la personne a déjà été jugée et a été reconnue irresponsable de ses actes et que cela n'est pas de leur ressort. En ce sens, une personne désire apprendre à connaître l'interné avant de prendre connaissance de son dossier d'écrou. *« Ça m'évite d'avoir des préjugés négatifs par rapport à leurs crimes. Si on part avec une idée négative, c'est difficile de leur apporter du positif »* (infirmière depuis 4 ans en HPS).

Enfin, tous les intervenants s'accordent sur le fait que l'état mental de l'interné a une influence sur sa trajectoire de soins. Même s'ils n'emploient pas la même terminologie, les intervenants et les usagers semblent vouloir exprimer la même idée en associant état mental pour les premiers et comportement pour les seconds.

Conformité des soins avec la mesure d'internement.

Usagers

Un peu moins de la moitié des usagers se sont exprimés sur cette thématique. Cependant, nous avons décidé de développer certaines idées qui nous semblaient intéressantes. Parmi celles-ci, nous relevons qu'un patient se montre satisfait à ce que des soins lui soient prodigués dans un hôpital. Cependant, il estime que le passage en annexe n'est pas conforme à la mesure. *« Quand tu es malade, tu te retrouves dans un hôpital pour recevoir des soins et pas en prison parce ce n'est pas un endroit pour recevoir des soins. La mauvaise chose, c'est qu'il faut passer par la case prison et beaucoup y passent. La case prison, c'est la carte départ comme la case prison au Monopoly : tu passes ton tour et tu ne joues pas »* (patient âgé de 25 ans).

Un autre patient pense que les soins ne sont pas conformes à la mesure et pense que la loi sur les droits du patient devrait primer sur la loi sur l'internement. *« Tout le monde devrait pouvoir refuser son traitement, tout le monde... interné ou pas. Ici, si on refuse son traitement, ils nous enferment en chambre. La loi sur les droits du patient dit que normalement, on a le droit de refuser son traitement, sauf si on est un danger pour soi-même ou pour les autres. Je devrais avoir la possibilité de dire non au traitement.... C'est quelque chose qu'on m'impose et que je n'accepte pas »* (patient âgé de 26 ans).

Une dernière idée émise par l'un d'eux est liée à la prise en charge conjointe du patient interné par le SPF Justice et le SPF Santé Publique. Un patient qui nécessite des soins ne devrait pas passer devant un tribunal durant sa trajectoire mais être évalué par des professionnels de la

santé. *« On nous dit qu'on est irresponsables de nos actes et on nous met dans une maison de soins mais par après, on nous fait passer devant un tribunal et pas devant des psychiatres »* (patient interné en 2003).

Intervenants

Peu d'usagers se sont exprimés, ce qui rend la comparaison difficile. Sept intervenants s'accordent sur le principe que les soins promulgués à l'interné au sein de l'HPS sont conformes à ce qui est édicté par le TAP. Néanmoins, des progrès peuvent être apportés. Nous citerons l'octroi de moyens financiers et humains supplémentaires mais également la mise en conformité de certaines conditions énumérées par le TAP envers l'interné qui ne se rapportent pas à sa situation et ses problématiques. *« C'est illusoire pour moi de croire qu'on puisse prendre en charge individuellement chaque patient par rapport à sa pathologie quand on est que 3 par poste ! »* (I3). *« Parfois, l'interdiction de consommation d'alcool ou de stupéfiants se retrouve alors que les faits ne sont pas liés à la consommation »* (I15). En ce sens, un assistant de justice nous indique qu'il en va de son rôle de rapporter que certaines conditions peuvent être préjudiciables à la personne afin de les adapter au mieux.

Un professionnel remarque, pour les personnes libérées à l'essai, un contraste énorme entre la prise en charge en HPS et le manque d'accès aux soins en extérieur malgré une obligation édictée par le TAP. Un autre nous signifie que le non-respect des conditions de soins de la part du soignant en va de sa responsabilité et peut être considéré comme une faute professionnelle.

Opinion par rapport au système de l'internement.

Usagers

Les usagers évoquent des changements liés à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'internement. Pour certains d'entre eux, les TAP sont plus attentifs aux besoins de l'interné et se sentent davantage écoutés. *« Maintenant, il y a une écoute plus attentive, dirions-nous, où la justice essaie de faire preuve de discernement... Et d'oublier les préjugés qu'on peut avoir sur l'une ou l'autre personne »* (patient interné depuis 1991).

Une partie d'entre eux ne relèvent aucun changement significatif depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. *« Je ne vois pas d'évolution. Les TAP ont trop de travail, ils ne vont pas pouvoir s'en sortir, il y a trop à rattraper »* (patient interné depuis 2000).

En majorité, les patients expriment le fait que la fréquence des audiences et des passages devant le TAP est insuffisante. Beaucoup semblent convoqués une fois par an, d'autres n'ont pas été convoqués depuis leur arrivée en HPS à cause de la pandémie de la Covid-19. « *Cela fait 2 ans et demi que je n'ai pas vu le TAP parce qu'il y avait le coronavirus* » (patient ayant une durée de placement en HPS - Toutes périodes - de 9 ans et 5 mois).

Un patient pense que la nouvelle loi présente certaines incohérences qui sont à leur désavantage. « *Avant, on ne pouvait pas rembourser la partie civile et 17 ans après, ils veulent (les membres du TAP) que je rembourse la victime. Ça leur convient quand ça les arrange eux* » (patient interné depuis 2003).

Intervenants

Comme pour les usagers, chaque intervenant possède un avis qui lui est propre en ce qui concerne le système d'internement, basé sur son vécu et son quotidien. Deux personnes voient ce dispositif législatif comme faisant partie intégrante du parcours de soins de l'interné. « *Les internés dépendront toujours de ce système judiciaire. Avant, ils vivaient un peu comme tout le monde, un peu en marge de la justice. Dès qu'ils sont sur le coup de l'internement, leur vie est liée à la justice* » (I4).

Un professionnel évoque la méconnaissance des usagers et des soignants de la nouvelle loi sur l'internement de 2014 et fait apparaître un manque de compréhension de certaines décisions. Un avocat abonde en ce sens et nous dit devoir prendre du temps pour expliquer à ses clients les décisions prises et statuées par les TAP.

Un soignant nous fait part du problème de places suite aux décisions prises par le TAP. En effet, il nous cite le cas de plusieurs patients qui sont stabilisés mais ne sont pas libérés et qui « *prennent la place d'autres patients* ».

Un autre nous mentionne que c'est le passage régulier devant le TAP qui permet aux patients de maintenir une certaine stabilité physique et psychique : « *ils ne déconnent pas trop* » car ils ont peur des sanctions qu'ils encourent.

Un intervenant nous relate que de nombreux rapports sont demandés pour le passage des internés devant le TAP. Le contenu de chaque rapport différerait selon la profession du rédacteur et ils ressentent que certains d'entre eux peuvent avoir plus de poids que d'autres.

« On a notre mot à dire mais ce n'est pas nous qui avons le dernier mot et il y a une hiérarchie aussi : c'est le tribunal qui décide mais le psychiatre aussi! Le nursing a une certaine vision du patient, on espère et préconise certaines choses mais le psychiatre peut voir les choses différemment » (I5).

Enfin, un avocat constate un net changement depuis quelques mois en ce qui concerne le nombre de révocations et le respect strict de la loi. « *La justice, les juges, insistaient auprès du Parquet pour que le Parquet exécute immédiatement la décision et amène la personne révoquée aux portes de l'établissement. C'est ce qui a fait qu'à un moment donné, en juillet/août, il y a eu une concentration assez importante d'internés révoqués à Tournai* » (I9).

Changements induits par la réforme.

Les opinions exprimées reflètent le point de vue des intervenants uniquement. Ils nous font part de leurs observations liées à la mise en œuvre des différentes réformes opérées durant ces dix dernières années.

Intervenants

Le premier aspect positif cité par plus de la moitié des intervenants est la temporalité imposée par la loi. Dans un premier temps, ils sont unanimes en rapportant qu'il n'y a « *pas de date de fin* » lorsqu'ils parlent de l'ancienne loi de défense sociale. Dans un second temps, ils exposent une amélioration quant au délai de traitement des dossiers grâce au passage régulier devant le TAP. La loi dicte un passage chaque année avec la possibilité de demander une audience intermédiaire ou de formuler des demandes urgentes (hospitalisation, sortie exceptionnelle pour la construction d'un projet, accompagnement fin de vie d'un proche,...). Cela permet, selon eux, à l'interné de se situer dans le temps et avoir des perspectives d'avenir, de pouvoir constater une évolution dans son parcours de soins et dans ses droits de sorties (accompagnée puis seule puis week-end puis congé) et enfin éviter les dérives. « *...Un passage aux TAP plus régulier, une accélération dans la possibilité des sorties qui permet de ne pas décrocher du monde extérieur* » (I12). Cependant, deux personnes constatent que très rapidement ce délai s'est allongé à 9 mois et maintenant, nous sommes plus de l'ordre de 12 à 15 mois entre chaque passage.

Les intervenants mettent en avant des libérations parfois jugées trop rapides, ce qui induirait un phénomène de porte-tournante. « ...*Une espèce de turn over... Ça sous-entend que ce sont des patients qui partent et qui reviennent aussi vite lorsqu'ils sont libérés* » (I2). Pour cinq professionnels, les TAP favorisent la mise en œuvre d'un processus plus dynamique pour chaque interné. « *Certains projets passent directement de l'HPS à la libération à l'essai, c'est nouveau* » (I14). Ils nous font également remarquer que l'évaluation périodique de l'interné permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de chaque usager.

Quatre intervenants constatent une diminution du nombre de mesures d'internement prononcées de par la modification des conditions d'internement qui excluent les délits ne portant pas atteinte à autrui. Une augmentation importante des libérations à l'essai, plus particulièrement pour les personnes internées depuis une très longue période, est constatée. « *Au début de la nouvelle loi et de ces nouveaux moyens, il y a eu un effet de vide dans les annexes de prison, aussi à l'admission. Les projets ont été revus et ont avancé vers des libérations à l'essai. Cet effet a duré jusqu'à un ou deux ans* » (psychologue au TSI). « *C'est grâce à la nouvelle loi et à la révision des anciens dossiers que certains ont obtenu une libération à l'essai* » (assistante de justice, 28 années d'expérience avec les usagers).

Cinq professionnels se remémorent leurs craintes, lors de la mise en application de la loi de 2014, liées au fait que l'interné puisse avoir accès à son dossier et aux différents rapports rédigés. Les intervenants se montreraient plus mesurés, plus prudents lors de la rédaction des rapports. Le poids de chaque mot utilisé est pesé afin de ne pas compromettre ou rompre le lien thérapeutique. « *Ça a fait un tollé au départ avec la peur que les patients décompensent, soient agressifs. Cela change la façon d'écrire, on ne débat plus avec la même liberté. Mais ces craintes se sont apaisées. C'est un renversement par rapport à de vieilles pratiques car on a remis le patient au cœur du débat qui le concerne. Ces pratiques changent les mentalités* » (criminologue, 28 ans d'expérience avec la population internée).

Les professionnels voient de manière positive la présence du patient lors des passages devant le TAP : ce dernier peut se sentir plus impliqué dans les décisions qui sont prises puisqu'il possède un droit de parole. Néanmoins, un intervenant est d'avis que le patient n'a qu'un droit de figuration devant le TAP. « *Ça me semble très superficiel. Le patient est là mais tout le monde décide à sa place* » (I4).

Un professionnel nous rapporte que l'attention de la justice quant aux droits du patient est quelque chose de très positif puisqu'il permet à l'utilisateur de progresser dans son parcours de soins. Un autre exprime une amélioration dans sa collaboration avec la justice basée sur une confiance mutuelle et une communication efficace. Un autre nous fait part de la création de service de soins « *long-stay* » pour les internés qui conservent un potentiel de dangerosité trop important et qui ne peuvent être réinsérés dans la société. « *Certains profils ne sont pas là pour les soins mais pour la sécurité de la société* » (I10). Un autre intervenant fait le parallèle avec la France où un système semblable à la Belgique n'existe pas. Les PNCR se retrouveraient en prison ou dans des Unités pour Malades Difficiles (UMD).

Enfin, trois professionnels reconnaissent que depuis la mise en œuvre de la nouvelle loi, le profil des internés a changé. Ils constatent une recrudescence du nombre de patients internés avec des traits de la personnalité antisociale. Cela susciterait une crainte pour leur sécurité car ces patients sont perçus par les professionnels comme étant plus dangereux.

Améliorations du système souhaitées.

Usagers

Les améliorations souhaitées par les usagers sont liées à l'opinion qu'ils ont du système ainsi qu'à la durée de la trajectoire de soins. Ainsi, beaucoup d'entre eux proposent que les TAP se réunissent plus souvent, ce qui leur permettrait d'avoir un meilleur suivi.

Une majorité souhaitent que la durée de l'internement soit connue lorsque la mesure est prononcée par le TAP. D'autres vont plus loin et pensent que la durée doit être ajustée à la gravité des faits commis et aux besoins en termes de soins. « *Je donnerais une date butoir. Mettre une date en fonction du dossier de la personne et de sa pathologie* » (patient interné sous le joug de la nouvelle loi sur l'internement).

Un usager évoque le souhait que la loi soit appliquée et respectée des deux côtés, à savoir par le patient mais aussi par la justice. « *Que la loi aille dans les deux sens. Quand il y a une réintégration, ils doivent (TAP) directement remettre le patient aux Marronniers et ne pas attendre en l'envoyant en annexe psychiatrique* » (patient interné en 2003 ayant réintégré l'HPS en 2020).

Enfin, un autre pense que les annexes doivent être définitivement fermées, que certains hôpitaux psychiatriques plus ouverts soient fermés et que plus de structures « *high security* » leur soient dédiées. « *On devrait interdire les annexes et nous envoyer directement à l'hôpital. S'il n'y a pas de places, on devrait envoyer les gens vers d'autres hôpitaux. Je trouve qu'on devrait fermer certains hôpitaux psychiatriques plus classiques parce que ça n'aide pas. On devrait faire plus d'hôpitaux fermés comme les Marronniers, des hôpitaux sécurisés* » (patient hospitalisé en HPS depuis 5 mois).

