

Travail de fin d'études: "Quelles perspectives de prise en charge pour les exclus de l'internement? Focus sur la peine de probation autonome."

Auteur : Cloes, Camille

Promoteur(s) : Garcet, Serge

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en criminologie, à finalité spécialisée

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/6964>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Quelles perspectives de prise en charge pour les exclus de l'internement ? Focus sur la peine de probation autonome

CLOES Camille

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du Master en Criminologie, à finalité spécialisée

Année académique 2018-2019

Recherche menée sous la direction de
Monsieur GARCET,
Professeur à l'université de Liège

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Je remercie les personnes qui ont accepté de me recevoir et de répondre à mes questions, ainsi qu'aux personnes qui m'ont encouragé à continuer dans cette voie.

Je remercie également les professeurs qui m'ont donné leur avis et leurs conseils avisés.

Je remercie tout particulièrement Christel Deskeuvre, grâce à qui j'ai découvert l'univers de la défense sociale, et qui m'a permis de vivre un stage inoubliable.

Je remercie également tous les membres de la chambre de protection sociale de Liège qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail.

Table des matières

ABSTRACT	3
I. INTRODUCTION THÉORIQUE	3
1. ÉTAT DES LIEUX.....	3
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
3. POSITIONNEMENT	6
4. OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	7
II. MÉTHODOLOGIE	7
1. TYPE DE RECHERCHE	7
2. PROCÉDURE	7
3. ÉCHANTILLON.....	9
III. RÉSULTATS.....	9
1. ANALYSE DES DOSSIERS	9
2. ANALYSE DES ENTRETIENS	11
2.1 <i>De la nécessité d'adopter une alternative à l'internement pour ceux qui en sont désormais exclus.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Possibilités juridiques actuelles</i>	<i>11</i>
2.3 <i>Possibilités de prise en charge médico-psycho-sociales</i>	<i>14</i>
2.3.1 Aides financières et administratives.....	15
2.3.2 Prise en charge occupationnelle	15
2.3.3 Prise en charge sur le plan psychologique.....	16
2.3.4 Prise en charge médicale globale, ambulatoire ou résidentielle.....	17
2.4 <i>Bonnes pratiques.....</i>	<i>18</i>
IV. DISCUSSION	20
1. RETOUR SUR LES RÉSULTATS	20
2. FORCES ET LIMITES	22
3. IMPLICATIONS	23
V. CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES.....	29

ABSTRACT

FR : Une situation problématique émerge suite à l'entrée en vigueur de la loi du 05 mai 2014 relative à l'internement et à la modification de l'article 71 du code pénal : l'internement n'est plus applicable que pour les personnes présentant un trouble mental qui commettent des infractions menaçant ou portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique de tiers, et désormais, seule une abolition totale des facultés mentales légitime l'acquittement. Qu'en est-il des personnes en marge de ces conditions ? La présente étude consistera à investiguer les possibilités de prise en charge judiciaires et médico-psycho-sociales pertinentes pour combler ce vide juridique. Nous avons relevé parmi les dossiers de la chambre de protection sociale de Liège les profils de 15 internés ayant commis des faits "mineurs" avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, afin de créer une vignette clinique illustrant un cas représentatif sur base duquel nous avons interrogé 19 intervenants gravitant autour des personnes internées (magistrats, avocats, psychologues, psychiatres...). Si la peine de probation est considérée par les intervenants comme étant la meilleure alternative dont nous disposons actuellement, notre recherche fait néanmoins état d'une série d'obstacles à son application concrète.

EN : A problematic situation emerges following the entry into force of the law of May 5, 2014 relating to the internment and the modification of article 71 of the penal code : the internment is more applicable only for the persons presenting a mental disorder who commit offenses threatening or harming the physical or psychological integrity of others, and henceforth, only a total abolition of mental faculties legitimizes the acquittal. What about people outside these conditions ? The present study will investigate the possible judicial and medico-psycho-social alternatives relevant to fill this legal vacuum. We found among the files of the social protection chamber of Liege the profiles of 15 internees who committed "minor" acts before the entry into force of the new law, in order to create a clinical vignette illustrating a representative case on the basis of which we interviewed 19 speakers around internees (magistrates, lawyers, psychologists, psychiatrists ...). While probation is considered by professionals interviewed as the best alternative we currently have, our research nevertheless points to a series of obstacles to its practical application.

Mots clefs : alternative à l'internement, Belgique, troubles mentaux, probation, soins contraints.

I. INTRODUCTION THÉORIQUE

1. État des lieux

En Belgique, deux mesures découlent de la première loi de défense sociale : la mise en observation et l'internement (van de Kerchove, 2010). C'est à cette dernière que nous nous intéresserons principalement. Il s'agit d'une mesure reposant actuellement sur le principe selon lequel les personnes ayant commis des infractions dans un état leur ôtant tout discernement ou contrôle de leurs actes sont considérées pénalement irresponsables. Ainsi, des personnes atteintes notamment de troubles mentaux ou présentant une déficience mentale grave échapperont à une peine potentielle pour se voir imposer une mesure de sûreté à durée indéterminée (Mary, Kaminski, Maes & Vanhamme, 2009). De cette manière, « l'anormal » est mis hors d'état de nuire et peut être soigné en vue d'être réinséré ensuite dans la société (van de Kerchove, 2010). Deux objectifs principaux sont désormais attribués à l'internement : la protection de la société et la dispense de soins adaptés aux internés. En résumé, comme le dit à juste titre Cartuyvels (2018 ; 398), le « régime d'internement oscille entre [...] soin et sécurité », avec une préférence inavouée pour la sécurité.

La matière a été modifiée à diverses reprises – sans jamais faire l'objet d'une réorganisation totale –, notamment via la loi du 1^e juillet 1964 qui révisera quelques points de la loi de 1930. Une loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental était supposée apporter de véritables changements, mais elle n'a jamais vu le jour, la loi du 5 mai 2014 l'ayant remplacée avant

son entrée en vigueur (Cartuyvels & Cliquennois, 2015). C'est la transition entre la loi de 1964 et la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016 qui retiendra particulièrement notre attention. Si cette transition est heureuse et attendue, notamment afin de répondre aux vives critiques effectuées par les rapports de la CPT et par la Cour de Strasbourg qui condamna à plusieurs reprises la Belgique (Cartuyvels, 2017), elle crée néanmoins une forme de vide juridique à certains égards.

En effet, l'article 7 de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude mentionnait que la personne qui « a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est dans un des états prévus à l'article premier. [...] », à savoir dans un état de démence, de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, peut être internée. C'est là un aspect du texte révisé par la loi du 5 mai 2014, qui modifie une des conditions spécifiques au prononcé d'un internement dans l'article 9. Actuellement, ne peut être internée que la personne : « qui a commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers [...] ».

En ce qui concerne la situation des individus qui passent du statut de condamné à celui d'interné en cours de détention, elle est toujours prévue par la loi – après qu'elle ait failli passer à la trappe dans la version 2007 de la loi –, mais a également été revue. Alors que l'article 21 de la loi de 1964 concernait : « Les condamnés pour crimes et délits [...] », le nouvel article 77/1 restreint désormais l'accès à la mesure d'internement en précisant : « Le condamné qui fait l'objet d'au moins une condamnation pour un crime ou un délit visé à l'article 9, § 1er, 1^o [...] ». Dorénavant, seuls les individus condamnés pour un crime ou délit ayant menacé ou porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'un tiers sont concernés par la mesure.

Il ressort des travaux préparatoires de la loi de 2007 une volonté d'éviter une « différence de traitement [...] entre une personne malade mentale et une personne saine d'esprit » (Nederlandt, Colette-basecqz, Vansiliette, Cartuyvels, & Pierre, 2018 ; 53), certains faits étant susceptibles de ne pas donner suite à un emprisonnement de facto, alors que la personne porteuse d'un trouble mental aurait fait l'objet d'une mesure d'internement à durée indéterminée.

Cependant, suite aux modifications de l'article 71 du code pénal par la loi pot-pourri III, l'acquittement n'est désormais plus applicable qu'en cas d'abolition totale des facultés mentales de l'individu, cette loi ayant supprimé les termes « ou gravement altéré » de la version précédente de l'article. Une situation problématique découle donc de ces deux évolutions juridiques : que fait-on des personnes qui ne remplissent pas les conditions de matérialité des faits en matière d'internement, et dont les facultés mentales ont été déclarée altérées, et non abolies ? Seuls les travaux parlementaires portant sur le projet de loi relatif à l'internement indiquent à ce sujet : « dans ces cas, la peine de probation, qui oblige l'intéressé à suivre un traitement psychiatrique, serait certainement appropriée » (2016, n°1590/004 ; 55 ; 2016, n°1590/006), c'est pourquoi nous investiguerons cette option dans le cadre de notre recherche.

Ces travaux parlementaires (2016, n°1590/001 ; 102) font également état du fait que le rétrécissement du champ d'application de la loi va permettre de cibler des personnes dont les faits témoigneraient d'une certaine dangerosité sociale. Mais les caractéristiques de ces personnes sont-elles différentes de celles des autres internés ? Scientifiquement, peut-on réellement parler d'une dangerosité moindre chez ces individus ?

2. Revue de la littérature

Force est de constater que la littérature scientifique ne regorge pas d'études investiguant spécifiquement les caractéristiques des individus atteints de maladie mentale et commettant des faits « mineurs ». Il est donc peu aisé de comparer raisonnablement les individus internés pour des faits portant atteinte à

l'intégrité d'autrui, et les individus qui ne peuvent à présent plus être internés pour des faits « mineurs ». Cependant, quelques études interrogent la dangerosité, le risque de récurrence, et établissent le profil d'individus placés sous l'ancien article 21 en comparaison des autres internés. Parmi eux, se trouvaient à la fois des individus ayant commis des faits menaçant ou portant atteinte à l'intégrité d'autrui, mais aussi des individus ayant commis d'autres faits, ces derniers représentant justement une proportion de la population n'ayant plus accès à l'internement actuellement. Il ressort de ces études que les individus sous article 21 ne présentent pas de différences significatives au niveau psychiatrique et criminologique en comparaison des autres internés (Vicenzutto & Pham, 2015). Ils ne présentent pas un danger moindre (De Page, Mercenier & Titeca, 2018), ce qui ne justifie donc pas nécessairement leur exclusion de la mesure d'internement. Au niveau du risque statique de récurrence, il serait plus élevé que chez les autres internés, notamment en raison de leur parcours délinquant apparaissant relativement plus lourd. D'après les chercheurs Pham, Ducro, Vicenzutto et Jeandarme (2017), ces personnes semblent nécessiter autant de soins que les autres internés, et semblent donc avoir leur place dans les établissements adaptés à la prise en charge d'internés. Néanmoins, les résultats de ces études sont à relativiser, les individus ayant commis des faits mineurs parmi les cas sous article 21 étudiés ne représentant qu'une proportion mineure de l'échantillon, ce dernier ne prenant d'ailleurs en compte que les individus dont l'état se dégrade durant l'incarcération.