Intervenants

Alors que les usagers expriment des améliorations liées au suivi et à leur prise en charge, d'autres aspects sont exprimés par les professionnels et semblent revêtir une importance pour eux. Un premier aspect concernerait le décalage perçu par les intervenants entre ce que la justice veut et la réalité de ce que vivent les internés sur le terrain. Un second aspect exprimé par les professionnels concernerait les demandes du TAP et des conditions de libération qu'ils qualifient d'irréalisables. « *Les exigences judiciaires sur les consommations sont tout à fait hors des réalités médicales et sociales* » (psychologue en HPS depuis 18 ans). « *Quand le patient se présente au TAP, des fois on leur demande d'avoir une formation, d'avoir du travail, d'avoir un logement, d'avoir plein de choses pour pouvoir sortir... Sauf que, à un moment donné, quand on veut les mettre dans un logement, ils ne peuvent pas en avoir parce qu'ils n'ont pas de revenus ou parce qu'ils ont des revenus du CPAS et donc, ça bloque...* » (infirmier depuis 14 ans en HPS). Selon eux, le monde judiciaire doit être plus au fait de la réalité de vie de l'interné. A ce titre, deux personnes évoquent une loi « *mal faite* » qui ordonne des mesures standards au détriment de l'individualité de chaque usager. « *La loi ramène une dichotomie entre le statut de placement et le statut de libération à l'essai. Sur le papier, la différence est énorme juridiquement, en pratique, la nuance n'est pas évidente* » (I10).

Un professionnel indique que l'objectif de réhabilitation prôné par la loi est souvent mis à mal par l'objectif de sécurité, de protection de la société et de la/les victime(s). « *On parle d'internement du fait qu'ils ne sont pas responsables et qu'on essaie de les réhabiliter. Ça perd de son sens aussi et pour travailler c'est compliqué. On sait que c'est la loi et qu'elle est comme ça... Ce n'est pas forcément parfait* » (I5).

La question du maintien de l'interné en HPS, faute de place en extra hospitalier ou dans d'autres structures similaires, interpelle. Deux intervenants nous font part de leur souhait d'ouvrir davantage de places par la création de CPL supplémentaires annoncés qui tardent à venir.

Enfin, un autre professionnel évoque les différences de traitement entre les internés révoqués et les nouveaux internés. Les internés révoqués ne passeraient plus par les annexes psychiatriques, contrairement aux nouveaux internés. L'accessibilité aux soins spécialisés pour ces derniers serait plus difficile puisque les internés révoqués court-circuitent le système et réintègrent directement l'HPS lorsque celui-ci est désigné comme lieu de placement par les TAP. Selon cet intervenant, *« une des astuces pour répondre à cette problématique serait de transformer légalement les annexes psychiatriques des prisons et d'en faire des minis établissements de défense sociale ; seul l'intitulé changerait »* (I13).

2.3. Trajectoire future : avenir et réhabilitation de l'utilisateur

Lorsque le PNCR est libéré en fin de trajectoire, il l'est d'abord *« à l'essai »*. Cette libération s'accompagne d'une série de conditions à respecter et d'interdits à ne pas franchir (ne pas commettre de nouvelles infractions, être domicilié en Belgique, se soumettre à une tutelle médicale ainsi qu'à une tutelle judiciaire, ...). Une libération définitive peut être accordée après 3 ans d'épreuve (au prononcé de la libération à l'essai). Bien que la mesure d'internement puisse prendre fin à cet instant, l'utilisateur n'en est pas moins libéré de la maladie mentale. Il nous semblait important d'apporter ces précisions avant d'aborder cette troisième et dernière thématique. Nous y avons examiné les attentes de projets en fin de trajectoire, l'empowerment dans le processus de réhabilitation, la tension liée à l'objectif de sécurité et de réhabilitation ainsi que les enjeux, uniquement abordés par les intervenants, qui s'y réfèrent.

Attentes et projets en fin de trajectoire.

Utilisateurs.

L'ensemble des utilisateurs ont exprimé leurs attentes et leurs projets en fin de trajectoire, une fois la libération à l'essai prononcée par le TAP.

En ce qui concerne le logement, beaucoup d'entre eux souhaitent obtenir un logement seul (appartement, retour à domicile ou chez un membre de la famille) ou supervisé (au sein des IHP/MSP ou au sein d'une institution psychiatrique générale, ce qui leur permet de combiner

à la fois un logement et un suivi thérapeutique). Un patient estime qu'il n'aura pas besoin d'aide une fois libéré. La plupart d'entre eux émettent le souhait de retourner au sein de l'environnement dans lequel ils ont évolué avant leur arrestation. Certains souhaitent mettre en œuvre un projet dans un nouvel environnement afin de prendre « *un nouveau départ* ». « *À l'extérieur, je veux trouver un logement, me familiariser avec la ville, un nouvel environnement où je ne connais personne et je recommence à zéro* » (patient âgé de 35 ans). Une volonté de faire « *table rase du passé* » est exprimée par ces patients.

En ce qui concerne le suivi thérapeutique en ambulatoire pour les usagers envisageant un logement seul, plusieurs avis sont exprimés (suivi en centre de guidance, suivi psychologique, suivi psychiatrique). Participer à un groupe d'entraide (Alcooliques Anonymes) est évoqué par un patient pour éviter de consommer à nouveau. Nous observons qu'aucun PNCR n'a inclus le suivi thérapeutique médicamenteux dans son projet alors qu'il peut s'agir d'une condition exigée par le TAP en vue d'une libération à l'essai.

En ce qui concerne les activités professionnelles, certains émettent l'idée de travailler dans un ETA ou de reprendre une formation en vue de décrocher un emploi (restauration, cuisine ou bâtiment). La majorité d'entre eux souhaitent vivre de leurs revenus qui serait le fruit de leur travail. Une volonté de contribuer à la vie sociétale est manifestée par un patient. « *Je veux travailler dans un ETA pour gagner de l'argent à la sueur de mon front même si je touche moins qu'à la Vierge Noire... Ce n'est pas grave, du moment que je travaille et que je gagne mon argent...* » (patient interné en 2016). A l'inverse, un patient émet le souhait de travail « *au noir* » afin de continuer de profiter des avantages sociaux qui lui sont offerts.

Les activités occupationnelles sont peu abordées. Reprendre le sport est une préoccupation pour quelques-uns, ce qui leur permettrait de prendre soin d'eux et de se réapproprier leur corps.

Nouer des liens affectifs est important pour une partie des patients. Beaucoup émettent l'envie de trouver un conjoint, de se marier, de fonder une famille ou d'avoir des enfants. D'autres souhaitent également renouer les liens familiaux une fois sortis de l'institution afin de « *attrapper le temps perdu* » (patient âgé de 25 ans).

D'un point de vue financier, certains souhaitent « *solder leurs dettes* », que ce soit envers des « *créanciers* » ou « *envers leur(s) victime(s)* » (patient interné pour des faits de mœurs et patient interné pour tentative de meurtre).

Enfin, un usager conditionne ce projet « *au courage que doit avoir l'interné afin de retourner dans la vie active* » (patient âgé de 55 ans).

Intervenants.

Alors que les usagers se projettent uniquement dans le futur, la plupart des intervenants citent le parcours de soins comme « *logique et immuable* » instauré de longue date au sein de l'HPS : le patient obtient dans un premier temps des sorties, accompagné, puis seul, puis des week-end puis des congés. Ils sont conscients que les projections de l'interné en ce qui concerne son devenir ne sont pas en accord avec les réalités du terrain. « *Les patients ont des demandes utopistes au début de l'internement. Ils sont assez frustrés, car ils ont une conscience limitée de leur fragilité. Ils tolèrent mal la frustration. Les projets en fin de trajectoire ne sont pas toujours adaptés à la réalité* » (I6). Afin de préparer au mieux les usagers à la libération, des unités ont été créées à l'intérieur et à l'extérieur de l'HPS. « *Au sein de l'institution, il y a des unités après HPS qui sont des tremplins vers la sortie. C'est bénéfique, ils font un travail sur leur aptitude à être à l'extérieur, sur leur capacité autonome, leur capacité à avoir un emploi, c'est une libération par étape pour que la libération soit plus bénéfique* » (infirmière depuis 4 ans au sein de l'HPS). Les soignants nous expliquent que cette progression se réalise en fonction de l'état de l'interné, de son évolution et de son comportement. Le réseau social de l'interné et le délit commis ont une influence sur la trajectoire de soins. « *On essaie aussi d'avoir des projets intermédiaires au sein du centre avec une progression pour que le patient soit libéré petit à petit* » (I8). Ils nous décrivent un « *filet de sécurité* » qu'est le suivi par les équipes du TSI lorsqu'ils résident en Habitations Protégées (HP), MSP ou lors d'un retour à domicile. Cet accompagnement permet, selon eux, d'individualiser le trajet de soins, de respecter les conditions judiciaires, de préparer la crise et d'éviter la récidive.

Deux intervenants constatent que certains internés ne peuvent pas évoluer et se projeter vers l'avenir. De nombreux obstacles ont été identifiés par ces participants pour une réhabilitation : les longues périodes d'hospitalisation entraînant une institutionnalisation de l'usager, des comportements engendrant des incidents à répétition, un manque de moyens financiers pour payer le loyer ou un statut d'illégal sur le territoire belge.

Enfin, deux autres professionnels relèvent une certaine forme d'impatience de la part de l'interné avant sa libération, suivi d'un rejet de la psychiatrie une fois la libération à l'essai accordée. « *Les patients ne veulent plus trop entendre parler de psychiatrie, ils voient les*

rendez-vous, les conditions comme de grosses contraintes. Ils veulent sortir vite et qu'on les laisse tranquille » (I7).

Empowerment dans le processus de réhabilitation.

Il convient de préciser que cette thématique aurait pu être développée dans la trajectoire actuelle de soins en HPS dans l'esprit des réformes entreprises. Cependant, nous avons choisi de l'intégrer dans la trajectoire future car pour une large majorité des participants interviewés, ce processus ne débute que lorsque le patient obtient une libération à l'essai auprès de la CPS.

Usagers.

L'idée est de comprendre comment les acteurs s'impliquent dans leur processus de réhabilitation.

Une partie des usagers émettent le souhait de pouvoir prendre des décisions et de faire leurs propres choix tout en s'accordant sur le fait que les décisions liées au processus devront être discutées avec les intervenants du monde de la justice et de la santé. Ils peuvent s'exprimer, se sentent écoutés mais s'attendent à ne pas être en adéquation avec les intervenants. Ces mêmes patients considèrent que c'est à eux de proposer quelque chose aux intervenants, sans quoi le processus de réhabilitation ne peut se déclencher. *« C'est moi qui dois lancer ça. Si je n'en parle pas, il n'y a pas de projet qui va se faire... Il vaut mieux que je sois acteur de mon changement et que je me prenne en charge. J'ai une volonté de construire un projet qui me convient... même si je sais qu'on va me dire que ça, je ne peux pas faire... ça je m'y attends... mais du moment que je sois dans le ressenti, que je me dise "je suis bien là-dedans" ou "je ne suis pas bien là-dedans" »* (patient hospitalisé en HPS depuis 3 mois).

D'autres se considèrent inactifs dans le processus de réhabilitation et ce, bien malgré eux. Le modèle de prise en charge ne leur permettrait pas de prendre des décisions. *« On est pris en charge totalement en HPS... Mais en même temps, on est discrédité aussi totalement quoi et on n'a pas le droit au chapitre »* (patient interné en 1991). Un patient évoque également l'idée que le TAP lui imposerait un projet dont il n'est pas preneur. *« On n'est pas écoutés par le TAP. Quand je suis passé, ils m'ont donné l'autorisation de chercher après un autre hôpital qui était dans la région. Je leur ai dit que je ne voulais pas aller là-bas et ils m'ont dit que je n'aurai pas le choix »* (P2).

Enfin, un usager souhaite construire son projet avec les intervenants mais se sentirait perdu face au manque de cohérence de ces derniers. « *D'un côté, l'assistante sociale me dit ça et d'un autre côté, le psychiatre me dit que c'est bien mais qu'on va faire autrement. On me dit encore autre chose. Donc croire oui... mais croire qui ?* » (patient présentant une personnalité paranoïaque et une schizophrénie paranoïde).

Intervenants.

Comme les usagers, les intervenants émettent un avis partagé en ce qui concerne l'implication de l'interné dans son parcours de soins en vue d'une libération. Certains souhaitent que le patient soit acteur dans ses choix et ses décisions, d'autres professionnels estiment que l'empowerment dans le processus de réhabilitation est compliqué.

Pour les défenseurs de l'empowerment du patient, la notion de patient-partenaire de son devenir est évoquée. « *Si on leur donne la possibilité, ils aiment et sont demandeurs de participer à leur propre projet parce que c'est pour eux qu'on fait les choses* » (I3). Ils précisent que l'interné est acteur de son futur mais qu'il a besoin d'un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire qui l'entoure.

Le second groupe de professionnels explique que le manque de motivation intrinsèque de l'interné dans sa trajectoire de vie et de soins nuit à l'empowerment. Ils regrettent le manque d'implication des usagers dans les choix qui les concernent en déléguant la plupart du temps la réalisation de leur projet de réhabilitation à l'équipe soignante. « *Le patient doit être partenaire de ses soins mais en général, on doit les tirer de leur lit, on doit les tirer de leur chambre. Je ne sais pas comment on peut les motiver et ce n'est pas eux qui sont motivés, c'est nous qui sommes motivés pour eux* » (I4). « *Ils s'impliquent peu dans leurs projets, ils attendent qu'on le fasse pour eux. Ils ont des parcours chaotiques, de lourdes pathologies, ils ont du mal à être proactifs* » (I7).

Sécurité et réhabilitation.

Les représentations d'une large majorité des participants nous ont amené à procéder de la même manière que pour la thématique précédente.

Usagers.

Peu de PNCR se sont exprimés sur le sujet (6 participants sur 15). La moitié d'entre eux pensent qu'ils doivent être en mesure de fournir des garanties avant d'être réhabilités au sein de la société. La réinsertion est un long parcours qu'ils qualifient de « *combat* ». « *Je suis conscient aussi du dispositif à mettre en place afin de rassurer la société... L'interné doit faire preuve de combativité pour se réinsérer socialement* » (patient interné depuis 1991).