Cependant, en ce qui concerne les personnes atteintes de psychoses – qui représentent 40 à 50% des psychopathologies présentes chez les internés –, l'étude de 2018 de De Page, Mercenier et Titeca apporte une information non-négligeable : ils mettent en avant « des corrélations modérées à fortes entre la symptomatologie psychotique et les échelles liées à la dangerosité ». Plus précisément encore, une autre étude portant sur un échantillon de 50 internés psychotiques affirme qu'il n'y a de lien ni entre la gravité des faits et la dangerosité de l'auteur, ni entre la gravité des faits et la gravité des symptômes de la psychose, mais que la dangerosité de l'individu serait bien liée à la sévérité de son atteinte au niveau psychiatrique (De Smet, De Page & Titeca, 2014). Ces résultats viennent donc invalider le raisonnement du législateur qui, au vu de la restriction des conditions d'accès à l'internement, semble avoir considéré que la sévérité des faits commis illustre la dangerosité de l'auteur.

En effet, dans la situation actuelle des choses, il est tout à fait probable qu'un individu qui a déjà commis des faits mineurs et qui n'a pas (encore) commis de faits portant atteinte à l'intégrité d'autrui échappe à la mesure d'internement alors qu'elle présente un potentiel de dangerosité élevé – par exemple en raison d'une grande avancée dans sa maladie. De nombreuses études se sont intéressées au développement des psychoses et à leur traitement (Large & Nielssen, 2007 ; Nielssen, Westmore & Hayes, 2007 ; Large & Nielssen, 2008 ; Boter, Peuskens, Libiger, Fleischhacker, Davidson, Galderisi, & Kahn, 2009 ; Farooq, Large, Nielssen & Waheed, 2009 ; Langeveld et al., 2014) et il en ressort que plus la prise en charge médicale se fait tôt, plus le traitement se montrera efficace. De même, la dangerosité des personnes psychotiques semble plus élevée lors des premières crises, ainsi qu'avant la prise d'un traitement, et « plus la durée d'évolution de la schizophrénie sans traitement est longue, plus le risque de passage à l'acte homicide serait important » (Richard-Devantoy, Duflot, Chocard, Lhuillier, Garré & Senon, 2009 ; 621). Nous pouvons ainsi envisager que cette même personne est susceptible, avec l'absence de traitement à plus ou moins long terme, de commettre un acte violent à l'égard d'un tiers, alors que si elle avait été prise en charge plus tôt dans l'évolution de sa maladie, le passage à l'acte à l'égard d'autrui aurait peut-être pu être évité.

La situation est transposable aux déficients intellectuels qui sont également concernés par cette loi : sans prise en charge adaptée – qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux ou d'un suivi thérapeutique portant sur le contrôle de l'impulsivité et de la frustration, sur la gestion des émotions, sur la distinction entre le bien et le mal, etc... –, ces personnes sont susceptibles de commettre à nouveau des infractions,

peut-être d'une gravité plus importante s'il n'y a pas de conscience de leur sérieux ou de leurs conséquences potentielles.

En ce qui concerne plus précisément la situation des condamnés chez qui un trouble mental apparaît en cours de détention, les modifications apportées par la nouvelle loi posent aussi question. Si un individu incarcéré pour des faits « mineurs » venait à décompenser en cours de détention, il serait tout au mieux envoyé en annexe psychiatrique pour être mis en observation et recevoir un traitement – s'il l'accepte – et une fois son état amélioré – s'il s'améliore – il serait renvoyé en régime de droit commun.

Cependant, les conditions de vie en prison, et plus spécifiquement en annexe psychiatrique, sont interpellantes. Tout d'abord, l'endroit en lui-même est générateur de troubles divers (Archer, 2004 ; Manzanera & Senon, 2004 ; de Brito, 2011) tels que le stress (Agius & Goh, 2010), la dépression (Ridelier, Roustit & Varescon, 2014), l'anxiété et les insomnies, qui sont d'ailleurs des facteurs prédictifs de l'apparition des pensées paranoïaques (Freeman, Stahl, McManus, Meltzer, Brugha, Wiles & Bebbington, 2012). Plusieurs études attestent du fait que la santé mentale des détenus est plus altérée que celle de la population générale (Thomas, Fovet & Amad, 2015), et ce, en raison des conditions carcérales, mais aussi des caractéristiques psychologiques qui les y ont amenés (Fovet, Thomas & Amad, 2015). Bien que sa vocation se situe entre le judiciaire et le médical, le lieu est régi par une logique carcérale et les soins pénètrent difficilement ses murs (Thomas, Fovet & Amad, 2015 ; Kalonji, 2016), se composant principalement de psychotropes parfois prescrits sans examen de l'intéressé (Cartuyvels, 2017), l'endroit rendant impensable la nécessaire relation de confiance entre le soigné et le soignant (Mormont, 2014). Cette situation résulte notamment du manque de moyens alloués à ces annexes qui ne permettent donc pas la dispense de soins de santé de qualité : le personnel qualifié manque, l'espace n'est pas conçu pour prodiguer des soins ou mettre en place des activités thérapeutiques (Kalonji, 2016) ... Enfin, l'usage qui est fait des annexes n'est pas adéquat. À l'origine, elles constituaient des lieux destinés à accueillir des détenus mis en observation, mais elles font également office de lieu d'internement pendant des mois, des années, alors qu'elles ne sont pas prévues à cet effet (Cartuyvels, Champetier, & Wyvekens, 2010 ; Mormont, 2014 ; Kalonji, 2015 ; Cartuyvels, 2018). Notons que les soins dispensés en Etablissement de Défense Sociale (particulièrement celui dépendant du Ministère de la Justice) ne sont pas non plus d'une qualité égale à ceux que dispensent les hôpitaux psychiatriques généraux bien qu'ils en aient l'obligation légale (art. 88, loi de principes du 12 janvier 2005) : le lieu reste avant tout une « prison-asile » où le sécuritaire prime sur le soin (Cartuyvels, Champetier & Wyvekens, 2010 ; Cartuyvels & Cliquennois, 2015 ; Cartuyvels, 2017).

3. Positionnement

Nous estimons qu'un des intérêts du dispositif d'internement se situe dans la mise sous contrainte de la personne à s'inscrire dans un trajet de soin qu'elle n'aurait probablement pas mobilisé d'elle-même en raison de sa psychopathologie et de l'anosognosie qui l'accompagne fréquemment. En effet, bien que les conditions dans lesquelles elle se réalise soient discutables, la mesure d'internement permet à la personne internée de bénéficier de soins imposés et adéquats à terme : dans le cadre d'une libération à l'essai, elle a la possibilité de séjourner dans un lieu plus adapté à la prise en charge globale de son état de santé. Toutefois, imposer une mesure d'internement à durée indéterminée à des personnes ayant commis des vols simples ou des dégradations matérielles semble disproportionné étant donné que l'individu pénalement responsable qui aurait commis de tels faits n'aurait pas nécessairement été poursuivi ou aurait subi une courte peine.

Si de ce point de vue, nous comprenons et concédons l'exclusion des personnes ayant commis des faits « mineurs » de la mesure d'internement, c'est dans un paradoxe que nous emmène le législateur lorsqu'il met en avant dans le second article de la loi de 2014 le double objectif de protection de la société et de

dispense de soins adaptés aux internés, tout en excluant de son champ d'action des personnes représentant un danger allant de « potentiel » à « effectif » pour la société, et en restreignant leur accès à des soins de santé mentale vraisemblablement nécessaires. Si la peine de probation a été timidement évoquée afin de combler ce vide juridique, il n'est néanmoins pas sûr de son applicabilité à ces situations.

4. Objectif de la recherche

Ainsi, la problématique que nous soulevons consiste en une absence de dispositif officiel venant combler la prise en charge initialement prévue pour ces individus, ce qui signifie que des personnes malades mentales ou déficientes qui ont commis des faits ne portant pas atteinte aux personnes sont susceptibles soit de se retrouver en prison – où les soins sont déplorables comme nous l'avons développé plus haut et donc sans possibilité d'accès à des soins de qualité –, soit d'être lâchées dans la société sans suivi psychiatrique ou social imposé. Notre objectif sera donc de chercher quelles sont les perspectives de prises en charge alternatives à l'internement actuellement envisageables pour les personnes ayant commis des faits « mineurs » dont les facultés mentales ne sont pas totalement abolies, et d'investiguer plus spécifiquement le caractère réalisable et adapté de la peine de probation autonome à cet égard.

II. MÉTHODOLOGIE

1. Type de recherche

L'étude présente consistera dans un premier temps en une recherche descriptive à visée exploratoire puisque nous proposerons une description des caractéristiques d'internés ayant commis des faits « mineurs ». Ces données nous permettront d'identifier le profil des personnes concernées par l'exclusion de la mesure d'internement et serviront à la réalisation d'une vignette clinique représentative d'une situation problématique en termes d'opportunité de prise en charge causée par la nouvelle loi. Dans un second temps, la recherche prendra un tournant génératif : à l'aide de la vignette clinique, les résultats obtenus seront soumis à des professionnels travaillant au contact d'internés afin de recueillir leurs observations sur la problématique par le biais d'entretiens semi-dirigés, et de faire émerger des alternatives à l'internement pour prendre en charge notre public-cible.

2. Procédure

Dans un premier temps, nous avons cherché à identifier les internés ayant commis des faits « mineurs » dont le dossier dépend de la Chambre de Protection Sociale du ressort de la Cour d'Appel de Liège. Sur une période allant de décembre 2018 à janvier 2019, nous avons cherché les internés dont le dossier était toujours ouvert deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi parmi les 591 dossiers en cours. Afin de les identifier, nous avons pris connaissance de la qualification juridique des faits commis par le biais de l'ordonnance d'internement de chaque interné, et avons sélectionné les individus dont les actes n'ont ni menacé ni porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique de tiers. Lorsqu'une qualification mentionnée dans l'ordonnance d'internement ne permettait pas de déterminer si les faits étaient susceptibles de porter atteinte à l'intégrité d'une personne, nous nous sommes référés au résumé des faits afin de connaître le contexte, et si possible, les intentions de l'auteur. Lorsque les faits nécessitaient une interprétation laissant persister un doute sur l'intention de l'auteur ou que le résumé des faits ne permettait pas de déterminer s'il avait pu y avoir une menace potentielle pour l'intégrité d'autrui, les dossiers ont été exclus de la recherche. Les qualifications retenues consistaient en : faux et usage de faux, vol, dégradation matérielle, et infraction à la loi relative à la protection et au bien-être des animaux. Les faits de menace, harcèlement, incendie et outrage à agent qui auraient pu être sujets à interprétation ont été exclus d'office.

Ensuite, nous avons recensé des caractéristiques diverses de ces internés sur base des documents issus de leurs dossiers afin de les comparer aux caractéristiques d'une population de 557 internés relevée entre 2014 et 2016 dans le rapport de l'Equipe de Recherche Cartographie des Internés (2016), qui avait établi une cartographie des internés sur cette période, répartie sur l'EDS de Paifve et 6 annexes psychiatriques. Cette recherche avait pour but d'identifier les caractéristiques des internés afin d'améliorer la trajectoire des soins de santé de ce public. Des expertises psychiatriques et psychologiques, des rapports SPS, des rapports médicaux, des rapports de guidance, des avis spécialisés, des ordonnances et jugements, des procès-verbaux, des avis et exposés des faits du Ministère Public, des ordonnances d'internement, ainsi que des correspondances entre les divers intervenants et la Chambre de Protection Sociale de Liège ont été mobilisés afin de récolter des données administratives, sociales, psychiatriques, criminologiques, psychologiques et des données liées à l'autonomie. Nous avons établi une fiche de récolte des données (disponible à l'annexe 1) inspirée de celles utilisées dans le cadre de la réalisation du rapport ERCI afin de recueillir les informations sur base du contenu des dossiers et de pouvoir les comparer à celles produites par l'étude de référence.