Un patient est conscient de la tension entre l'objectif de sécurité et l'objectif de réhabilitation qui sous-tend la mesure d'internement. « *On fait peur à la société. C'est plus difficile mais pas impossible (la réhabilitation)* » (patient séjournant en HPS pour une durée totale, toutes périodes, de 8 ans).

Un usager pense que l'objectif de sécurité prime sur l'objectif de réhabilitation lorsqu'il sera libéré. « *Quand on veut se réinsérer, on peut. Il faut le vouloir mais il faut faire attention à ne pas retourner à la case départ ou la case prison, ça peut aller très vite si on ne respecte pas les conditions* » (patient réintégré pour non-respect des conditions).

Enfin, un autre pense que le manque d'encadrement à l'extérieur peut conduire à la récidive. De ce fait, l'objectif de réhabilitation doit être soutenu afin de ne pas le compromettre au détriment de la sécurité. « *Se retrouver pendant plusieurs années en dehors de la communauté et puis sortir avec une équipe mobile, ce n'est parfois pas suffisant. Quand t'es enfermé et que tu te retrouves dehors tout seul, tu recommences... je l'ai vécu* » (autre patient réintégré pour non-respect des conditions).

Intervenants.

Le peu d'avis exprimés par les usagers ne nous permettent pas d'établir un comparatif. Les participants interrogés sont unanimes sur le principe que l'interné doit être suivi après sa libération à l'essai. Cinq personnes nous citent spontanément les équipes TSI comme étant une ressource pour le patient et « *un filet de sécurité* » pour la société comme pour le patient. « *...Le fait de les suivre à l'extérieur car avant, on les lâchait un peu dans la nature... Tu n'avais pas*

vraiment de suivi mais avec le TSI, c'est une très bonne chose : on a des retours » (I3). Un avocat nous fait part de son retour d'expérience. « Des clients préfèrent rester en libération à l'essai pour garder le TSI par exemple, qu'une libération définitive. Ils sont conscients de la valeur de cette prise en charge. Beaucoup de soutien, d'humanité, de respect » (I9). Selon ces professionnels, cela permet d'éviter la récidive par rapport aux faits délictueux ou le risque de rechute en lien avec la maladie mentale. Un intervenant nous relate que la libération à l'essai est une prise de risque : elle ressent un manque de collaboration entre l'intra et l'extra hospitalier en ce qui concerne la prise en charge de l'interné une fois libéré.

Quatre professionnels expliquent que les internés peuvent vivre une certaine forme de misère sociale qui est peu compatible avec la stabilité nécessaire à leur pathologie mentale. Cela peut être induit par le système et non par la personne elle-même. *« Je n'ai plus beaucoup d'espoir... Quand on voit quand ils sortent le manque de choses qui sont faites pour eux à l'extérieur... Ils retombent systématiquement dans leurs travers... Ils sont livrés à eux-mêmes, clairement » (I4). Ils nous décrivent le parcours idéal où le patient sort de l'HPS dans une structure d'accueil adaptée à ses conditions de libération. Cependant, peu de places sont effectives pour ce profil de patient. Ces mêmes intervenants nous expriment le fait que les internés subissent de nombreux aprioris. L'un d'entre eux nous propose la mise en place d'appartements dépendants de la justice comme une étape intermédiaire à la libération à l'essai. Pour deux intervenants du monde de la justice, la libération à l'essai selon le modèle actuel est plutôt vécue positivement et comme une période test avant la libération définitive.*

Deux professionnels nous évoquent également que la confrontation à la réalité peut provoquer des peurs et des angoisses. *« Ça peut être une panique. Ils vont mettre en échec tout ce qu'ils ont réussi à mettre en place parce qu'ils ont peur et qu'ils sont complètement perdus à l'extérieur dans la vie de tous les jours » (I1). Un intervenant évoque la possibilité que ce comportement puisse être lié à un manque de préparation de l'interné à sa sortie de la part des équipes soignantes. Il propose notamment de pratiquer des mises en situation pour rendre le patient autonome.*

Pour un tiers des professionnels, le patient interné aura des difficultés à se réinsérer dans la société. Ils évoquent plutôt une réintégration dans des *« sociétés particulières »*, une sorte de *« microsociété en marge de la société »*.

Une majorité des intervenants met en lumière la lourdeur des démarches demandées par le TAP une fois les usagers libérés à l'essai. Trois d'entre eux nous renvoient que la justice fait passer la sécurité de la société avant l'objectif de réhabilitation. « *C'est plus difficile avec le poids de la justice pour le patient. Les rendez-vous avec le psychiatre ou l'assistant de justice sont parfois difficiles à mettre en place avec un travail* » (I13). Le travail de réhabilitation est décrit comme « *quelque chose de compliqué* » à mettre en œuvre. « *Mettre le patient en sécurité vis-à-vis des autres et de la société, en lui rappelant le cadre... Ça fait partie de la réhabilitation car il faut qu'il réapprenne le rappel à la loi, ce qui peut se faire et ce qui ne peut pas se faire* » (I5).

Enjeux organisationnels de la réhabilitation.

Intervenants.

Cette thématique a émergé durant les interviews réalisées auprès des intervenants et n'avait pas été identifiée comme une unité d'analyse prédéfinie au départ.

L'enjeu majeur lié à la réhabilitation, mis en évidence par sept professionnels, est le gel des lits de psychiatrie pour développer le suivi de l'interné en ambulatoire. Ils s'accordent sur le bien-fondé de cette démarche mais nous font part de différentes limites qu'ils rencontrent au quotidien. Un intervenant nous signale que c'est suite aux différentes condamnations de la Belgique qu'un financement a été débloqué, qu'il y a eu une augmentation des libérations mais que cela a changé le profil des internés présents en HPS. Un deuxième nous évoque qu'un nombre de places a été dédié pour les libérés à l'essai dans le circuit habituel. Toutefois, cette population reste stigmatisée et accède difficilement à ces places. « *Quand ils sont en institutions, qu'ils viennent de l'HPS pèsent sur le jugement des autres. Le fantasme du risque de violence est majoré. Tout sert de prétexte à ne pas les garder, c'est une impression* » (I13). Un autre nous expose que la réalité du terrain est toute autre face au projet élaboré « *sur papier* ». « *On gèle des lits mais qu'on vienne voir sur le terrain ce qu'on a comme patientèle et ce dont on a besoin comme lits plutôt que d'investir dans un nouveau projet* » (I1). Quatre professionnels aimeraient qu'il y ait davantage de structures extérieures capables de prendre en charge l'interné en libération à l'essai. Un intervenant propose la création d'institutions pour des hospitalisations en cas de besoin et/ou crise, sans forcément passer par une réintégration et un long parcours pour sortir de l'HPS. Un autre confirme ce besoin « *criant* » de lieux de vie adaptés aux patients en fin de parcours et nous explique que des « *marchands de sommeil* »

abusent de ces populations précarisées. *« La question des lits est globale. C'est une logique d'économie bénéfique pour personne. Les résidences officielles face aux officieuses peuvent aussi être problématiques »* (I11).

Un second enjeu organisationnel est lié au TSI. En effet, quatre professionnels constatent un manque de connaissance mutuelle liée à la manière de travailler entre l'intra et l'extra hospitalier. Ils remarquent qu'un travail axé sur le changement de mentalité est lancé mais que cela prend du temps. Un intervenant du TSI nous fait remarquer *« qu'il y a une brochure explicative (sur le TSI) très complète, qui ne circule pas assez, avec les noms et les trajectoires médico-légales... Mais cette information ne se diffuse pas, on se contente de travailler avec les gens que l'on connaît »* (I10). Un autre travailleur au sein d'un TSI nous relate que *« les équipes mobiles ont un nombre de candidatures incroyable qui oblige à des exigences pas très cliniques »* (I14).

Un dernier enjeu organisationnel mis en évidence appartient aux maisons de justice. Plusieurs assistants de justice nous relatent un travail administratif de plus en plus important qui prend le dessus sur l'accompagnement de l'interné lors de sa libération à l'essai. *« Le travail administratif, de rapportage, tout justifier pour se couvrir est devenu prépondérant... On est passé de la protection de la société à la protection de l'institution... Le moral est assez faible, les gens sont insatisfaits à cause de l'administratif qui prend le pas sur le social »* (I11).

Point 3. Analyse comparée des résultats liés aux deux groupes-cibles

Quatre idées communes à plusieurs thématiques ont émergé à la suite de l'analyse des résultats. Deux d'entre elles concernent les attentes des usagers et des intervenants ainsi que la place de la maladie mentale dans la trajectoire de soins. Ensuite, l'empowerment de l'utilisateur dans son parcours de soins actuel et futur a fait l'objet d'une réflexion. Enfin, nous nous sommes interrogés sur le paradigme du Recovery.

Nous constatons qu'il existe un décalage entre les **attentes exprimées par les usagers et les intervenants**. En ce qui concerne le soutien, les usagers souhaitent davantage d'informations de la part du psychiatre, ce qui leur permettrait d'avoir des connaissances sur leur traitement médicamenteux, les mesures de contraintes prises à leur égard ainsi que sur leur trajectoire de soins. Les usagers ne se sentent pas soutenus par les intervenants et pointent un manque de motivation de leur part. De leur côté, les intervenants mettent en évidence le manque de temps

et de moyens qui ne leur permettait pas d'accorder les soutiens nécessaires aux usagers. En ce qui concerne le niveau de sécurité, la majorité des usagers considèrent ne pas avoir leur place dans une unité de haute sécurité. Ils associent le degré de dangerosité au niveau de sécurité. Selon eux, une unité de moyenne ou de basse sécurité semble davantage leur convenir. Les avis des intervenants sont partagés. Le degré de sécurité est également associé au profil des internés et au fonctionnement institutionnel. Certains considèrent que le patient ne se trouve pas dans une unité adaptée soit par manque de place, soit par une mauvaise orientation. Pour justifier en partie leur mécontentement, les intervenants pointent le nombre de patients en situation illégale hospitalisés en HPS car ils ne peuvent être libérés vers des structures de moyenne ou basse sécurité. D'autres remarquent qu'un milieu carcéral est nécessaire pour certains profils avec des équipes de soins renforcées. En ce qui concerne les opinions par rapport au système d'internement, les participants s'accordent à un passage plus fréquent devant le TAP. Ce dernier est vu par les usagers comme un endroit qui leur permet d'obtenir davantage de libertés tandis que les intervenants le voient plus comme un moyen de stabiliser l'état mental de l'interné. Ces constatations nous amènent à penser que les usagers souhaitent plus d'autonomie tandis que les soignants semblent vouloir maintenir le lien de dépendance qu'ils justifient par les missions qui leur sont conférées par la mesure d'internement (obligation de soins, irresponsabilité des usagers, ...).

La place de la maladie mentale dans la trajectoire de soins constitue un enjeu dans la réhabilitation de l'utilisateur au sein de la communauté. Les patients associent leur hospitalisation aux faits qui leur sont reprochés et non à la présence d'une maladie mentale requérant des soins. L'évolution d'un usager qui n'a pas conscience de la maladie sera plus difficile que celle d'un usager qui en prend conscience. Beaucoup d'entre eux sont anosognosiques. Dès lors, les réponses aux besoins exprimés par les patients ne correspondent pas aux besoins perçus par les intervenants. La thérapie médicamenteuse n'a aucun sens pour les patients, est associée à une contrainte de la justice et n'est utile que pour satisfaire des besoins d'ordre somatique. Nous notons que les thérapies non-médicamenteuses sont mieux acceptées par les usagers. Les intervenants s'accordent sur la nécessité et l'efficacité de la thérapie médicamenteuse afin d'améliorer l'état mental du patient. Ce constat nous amène à nous questionner sur les interventions à mettre en œuvre au sein de l'HPS afin que le patient puisse reconnaître la maladie mentale d'une part et d'autre part, qu'il maintienne l'observance et la compliance au traitement médicamenteux et ce, même après la levée de la mesure d'internement.

En ce qui concerne l'**empowerment dans le processus de décision**, une majeure partie des usagers formulent des griefs à l'encontre des intervenants. Ils souhaitent pouvoir s'impliquer davantage dans les décisions prises à leur égard et regrettent que leur avis ne soit pas pris en considération. Au contraire, les intervenants s'accordent majoritairement sur un manque d'implication des usagers. Celui-ci se traduit par un manque de motivation intrinsèque, un manque d'information donnée au patient ainsi qu'une incapacité des usagers à réaliser des choix les concernant. En ce qui concerne l'**empowerment dans le processus de réhabilitation** des usagers, les avis sont partagés. Certains participants des deux groupes sont d'accord sur la nécessité pour l'utilisateur de « *proposer quelque chose* » aux intervenants dans une logique de « *patient-partenaire* ». Ils s'accordent à dire que les choix et souhaits de l'utilisateur doivent être discutés et feront l'objet d'un compromis. Concernant les usagers non-impliqués, nous constatons un désaccord. Certains usagers et intervenants mettent en évidence une impossibilité de s'impliquer dans les décisions malgré eux car le modèle ne leur permet pas d'être acteur des choix les concernant. A l'inverse, certains intervenants pointent une absence de motivation des usagers, ce qui les rendrait « *passifs* » dans le processus de réhabilitation. Nous constatons que la perception de la position de l'utilisateur dans les processus abordés diffère selon les participants.

Certains facteurs structurels influençant la trajectoire de soins, tels que l'état mental de l'utilisateur et le comportement, ont des conséquences sur la **réhabilitation des internés**. Une évolution positive peut réduire la durée de la trajectoire, permettre à l'utilisateur d'avoir accès à des unités de moyenne ou basse sécurité et influencer favorablement sur les décisions prises par le TAP. Certains intervenants pensent que la nature du délit a un impact sur le parcours de l'utilisateur (faits de mœurs par exemple) tandis que certains usagers disent retirer des bénéfices secondaires liés à un comportement inadéquat (être vu plus rapidement par un psychiatre). La réhabilitation psychiatrique, qui se construit sur base d'un projet, est vue différemment par les usagers et les intervenants. Bien que les objectifs en fin de parcours soient identiques (logement, insertion socioprofessionnelle et suivi thérapeutique) dans la finalité, ils sont élaborés et construits différemment. Les intervenants proposent un accompagnement individualisé vers la libération. La mise en œuvre d'objectifs intermédiaires leur semble essentielle afin de préparer un « *tremplin vers la sortie* » en vue d'atteindre les objectifs finaux.

CHAPITRE IV : Discussion

Point 1. Synthèse des résultats

La **trajectoire de soins antérieure** est décrite par l'ensemble des participants comme étant jonchée de nombreux obstacles. Les usagers ont dû faire face à de multiples difficultés, à différents moments de leur existence, avant d'être interné. Une majorité ont eu un premier contact avec la psychiatrie ou une institution de placement très tôt et la prison fait partie intégrante de leur trajectoire avant leur arrivée en HPS.

Durant leur **trajectoire actuelle**, les usagers et les intervenants se sont accordés sur certaines thématiques mais se sont opposés sur d'autres. En ce qui concerne la composante environnementale, ils s'accordent à dire que l'environnement, en fonction de l'unité dans laquelle se trouve l'utilisateur, peut être calme ou bruyant. La promiscuité, le nombre de patients et les profils sont considérés comme des facteurs déterminant les caractéristiques de ce dernier. Les avis concernant le niveau de sécurité divergent entre les usagers et les intervenants. Pour certains, le cadre peut être structurant et contenant. Pour d'autres, il peut susciter des sentiments négatifs (angoisse, peur). L'HPS comporte de nombreuses similitudes avec le milieu carcéral. A ce propos et selon les intervenants, certains profils de patients sembleraient correspondre à ce milieu lorsque le niveau de sécurité a été abordé. Les usagers se situent, d'un point de vue de leur dangerosité, à un niveau moindre que celui évalué par les intervenants. La composante individuelle de la trajectoire en HPS nous donne davantage d'informations sur la participation de l'utilisateur aux décisions qui le concernent. Les usagers ne se sentent pas écoutés et souhaiteraient être davantage inclus dans les décisions tandis que les intervenants estiment que les internés sont passifs dans le processus de décision. Les usagers relatent un manque de soutien informatif de la part du psychiatre, ce qui leur permettrait de comprendre les décisions et de prendre une part plus active dans le processus de soins. En ce qui concerne la relation entre l'individu et l'environnement, les participants des deux groupes semblent mal vivre les moments de transition : le manque de préparation influe sur les conditions dans lesquelles les transferts sont réalisés. Ils s'accordent également à dire que la durée de l'internement, de par son caractère indéterminé, est extrêmement longue. Les avis diffèrent concernant l'occupation des usagers durant la journée. D'une part, un manque d'activités est évoqué par les usagers. D'autre part, le manque de moyen et de temps est mis en avant par les professionnels. Cependant, tous s'accordent à dire que les activités sont imposées aux patients, ce qui leur permet de rythmer leurs journées. La dernière composante abordait la relation entre l'individu

et le système de l'internement. Certaines faiblesses sont évoquées. La première concerne la fréquence des audiences devant le TAP. La seconde est liée au manque de proximité entre les usagers, les professionnels de la santé et les intervenants du monde judiciaire. Les contacts entre les différents acteurs sont brefs et peu réguliers. Une autre faiblesse concerne les conditions fixées par le TAP au PNCR qui ne correspondent pas à sa situation, qu'il soit interné ou libéré à l'essai. Toutefois, un aspect positif émerge et semble mettre d'accord l'ensemble des participants : les audiences structurent le travail des intervenants ainsi que l'état mental des patients. Parmi les facteurs influençant la trajectoire et la prise de décisions par le TAP, un bon comportement ou une amélioration de l'état mental permet aux PNCR d'obtenir des avantages (octroi de sorties, congés, libération à l'essai,...).

La **trajectoire de soins future** met en évidence le concept de réhabilitation. Celui-ci ne semble pas appliqué au sein de l'HPS et est vu par l'ensemble des participants comme une finalité. L'objectif semble commun aux deux groupes mais les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre sont différents. Ainsi, les intervenants désirent réaliser un travail préparatoire durant l'hospitalisation alors que les internés restent focalisés sur la libération. L'ensemble des participants s'accordent sur le fait que l'objectif de protection de la société et des individus prévaut sur l'objectif de réhabilitation.

Point 2. Interprétation des résultats

A la lecture de l'analyse des résultats, plusieurs points d'attention sont apparus et suscitent notre questionnement. Nous les aborderons dans un premier temps. Dans un second temps, nous ferons un retour réflexif par rapport aux résultats extraits de la revue de littérature et les comparerons avec nos constatations.

Le premier point concerne la **prise en charge du patient au sein de l'HPS dans une approche centrée sur le Recovery**. L'occupation de l'utilisateur durant la journée démontre qu'il existe une insatisfaction de la part de l'ensemble des participants. Nous pensons que les journées doivent être davantage axées sur le thérapeutique et moins sur l'occupationnel. En effet, bien que les intervenants préparent le projet de réhabilitation de l'utilisateur durant le temps de l'hospitalisation, le patient n'est pas suffisamment préparé à sa sortie. Le concept de Recovery, qui sous-tend les réformes entreprises, devrait être intégré par les intervenants pour pouvoir être opérationnalisé dans les unités de soins et dans la pratique au quotidien. En lien avec les valeurs de la réhabilitation prônées par W. Anthony (2004), il nous semble important que le

patient puisse être intégré dans tous les aspects de la vie quotidienne en HPS. Il doit également être en mesure de faire ses propres choix de manière éclairée en ayant un soutien informatif de qualité (dans le respect des obligations que lui confèrent son statut) et bénéficier d'un véritable parcours de soins individualisé basé sur le concept de patient-partenaire. Par exemple, nous pourrions citer la mise en œuvre d'activités axées sur l'évaluation et la maîtrise des AVQ (Activités de la Vie Quotidienne), la promotion et l'éducation à la santé (atelier sur le médicament, la maladie, l'internement, ...), la mise en relation avec le réseau (rencontre avec le TSI, les partenaires du réseau 107, ...),... Un changement dans les habitudes de prise en charge semble primordial afin que l'usager puisse partager la vision des soignants en ce qui concerne le projet de réhabilitation. Cependant, la question de la résistance au changement interviendra à un moment donné dans ce processus. De même, la structure architecturale de l'HPS, similaire au milieu carcéral, ainsi que les contraintes liées à la mesure d'internement (notamment liées au caractère indéterminé quant à la durée de la mesure ainsi qu'à la tension existante entre l'objectif de réinsertion et de protection de la société et des victimes) ne semblent pas favoriser l'émergence des concepts liés au Recovery et au patient-partenaire.

Le second point concerne le **sort des patients internés en situation irrégulière**. Bien qu'une trajectoire de soins soit principalement construite pour promouvoir le rétablissement et conduire finalement à une libération (Tucker & al., 2018), leur situation ne peut leur offrir cette possibilité. Ce constat semble partagé par certains intervenants extérieurs interrogés. 10% des patients hospitalisés en HPS se trouveraient dans cette situation (chiffres de 2020, source TSI). Les conséquences pour ces usagers sont multiples : ils occupent un lit pour une durée indéterminée et le niveau de sécurité n'est plus adapté au degré de dangerosité de certains de ces patients. Cependant, ils pourraient prétendre à une orientation vers une institution de moyenne ou basse sécurité. Nous notons également une absence de perspective de réhabilitation de ces usagers. Par conséquent, les PNCR en situation illégale sur le territoire belge finissent leur parcours de soins dans des unités de haute sécurité. Au vu du nombre de patients concernés, il nous semblerait judicieux qu'une réflexion soit menée par les décideurs à ce sujet avec l'ensemble des stakeholders. En effet, la déclaration de politique générale (op. cité) n'évoque pas le sort de ces usagers contrairement aux prisonniers étrangers en séjour illégal et en fin de peine (p.35). De plus, la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers s'applique aux patients internés ayant commis un délit ou un crime et ayant porté atteinte à l'ordre public (chapitre VI et VI bis). Cette loi

prive les usagers d'accès au territoire, ce qui ne permet pas aux CPS de les réhabiliter en Belgique.

Le troisième point concerne **la continuité des soins de l'interné** entre le milieu de soins spécialisés et le milieu de soins psychiatriques généraux. La loi prévoit des places et des financements spécifiques à cette population. Tandis qu'une transition harmonieuse de l'institutionnel vers les soins communautaires est souhaitée pour chaque PNCR (Klingemann & al., 2019), certains intervenants et usagers révoqués relatent que celle-ci n'est pas aisée et que leur réinsertion au sein de la communauté s'avère complexe. Ces usagers sont stigmatisés par la société ainsi que par les institutions susceptibles de les accueillir. Il existe un décalage entre les principes des réformes et la pratique sur le terrain. Les représentations des soignants et des institutions accueillantes vis-à-vis des PNCR constituent un frein à leur réintégration. Certains participants mettent en évidence la peur de l'interné vu comme une personne agressive, dangereuse, dans l'opposition, difficile à prendre en charge et sur laquelle peu d'espoirs sont autorisés, ce que corrobore en partie l'étude de Saloppé & al. (2016) lorsque les caractéristiques des PNCR sont abordées (usagers difficiles à gérer, stigmatisés et moins compliant aux soins). Un travail sur les représentations du grand public ainsi que celles des intervenants de la psychiatrie générale et de la première ligne devrait être envisagé.

Le quatrième point concerne le **modèle organisationnel des soins de santé mentale pour les usagers internés**. Le Masterplan internement prévoit la création de lits supplémentaires de haute sécurité par la construction de CPL. La Belgique exprime une volonté politique d'institutionnaliser davantage les soins spécialisés, dans une moindre mesure que son voisin britannique, alors que les réformes entreprises axent les soins sur la désinstitutionalisation et l'intégration de l'utilisateur au sein de la communauté par le concept du Recovery. Ce paradoxe traduit parfaitement la tension qui existe entre l'objectif de réhabiliter/soigner et l'objectif de protéger la société/éviter la récidive criminelle comme l'affirme Cartuyvels (2017 et 2018). Afin d'éviter les révocations des patients libérés à l'essai, un intervenant suggérerait la création de structures intermédiaires qui permettraient d'hospitaliser ces patients en situation de crise sans les réintégrer dans une structure de haute sécurité. Cette politique, axée davantage sur les soins centrés sur le patient, aiderait à mieux répartir les lits entre les différents niveaux de sécurité, à mieux répondre aux besoins de chaque usager et à adapter l'offre en soins en conformité avec les principes de la loi sur l'internement.

Le dernier point concerne la **perception des acteurs de terrain** (soignants, avocats, intervenants extérieurs, ...) **et des décisionnaires du monde judiciaire** (membres des CPS) **quant à leur vision de la nouvelle loi sur l'internement et son application**. De nombreux participants disent avoir perçu un décalage entre les attentes formulées auprès des patients internés et les réalités du terrain. Ceux-ci constatent que les conditions fixées par les CPS ne sont pas individualisées pour chaque PNCR et ne reflètent pas sa situation telle qu'elle est perçue par les acteurs de terrain. Ainsi, par exemple, une assistante de justice en fin de carrière nous évoquait le cas d'un usager ayant eu dans ses conditions de libération à l'essai l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées. Elle nous confiait que ce dernier n'était pas sous l'emprise de l'alcool au moment des faits délictueux et qu'il n'avait jamais présenté de problématique liée à la consommation d'alcool. Les acteurs de terrain ne se sentent pas assez écoutés et souhaitent davantage de contacts avec les CPS, ce qui leur permettrait d'assurer une prise en charge individualisée en vue d'harmoniser la trajectoire de soins de chaque usager. Nous nous questionnons sur ce qu'il faudrait mettre en œuvre afin que les différents acteurs puissent se concerter dans l'intérêt de chaque patient.

Notre revue de littérature nous avait permis d'explorer une étude récente de De Pau & al. (2020) sur la trajectoire de soins des patients internés. Les auteurs mettaient en évidence une carence dans l'implémentation des trajectoires de soins en psychiatrie médico-légale. Nous constatons que leurs observations rejoignent en partie notre analyse relative à certaines thématiques reprises dans la trajectoire actuelle, bien que notre échantillon soit exclusivement composé de patients hospitalisés en haute sécurité. Ainsi, en ce qui concerne **l'implication dans le processus de décision**, nous constatons également que plusieurs patients internés ne se sentent pas concernés. Nous avons ciblé trois sujets cités spontanément par les usagers : le traitement et les soins, les loisirs et le projet de réhabilitation. D'autres patients internés, au contraire, semblent impliqués dans le processus de décision. Nous pensons que leur implication est liée au degré de motivation intrinsèque de l'usager. La seconde thématique analysée concerne les **moments de transition** et le soutien reçu. Complémentairement à l'étude de De Pau & al. où la transition est souvent perçue comme une expérience négative, nous notons qu'elle peut également susciter de l'indifférence pour certains usagers, plus précisément auprès de ceux ayant été réintégrés pour non-respect des conditions de libération à l'essai. La connaissance préalable de l'environnement ainsi qu'une bonne préparation peuvent permettre à l'usager de surmonter la transition plus facilement. Certains patients perçoivent également la transition entre la prison et l'HPS comme une expérience négative. Les mêmes **facteurs structurels**

influençant la trajectoire des soins ont été mis en évidence : le comportement est majoritairement cité, de même que la nature des délits et l'état mental. Dans notre étude, les participants ont davantage mis l'accent sur l'incidence de ces facteurs sur la durée de la trajectoire, tandis que l'étude de De Pau & al. les associait à l'accessibilité aux services de santé mentale médico-légaux. La quatrième thématique liée au **rapport au temps** nous amène aux mêmes constats : la trajectoire de soins est longue et engendre des sentiments négatifs même si quelques usagers admettent avoir tiré profit du temps passé en HPS. Le caractère indéterminé de la mesure est associé aux ressentis exprimés par les participants. Enfin, nous constatons que les **attentes des PNCR en fin de trajectoire de soins** sont présentes. Elles ne se limitent pas uniquement à la recherche de travail ou d'une formation mais concernent également le logement, le suivi en ambulatoire (qui leur permet un filet de sécurité et de trouver le soutien nécessaire en cas de besoin) ou le départ vers une institution de moyenne ou de basse sécurité. Nouer des liens affectifs fait également partie des souhaits exprimés par les usagers.