Dans un second temps, nous avons mené des entretiens semi-dirigés avec des professionnels de terrain sur base des résultats obtenus lors de la première étape de la recherche. Les intervenants ont été contactés au cours du mois de février et de mars par courriel et par téléphone, et les entretiens ont été menés de février à début avril. Leur durée variait de 25 minutes à 1 heure et 45 minutes, et se sont déroulés sur le lieu de travail des participants. Un questionnaire de consentement éclairé leur a été remis afin de garantir leur anonymat.

La problématique a été exposée aux intervenants (guides d'entretiens disponibles à l'annexe 2), et afin de leur permettre de se représenter les profils concernés de la manière la plus juste possible, nous avons élaboré une vignette clinique (disponible à l'annexe 3) reprenant des caractéristiques qu'il nous a été possible d'étudier au sein de notre population d'étude. L'élaboration de la vignette clinique repose sur 23 variables étudiées : le sexe, la nationalité, la moyenne d'âge au moment des faits, la durée moyenne d'internement, l'état civil, la parentalité, le niveau d'étude, la capacité à lire, écrire et calculer, l'autonomie (en ce compris la gestion du budget, la capacité à prendre soin de soi, de ses affaires et de son lieu de vie, ainsi que la capacité à communiquer), l'institutionnalisation, la présence d'une occupation au moment des faits, la compliance au traitement, le diagnostic principal, les comorbidités, les faits à l'origine de l'internement, les antécédents judiciaires et psychiatriques, les troubles comportementaux, le projet de réinsertion, les libérations à l'essai, et les révocations. Seules les variables les plus représentées dans les 15 dossiers ont été sélectionnées afin de présenter le profil-type d'une personne n'entrant plus dans le champ d'application de la loi. À titre d'illustration, il y avait parmi les 15 dossiers 14 hommes pour 1 femme, c'est donc la variable « homme » qui a été employée dans la vignette. Cette étape permet aux interviewés de proposer des alternatives de soin adaptées à un profil clair, ce qui nous assure des résultats comparables entre les propositions des intervenants.

Nous les avons questionnés sur la pertinence d'une mesure d'internement à l'encontre de ce type de personne, sur ce qui leur semblait cohérent à mettre en place pour ces personnes – que ce soit en matière de prise en charge psycho-sociale ou globale effective, ou en termes de dispositif juridique à adopter. Ont ensuite été abordés les freins auxquels la personne et éventuellement les acteurs impliqués dans sa situation seraient confrontés dans la recherche d'aide au sein du système tel qu'il est conçu actuellement, notamment dans le contexte d'une probation autonome, ainsi que les enjeux et pratiques spécifiques à chaque secteur, ce qui a permis de faire émerger des principes-clefs à appliquer pour rendre la prise en charge globale de ces personnes la plus adéquate possible.

3. Echantillon

En date du 1^{er} octobre 2018, parmi les 591 dossiers en cours à la CPS de Liège, 29 dossiers comprenaient au moins un internement pour des faits mineurs. 13 d'entre eux ont été exclus de l'enquête car ils faisaient l'objet d'internements concomitants pour des faits portant atteinte à l'intégrité de tiers. 11 de ces dossiers faisaient état d'un premier internement pour des faits portant atteinte à l'intégrité physique de tiers, suivi d'un second ou troisième internement pour des faits de vols ou de vandalisme. Les 2 autres consistaient en un premier internement pour des faits « mineurs », suivi d'une seconde mesure pour des faits de violence perpétrés antérieurement aux faits ayant menés à la première mesure. 16 dossiers avaient été retenus, mais l'un d'entre eux a finalement été exclu de la recherche car il était incomplet. Cet état de fait résulte d'une absence totale de collaboration de l'interné dont il est question avec les intervenants chargés de travailler avec lui et de rédiger les rapports sur lesquels se base notre analyse. Ainsi, ce sont 15 dossiers qui ont finalement fait l'objet de la présente étude, ce qui représentait 2,5% des dossiers de la chambre de protection sociale de Liège au moment de la recherche.

Dans un second temps, nous avons pris contact avec 19 professionnels travaillant au contact d'internés ou de personnes dont le profil correspond à notre public-cible. La sélection des intervenants s'est d'abord réalisée sur base d'un échantillon intentionnel et s'est ensuite déroulée sur base d'un échantillon « boule de neige » : nous avons ciblé certains types d'intervenants que nous avons rencontrés, à qui nous avons ensuite demandé de nous renseigner des personnes correspondant à nos critères de recherche. Nous nous sommes limités à des intervenants de la région Wallonne, provenant néanmoins de différents réseaux.

Afin d'avoir un point de vue global et complexe de la situation problématique qui nous intéresse, nous avons sélectionné tous les types de professionnels intervenant dans le parcours d'une personne internée à des moments variés. Nous avons donc sélectionné des intervenants du milieu judiciaire : 2 avocats, 1 président de chambre de protection sociale, 2 assesseurs de chambre de protection sociale et 1 membre du parquet. Les juges d'instruction ont été exclus de la recherche, car au vu des faits commis par notre public-cible, leur cas est plus susceptible d'être examiné par le parquet que par une juridiction d'instruction. Nous avons également rencontré 1 assistant de justice, et 3 directeurs d'établissements de défense sociale et de prison. Dans la catégorie médico-psycho-sociale, ce sont 2 psychologues et 1 psychiatre travaillant dans des annexes de prison et établissements de défense sociale qui ont été interrogés, ainsi que 2 agents de liaison du Trajet de Soins pour Internés (TSI), et 2 psychiatres exerçant dans des hôpitaux ou dans des équipes mobiles travaillant avec des internés libérés à l'essai. Un des psychiatres interrogés exerçait également comme expert auprès des tribunaux. Enfin, 1 éducateur et 1 assistante sociale travaillant dans une équipe mobile s'adressant aux intervenants du réseau d'aide et de soins ont été consultés.

Ce mélange d'intervenants médico-psycho-sociaux et du milieu judiciaire nous a paru pertinent en ce sens qu'il permet d'obtenir un éclairage juridique et de prendre connaissance de dispositifs préexistants et possiblement adaptables à ce niveau, tout en ayant accès à l'expertise et l'expérience d'acteurs de terrain en matière de prise en charge psychosociale effective.

III. RÉSULTATS

1. Analyse des dossiers

Un tableau comparatif des résultats obtenus par notre analyse de dossier, ainsi qu'un tableau reprenant les caractéristiques des internés déficients mentaux sont disponibles à l'annexe 4. L'analyse de ces résultats n'étant qu'une étape préalable aux entretiens, nous ne reviendrons que sur les principaux résultats qui ont retenus notre attention, et qui ont servi à l'élaboration de notre vignette clinique.

Les internés ayant commis des faits mineurs sont majoritairement des hommes (14 hommes pour 1 femme) belges (13 belges pour 1 angolais et 1 marocain), célibataires (15 sur 15) et sans enfants (11 sur 15), ayant des antécédents judiciaires (9 sur 15) et psychiatriques (11 sur 15), sans occupation au moment des faits (12 sur 15). Au niveau du diagnostic principal, les personnes présentant un retard mental (8 sur 15, dont 2 « double diagnostic ») sont surreprésentées comparativement aux autres internés qui comptent 19,1% de déficients mentaux.

Ce sont donc les personnes présentant une déficience intellectuelle qui ont retenu notre attention, et sur lesquelles nous nous sommes attardés lors des entretiens menés avec les professionnels. Ces individus se démarquent des autres internés en ce qu'ils présentent une plus faible autonomie (1 seul sur 8 ne présente pas de difficultés liées à l'autonomie), ainsi que par un vécu marqué par de nombreuses institutionnalisations (7 sur 8 institutionnalisés depuis la minorité). Des troubles du comportement ont été relevés chez 5 d'entre eux durant la détention. Seuls 5 internés sur 15 ont fréquenté l'enseignement scolaire non spécialisé, et les 7 internés sur les 15 étudiés qui ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer, présentent un retard mental. Bien que la plupart des internés de notre échantillon savent prendre soin d'eux, de leurs affaires et de leur lieu de vie, la gestion du budget est un problème pour 9 d'entre eux, dont 7 déficients intellectuels. Ces derniers ont tous besoin de stimulation pour se lever, se laver ou se nourrir. Tous les déficients intellectuels qui bénéficiaient d'un traitement médicamenteux (4 sur 4) y étaient compliants lors de la consultation des dossiers, mais la prise du traitement n'avait pas toujours été respectée au cours de la détention.

12 internés sur les 13 bénéficiant d'une libération à l'essai au cours de la mesure d'internement ont vécu au moins une réintégration, et tous les déficients mentaux de l'échantillon qui ont bénéficié d'une libération à l'essai (7 sur 8) ont été réintégré au moins une fois. Au 1^{er} octobre 2018, 4 internés déficients mentaux étaient libérés à l'essai. Les 4 autres n'avaient pas de projet de réinsertion en cours. Les faits les plus fréquemment commis étaient les vols (8), les atteintes aux biens (2) et les faux (2) et usages de faux (2).

La moyenne d'âge au moment des faits des 15 internés s'élève à 24,5 ans (contre 30 pour la population de l'ERCI), la moyenne d'âge au prononcé d'internement s'élève à 25,9 ans (contre 32 pour la population de l'ERCI), et la moyenne d'âge au 1^{er} octobre 2018 était de 43,2 ans (contre 41 ans au moment de la recherche de l'ERCI). Comparativement aux faits commis, la durée moyenne de l'internement apparaît disproportionnée : 17,3 ans pour les internés ayant commis des faits mineurs contre 8,8 ans pour l'ensemble des internés. Concernant les internés déficients intellectuels de l'échantillon, leur durée moyenne d'internement s'élève à 23,7 ans. Notons à cet égard que l'ERCI (2016) avait relevé les profils d'internés au départ des annexes et de l'EDS de Paifve, ne prenant pas en compte les personnes libérées à l'essai au moment de la recherche. La durée moyenne d'internement aurait donc été plus élevée si toutefois il y avait eu une prise en compte de la dernière libération à l'essai. À titre informatif, le rapport faisait mention d'une durée moyenne de libération à l'essai de 1,7 ans, ces libérations étant fréquemment révoquées.

Le rapport ERCI (2016) mentionnait également que les personnes internées depuis plus de 20 ans étaient principalement des personnes présentant une déficience mentale ou ayant commis des faits de délinquance sexuelle. Nous constatons dans notre échantillon que les mesures d'internement les plus longues sont toujours effectuées par des internés présentant un retard mental. Cependant, dans le cas présent, les faits commis ne semblent donc pas être à l'origine de la longueur de l'internement. Notons que le manque d'autonomie observé, l'institutionnalisation, ainsi que les faibles capacités intellectuelles sont des facteurs susceptibles de compliquer la réinsertion des internés et donc de faire durer la mesure.

2. Analyse des entretiens

2.1 De la nécessité d'adopter une alternative à l'internement pour ceux qui en sont désormais exclus

Tous les professionnels des divers secteurs interrogés s'accordent à dire qu'une alternative à l'internement serait souhaitable afin de prendre en charge les personnes qui auraient commis des faits ne menaçant ni ne portant atteinte à l'intégrité de tiers. Une portion significative d'entre eux estiment que la mesure est disproportionnée si elle est prononcée à l'encontre d'une personne qui a commis des faits « mineurs », et représentant une faible dangerosité. La notion de proportionnalité renvoyant aux conséquences de la mesure, ce sont sa durée indéterminée, le fait que le passage en annexe psychiatrique et en EDS ne constitue pas une plus-value pour la personne et risque même d'aggraver ses potentiels troubles du comportement, ainsi que la faible perspective d'accéder à un trajet de soin adapté au départ de ces lieux. La question de la dangerosité étant centrale, quatre professionnels ont appuyé sur l'importance de la mesurer avant de mettre en place un projet quelconque, afin d'avoir un minimum de garanties que le travail est possible mais aussi que la sécurité de la société ne sera pas menacée.