L'absence de réponse aux **besoins exprimés en ce qui concerne leur traitement** est également un point de similitude. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de patients rencontrés considèrent ne pas avoir de maladie mentale. L'administration des soins sous contrainte semble être un facteur ne favorisant pas l'expression d'un besoin. Paradoxalement, même si les usagers ne reconnaissent pas la nécessité d'avoir une thérapie médicamenteuse, nous avons noté que certains participants avaient reconnu que la thérapie non-médicamenteuse était un traitement de premier choix pour soigner une vulnérabilité. Le **soutien social et psychologique** n'a pas été exprimé par une majorité des usagers comme une carence dans leur trajectoire de soins, à l'instar des participants interrogés dans l'étude de De Pau & al.

Point 3. Limites de l'étude

Une première limite est liée à au **biais de sélection**. Nous n'avons pu nous rendre dans certaines unités de l'HPS à cause du contexte sanitaire et de l'engouement suscité par l'étude, ce qui a pu engendrer un biais de recrutement. Aucun nombre maximal d'usagers à interviewer par unité n'avait été fixé au préalable. Idéalement, nous aurions pu réaliser une première séance d'information dans chaque unité puis demander aux patients intéressés de nous envoyer leur candidature par correspondance interne mais les délais auraient été rallongés, ce qui n'était pas faisable au vu de la temporalité de notre étude. Un biais d'échantillonnage lié aux intervenants est également présent puisqu'il n'est pas représentatif de certains acteurs de la santé (médecins généralistes, médecins psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes). Il en va de

même pour certains acteurs du monde de la justice (juges, assesseurs spécialisés, procureurs). Cela nous aurait certainement permis d'avoir d'autres points de vue afin d'enrichir nos résultats.

Une seconde limite est liée au **biais de désirabilité sociale**. Un patient a souhaité participer à l'étude parce qu'il « *souhaitait faire plaisir* » à l'interviewer. De même, certains intervenants ont souhaité participer pour les mêmes raisons. Idéalement, les interviews auraient pu être menées par des professionnels externes que les participants ne connaissaient pas. Cela n'était cependant pas possible pour des raisons sanitaires et sécuritaires (une demande d'autorisation préalable pour entrer au sein de l'établissement est nécessaire).

Une troisième limite est liée à l'**objectivité des réponses collectées** auprès de certains participants internes à l'institution. Plusieurs patients ont profité d'un « *climat tendu au sein de leur unité* » pour « *régler leurs comptes et dire ce qu'il ne va pas* ». Un intervenant interne à l'institution a manifesté son souhait de participer afin de « *vider son sac et de dénoncer les dysfonctionnements institutionnels* ». Dès lors, les réponses données par rapport à la thématique n°2 sur la qualité étaient principalement axées sur ce qui n'allait pas et ce, malgré nos relances.

Une quatrième limite est liée à l'**authenticité des réponses collectées** auprès de la majeure partie des participants internes à l'institution. Bien que enthousiasmés à l'idée de participer à une étude dans laquelle « *on leur demandait leur avis* », la majorité des usagers nous ont exprimé leurs craintes de « *représailles de la part des équipes de soins* » quel que soit l'unité de soins dans laquelle ils sont hospitalisés. Il en était de même pour la majorité des intervenants internes qui nous ont exprimé leurs craintes de « *représailles de la part de leur lignée hiérarchique directe ou de l'autorité* » si l'ensemble des données liées à leur profil permettaient de les identifier. Par conséquent, nous pensons que le climat d'insécurité verbalisé par les participants a pu avoir des répercussions sur l'authenticité des réponses données.

Une cinquième limite est liée à la **compréhension de certaines questions liées aux guides d'entretien**. Pour les usagers et les intervenants, la première difficulté concernait la dernière question du guide : elle a dû être reformulée pour une meilleure clarté. La seconde difficulté était liée à l'instabilité de l'état mental de certains patients interviewés. Nous savions qu'en ne fixant aucun critère lié à l'état mental de l'interné, nous pourrions être confrontés à cette difficulté. Trois patients ont répondu aux questions de manière désordonnée, ce qui a conduit à des entretiens peu productifs.

Enfin, une sixième et dernière limite est liée à au **choix de la méthodologie et des thématiques abordées**. Nous avons construit nos guides en partant de la revue de littérature, ce qui nous a permis de prédéfinir certaines unités d'analyse. Deux outils standardisés étaient à notre disposition : le QPC-FIC (Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient, Suède) d'une part et un outil d'évaluation des services de psychiatrie médico-légale de faible et moyenne sécurité (Grande-Bretagne) d'autre part. Le QPC-FIC, bien qu'intéressant, semble plus adapté à une méthode quantitative (34 items) et doit nécessiter une adaptation au modèle de prise en charge des PNCR en Belgique. Le second outil n'a pas été choisi pour les mêmes raisons (143 critères). De plus, son évaluation ne porte pas sur le même niveau de sécurité.

Point 4. Perspectives

Nous ne pouvons clôturer la discussion sans aborder quelques pistes d'interventions qui tentent de répondre aux questions suivantes : Comment améliorer la qualité des soins aux PNCR axés sur le paradigme du Recovery? Quels changements organisationnels faut-il apporter afin d'améliorer la pratique soignante d'une part et le système prenant en charge les individus d'autre part ? Nous parcourons les perspectives liées à la recherche et celles liées à la clinique. Nous terminerons par les perspectives politiques et sociétales.

4.1. Liées à la recherche

Cette étude a permis d'analyser la perception de certains intervenants et usagers sur la qualité des soins prodigués au sein d'un établissement de haute sécurité pour patients internés. Au vu du choix de la méthode et des limites exposées, les résultats ne peuvent être généralisés. Il serait intéressant de pouvoir réaliser une étude quantitative sur le sujet. A ce titre, nous avons évoqué la possibilité d'utiliser l'outil QPC-FIC qu'il conviendrait d'adapter au modèle belge. A partir de nos résultats, l'ensemble des données qualitatives collectées peuvent également permettre de développer un nouvel instrument (un questionnaire par exemple), une typologie ou une classification qu'il conviendrait de valider scientifiquement. Quel que soit l'outil utilisé, la recherche pourrait être étendue à l'ensemble des usagers internés, des intervenants de la santé des institutions de haute sécurité ainsi que des intervenants externes (de la santé et de la justice). Par institutions de haute sécurité, nous pourrions inclure l'ensemble des établissements rattachés au ministère de la justice, toutes régions confondues, (les CPL et l'EDS de Paifve) pour les hommes mais également l'unité Claudel, au Chêne aux Haies à Mons, pour les femmes.

4.2. Cliniques

L'analyse des résultats démontre que les concepts de Recovery et de patient-partenaire ne sont pas acquis et intégrés dans la pratique soignante. Les soignants détiennent un pouvoir que leur octroie la loi sur l'internement par le biais des soins sous contrainte alors que les patients souhaitent davantage d'autonomie. En 2019, le gouvernement wallon a marqué son accord pour la construction d'un nouvel HPS à Tournai. Il consiste à construire de nouveaux bâtiments, avec des unités plus petites, afin de remplacer d'anciens pavillons où la promiscuité est source de problème pour une majorité de participants. L'objectif est de « *mettre en adéquation l'architecture avec la prise en charge proposée et adaptée suite aux réformes des soins en santé mentale et de l'internement* » (site web de l'hôpital, 2019). Nous pensons que la création de ces nouvelles structures doit s'accompagner d'un changement dans les **pratiques institutionnelles et soignantes orientées vers le rétablissement**. Il s'agit, à la fois, d'un véritable défi mais aussi une réelle opportunité d'allier environnement et pratiques de soins axées sur la réhabilitation.

L'intégration des pratiques orientées vers le rétablissement peut être opérationnalisée en 4 axes, comme le suggère la Commission de la santé mentale du Canada (2015) :

1. *Implanter une vision et une culture du rétablissement à l'échelle institutionnelle.* Le rétablissement est possible mais l'opérationnalisation de ces pratiques peut être longue. Elles nécessitent, selon nous, la présence de leaders et de sponsors, présents à différents niveaux de l'organigramme hospitalier, qui permettront de les implanter dans l'institution.
2. *Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel des usagers et en tirer des enseignements.* Au sein de l'HPS, les usagers sont sollicités par le biais de différents comités afin d'y donner leur avis (comité des usagers, réunions communautaires, ...). Nous pensons que les concepts de patient-partenaire et de pair-aidance peuvent être développés dans le but de favoriser leur autonomie en tant que citoyen (création de groupes axés sur la pair-aidance par exemple, où d'anciens usagers viennent témoigner de leur savoir expérientiel, faire intervenir les associations d'usagers et leur famille en santé mentale telles que Similes et Psytouens).
3. *Forger des partenariats de services qui favorisent le rétablissement.* La réforme 107 a permis la création de réseaux axés sur cette philosophie. Bien que les partenaires de ces réseaux proposent un ensemble d'interventions, que ce soit au niveau médical ou

médico-social, nous avons vu qu'il existait un manque d'organisation des soins qui a des répercussions sur la trajectoire des usagers bénéficiant de ces services (Mistiaen & al., 2019; De Pau & al., 2020). La réforme 107 étant hospitalo-centrée (80% du financement des soins de santé mentale est dévolu aux hôpitaux psychiatriques – Mistiaen & al., 2019), il serait intéressant d'encourager l'hôpital à favoriser ces partenariats, au sein du réseau Wallonie-Picarde, au vu des moyens humains, financiers et matériels dont il dispose. Cependant, la mise en œuvre de cet axe nécessite, au préalable, la réalisation de l'axe 1.

4. Former des effectifs qui privilégieront une approche axée sur le rétablissement. Les effectifs doivent s'imprégner de la mission et des valeurs axées sur le Recovery telles que prônées par W.Anthony (2004). Une fois les principes de la réhabilitation intégrés par les intervenants, le PNCR ne sera plus perçu comme un patient chronique mais un usager en devenir, avec un potentiel souvent mal exploré.

4.3. Politiques et sociétales

Avant toute chose, l'analyse des résultats nous amène à nous questionner sur l'**accessibilité aux soins spécialisés**. La Belgique a été condamnée à de multiples reprises par la CEDH, ce qui l'a incitée à mettre en place un Masterplan internement. Il prévoyait que les internés ne transitent plus par les annexes psychiatriques des différentes prisons avant d'intégrer l'institution de soins désignée par le TAP. A l'heure actuelle, cette disposition ne semble pas d'application. La majorité des nouveaux internés (première mesure d'internement appliquée depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi) empruntent le chemin des annexes psychiatriques ou se retrouvent en régime ordinaire avec des détenus de droit commun. Les patients internés, révoqués après avoir été libérés à l'essai, semblent moins concernés et ont un meilleur accès aux soins spécialisés. Ce choix nous paraît arbitraire dans la mesure où l'accès aux soins spécialisés n'est pas corrélé à la gravité de la dégradation psychique de l'utilisateur. Deux filières semblent se dégager, ce qui nous questionne sur la fermeture effective des annexes dans un futur proche ou à leur reconditionnement dans la mesure où la construction des CPL prend du retard. A ce titre et selon la déclaration de politique générale du gouvernement en fonction (exposé d'orientation politique du 04-11-2020, p.26), il existe une « *volonté d'investir dans davantage de personnel soignant dans les sections de protection de la société au sein des prisons* ».

Nous avons voulu savoir si le gouvernement actuel poursuivait et partageait la position du gouvernement précédent. La politique de déclaration gouvernementale nous a permis de définir trois pistes d'interventions qui nous semblent pertinentes.

1. Le sort des révoqués et des nouveaux internés. Prioriser l'accès aux soins spécialisés en créant un seul trajet critérisé sur l'état mental de l'utilisateur et non sur son statut (révoqué ou nouvel interné) lorsque la décision de placement/révocation de la libération à l'essai est prononcée par la CPS.
2. Le sort des usagers en situation irrégulière. La loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers devrait être modifiée afin que les CPS puissent appliquer la loi sur l'internement sans distinction de statut administratif. Nous nous questionnons sur le bien-fondé de l'application de cette loi lorsqu'un individu, qui commet une atteinte à l'ordre public, a été reconnu irresponsable de ses actes au moment des faits.
3. L'implication du monde soignant dans le processus décisionnel et judiciaire lié à la trajectoire de soins. La nouvelle loi a modifié la composition des nouvelles CPS, ce qui oblige les différents acteurs à se connaître et à nouer une relation de confiance dans l'intérêt de l'utilisateur. Des assesseurs spécialisés en psychologie et en réinsertion professionnelle y ont pris place. Nous nous questionnons sur leur vécu professionnel en matière de psychiatrie médico-légale alors qu'ils occupent une place d'acteur au sein du monde de la justice. Afin que les intervenants du monde de la santé puissent prendre une part plus active dans le processus, la concertation et les contacts entre les décisionnaires et les acteurs de terrain doivent être plus réguliers.

Conclusion

Alors que les réformes entreprises depuis une dizaine d'années poursuivaient l'objectif d'orienter les pratiques de soins vers le rétablissement, notre travail a permis de constater que de nombreux obstacles subsistaient à sa mise en œuvre. La loi sur l'internement, qui autorise l'administration de soins sous contrainte, permet aux intervenants de les prodiguer selon une approche dite « *paternaliste* ». Nous avons constaté que le concept de Recovery n'était pas transposé dans les pratiques de terrain et que les usagers PNCR souhaitaient davantage d'autonomie, ce que ne permet pas le modèle de soins actuel.

Ce travail nous a également permis de mettre en évidence que durant leur trajectoire de soins antérieure, les usagers ont fait face à de multiples difficultés à différents moments de leur existence avant d'être internés et d'arriver en HPS. Durant la trajectoire de soins actuelle, nous avons remarqué que l'architecture de l'HPS, semblable à celle du milieu carcéral, n'était pas propice aux pratiques orientées vers le rétablissement. D'autres éléments, tels que le manque de participation de l'utilisateur dans le processus de soins, l'incertitude liée au caractère indéterminé de la mesure ainsi que la présence de certaines faiblesses identifiées par rapport au système judiciaire actuel, représentent des obstacles à surmonter pour un changement des pratiques. En ce qui concerne la trajectoire de soins future, tous s'accordent à dire que l'utilisateur a un avenir au sein de la communauté. Cependant, notre étude a démontré que certains usagers ne pouvaient y prétendre.