Les interviewés se disent donc en accord avec l'esprit de la nouvelle loi relative à l'internement, mais pas avec son application concrète appliquée à notre public-cible. C'est donc la notion d'injonction de soin, d'encadrement, et la perspective d'une prise en charge globale et adéquate de la personne qui va favoriser son insertion et la maintenir au sein de la société qui est retenue comme base de cette alternative. La contrainte judiciaire a été d'emblée abordée car sans elle, il semblait peu probable que ces personnes se retrouvent par leurs propres moyens dans le circuit de soin médico-psycho-social.

Le cas illustré par la vignette clinique n'était pas étranger aux professionnels interviewés, qui ont affirmé pour la plupart avoir déjà rencontré des personnes au profil similaire tant dans le milieu carcéral qu'en défense sociale. Ce public a été décrit comme vulnérable, précarisé au niveau des repères, en marge de la société, et à la limite des différentes cases préconçues en matière de prise en charge.

« Moi je dirai qu'il a le profil des personnes qu'on ne sait mettre nulle part ! [...] C'est-à-dire que c'est pas tout à fait de la psychiatrique, c'est pas tout à fait du handicap. » « Ces gens n'ont pas toujours les capacités d'autonomie suffisantes que pour vivre seuls, et d'un autre côté, leur handicap n'est pas suffisamment sévère que pour leur donner accès, même après une longue période d'attente, à des centres résidentiels pour personne en situation de handicap. [...] Ils ne représentent pas une dangerosité importante, donc ils les excluent de la défense sociale, et d'un autre côté, ils sont très compliqués à prendre en charge parce que le lien thérapeutique avec eux est extrêmement fragile. [...] Donc ces personnes, classiquement, se retrouvent en tout cas à répétition, soit dans la rue, soit dans [...] des maisons pirates. »

De plus, ils sont décrits comme ayant un très mauvais accès aux soins somatiques et psychiques, notamment en raison de leur handicap qui rend difficile la formulation de demandes, mais également en raison de leur marginalisation qui ne peut qu'empirer sans encadrement... En conséquence, ils ont une mauvaise hygiène de vie, ce qui entraîne la dégradation de leur santé. Le travail avec ces personnes est énergivore et chronophage, et son efficacité n'étant pas toujours flagrante, épuise les équipes soignantes. Vient s'ajouter à cela le fait que l'arsenal juridique dont nous disposons est déficitaire pour ce type de personne puisqu'il ne permet de leur imposer des soins que dans quelques situations spécifiques comme l'état de nécessité. Nous aborderons ces possibilités au point suivant.

2.2 Possibilités juridiques actuelles

Avant toute chose, retraçons le parcours potentiel d'un exclu de l'internement dans le système judiciaire (Annexe 5, Figure 1). Dans le cas présent, nous nous sommes concentrés sur le passage par le parquet

plutôt que sur le passage par le juge d'instruction, les faits concernés ne relevant généralement pas des juridictions d'instruction en raison de leur faible gravité.

Prenons le cas de Mr Dubois, issu de la vignette clinique : ses comportements de vols répétés ont abouti à une série de plaintes du voisinage. La police enregistre les plaintes et envoie le dossier au parquet. C'est à ce dernier de décider de le citer devant un tribunal ou d'abandonner les poursuites, auquel cas Mr Dubois retourne à son quotidien, sans que des changements réels de sa situation ne se réalisent. Si les poursuites sont lancées, il va de son intérêt que le juge qu'il rencontrera fasse la demande d'une expertise psychiatrique afin de détailler son profil, et de déterminer s'il était en pleine possession de ses capacités de discernement et de contrôle de soi au moment des faits. Si une expertise n'est pas demandée, la décision que prendra le juge risque de ne pas être adaptée à la situation de Mr Dubois, puisqu'il n'est pas expert des troubles mentaux, mais du droit. Si toutefois une expertise est demandée, il faudrait idéalement que cette dernière mentionne si les facultés mentales de Mr Dubois étaient totalement abolies au moment des faits, ce qui permettrait de l'acquitter dans le cas où sa dangerosité ne serait pas avérée. Dans l'éventualité où il y aurait un débat sur la dangerosité, une réflexion concernant l'internement pourrait être menée, la notion de dangerosité se situant au centre de cette loi. Mais si cette hypothèse d'irresponsabilité n'était pas rencontrée, la mention d'orientations à suivre dans l'expertise afin d'orienter la personne vers un dispositif (de soin) qui lui serait adapté serait bénéfique à l'intéressé, pour autant évidemment que le magistrat en tienne compte dans sa décision finale. Dans le cas contraire, le risque d'une prise de décision inadaptée est à nouveau présent.

Ainsi, l'expertise psychiatrique revêt une importance fondamentale dans la mesure où, sans cet éclairage, le magistrat pourrait potentiellement prononcer une peine d'emprisonnement à l'encontre d'une personne qui n'était peut-être pas en pleine possession de ses capacités cognitives et volitives. Il s'avère pourtant que l'expertise est très peu demandée par les magistrats, parfois alors même que la question se pose sérieusement de savoir si la personne ne présente pas une pathologie mentale.

Notons aussi que la décision initiale de poursuivre ou non qui dépend du parquet n'est pas égale dans le temps et l'espace, ces décisions dépendant principalement des circulaires de politiques criminelles adoptées, variables d'un arrondissement judiciaire à un autre, d'une période à une autre. Cette décision comprend également une part de subjectivité dans le chef de la personne à qui incombe le dossier.

Concernant les différentes alternatives applicables (Annexe 5, figure 2), la prison n'a été abordée par les intervenants que pour en faire la critique : si les nouvelles conditions d'internement et les modifications de l'article 71 du code pénal rendent les peines du champ pénal applicables à notre cas, l'emprisonnement a été décrit comme n'étant néanmoins pas souhaitable pour une série de raisons. L'argument le plus fréquemment avancé portait sur le fait que le passage par la prison allait doublement stigmatiser la personne : en plus de présenter un trouble mental, elle se retrouve également dotée d'une étiquette de détenu de droit commun, ce qui va limiter ses possibilités de prise en charge médico-psychosociale adaptée et donc de réinsertion sociale, les équipes TSI ne travaillant qu'avec la population internée.

Un autre argument en défaveur de l'incarcération concerne l'inadéquation du lieu, en raison des faibles perspectives de soin qu'il peut offrir à ces personnes, qu'il s'agisse des espaces du régime de droit commun ou de l'annexe. En effet, bien qu'il ait l'obligation légale de dispenser des soins d'une qualité égale à ceux dispensés dans la société comme stipulé à l'article 88 de la loi de principes du 12 janvier 2005, le lieu ne répond pas à cette obligation. Ce milieu est source de tensions et mélange des individus aux profils et à la dangerosité variés, ce qui peut renforcer leurs troubles mentaux ou comportementaux. Les individus vulnérables auxquels nous nous intéressons risquent aussi d'être influencés négativement par les autres, et sont susceptibles de devenir eux-mêmes dangereux en se conformant à ce climat. Les

soignants manquent et l'absence de formation des agents pose également question : ils sont les plus fréquemment au contact des détenus, mais n'ont pourtant généralement pas les outils de compréhension relatifs aux troubles mentaux nécessaires, ce qui peut engendrer des réactions inappropriées.

Plusieurs professionnels ont abordé la mise en observation, pour ensuite se rétracter en raison de la pathologie de notre cas clinique, qui ne rentrerait pas nécessairement dans son champ d'application. Seul un intervenant du secteur psychosocial a abordé la mesure de protection judiciaire comme étant une solution possible afin d'imposer des soins à la personne. Cette mesure est décrite comme ayant l'avantage de cadrer la personne, et donne le pouvoir à l'administrateur de la personne de la contraindre à suivre des soins. Hors du champ pénal, elle est néanmoins lourde administrativement et peu appliquée.

La probation autonome – ainsi que le sursis et la suspension probatoires – alternative à laquelle nous nous intéresserons principalement, a généralement été considérée comme le dispositif qui répondait actuellement le mieux à la problématique (Annexe 5, Figure 3). Les avocats interrogés l'ont spontanément proposée comme alternative : dans l'intérêt de leur client présentant un profil analogue à celui de Mr Dubois, ils estiment que la demande d'une expertise est indispensable, qu'elle doit au mieux s'accompagner de propositions de soin pertinentes, et si l'irresponsabilité n'était pas avérée, ils feraient la demande de conditions probatoires assorties d'une obligation de suivi thérapeutique. Toutefois, comme l'ont évoqué à plusieurs reprises les professionnels interrogés, n'oublions pas que cette peine ne peut pas légalement être imposée, et son application repose donc sur le bon vouloir de l'intéressé, ce qui ne peut garantir son application systématique à ce type de personne quand bien même l'avocat jouerait son rôle de conseil en sa faveur. Un autre questionnement a été soulevé concernant le consentement réel de la personne à l'application de cette peine, prévue à l'article 37 octies C.P. : comment peut-on être sûr du consentement éclairé d'une personne qui ne dispose pas de toutes ses facultés mentales ?

Plusieurs réserves ont donc été émises quant à sa pertinence. Le prononcé d'une peine à l'encontre de quelqu'un qui ne dispose pas de toutes ses facultés mentales a également été remis en question :

« Condamner quelqu'un qui n'a pas toutes ses frites dans le même sachet, c'est une monstruosité ! [...] Et même, une peine de probation autonome, c'est une peine. C'est encore une sanction. Une sanction pénale. »

Ensuite, bien que les commissions de probation soient décrites comme sociales, leur public général ne correspond pas nécessairement à celui rencontré auparavant en défense sociale. Il n'est donc pas certain que l'état mental de la personne soit correctement pris en compte, que le contenu des conditions soit adéquat, et que les exigences à atteindre soient accessibles pour notre public.

« Moi j'aime autant la libération à l'essai dans le cadre de l'internement parce que je pense que les chambres de protection sociale sont quand même un peu plus bienveillantes et plus adaptées à une problématique mentale. Parce que si tu te retrouves devant une commission de probation où ils n'ont jamais vu un fou de près... »

D'autres inquiétudes récurrentes liées à cet aspect reposaient sur le risque de non-respect des conditions de la part de la personne, ce qui peut entraîner une révocation se sanctionnant par un passage en prison. En effet, si les conditions sont strictes et que la commission ne se montre pas plus tolérante et ne fait pas preuve de plus de souplesse vis-à-vis de ces personnes, ce risque est bien présent. À cet égard, le parquet s'est cependant montré plus rassurant, affirmant que rares étaient les situations où la peine subsidiaire était appliquée, puisque dans ce genre de situation, la tendance serait à prolonger le plus longtemps possible la probation, même en cas de difficultés à respecter les conditions, de sorte que la durée de la peine subsidiaire soit si infime qu'elle ne soit pas appliquée in concreto.

En termes d'efficacité à long terme, la durée de la peine est un frein, les conditions probatoires ne dépassant pas 2 ans. Le sursis propose néanmoins une durée plus avantageuse de 5 ans maximum. Il semble donc important qu'une alliance thérapeutique soit établie sur ces 2 années afin de favoriser l'adhésion de la personne au dispositif de soin, et d'éviter son abandon du suivi au terme de la peine. Ainsi, le succès de cette peine repose fortement sur le contenu concret des conditions qu'il appartient au

juge de prononcer, puis que la commission de probation peut adapter. À ce niveau, la présence d'un agent de probation a été soulevée comme étant un plus, cet acteur étant nécessaire afin de cadrer et d'accompagner la personne, ce qui évite qu'elle soit livrée à elle-même pour remplir les conditions imposées – situation susceptible d'aboutir à un échec. Néanmoins, leur connaissance de ce public et des réseaux de santé mentale a également été questionnée de la part des professionnels. D'autant plus que cet accompagnement doit pouvoir être intensif : il s'agit d'accompagner des personnes désinsérées socialement, qui ne comprennent pas facilement tout ce qu'on leur dit et ce qu'elles doivent faire, qui n'ont pas nécessairement d'agenda, qui ne respectent pas toujours les horaires...

Trois intervenants du secteur médico-psycho-social ont néanmoins soulevé que la loi relative aux droits du patient peut être un obstacle à l'imposition d'un traitement médicamenteux dans le cadre d'un suivi thérapeutique ou médical, puisque celle-ci donne le droit à l'intéressé de refuser ce traitement. Seule une situation relevant de l'état de nécessité permettrait de lui imposer ce traitement contre sa volonté.

Concernant le suivi thérapeutique imposé dans le cadre de conditions probatoires, une série d'obstacles propres au fonctionnement des institutions résidentielles comme les hôpitaux psychiatriques ont également été mis en évidence. Premièrement, le statut de personne judiciairisée fait peur aux institutions externes : une victimisation est crainte, car il existe une potentialisation de la violence chez ce type de personne. Cet argument peut néanmoins être contre-carré par le constat que le public psychiatrique en général peut être violent. Ensuite, il existe la crainte d'une instrumentalisation du service : les soignants peuvent avoir peur d'une fausse alliance thérapeutique où le travail et l'énergie dépensés sont alors fournis en vain. De plus, ils perdent également la main sur la durée du traitement, ce délai dépendant de la justice et non plus du responsable des soins, sans compter qu'une fois libéré, le prévenu n'est plus tenu à rien vis-à-vis du service, ce qui peut également rendre inefficace les efforts fournis. Toujours en lien avec ces arguments, il se fait que la logique des institutions du domaine de la santé mentale requiert régulièrement que la personne soit demandeuse, et le fait d'être citées dans des conditions de probation n'est souvent pas admissible pour ces institutions qui ne travaillent pas sous mandat et qui redoutent de devenir des contrôleurs sociaux. De plus, il s'avère que les hôpitaux psychiatriques restreignent l'accès des personnes judiciairisées par l'usage de critères de sélection : refus de personnalités antisociales, nécessité de reconnaissance des troubles et de compliance au traitement...

A ces restrictions s'ajoutent un frein financier : non seulement l'intéressé n'a pas nécessairement les moyens d'assumer les frais inhérents à l'hébergement et aux soins, mais en plus, les institutions ne tirent pas de profit à accueillir ce public. En effet, entre l'accueil d'une personne issue de la défense sociale ou relevant du droit commun, les deux n'ayant pas un profil « séduisant », le choix est vite fait :

« Vous êtes directeur d'un hôpital, vous avez une ministre qui vous propose 100 000€ pour accueillir des internés, ou rien du tout, et puis vous avez un petit médecin de prison qui voudrait que vous hospitalisiez un patient qui n'est pas interné. Forcément, il va plutôt prendre celui qui est interné pour avoir des subsides. »

2.3 Possibilités de prise en charge médico-psycho-sociales

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, il ressortait des propos des professionnels interrogés qu'une mesure adaptée nécessiterait une intervention de la justice, laquelle aurait le pouvoir d'ordonner une injonction de soin. Nous avons donc abordé la peine de probation, et leur avons demandé quels intervenants, quelles institutions ils intégreraient dans ce dispositif afin que les conditions soient adaptées au cas clinique de Mr Dubois. Ces conditions devant permettre d'éviter la récidive en lui proposant un cadre de vie adapté par rapport à sa pathologie. Toute une série de structures et de professionnels ont été mentionnés, accompagnés de justifications et de réserves diverses et variées quant à leur pertinence. (Les figures 1 à 6 à l'annexe 6 illustrent ces éléments de manière synthétique.)

Il est ressorti de ces échanges que ce type de personne devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge intégrée, englobant plusieurs domaines de leur vie, l'idée étant toujours de maintenir la personne au sein de la société et de réduire au maximum son risque de récurrence en lui proposant des aides adéquates. Les divers domaines de prise en charge qui ont été proposés sont évidemment cumulables, et à adapter en fonction des besoins de la personne. Ainsi, divers champs ont été investigués : la prise en charge sur le plan psychologique, les aides financières et administratives, les occupations, ainsi que les différentes prises en charge médicales ou globales adaptées, qu'elles soient résidentielles ou ambulatoires. Dans le cadre d'une peine de probation autonome, il serait donc idéal que les conditions proposées englobent plusieurs de ces domaines de la vie de l'individu en vue d'une certaine efficacité.

2.3.1 Aides financières et administratives (Annexe 6, Figure 2)

Au niveau de la prise en charge financière, la nomination d'un administrateur de biens a été conseillée à huit reprises. L'administrateur a été proposé pour plusieurs raisons : classiquement, il permet d'éviter les potentielles dépenses inconsidérées de son administré, mais il permet aussi de décharger la famille souvent en charge du contrôle des dépenses de l'administré avant qu'il ne soit investi de cette mission. Il fait donc office de tampon entre l'intéressé et sa famille, et de manière plus singulière, il peut incarner quelques fois l'autorité et effectuer des rappels à la loi informels depuis sa position de contrôle.

« [...] une mère qui s'oppose à un fils qui présente un trouble mental, il a envie d'avoir son argent [...], la mère dit non. Qu'est-ce qu'elle risque ? C'est qu'elle se ramasse un coup. Donc un administrateur de biens, c'est une tierce personne qui est complètement neutre, donc ça permet de décharger la famille, déjà, de cette responsabilité-là. Ça permet aussi d'avoir le rôle un peu de l'autorité, le rappel à la loi. »

À deux reprises, il a été proposé de travailler la gestion financière avec une équipe éducative, ce qui permettrait d'autonomiser la personne. Il faudrait cependant qu'elle dispose des capacités lui permettant de compter, de se projeter, de contenir ses impulsions, ce qui n'est pas certain dans le cas illustré. Si la personne ne peut pas toujours être aidée de son entourage, l'aide d'un service social tel que le CPAS qui dispose d'un service d'urgence sociale, ou l'aide d'une assistante sociale d'un centre de santé mentale fréquenté peut être opportune.

2.3.2 Prise en charge occupationnelle (Annexe 6, Figure 3)

Les occupations ont été décrites comme étant essentielles, et ont pour but de favoriser la (ré)insertion sociale. Elles permettent aux personnes d'exister autrement qu'en ayant des comportements délinquants, de s'entourer d'intervenants et d'ainsi coconstruire un réseau soutenant. Le caractère valorisant de l'activité, quelle qu'elle soit, a été évoqué comme étant indispensable à cinq reprises. Elle doit évidemment tenir compte des différences individuelles, des réalités médicales, et donc qu'elle soit adaptée aux capacités de la personne : on ne peut pas attendre d'une personne qu'elle suive une formation 5 jours par semaine, à raison de 8 heures par jour si elle bénéficie d'une médication lourde entraînant des effets secondaires tels qu'une perte de motivation ou une fatigue intense.

Le bénévolat a été le plus fréquemment cité. Il permet d'offrir un cadre souple, des horaires adaptables et rend possible l'occupation en fonction des capacités et des disponibilités de la personne.

Les formations ont également été citées, elles permettent à des individus qui possèdent un certain niveau de capacités d'acquérir des connaissances qui permettront par la suite d'avoir accès à un emploi, et donc à une rémunération à terme, ce qui peut faciliter leur mise en autonomie. Pour ces mêmes raisons, le travail a également été mentionné, bien que les intervenants aient précisé que le cas présenté n'aurait probablement pas les capacités intellectuelles ou de contrôle de soi nécessaires. En effet, les règles semblent difficiles à respecter, et quelques débordements suffiraient à lui faire perdre son travail.

Connues pour mettre au travail des personnes présentant une déficience intellectuelle, les entreprises de travail adapté ont été citées parmi les occupations à proposer, bien qu'il faille mettre l'accent sur le fait qu'elles n'ont pas d'objectifs thérapeutiques : les encadrants sont formés pour fournir un encadrement spécifique aux travailleurs, mais ces structures répondent à des objectifs de rentabilité avant tout. Ainsi, si le travailleur arrive constamment en retard, qu'il présente des comportements dérangeants ou violents vis-à-vis des autres, il ne pourra probablement pas rester à son poste. La souplesse et la tolérance recommandée par les intervenants afin de parer aux échecs n'y est donc vraisemblablement pas présente.

« Leur mission n'est pas du tout d'être thérapeutiques, ils essayent quand même d'être compréhensifs, les gens sont encadrés par des gens qui connaissent le problème du handicap, mais je dirai que la tolérance est quand même limitée, aux absences, l'irrégularité, et au passage à l'acte, les colères, qui sont très perturbateurs dans l'organisation d'une petite entreprise comme celle-là. »

La fréquentation d'un centre de jour a été suggérée à quatre reprises en ce qu'il permet aux personnes de s'occuper tout en proposant un encadrement, les objectifs cités étant de socialiser la personne, de lui permettre de créer du lien et un réseau soutenant autour d'elle, ce qui renforce l'insertion dans la société. Enfin, la fréquentation d'une maison de quartier ou d'une maison de jeune lorsque l'âge de la personne s'y prête a été suggéré une fois au même titre que la fréquentation d'un centre de jour.

2.3.3 Prise en charge sur le plan psychologique (Annexe 6, Figure 4)

Six intervenants ont appuyé sur l'importance de mener un travail de psychoéducation dans le cas illustré. Dans ce cadre-ci, la psychoéducation n'est pas à comprendre comme étant une « intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face » (Bonsack, Rexhaj, Favrod, 2015 ; 79), mais plus basiquement comme étant une dimension à caractère pédagogique qui se centre sur l'élaboration d'habilités sociales (Petitjean, 2011 ; 184) comme illustré ci-après :

« [...] dire : si vous allez à la formation et qu'à chaque fois que le formateur vous dit un truc, vous pétez un plomb, [...], à un moment, oui, il ne sera plus tolérant, et il mettra un terme au contrat de formation. »

Un intervenant du secteur psychosocial a appuyé sur le fait que ce travail qu'il qualifie de thérapie comportementale devait impérativement s'accompagner d'un traitement permettant de contrôler les impulsions afin qu'elle puisse avoir un effet. Concernant la compréhension de la pathologie, l'éducation au traitement et à l'apprentissage de ses propres limites – qui peuvent également être travaillées en fonction de l'accessibilité de la personne à ce niveau – il existe une offre plus ou moins variée en fonction des régions. Cependant, pour ce qui est de l'aspect plus pédagogique de la psychoéducation chez l'adulte, il semblerait qu'aucune institution ne s'en charge spécifiquement.