Ces résultats nous ont permis de nous questionner sur la prise en charge du patient PNCR au sein de l'HPS, le sort des patients internés en situation irrégulière, la continuité des soins de l'interné et le modèle organisationnel des soins de santé mentale pour les usagers. La perception des acteurs de terrain et des décisionnaires du monde judiciaire quant à leur vision de la nouvelle loi sur l'internement et son application ainsi que l'accessibilité aux soins spécialisés ont également alimenté notre réflexion.

Finalement, nous retenons que le principal enjeu mis en évidence dans notre travail est lié à l'évolution des pratiques afin qu'elles correspondent à la philosophie des réformes entreprises par le législateur. Compte tenu de la tension existante entre la volonté de réinsérer l'utilisateur/soigner et la nécessité de protéger la société/éviter la récidive, le changement des pratiques institutionnelles et soignantes orientées vers le Recovery nécessitera de profondes modifications et un défi pour l'avenir des soins en psychiatrie médico-légale.

Bibliographie

- **Accréditation Agrément Canada** (2015). *Mental Health Services*. <https://store.accreditation.ca/collections/mental-health/products/mental-health-services>
- **Accueil | CRP Les Marronniers**. (s. d.). Centre Régional Psychiatrique les Marronniers. Consulté le 24 mars 2021, à l'adresse <https://www.marronniers.be/>
- **American Academy of Psychiatry and the Law** (2006). *Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry*. <http://www.aapl.org/ethics.html>
- **American Psychiatric Association**. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- **Andiné, P., & Bergman, H.** (2019). Focus on Brain Health to Improve Care, Treatment, and Rehabilitation in Forensic Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 840. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00840>
- **Anthony, W. A. E.** (2004). *La Réhabilitation Psychiatrique, 2ème édition, première trad. française. (French Edition)*. Promarex.
- **Arboleda-Flórez, J., & Weisstub, D. N.** (2006). Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 193–213. <https://doi.org/10.7202/014812ar>
- **Benazeth, V., De Larminat X. & Gaïa, A.** (2016). Changements biographiques et transformations d'un mode de vie : l'apport des recherches sur les sorties de délinquance. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 69 (3), 323-348. hal-02195916
- **Bouchain, L.** (2015). *Pour une approche terminologique des champs médicaux, culturels et sociaux - thésaurus*. Projet 107 région Hainaut. <http://www.reseapartenaires107.be>
- **Burti, L.** (1997). La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences. *Santé mentale au Québec*, 22 (2), 71–87. <https://doi.org/10.7202/032416a>
- **Cartuyvels, Y.** (2017). L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité. *L'Information psychiatrique 2017 ; 93 (2)*, 93-101. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1592>

- Cartuyvels, Y. (2015, 23 mars). *La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique*. Champ pénal. <https://journals.openedition.org/champpenal/9204>
- Cartuyvels, Y. (2018). *De la loi de 1930 à la loi relative à l'internement : remarques conclusives* | *DIAL.pr* - *BOREAL*. La charte. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:203245>
- Casacchia, M., & al. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista di psichiatria*, 50(5), 199-209. <http://dx.doi.org/10.1708/2040.22158>
- Chambre des représentants de Belgique. (2020, novembre). *Exposé d'orientation politique - Justice*. La chambre. <https://www.lachambre.be>
- Commission de la Santé Mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, Ottawa (Ontario). <http://www.commissionsantementale.ca>
- Cortoni, F., & Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. *Criminologie*, 42(1), 61-89. <https://doi.org/10.7202/029808ar>
- Cour d'Appel de Mons - Province de Hainaut (2019). *Trajet de soins pour internés : Au sein de la réforme des soins en santé mentale*. http://www.psy107.be/images/brochure_mons_compressed.pdf
- Deegan, P. E. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 62-69. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.62.69>
- De Page, L., Englebert, J., & Titeca, P. (2020). L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(4), 335-339. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.04.013>
- De Pau, M., Mertens, A., Bourmorck, D., Vanderplasschen, W., Nicaise, P., & Vander Laenen, F. (2020). Crushed by the Belgian system: Lived experiences of forensic care trajectories by persons labelled as not criminally responsible. *International Journal of Law and Psychiatry*, 68, 101539. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101539>

- **Devos, C. & al. (2019).** *Performance du système de santé belge – Rapport 2019 (N° 313B)*. <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-%E2%80%93-rapport-2019>
- **Donabedian, A. (2005).** Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- **Durcan, G. & al. (2011).** *Pathways to unlocking secure mental health care - Report - Centre for mental health*. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf
- **Dressing, H., & Salize, H. J. (2006).** Forensic psychiatric assessment in European Union member states. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 282–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00771.x>
- **Georgiou, M., Oultram, M., & Haque, Q. (2019, mai).** *Standards for Forensic Mental Health Services: Low and Medium Secure Care – Third Edition*. Quality Network for Forensic Mental Health Services. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmfhs/standards-for-forensic-mental-health-services-fourth-edition.pdf?sfvrsn=2d2daabf_6
- **Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020, janvier).** *Santé mentale : Enquête de santé 2018 - principaux résultats*. Sciensano. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_MH_FR_2018.pdf
- **Grossi, L. M., & Green, D. (2017).** An international perspective on criminal responsibility and mental illness. *Practice Innovations*, 2(1), 2-12. <https://doi.org/10.1037/pri0000037>
- **Henderson, C., & Thornicroft, G. (2007).** Le statut de la désinstitutionalisation en Grande-Bretagne. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 88-114. <https://doi.org/10.7202/032417ar>
- **Haute Autorité de Santé - HAS. (2018).** *Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018–2023*. <https://www.has-sante.fr>
- **Jacob, K. S. (2016).** Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 194-201. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183078>

- Jaspis, P., & Nackaerts, F. (2018, novembre). *What's up, Doc ? Deux ans d'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement*. Colloque sur l'internement, Bruxelles, Belgique.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from Disability: Manuel of Psychiatric Rehabilitation (1^{re} éd.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Loi du 05 mai 2014 relative à l'internement des personnes.
- López, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'information psychiatrique*, 10(10), 793-799. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8310.0793>
- Marklund, L., Wahlroos, T., Looi, G. E., & Gabrielsson, S. (2019). 'I know what I need to recover': Patients' experiences and perceptions of forensic psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 235-243. <https://doi.org/10.1111/inm.12667>
- Maruna, S. (2020). De la réhabilitation au désistement assisté : transcender le modèle médical. *Criminologie*, 53(1), 19–39. <https://doi.org/10.7202/1070500ar>
- Mary, P. (2012). La politique pénitentiaire. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 2137(12), 5. <https://doi.org/10.3917/cris.2137.0005>
- Mistiaen, P., Cornelis, P., Detollenaere, J., Devriese, S., & Farfan, M. I. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique (N° 318)*. KCE. <http://hdl.handle.net/2078.1/221061>
- OCDE. (2020). « *Lits d'hôpitaux* » (indicateur). <https://doi.org/10.1787/9b82df80-fr>
- OMS (2016). *Aide-mémoire - Troubles mentaux (N°396)*. Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 26(6), 371-385. <https://doi.org/10.3917/jgem.086.0371>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Psy 107. (2020). *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins - Wallonie*. <http://www.psy107.be>

- *Quand on parle de la réforme, de quoi s'agit-il?* (s. d.). Similes. Consulté le 17 octobre 2020, à l'adresse <https://wallonie.similes.org/reforme-107>
- Ramon, S. (1983). *Psichiatria Democratica : A Case Study of an Italian Community Mental Health Service*. *International Journal of Health Services*, 13(2), 307-324. <https://doi.org/10.2190/76cq-b5vn-t3fd-cmu7>
- Régie des Bâtiments. (s. d.). *Masterplan détention et internement dans des conditions humaines | SPF Justice*. Consulté le 22 novembre 2020, à l'adresse <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines>
- Saloppé, X., Thiry, B., Clavie, R., de Page, L., Dugauquier, A., Senyoni, I., & Pham, H. T. (2016). Évaluation des perceptions des patients psychiatriques médico-légaux auprès de professionnels de santé travaillant en santé mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(10), 825-831. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.012>
- Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L. O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Instrument. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4), 225-234. <https://doi.org/10.1097/jfn.0b013e31827f5d2f>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Tansella, M. (1986). Community psychiatry without mental hospitals: the Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(11), 664-669.
- To, W. T., Vanheule, S., De Smet, S., & Vandeveld, S. (2015). The Treatment Perspectives of Mentally Ill Offenders in Medium- and High-Secure Forensic Settings in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(14), 1605-1622. <https://doi.org/10.1177/0306624x14566355>
- Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., Kennedy, H. G., Herrando, V. T., Barroso, R., Castelletti, L., Mirabella, F., Scarpa, F., & Völm, B. (2020). Forensic mental health in Europe: some key figures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 109-117. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6>

- Traverso, S., & Traverso, G. B. (2017). Revolutionary reform in psychiatric care in Italy: The abolition of forensic mental hospitals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(2), 107-111. <https://doi.org/10.1002/cbm.2030>
- Twomey, C., Byrne, M., & Leahy, T. (2013). Steps towards effective teamworking in Community Mental Health Teams. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.1017/ipm.2013.62>
- Völlm, B., & Braun, P. (2020). *Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (1st ed. 2019 éd.). Springer.

Figure 3 : Illustration du concept de Recovery (Jacob, 2016)



Figure 4 : Continuité des soins de santé mentale à partir des CMHTs en Grande-Bretagne (Twomey & al., 2014)

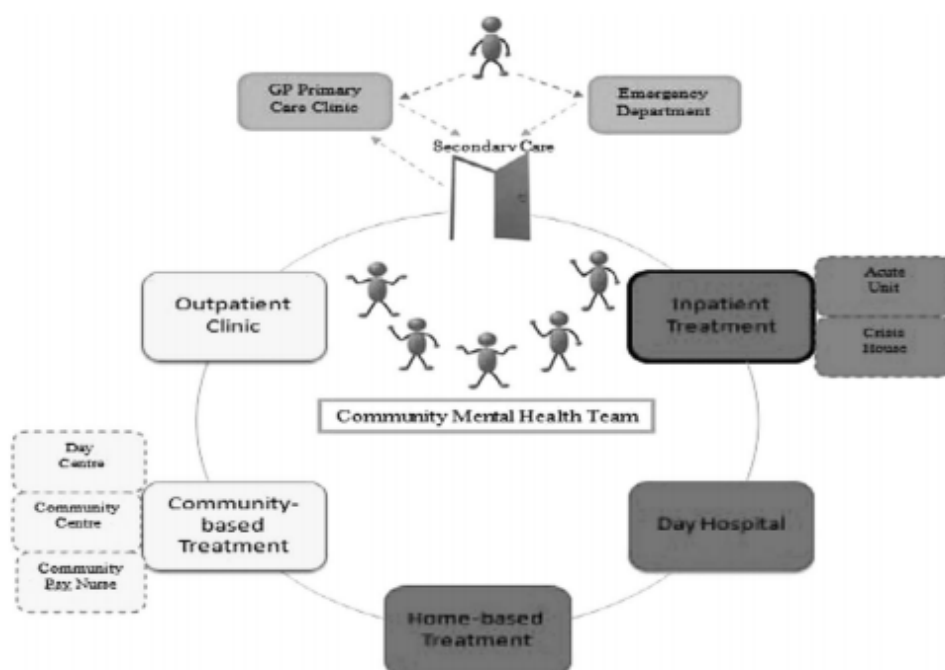
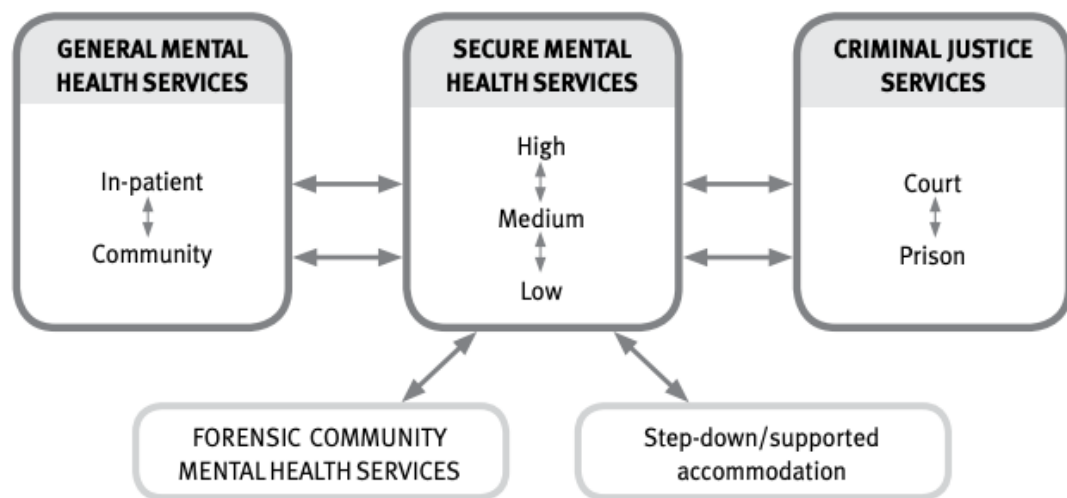


Figure 5 : Itinéraires par la justice pénale et les services de santé mentale en Grande-Bretagne (Durcan & al., 2011)



Guides d'entretiens

Guide d'entretien destiné à l'attention des intervenants auprès des PNCR (professionnels de la santé et acteurs du monde judiciaire)

Bonjour,

Je vous remercie de me consacrer du temps aujourd'hui. En quelques mots, cet entretien entre dans le cadre mon mémoire que je réalise pour la fin de mon Master en Santé Publique à l'UCL. Cette recherche a pour but de comprendre comment les patients et les professionnels perçoivent les soins prodigués au sein d'un hôpital de haute sécurité pour patients internés. L'objectif est de recueillir votre opinion à ce sujet.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument anonyme afin que ce travail puisse être lu et éventuellement être rendu public. Si je l'enregistre, c'est pour faciliter la discussion et éviter des erreurs dans la prise de notes. Si vous êtes d'accord de participer, je vous demanderai de signer un formulaire avant que nous ne commencions notre entretien. Ce formulaire marquera votre accord par rapport aux informations liées à ce travail.

La durée de notre entretien durera approximativement 1 heure. Il vous est possible d'arrêter l'entretien à tout moment. Nous pouvons également faire une pause si vous en ressentez le besoin.

Profil du répondant (informations demandées en début d'entretien).

- Age et sexe
- Profession, expérience professionnelle (en années) en psychiatrie médico-légale, lieu d'exercice suivant la profession

Thème 1 : trajectoire de soins antérieure et actuelle

1. Parlez-moi un peu du parcours de vie des internés qui arrivent en HPS

Mots-clés attendus : *petite délinquance avec délits multiples et condamnations, institutions spécialisées, prison, annexe psychiatrique, domicile avec épisodes d'hospitalisation volontaires/sous contrainte, intervention de la police, vivait dans la rue seul/marginal/en groupe dans des squats, délit commis en institution, délit commis à domicile, délits ayant entraînés plusieurs mesures d'internement, vivait au sein de la maison familiale avec parents/frères/soeurs, en institution depuis l'enfance car famille absente ou abandonné/ séjours successifs en IPPJ, libéré à l'essai mais réintégré pour non-respect des conditions, récidives, retour en milieu de haute sécurité car ne se sentait pas en sécurité/rechute par rapport aux produits, projet mis en échec par le patient car n'a pas adhéré, délit commis délibérément car ne supporte pas l'extérieur,...*

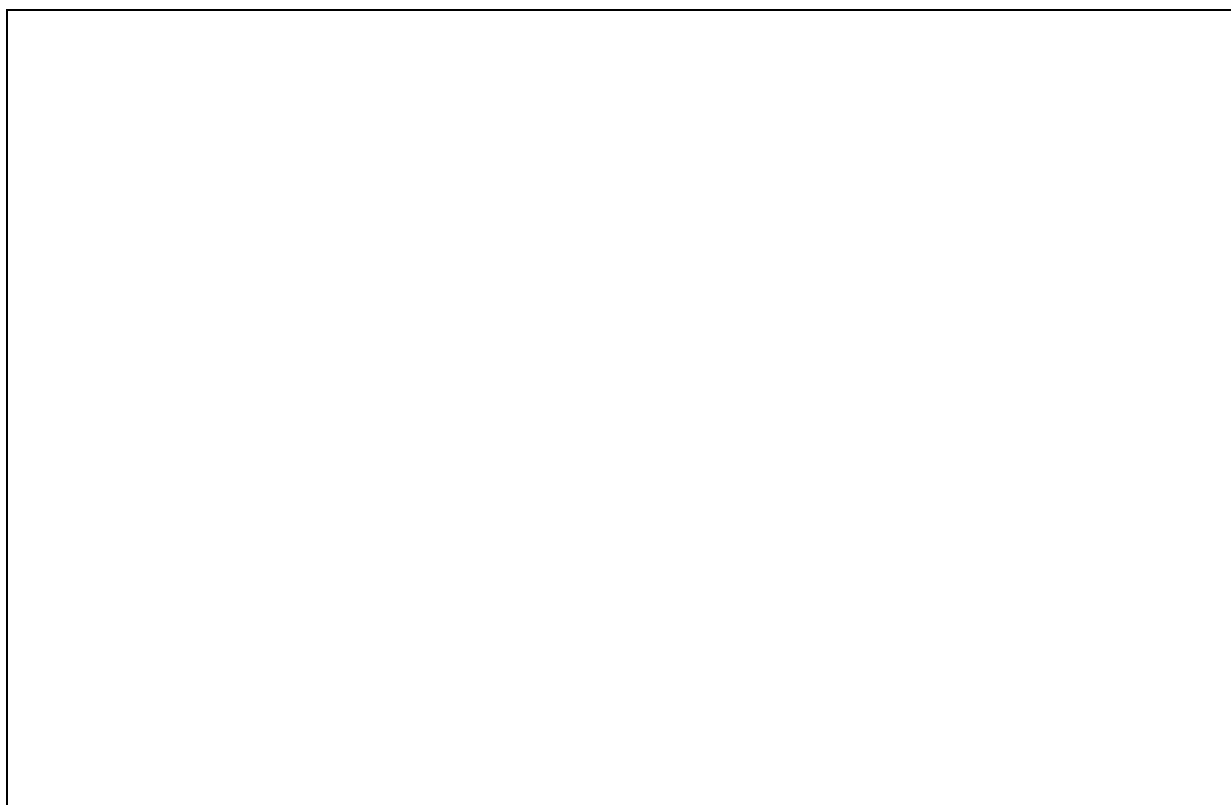
Mots-clés nouveaux (selon idées de l'usager/l'intervenant) :

Sous-thématiques : vécu et expérience de vie liés à la trajectoire de soins antérieure à l'HPS

2. Selon vous, en quoi leur hospitalisation ici est différente de ce qu'ils ont connu ailleurs ?

Mots-clés attendus : *cadre strict, système carcéral/sécurisé, conditions inhumaines (ou plus humaines), placement imposé, prise en charge axée sur la maladie, obligation de traitement, pas de différence avec institutions précédentes, moins de libertés, consommation de substances moins tolérées, mise en oeuvre de sanctions, considérés comme des numéros, ça ne sert à rien, cadre sécurisant/rassurant pour moi, ...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :



Sous-thématiques : vécu et expérience de vie liés à la trajectoire de soins actuelle en HPS

Thème 2 : perception de la qualité des soins et des usagers en HPS par les intervenants

1. En quoi pensez-vous que les soins reçus par les internés ici sont bons ?

Mots-clés attendus : *se sent entendu/écouté, on s'occupe d'eux, reçoit tous les soins nécessaires à la bonne santé physique/mentale, on répond à leurs besoins, bonne réactivité quand ça va pas, soutien de la part des intervenants, bien informé, soins adaptés à leur état mental, environnement adapté à leur état mental, environnement sécurisant, les soignants proposent des activités/des groupes thérapeutiques, on les informe lorsqu'ils sont transférés d'une unité à une autre/tient compte de leur opinion, on leur permet d'aller mieux, on ne prend pas de sanctions dès qu'il y a un écart de comportement/sanctions à visée éducative, la durée des soins est adaptée à leur situation/mon état mental,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : Implication dans le processus de décision/Réponse par rapport aux besoins concernant les soins et le traitement/Soutien social, psychologique, émotionnel, pratique et informatif/Niveau de sécurité adapté à l'interné/Environnement calme et sécurisé/Bien-être et occupation durant la journée/Moments de transition : ressenti et information/Facteurs structurels influençant la qualité des soins : état psychologique et nature des délits/Rapport au temps : sentiments par rapport à la durée de la trajectoire

2. Quels sont vos rapports avec les patients internés ?

Mots-clés attendus : *cordiaux, amicaux, tendus, conflictuels, réciproques, recherche de bénéfices secondaires, relation de confiance, méfiance, déséquilibrés, sentiment de supériorité, ils sont considérés uniquement pour leur délit, on ne les considère pas comme un homme avec des droits, leur voix à moins/plus de poids que celle des soignants, pas de place pour la rédemption, ils sont jugés tout le temps, tous leurs faits et gestes sont notés et analysés, l'avocat s'en fout de l'utilisateur/ne fait rien pour lui, le TAP ne veut pas qu'il sorte, la psychologue le comprend, les soignants ne le voient qu'à travers son délit/la maladie, on ne veut pas lui donner sa chance/une seconde chance, l'avocat veut juste être payé mais se moque de leur sort, des assistés de la société,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : perception des intervenants, rapports avec les intervenants, attentes vis-à-vis des intervenants, attentes des intervenants à l'égard des usagers

3. Quels sont les aspects de soins aux internés qui posent problème ?

Mots-clés attendus : *peuvent se sentir pas ou mal entendu/écouté, peuvent penser qu'on ne s'occupe pas d'eux, ne reçoit pas tous les soins nécessaires à la bonne santé physique/mentale, on ne répond pas à leurs besoins, pas de réactivité quand ça va pas, peuvent avoir l'impression qu'ils n'ont pas de soutien de la part des intervenants, pas/mal informé, soins pas adaptés à leur état mental, environnement pas adapté à leur état mental, environnement pas sécurisant/secure, les soignants ne proposent pas d'activités/de groupes thérapeutiques, on ne l'informe pas lorsqu'il est transféré d'une unité à une autre/ne tient pas compte de leur opinion, on ne leur permet pas d'aller mieux, on prend tout le temps des sanctions dès qu'il y a un écart de comportement/sanctions à visée punitive, la durée des soins n'est pas adaptée à leur situation/leur état mental, le temps est trop long,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : Implication dans le processus de décision/Réponse par rapport aux besoins concernant les soins et le traitement/Soutien social, psychologique, émotionnel, pratique et informatif/Niveau de sécurité adapté à l'interné/Environnement calme et sécurisé/Bien-être et occupation durant la journée/Moments de transition : ressenti et information/Facteurs structurels influençant la qualité des soins : état psychologique et nature des délits/Rapport au temps : sentiments par rapport à la durée de la trajectoire

Thème 3 : Avenir et réhabilitation de l'utilisateur axée sur le Recovery

1. Comment voyez-vous le futur des internés au sein de l'institution et à l'extérieur ?

Mots-clés attendus : *dans un appartement seul, retour en famille, en MSP/IHP, une libération définitive, changer de service avant d'être libéré, traîner en rue, reprendre son "commerce" de drogue, parcours obligatoire à suivre avec des conditions, avoir un bon comportement et arrêter les conneries, profiter de leurs proches/enfants/conjoint, avoir un travail, trouver une formation, faire du bénévolat, organiser un suivi par des professionnels à l'extérieur, ne se projette pas, ici encore de longues années, ne sait pas, compte arrêter son traitement, obtenir un élargissement des permissions de sorties/congés avant une libération à l'essai, réinsertion dans la société compliquée car récidive/plus de famille ou de proches,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : Sécurité et réhabilitation/Attentes en fin de parcours/Projets en fin de trajectoire/Empowerment dans le processus de réhabilitation

2. Quelle est votre vision des principes et objectifs généraux en lien avec le système de soins des internés ?

Mots-clés attendus : *machine qui écrase tout, inhumaine, rigide, pas droit à l'erreur, doivent rendre des comptes tout le temps, on leur impose à faire des choses (sorties accompagnées par exemple), rentrer dans un moule, les patients ont plus de poids qu'auparavant, ils/nous sommes mal considérés, la réforme leur donne plus de droits et nous donne beaucoup de devoir, changements positifs/négatifs par rapport à l'ancienne loi, usagers évalués chaque année avec date d'audience planifiée/passages pas assez fréquents, ont le sentiment d'être oubliés par la société, doit apporter plus d'humanité, doit les faire sortir plus rapidement, l'équipe de soins doit avoir plus/moins de poids dans les décisions prises par le TAP, doivent être mieux entendus dans le processus de réhabilitation, soins conformes/pas conformes à l'état mental du patient, établissement avec niveau de sécurité trop élevé/trop bas, soins pas assez axés sur la réhabilitation/trop axés sur la sécurité, formation des professionnels par rapport au Recovery, opinion des professionnels concernant le Recovery...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

--

Sous-thématiques : Changements induits par la réforme/Améliorations du système souhaitées par les usagers-intervenants/Conformité des soins avec la mesure d'internement/Sécurité et réhabilitation/Empowerment dans le processus de réhabilitation

Souhaitez-vous revenir sur certaines choses? Souhaitez-vous ajouter autre chose? Merci pour le temps que vous m'avez accordé. Si vous le souhaitez, je peux vous remettre une synthèse de cet entretien. Ainsi, vous pourrez me confirmer que vos propos ont été bien retranscrits et interprétés.

Relance générale

Si j'ai bien compris, .../En d'autres termes, .../Que pensez-vous de... ? /Que voulez-vous dire par... ? /Par exemple, .../Pouvez-vous préciser ? /Comment feriez-vous ? /Pouvez-vous me réexpliquer ? /Pouvez-vous m'aider à mieux comprendre ?

Guide d'entretien destiné à l'attention des usagers

Bonjour,

Je vous remercie de me consacrer du temps aujourd'hui. En quelques mots, cet entretien entre dans le cadre mon mémoire que je réalise pour la fin de mon Master en Santé Publique à l'UCL. Cette recherche a pour but de comprendre comment les patients perçoivent les soins qui leur sont donnés au sein d'un hôpital de haute sécurité pour patients internés. L'objectif est de recueillir votre opinion à ce sujet.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument anonyme afin que ce travail puisse être lu et éventuellement être rendu public. Si je l'enregistre, c'est pour faciliter la discussion et éviter des erreurs dans la prise de notes. Si vous êtes d'accord de participer, je vous demanderai de signer un formulaire avant que nous ne commencions notre entretien. Ce formulaire marquera votre accord par rapport aux informations liées à ce travail.

La durée de notre entretien durera approximativement 1 heure. Il vous est possible d'arrêter l'entretien à tout moment. Nous pouvons également faire une pause si vous en ressentez le besoin.