« C'est pas tout à fait un travail thérapeutique, c'est pas un travail d'assistant de justice, [...] c'est de la psychoéducation, et qui ne se fait plus beaucoup... ce que faisaient les médecins traitant avant dans les familles. [...] ça ne se fait plus parce que les soins ne fonctionnent plus comme ça, et qu'il est difficile de prendre sur ses épaules, de s'engager avec les gens sur le long court, et d'accepter de faire ce travail-là. »

À deux reprises, le suivi de modules de type « contrôle des impulsions » a été proposé, ainsi que la participation à des groupes de parole afin de pouvoir décharger ses émotions et échanger avec d'autres sur des difficultés communes. Ces propositions permettraient de diminuer les comportements inappropriés, mais nécessitent cependant des capacités cognitives d'un certain niveau. Leur efficacité peut également être accentuée par la prise d'un traitement médicamenteux agissant sur le comportement.

Des consultations en centre de santé mentale ont également été suggérées, leur fréquentation permettant d'avoir accès non seulement à un suivi psychologique ou psychiatrique, mais aussi d'avoir accès à d'autres fonctionnalités comme des activités ou des aides sociales, ce qui favoriserait la (ré)insertion.

Néanmoins, il s'avère que ces centres sont débordés et que l'accueil de nouveaux usagers peut prendre plusieurs mois, et que les consultations peuvent en conséquence se faire de manière très espacée.

Enfin, trois intervenants ont mentionné qu'un travail sur la consommation de drogue devait être envisagé, mais sans donner de précisions quant à la manière de s'en charger. Un intervenant a néanmoins fait état du fait que ces substances peuvent altérer le comportement et que leur réduction drastique pourrait hypothétiquement réduire les troubles du comportement relevés.

2.3.4 Prise en charge médicale globale, ambulatoire ou résidentielle (Annexe 6, Figures 5 et 6)

Ce n'est pas seulement la santé mentale qui sera prise en compte dans cette section, mais également le plan somatique, les personnes concernées étant décrites comme ayant un très mauvais accès aux soins de santé, quels qu'ils soient, ce qui engendre une mauvaise hygiène de vie et dégrade leur santé.

Dans un premier temps, quatre types de prises en charge médicales (cumulables) ont été proposées : la consultation d'un psychiatre, le suivi par un médecin traitant ou par une maison médicale, ainsi qu'un traitement agissant sur les troubles du comportement.

La consultation du psychiatre permet la prescription d'un traitement adéquat destiné à réduire les comportements inappropriés et impulsifs, qu'il pourra éventuellement adapter en fonction de son efficacité ou des éventuels effets secondaires constatés. Un traitement sous forme injectable a été préconisé dans les situations où la personne oublie ou a tendance à ne pas le prendre. Concernant la prescription d'un tel traitement, les avis des psychiatres divergent : l'un estime que ce traitement est questionnable d'un point de vue éthique, le considérant comme n'ayant pas de finalité thérapeutique et étant susceptible d'engendrer de sérieux effets secondaires, tandis qu'un autre le considère indispensable afin d'aider à contrôler ses impulsions et le prescrit donc dans une visée thérapeutique.

« Même s'il n'a pas une maladie mentale, même s'il n'a qu'un retard mental, il subit tout ça à cause de son comportement. Donc on lui fait payer le prix de son comportement sans soigner [...] son comportement. »

Une autre restriction découle du manque de psychiatres de manière générale, auquel s'ajoute une pénurie de psychiatres s'intéressant à ces profils qui rapportent peu et qui ne sont pas demandeur.

Le suivi par le médecin traitant permet d'avoir un suivi somatique relativement régulier, de même que la fréquentation d'un centre médical qui permet d'assurer des soins de natures différentes en un même lieu. Leur fréquentation régulière permet un meilleur suivi, et rend possible la prévention des rechutes. Ces centres sont généralement d'accord de prendre en charge des situations de personnes vulnérables.

Au niveau des modalités de prises en charge médicales et d'hébergement, plusieurs possibilités ont également été relevées : l'ambulatoire, le résidentiel, ainsi que les passages transitoires dans des lieux de soin. Au niveau des hébergements, les services résidentiels pour adultes handicapés (SRA) ont été cités afin de prendre en charge la personne de manière globale lorsque son manque d'autonomie ne permet pas de la maintenir dans son lieu de vie. Dans le cas présent, plusieurs freins ont été identifiés : non seulement il y a un manque flagrant de ces institutions pour lesquelles les listes d'attente durent parfois plus de 2 ans, mais en plus, les critères d'entrée sont parfois très stricts, et au vu du nombre de candidats en attente, ces institutions peuvent se permettre de choisir les profils les plus « séduisants », ce qui relègue notre population-cible au rang de dernier choix. Ensuite, il semblerait que l'AVIQ ne reconnaisse pas toujours ces personnes, et ne prenne donc fréquemment pas en charge l'hébergement de ces personnes dans ce type d'institutions qui accueillent d'ailleurs généralement des profils bien plus lourds sur le plan psychique et physique.

Les habitations protégées ainsi que les appartements supervisés ont également été proposés et décrits comme plus cohérents à proposer à ce type de personnes que les SRA, en ce que ces structures permettent de travailler l'autonomie des personnes à l'aide d'un encadrement adéquat. Cependant, les offres sont également limitées, et l'attente pour y accéder peut s'élever à plusieurs années. Bien que les appartements supervisés consistent en une offre spécialisée pour les déficients intellectuels, la vie communautaire n'est pas adaptée à tous les profils, notamment lorsque la personne a du mal à respecter les règles et les limites de chacun. En ce qui concerne les habitations protégées, ces structures favorisent d'abord un public avec une maladie mentale, ou avec un public handicapé double diagnostic, la notion étant vraisemblablement interprétable puisque deux des psychiatres ont classé notre cas clinique dans cette catégorie, ce qui ne fut pas le cas du troisième. Enfin, l'accès à ce type de structure est souvent conditionné par un passage préalable en hôpital psychiatrique, or ce type d'institution n'accepte généralement plus les déficients intellectuels à moins qu'ils ne présentent un double diagnostic.

Un intervenant a également proposé le passage transitoire par un hôpital psychiatrique lorsque la personne est en crise et qu'elle doit être stabilisée, ou que le traitement doit être réadapté. Ainsi, la personne quitterait son milieu de vie une à deux semaines pour se rendre dans un service spécialisé avant de réintégrer son hébergement. Un passage transitoire paraît plus réalisable qu'un hébergement de longue durée en hôpital spécialisé, étant donné que suite à la réforme 107, les lits de crise et les équipes mobiles ont remplacé les lits prévus pour les longs séjours, ces derniers étant pourtant nécessaires pour les patients présentant des pathologies chroniques. Néanmoins, plusieurs restrictions ont à nouveau été relevées au niveau de ces institutions en dehors des questions relatives au temps qui y est passé : il existe peu de services spécialisés dans la prise en charge de déficients intellectuels, et les hôpitaux psychiatriques restreignent l'accès des personnes issues de droit commun par des critères de sélection.

Au niveau ambulatoire, l'intervention d'équipes mobiles a été la plus préconisée. Elles évitent le placement en maintenant la personne dans son lieu de vie, et favorisent son insertion dans la société. Il existe des services d'accompagnement spécialisés pour déficients intellectuels, mais de nouveau, la durée d'attente pour y accéder peut s'élever à plusieurs années, l'offre restant très faible pour ce public.

L'intervention d'aides familiales au domicile afin d'aider à maintenir et développer le bien-être global de la personne a également été conseillée à trois reprises. Bien qu'il ne s'agisse pas de professionnels de la santé, leur présence régulière au domicile peut leur permettre de voir quand quelque chose ne va pas, si l'état de la personne se dégrade. Une fois incluses dans un véritable réseau, elles peuvent tirer la sonnette d'alarme et alerter le médecin, le centre de santé mentale ou le psychiatre en charge du dossier médical plus rapidement que les autres intervenants qui rencontrent la personne plus épisodiquement.

2.4 Bonnes pratiques

Nous avons constaté qu'en dehors des propositions de suivis que nous renseignaient les professionnels, une série de principes clefs, de pratiques favorisant la réussite d'un projet de réinsertion, émergeaient au fil des entretiens. Nous les qualifierons de bonnes pratiques. Ces recommandations peuvent sembler quelques fois relever du bon sens, mais il s'avère que sur le terrain, toutes les situations ne sont vraisemblablement pas traitées à la lumière de ces principes.

Tout d'abord, il semble indispensable pour les professionnels qu'une réflexion bilatérale soit menée de la part du secteur médical et du monde judiciaire. Dans l'intérêt de la personne, il est nécessaire de tenir compte des logiques inhérentes aux deux secteurs et de trouver des terrains d'entente, sans quoi l'intervention partagée par ces deux mondes risque d'être incohérente ou de se trouver irréalisable en raison d'attentes inadaptées et de réalités de terrain inconnues. Une fois l'intervention mise en place, il

importe que les deux mondes communiquent et aient un minimum de connaissance de leurs pratiques afin que chacun puisse prendre les décisions les plus adaptées en fonction de la situation concrète.

Ensuite, le dispositif proposé doit être adapté aux spécificités de la personne, à sa pathologie et aux limites qui en découlent : on ne peut pas appliquer un dispositif initialement prévu pour une population de droit commun de la même manière à des personnes qui ont la spécificité de présenter un trouble mental. Il n'est pas non plus concevable d'imposer le même dispositif à toutes les personnes qui n'ont plus accès à l'internement, mais il faut plutôt individualiser la peine à l'image de l'internement afin de répondre à la situation problématique de la manière la plus pertinente possible. Ainsi, dans le cadre de conditions probatoires, bien qu'elles aient une durée déterminée, il faudrait néanmoins tenir compte du fait que notre public-cible aura besoin d'aide à vie, la pathologie étant chronique et peu évolutive. Souplesse, tolérance, transparence et clarté doivent donc être les maîtres mots de l'intervention. Au vu du profil complexe de la population étudiée, il est évident qu'on ne peut pas avoir les mêmes exigences à leur égard. Il faut pouvoir accepter les rechutes et de faire quelques pas en arrière pour mieux repartir.

Un autre ingrédient soulevé par les intervenants sans lequel la prise en charge intégrée est irréalisable est le travail en réseau. En défense sociale ou même dans des situations extrajudiciaires, il est fréquent pour une personne d'être entourée d'une multitude d'intervenants, sans qu'ils ne communiquent entre eux. Il est pourtant indispensable que les professionnels impliqués dans une situation se mettent autour de la table et se répartissent des tâches, déterminent chacun leur champ d'action, afin non seulement d'éviter les doublons et d'empiéter sur le travail d'un autre professionnel, mais également pour rendre possible une prise en charge intégrée concertée. Afin d'éviter une aide éclatée, quatre intervenants ont indiqué qu'il serait utile qu'une personne ou une institution articule et centralise le projet de la personne, à l'image des agents de liaison des TSI qui fluidifient l'insertion de la personne dans le réseau et les interactions entre les intervenants à l'aide de la coordination. Nous avons rencontré une institution qui effectue ce travail, leur point fort étant leur neutralité étant donné qu'il n'y a pas de lien thérapeutique entre eux et la personne concernée, ce qui limite le risque de luttes de pouvoir entre les professionnels impliqués dans une même situation. Notons que les assistants de justice peuvent dans les faits se charger de cette articulation dans le cadre de la probation, néanmoins, en raison de leur fonction de contrôleur judiciaire, certaines informations médicales n'ont pas à arriver entre leurs mains, et l'absence de luttes de pouvoir ne peut pas non plus être garantie.