Profil du répondant (selon les données issues du dossier)

- Âge
- Mesure d'internement (selon dossier) : année du prononcé, durée de la mise en observation en annexe psychiatrique avant placement en institution et durée du placement en institution
- Faits commis et diagnostic médical psychiatrique retenu (selon dossier)

1. Thème 1 : trajectoire de soins antérieure et actuelle

1. Parlez-moi un peu de votre parcours de vie pour arriver ici

Mots-clés attendus : *petite délinquance avec délits multiples et condamnations, institutions spécialisées, prison, annexe psychiatrique, domicile avec épisodes d'hospitalisation volontaires/sous contrainte, intervention de la police, vivait dans la rue seul/marginal/en groupe dans des squats, délit commis en institution, délit commis à domicile, délits ayant entraînés plusieurs mesures d'internement, vivait au sein de la maison familiale avec parents/frères/soeurs, en institution depuis l'enfance car famille absente ou abandonné/ séjours successifs en IPPJ, libéré à l'essai mais réintégré pour non-respect des conditions, récidives, retour en milieu de haute sécurité car ne se sentait pas en sécurité/rechute par rapport aux produits, projet mis en échec par le patient car n'a pas adhéré, délit commis délibérément car ne supporte pas l'extérieur,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : vécu et expérience de vie liés à la trajectoire de soins antérieure à l'HPS

2. En quoi votre hospitalisation ici est différente de ce que vous avez connu ailleurs ?

Mots-clés attendus : *cadre strict, système carcéral/sécurisé, conditions inhumaines (ou plus humaines), placement imposé, prise en charge axée sur la maladie, obligation de traitement, pas de différence avec institutions précédentes, moins de libertés, consommation de substances moins tolérées, mise en oeuvre de sanctions, considérés comme des numéros, ça ne sert à rien, cadre sécurisant/rassurant pour moi, ...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : vécu et expérience de vie liés à la trajectoire de soins actuelle en HPS

Thème 2 : perception de la qualité des soins et des intervenants par les usagers en HPS

1. En quoi pensez-vous que les soins que vous recevez ici sont bons ?

Mots-clés attendus : *se sent entendu/écouté, on s'occupe de moi, reçoit tous les soins nécessaires à la bonne santé physique/mentale, on répond à mes besoins, bonne réactivité quand ça va pas, soutien de la part des intervenants, bien informé, soins adaptés à mon état mental, environnement adapté à mon état mental, environnement sécurisant, les soignants proposent des activités/des groupes thérapeutiques, on m'informe lorsque je suis transféré d'une unité à une autre/tient compte de mon opinion, on me permet d'aller mieux, on ne prend pas de sanctions dès qu'il y a un écart de comportement/sanctions à visée éducative, la durée des soins est adaptée à ma situation/mon état mental,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : Implication dans le processus de décision/Réponse par rapport aux besoins concernant les soins et le traitement/Soutien social, psychologique, émotionnel, pratique et informatif/Niveau de sécurité adapté à l'interné/Environnement calme et sécurisé/Bien-être et occupation durant la journée/Moments de transition : ressenti et information/Facteurs structurels influençant la qualité des soins : état psychologique et nature des délits/Rapport au temps : sentiments par rapport à la durée de la trajectoire

2. Quels sont vos rapports :

- i. Avec les soignants ?
- ii. Les personnes du monde de la justice ?

Mots-clés attendus : cordiaux, amicaux, tendus, conflictuels, réciproques, recherche de bénéfices secondaires, relation de confiance, méfiance, déséquilibrés, sentiment d'infériorité, je suis considéré uniquement pour mon délit, on ne considère pas comme une homme avec des droits, ma voix a moins/plus de poids que celle des soignants, pas de place pour la rédemption, ils me jugent tout le temps, tous mes faits et gestes sont notés et analysés, l'avocat s'en fout de moi/ne fait rien pour moi, le TAP ne veut pas que je sorte, la psychologue me comprend, les soignants me jugent tout le temps, ils ne me voient qu'à travers mon délit/la maladie, on ne veut pas me donner ma chance/une seconde chance, ils veulent juste être payé mais se moquent de mon sort, on est considéré comme des assistés de la société, ...

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : perception des intervenants, rapports avec les intervenants, attentes vis-à-vis des intervenants, attentes des intervenants à l'égard des usagers

3. Quels sont les aspects de soins qui vous posent problème ?

Mots-clés attendus : *ne se sent pas entendu/écouté, on ne s'occupe pas de moi, ne reçoit pas tous les soins nécessaires à la bonne santé physique/mentale, on ne répond pas à mes besoins, pas de réactivité quand ça va pas, pas de soutien de la part des intervenants, pas/mal informé, soins pas adaptés à mon état mental, environnement pas adapté à mon état mental, environnement pas sécurisant/secure, les soignants ne proposent pas d'activités/de groupes thérapeutiques, on ne m'informe pas lorsque je suis transféré d'une unité à une autre/ne tient pas compte de mon opinion, on ne me permet pas d'aller mieux, on prend tout le temps des sanctions dès qu'il y a un écart de comportement/sanctions à visée punitive, la durée des soins n'est pas adaptée à ma situation/mon état mental, le temps est trop long,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

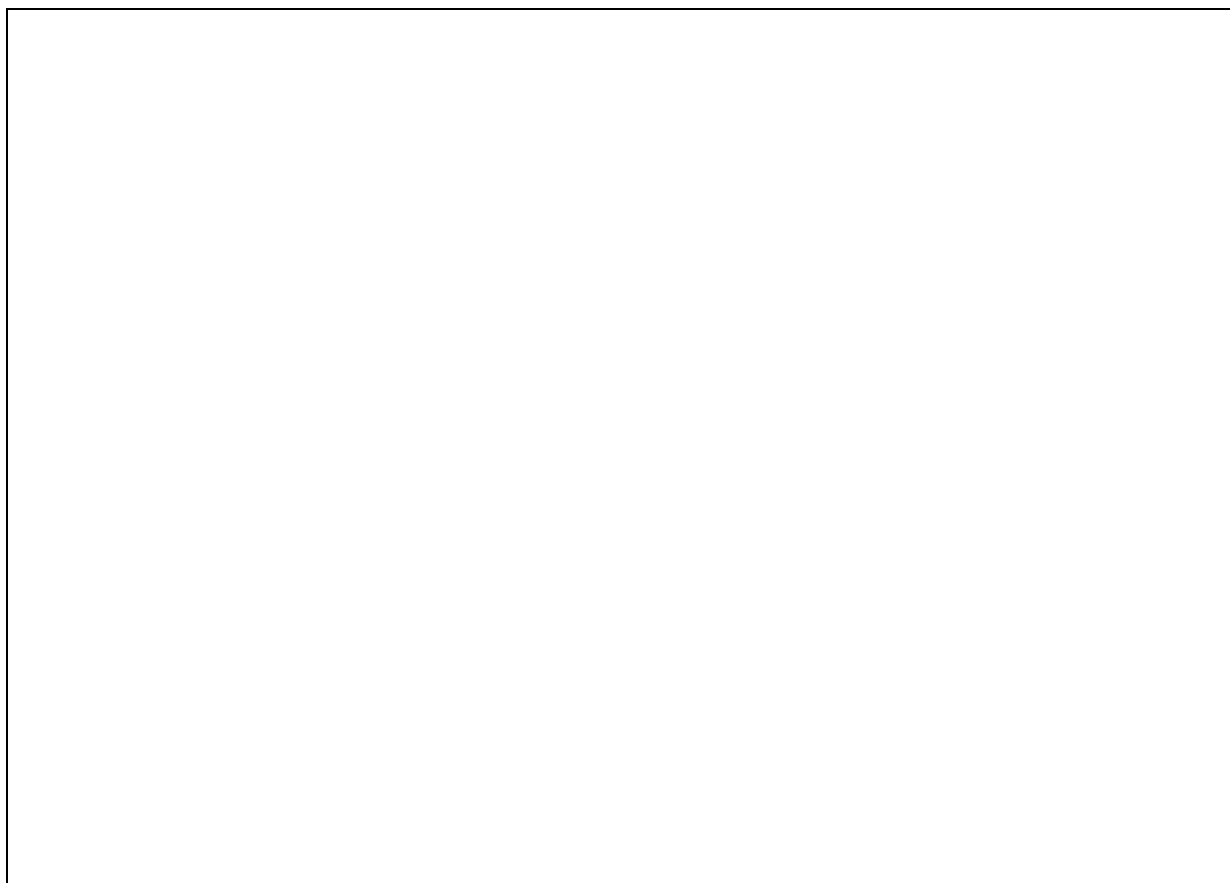
Sous-thématiques : Implication dans le processus de décision/Réponse par rapport aux besoins concernant les soins et le traitement/Soutien social, psychologique, émotionnel, pratique et informatif/Niveau de sécurité adapté à l'interné/Environnement calme et sécurisé/Bien-être et occupation durant la journée/Moments de transition : ressenti et information/Facteurs structurels influençant la qualité des soins : état psychologique et nature des délits/Rapport au temps : sentiments par rapport à la durée de la trajectoire

Thème 3 : Avenir, Recovery et perception des réformes

1. Comment voyez-vous votre futur au sein de l'institution et à l'extérieur ?

Mots-clés attendus : *dans mon appartement seul, retour en famille, en MSP/IHP, une libération définitive, changer de service avant d'être libéré, traîner en rue, reprendre mon "commerce" de drogue, parcours obligatoire à suivre avec des conditions, avoir un bon comportement et arrêter mes conneries, profiter de mes proches/enfants/femme, avoir un travail, trouver une formation, faire du bénévolat, organiser un suivi par des professionnels à l'extérieur, ne se projette pas, ici encore de longues années, ne sait pas, compte arrêter son traitement, obtenir un élargissement de mes permissions de sorties/congés avant une libération à l'essai, réinsertion dans la société compliquée car récidive/plus de famille ou de proches,...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :



Sous-thématiques : Sécurité et réhabilitation/Attentes en fin de parcours/Projets en fin de trajectoire/Empowerment dans le processus de réhabilitation

2. Quelle est votre opinion concernant le système qui organise les soins ?

Mots-clés attendus : *machine qui écrase tout, inhumaine, rigide, pas droit à l'erreur, on doit rendre des comptes tout le temps, on nous impose à faire des choses (sorties accompagnées par exemple), rentrer dans un moule, les intervenants ont plus de poids que nous, on est mal considérés, la réforme nous enlève nos droits, changements positifs/négatifs par rapport à l'ancienne loi, on est évalués chaque année avec date d'audience planifiée/passages pas assez fréquents, sentiment d'être oublié par la société, doit apporter plus d'humanité, doit nous faire sortir plus rapidement, l'équipe de soins doit avoir plus/moins de poids dans les décisions prises par le TAP, les usagers doivent être mieux entendus dans le processus de réhabilitation, soins conformes/pas conformes à l'état mental du patient, établissement avec niveau de sécurité trop élevé/trop bas, soins pas assez axés sur la réhabilitation/trop axés sur la sécurité, formation et opinion des professionnels par rapport au Recovery ...*

Mots-clés nouveaux (selon idées de l'utilisateur/l'intervenant) :

Sous-thématiques : Changements induits par la réforme/Améliorations du système souhaitées par les usagers-intervenants/Conformité des soins avec la mesure d'internement/Sécurité et réhabilitation/Empowerment dans le processus de réhabilitation

Souhaitez-vous revenir sur certaines choses ? Souhaitez-vous ajouter autre chose ? Merci pour le temps que vous m'avez accordé. Si vous le souhaitez, je peux vous remettre une synthèse de cet entretien. Ainsi, vous pourrez me confirmer que vos propos ont été bien retranscrits et interprétés.

Relance générale

Si j'ai bien compris, .../En d'autres termes, .../Que pensez-vous de... ? /Que voulez-vous dire par... ? /Par exemple, .../Pouvez-vous préciser ? /Comment feriez-vous ? /Pouvez-vous me réexpliquer ? /Pouvez-vous m'aider à mieux comprendre ?

Formulaire de consentement éclairé - Usagers

Traitement de données à caractère personnel à des fins de recherche scientifique

CONSENTEMENT – DEVOIR D'INFORMATION

Vu la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

En application des articles 6 et 9 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche réalisée par Leclercq Louis et Tantot Gwenaëlle dans le cadre de leur mémoire en Master en Santé Publique. Elle a pour but de comprendre comment les patients et les professionnels perçoivent les soins prodigués au sein d'un hôpital de haute sécurité pour patients internés. L'objectif est de recueillir votre opinion à ce sujet en tant que patient.

Compte tenu de l'autorisation du traitement de données à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques visées à l'article 89, §§ 2 et 3, du Règlement (Titre 4 de la loi du 30 juillet 2018), seront transmises les données suivantes vous concernant :

- Les données connues du greffe (mesure d'internement : année du prononcé, durée de la mise en observation en annexe psychiatrique avant placement en institution et durée du placement en institution, nature des faits commis) ;
- Les données médicales (diagnostic psychiatrique retenu selon DSM-IV).

Toutes les données écrites audio ou vidéo seront anonymisées, confidentielles et ne seront conservées que le temps d'effectuer la recherche. L'encodage et le traitement des données seront menés uniquement par les mémorants qui les conservent sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe.

Par ailleurs, ces données ne seront pas utilisées à des fins commerciales, ni transférées en dehors de l'Union Européenne et ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent formulaire. Si vous avez marqué votre accord, mais que vous changez d'avis par la suite, vous pourrez toujours révoquer cet accord par écrit. Pour ce faire et pour toutes questions complémentaires relatives à vos droits (consultation, rectification), et au traitement de vos données, vous pouvez prendre contact par courrier postal, par correspondance interne ou par mail avec l'équipe de recherche composée comme suit :

- Leclercq Louis, mémorant, louis.leclercq@student.uclouvain.be (*courrier interne* : Leclercq Louis, infirmier pavillon Sorbiers Admission, secteur HPS - *Courrier postal*)

: CRP Les Marronniers, Leclercq Louis, infirmier pavillon SOAD - Secteur HPS, Rue Despars 94, 7500 Tournai)

- Tantot Gwenaëlle, mémorante, gwenaelle.tantot@student.uclouvain.be
- Nicaise Pablo, promoteur, pablo.nicaise@uclouvain.be

Votre participation à la recherche est volontaire, non rémunérée (gratuite) et ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de nous accorder un peu de votre temps. La recherche a été soumise au Comité d'Éthique du Centre Régional Psychiatrique les Marronniers le 07/12/2020, institution avec laquelle se déroule la recherche. Les deux mémorants ont souscrit une assurance pour assumer, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. (Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004). (Ethias SA, N° 45.399.955, rue des Croisiers N° 24 à Liège).

Une synthèse des résultats sera disponible et envoyée aux participants sur demande. La recherche et ses résultats seront publiquement présentés durant la défense du mémoire en fin d'année académique à la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

Je soussigné,

Nom/prénom :

Date de Naissance :

Rue et numéro :

Code postal et commune :

Autorise Leclercq Louis et Tantot Gwenaëlle à traiter mes données à caractère personnel pour les finalités et objectifs énoncés dans le présent formulaire.

Je souhaite obtenir une synthèse des résultats : OUI - NON

Etabli en DEUX originaux, à le
.....

Le soussigné confirme avoir reçu une exemplaire original.

(nom, prénom et signature du soussigné)