Le fait de donner du sens à l'intervention pour la personne a été qualifié comme étant un point central. Sans sens, pas de compréhension, pas de motivation, et donc pas d'adhésion, ce qui augmente le risque qu'une fois la durée de la mesure écoulée, si ces éléments ne sont pas réunis, la personne abandonne tout ce qui a été mis en place. La question du sens inclut également le fait de coconstruire le projet avec l'intéressé en tenant compte de ses besoins, de ses envies ainsi que de ses ressources, qui vont être mêlées aux conditions imposées éventuelles, ce qui va renforcer son adhésion au projet.

Enfin, un point souvent négligé dans un secteur marqué par des prises en charge à la durée de plus en plus brève : prendre le temps d'établir une relation de confiance. Ce temps souvent considéré comme perdu est pourtant un prérequis indispensable à l'intervention, surtout lorsque celle-ci consiste à balloter l'intéressé d'un intervenant ou d'une institution à une autre. Il paraît inconcevable pour plusieurs professionnels rencontrés d'entreprendre d'emblée l'intervention sans avoir préalablement écouté la personne, accueilli sa souffrance, questionné ses besoins, ses envies, et lui avoir prouvé qu'il pouvait leur faire confiance. D'autant plus que ce public vulnérable a été confronté à des échecs ou à des rejets à de multiples reprises. Ils ont également affirmé que ce temps serait rattrapé par la suite, la relation entre l'intéressé et les professionnels étant de qualité supérieure. L'intervention doit donc osciller entre cadre et bienveillance, l'absence d'une de ces modalités la rendant bancal. En effet, le contrôle pur et dur ne permet pas d'établir la relation de confiance, tandis que la bienveillance en l'absence de cadre,

de contrôle, va vouer la personne à l'échec puisqu'elle a justement besoin d'un encadrement, d'une structure afin de ne pas récidiver.

IV. DISCUSSION

1. Retour sur les résultats

À l'heure actuelle, bien qu'elle ait été qualifiée d'alternative à privilégier lors de l'élaboration des travaux parlementaires relatifs à l'internement, la peine de probation autonome est plutôt à concevoir comme une solution de secours que comme une solution miracle. En effet, cette peine ne semble pas pouvoir répondre de manière satisfaisante à la situation problématique observée en raison de toute une série d'obstacles à son application.

Tout d'abord, elle ne peut pas être appliquée systématiquement dans le cas de figure envisagé, ne fut-ce qu'en raison du fait que cette peine ne peut pas être imposée : l'approbation de la personne concernée est nécessaire préalablement à son prononcé. Cette caractéristique propre à la peine de probation autonome qui avait déjà été soulevée par d'autres chercheurs (Cartuyvels, 2017) ne peut donc pas faire d'elle l'alternative officielle à l'internement. D'ailleurs, le consentement aux soins peut encore être encore mis à mal lors de l'application de la mesure, l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient permettant à ce dernier de refuser des traitements pour autant qu'il ne soit pas dans l'incapacité à donner son consentement et qu'on ne se soit pas dans un cas d'urgence. Ensuite, la peine en elle-même n'est pas adéquate en ce que sa durée est très limitée, alors que les personnes concernées nécessiteraient un encadrement au long court. Elle ne permet donc pas d'assurer la continuité des soins une fois les 2 ans écoulés. Elle semble également trop peu souple que pour être appliquée à une population qui se caractérise par des troubles comportementaux et qui présente des difficultés à respecter les règlements, les horaires, etc. Vient s'ajouter à ces considérations le risque d'une incarcération, tout à fait inadaptée à ce public, dans le cas du non-respect des conditions probatoires. De plus, il ressort des entretiens réalisés un manque en termes de structures d'accueil, d'équipes mobiles d'accompagnement, ainsi qu'en matière de réinsertion sociale, de manière générale, mais plus spécifiquement encore pour notre public déficient, ce qui vient compliquer la réalisation de ces conditions.

Nous avons également soulevé de nombreuses réticences de la part des institutions médicales à prendre en charge une personne dans le cadre de conditions probatoires. Si certaines d'entre elles peuvent être désamorcées, d'autres sont inhérentes à la logique du secteur hospitalier. Comme cela a déjà été constaté auparavant (van de Kerchove, 1990), le monde judiciaire et le monde médical vivent des réalités qui ne sont pas toujours conciliables. Une réflexion bilatérale entre ces deux mondes – comme conseillé dans les bonnes pratiques – paraît donc indispensable afin de fluidifier le passage du judiciaire au médical lors de l'application d'une peine de probation assortie de conditions de soin.

Ainsi, concernant le cas de la peine de probation autonome, nos résultats vont dans le sens de la littérature scientifique. Des réserves avaient déjà été émises dans la littérature quant à la pertinence de cette alternative à l'internement (Nederlandt, Colette-basecqz, Vansillette, Cartuyvels, & Pierre, 2018), mais seuls trois points avaient été évoqués : la courte durée de la probation qui ne permet pas une prise en charge sur le long terme, la question du consentement dont on ne peut pas avoir la certitude qu'il est éclairé, et le fait que la commission de certaines infractions de donne pas d'accès à ce type de peine (ces infractions portant atteinte à l'intégrité de tiers, cette restriction n'a pas été abordée lors des entretiens). Les deux autres éléments ont été abordés par les professionnels rencontrés dans le cadre de notre recherche, et nous avons pu développer d'autres arguments tenant compte des réalités de terrain en matière médicale comme en matière de justice, en faveur et en défaveur de l'application de cette peine comme alternative à l'internement.

Pour ce qui est des bonnes pratiques que nous avons extraites des propos des professionnels interrogés, nous pensons que leur application dans le cadre de l'exécution de conditions probatoires permettrait de rendre la peine plus adéquate, et plus susceptible de produire des effets positifs pour la personne. La réalisation d'un projet doté de sens et co-construit par l'assistant de probation et la personne concernée semble déjà faisable, la détermination concrète des conditions probatoires étant supposée être discutée entre eux afin qu'elles soient intégrées dans un plan de guidance global (Guillain & Giacometti, 2015). Le duo « cadre et de bienveillance » semble également accessible puisqu'il peut être traduit en « contrôle et aide », qui sont les notions sur lesquelles se base le travail des assistants de justice. Mais en ce qui concerne l'atteinte des autres principes-clefs, une tolérance, un aménagement, et un assouplissement des exigences des commissions de probation semblent indispensables afin d'offrir le plus de garanties possibles quant à l'issue favorable de la peine.

La médiation pénale n'a pas été abordée par les intervenants alors qu'elle aurait pu servir d'alternative au même titre que la probation autonome (Nederlandt, Colette-basecqz, Vansillette, Cartuyvels, & Pierre, 2018), l'article 216ter §2 du Code d'instruction criminelle proposant le suivi d'un « traitement médical ou toute autre thérapie adéquate ». Cependant, elle se serait heurtée aux mêmes réserves émises par le secteur hospitalier que nous avons soulevées dans notre recherche concernant la probation.

L'alternative de la probation autonome ne nous apportant pas pleine satisfaction, nous nous sommes donc penchés sur les autres propositions de prise en charge abordées par les professionnels interrogés.

La loi portant sur l'administration des biens et de la personne n'avait été abordée que par un intervenant et n'avait pas été approfondie, mais nous nous y sommes cependant intéressés pour déterminer si son application était pertinente. En vertu de l'art. 492/1 du code civil introduit par la loi du 17 mars 2013, au paragraphe 1^{er}, un juge de paix peut ordonner une mesure de protection judiciaire dans laquelle il précise quels actes la personne visée est incapable d'accomplir en « tenant compte des circonstances personnelles ainsi que de son état de santé ». Parmi ces actes, nous retrouvons au 15° « [la capacité] d'exercer les droits du patient prévus par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », ce qui rendrait donc possible l'injonction de soin sans l'accord de l'intéressé. Cette mesure n'étant pas d'ordre pénal et se rapprochant de la mise en observation (familiale pour les institutions psychiatriques), les restrictions à l'égard des personnes issues de droit commun ne sont pas d'application dans cette situation. L'application de cette loi pourrait donc servir d'alternative à l'internement dans les situations qui nécessitent principalement un encadrement. Néanmoins, nous soulevons le fait que cette mesure implique une procédure assez lourde, et nécessite que la personne ne soit pas totalement isolée socialement, ce qui est caractéristique de notre public-cible. Il serait néanmoins intéressant d'investiguer cette piste plus en profondeur en tenant compte des réalités de terrain à l'image de cette étude afin de voir si elle présente plus d'avantages que la peine de probation autonome.

Concernant l'évocation timide de la mise en observation organisée par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, son application à des déficients mentaux est interprétable et variable, puisque comme son nom l'indique, elle ne vise que les personnes présentant une maladie mentale, ce qui pourrait exclure les déficients intellectuels de son champ d'application en fonction de la définition que l'on donne à l'appellation « maladie mentale ». Outre cette question d'interprétation, il subsiste une problématique concernant la prise en charge de ce type de personne dans le cadre d'une mise en observation dans un hôpital psychiatrique, ces derniers n'accueillant plus que très rarement des déficients intellectuels comme nous l'avons développé dans la partie « Résultats ». De plus, la mise en observation nécessite que la personne concernée mette en danger son intégrité ou celle des autres, ce qui rejoint partiellement le champ d'application problématique de la loi relative à l'internement.

En ce qui concerne la situation des condamnés dont l'état mental se dégrade en cours de détention, prévue à l'article 77/1, mais qui ont commis des faits qui ne portent pas atteinte à l'intégrité de tiers, aucune alternative ne s'est dégagée à l'issue de cette recherche. Les conditions d'accès à l'internement prévues à l'article 9, §1^{er}, 1^o, de la loi du 5 mai 2014 posent donc un véritable problème dans cette situation, ces personnes étant condamnées à rester en prison, avec pour seule perspective de soin, un accès à l'annexe psychiatrique d'une prison. À ce sujet, le projet de loi relatif à l'internement (2016, n°1590/001 ; 322) rappelle que : « la privation de liberté d'un malade mental n'est notamment régulière au sens de l'article 5, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme que si elle se déroule dans un établissement adapté aux besoins particuliers des malades mentaux », ce qui n'est pas le cas des établissements pénitentiaires.

Ajoutons qu'en l'état actuel des choses, il se pourrait qu'en l'absence d'une demande d'expertise psychiatrique – cette demande étant rarement faite, si l'on en croit les propos de certains professionnels interrogés – le magistrat, qui n'est pas un expert en matière psychiatrique, prononce une peine d'emprisonnement à l'encontre de quelqu'un qui ne dispose pas de toutes ses facultés mentales. Sans doute serait-il utile de rappeler ces considérations aux magistrats afin d'éviter l'émergence de situations à la régularité discutable, et préjudiciables aux justiciables.

Bien que cet aspect n'ait pas été abordé par les professionnels rencontrés, nous avons envisagé l'éventualité d'une modification de l'article 71 du code pénal afin de rendre de nouveau possible l'acquittement d'une personne dont les facultés mentales sont gravement altérées, ce qui rééquilibrerait les deux lois. Mais bien que d'un point de vue juridique, cette décision nous paraisse plus juste que d'imposer une peine à une personne qu'on ne peut raisonnablement pas considérer comme étant totalement responsable de ses actes, d'un point de vue médical, l'acquittement est discutable puisqu'il est peu probable que l'intéressé se dirige de lui-même vers le circuit de soin classique.

2. Forces et limites

Les résultats des deux parties de cette étude ne sont pas généralisables. Concernant l'analyse de dossiers, nous nous sommes concentrés uniquement sur ceux relevant de la chambre de protection sociale de Liège ; l'analyse de dossiers d'autres chambres auraient potentiellement mis en évidence d'autres profils, les pratiques variant de chambres en chambres. En ce qui concerne les interviews de professionnels, nous n'avons pas été exhaustifs concernant la représentation des professions. Bien que nous ayons interrogé des intervenants de plusieurs régions en Wallonie afin d'avoir une vision de la situation et des pratiques qui ne se focalisent pas sur une seule ville – et donc ne pas se limiter aux pratiques d'un seul réseau – il aurait été intéressant d'interviewer un nombre identique de chaque type de professionnels dans une série de régions, ce qui n'a pas été rendu possible dans le cadre de la réalisation de cette recherche.

Les résultats obtenus à partir de l'analyse des dossiers sont à relativiser étant donné que la méthode de récolte n'est pas similaire à celle de l'étude de départ – bien qu'elle s'en rapproche autant que possible – cela n'étant pas matériellement réalisable. Nous n'avons pas non plus eu accès à tous les choix de codages employés pour mesurer certaines variables. De même, certaines informations ne pouvaient pas être relevées à partir des dossiers, ce qui nous a obligé à laisser de côté certaines variables investiguées dans l'étude initiale, tels que les résultats obtenus aux échelles de risque et de dangerosité, ainsi que certaines informations relatives au régime de détention des internés.

Si la variété professionnelle des intervenants interrogés est une richesse en ce qu'elle propose une vision complexe de la situation problématique soulevée, d'un point de vue plus méthodologique, les avis élaborés sont néanmoins plus difficilement comparables. Idéalement, les questions auraient dû être

identiques pour chaque groupe de professionnels (les mêmes questions pour tous les intervenants du secteur psycho-social, et les mêmes questions pour tous les intervenants du milieu judiciaire), mais il s'est avéré que les intervenants ne se situaient pas toujours dans un secteur spécifique, ou qu'ils avaient des connaissances parfois très approfondies des pratiques et des enjeux d'un secteur auquel ils n'appartenaient pas. Les questions posées n'ont donc pas toujours été les mêmes pour chaque type d'intervenants car cette méthode aurait été trop réductrice, c'est pourquoi nous avons spécifié plusieurs guides d'entretiens (Annexe 2). Ensuite, de par le caractère exploratoire de cette recherche, nous avons élaboré une série de thèmes à aborder, plutôt que des questions très précises, c'est pourquoi les sujets abordés peuvent être légèrement variables au sein d'un même groupe de professionnels.

En ce qui concerne les éléments de prise en charge médico-psycho-sociales proposés par les intervenants, il faut évidemment garder à l'esprit que ces propositions ont été élaborées sur base de la lecture de la vignette et des caractéristiques que nous avons mises en évidence dans le profil décrit. Si nous avons relevé d'autres caractéristiques ou fait d'autres choix méthodologiques, les résultats auraient probablement été tout autres à ce niveau. Ces propositions ne sont donc pas exhaustives et ne s'appliquent pas à tous les cas « limites » qui ne relèvent plus de l'internement. Elles permettent simplement de mettre en exergue un éventail d'accompagnements existant pour une personne présentant un type de pathologie spécifique, analysé d'un œil critique, tout en tenant compte de variables contextuelles et des logiques inhérentes aux différents secteurs impliqués.

Cette étude permet néanmoins de centraliser en un même écrit les logiques inhérentes à chaque type d'intervenants ou d'institutions susceptibles d'être impliqués dans ces situations, ainsi que les enjeux, freins et ressources perçues par cette série de professionnels qui se retrouvent réunis autour d'un même public tout en ayant des fonctions différentes. Elle permet donc d'avoir une vue d'ensemble de la situation problématique analysée, en met en lumière des éléments relatifs aux différents secteurs dont les professionnels n'ont pas toujours connaissance (en raison de leur appartenance à un secteur spécifique). Ainsi, les considérations relevées en matière médico-psycho-sociale peuvent être portées à la connaissance de magistrats, qui peuvent alors en tenir compte lorsqu'ils élaborent le contenu des conditions probatoires. De même, une meilleure connaissance de la loi et du fonctionnement de la justice peut permettre aux intervenants médico-psycho-sociaux de comprendre ce qui se joue dans l'ombre lorsqu'ils travaillent avec des personnes placées sous conditions probatoires.

3. Implications

Les enjeux relatifs à l'expertise psychiatrique nous paraissent conséquents, c'est pourquoi nous espérons notamment sensibiliser les magistrats à l'importance cruciale de demander des expertises psychiatriques au moindre doute concernant les facultés mentales du prévenu qu'ils rencontrent. De la même manière, nous souhaitons conscientiser les psychiatres experts aux subtilités de la loi qu'ils ne maîtrisent pas toujours, et aux conséquences que la conclusion de leur expertise peut avoir. En effet, à l'heure actuelle, la mention d'une « altération grave » des facultés mentales peut entraîner l'incarcération d'une personne, tandis que « l'abolition totale » des facultés mentales entraînerait l'acquittement de cette même personne.

Ce travail pourrait servir d'inspiration à une recherche plus conséquente, prenant en considération d'autres profils, et investiguant plus en profondeur d'autres pistes alternatives que la peine de probation autonome. Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons investigué que les profils de personnes déficientes intellectuelles, mais des personnes présentant des troubles de la personnalité, comme le trouble de la personnalité borderline, par exemple, pourraient se retrouver confrontées à cette double situation d'exclusion de l'internement et de l'acquittement prévu à l'article 71 du code pénal. Il serait donc intéressant d'investiguer les réalités de terrain qui concernent plus spécifiquement ce public.

Il s'agit là d'une question d'actualité, puisque ces changements de loi sont récents, et que les personnes borderlines dont nous prenons l'exemple sont en quelque sorte les malades notre siècle, « l'« hyperbole » de l'ère actuelle » comme le disent Lo Monte et Englebert (2018 ; 16).

V. CONCLUSION

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes concentrés sur les possibilités d'alternatives à l'internement pour les personnes ayant commis des faits « mineurs », et dont les facultés mentales ne sont pas totalement abolies. Vraisemblablement, les alternatives proposées ne permettent pas d'assurer une prise en charge tout à fait adéquate à notre public-cible, non seulement en raison de freins résultant des caractéristiques propres de ces propositions elles-mêmes, mais également en raison d'obstacles inhérents au secteur médical.

Sans doute serait-il nécessaire avant toute chose de revoir la façon dont sont prises en charge ces personnes dans le circuit général des soins de santé. Des questions se posent effectivement quant aux soins qui leurs sont accessibles. Lors des entretiens que nous avons menés, les professionnels interrogés nous ont dépeint un public à la limite de toutes les catégories pour lesquelles des offres de soin spécifiques sont conçues. Ils ne sont pas assez handicapés pour le secteur du handicap, mais pas assez malades mentaux pour le secteur de la santé mentale. Ils sont un peu caractériels, dérangeants socialement, et parfois violents, mais pas dangereux à proprement parler. Ils ont besoin d'encadrement et d'aide au quotidien, mais sont trop autonomes que pour être accueillis en services résidentiels. Bref, ils ne rentrent dans aucun cadre préconçu. Force est de constater que le secteur des soins de santé travaille avec de plus en plus de conditions d'accès, et ce public fragilisé, à la limite de toutes les interventions, se retrouve fréquemment sur le carreau.

Ces constats nous font donc nous interroger sur des aspects plus éthiques, plus humains. En effet, cet accès limité aux soins de santé pose question quant à la considération apportée par la société à ces personnes. Quelle place leur offrons-nous ? Alors qu'il y a encore quelques décennies, les médecins de familles, la paroisse, et les citoyens partageaient une responsabilité collective et assuraient l'encadrement de ces personnes désinsérées socialement, à l'heure actuelle, la tendance est plutôt à l'individualisme et à l'élimination des indésirables.

Or, si les institutions sociales de base ne prennent plus en charge ces personnes, qui le fera ? Sans encadrement et sans soins adaptés, ces personnes se marginalisent, et leurs troubles comportementaux s'enkystent. L'entrée de ces personnes dans le système judiciaire résulte probablement d'un dysfonctionnement de notre système social. En effet, nous pouvons faire l'hypothèse que ces personnes qui se voient refuser des soins à répétitions parce qu'elles ne rentrent pas dans des cases préconçues, finissent par adopter des comportements socialement dérangeants, voire délinquants. Cette situation est tout à fait interpellante, car cela signifie que des personnes qui ne sont pas de véritables délinquants vont finir par se retrouver dans des prisons ou des établissements de défense sociale, qui font dorénavant office d'hébergement pour des marginaux qui n'auraient jamais dû s'y retrouver.

BIBLIOGRAPHIE

- Agius, M., & Goh, C. (2010). The stress-vulnerability model ; how does stress impact on mental illness at the level of the brain....and what are the consequences? *European Psychiatry*, 25, 1591. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)71572-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71572-8)
- Archer, E. (2004). Réflexions sur les fondements d'une « Clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(8), 668-671. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.07.006>
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Cartuyvels, Y. (2017). L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité. *L'information psychiatrique*, volume 93, (2), 93-101. doi:10.1684/ipe.2017.1592.
- Cartuyvels, Y. (2017). Les sanctions alternatives au stade sentenciel en Belgique : régime et enjeux. In *Surpopulation pénitentiaire et sanctions alternatives en Belgique : enjeux juridiques et sociologiques*, Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, 44-61.
- Cartuyvels, Y. (2018). L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre.... *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(4), 395-403. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.011>
- Cartuyvels, Y., & Cliquennois, G. (2015). La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique : le soin comme légitimation d'un dispositif de contrôle ? *Champ pénal/ Penal field*, (Vol. XII). <https://doi.org/10.4000/champpenal.9204>
- Cartuyvels, Y., Champetier, B., & Wyvekens, A. (2010). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique. *Déviance et Société*, 34(4), 615-645. <https://doi.org/10.3917/ds.344.0615>
- Code d'instruction criminelle. 17 novembre 1808. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=1808111730&table_name=loi&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK
- Code pénal. 8 juin 1867. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?table_name=loi&cn=1867060801&language=fr&&caller=list&&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK#LNK0025
- de Brito, C. (2011). La psychiatrie en prison. À propos de... « Non-lieu, un psychiatre en prison » de Christiane de Beaurepaire. *L'Évolution Psychiatrique*, 76(4), 661-663. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.03.003>
- De Page, L., Mercenier, S., & Titeca, P. (2018). La gravité des faits comme condition à l'internement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.013>
- De Smet, L., De Page, L., & Titeca, P. (2014). Défense Sociale-Liens Entre La Gravité Des Faits, La Dangerosité Et La Sévérité De La Pathologie (dans Le Trajet De Soins Des Internés Souffrant De Psychose)., 114(3), 31-39.
- Farooq, S., Large, M., Nielsen, O., & Waheed, W. (2009). The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries : A systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.008>

- Fovet, T., Thomas, P., & Amad, A. (2015). Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(8), 726-730. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>
- Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Wiles, N., & Bebbington, P. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1195-1203. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0433-1>
- Guillain, C., & Giacometti, M. (2015). *Les peines de surveillance électronique et de probation autonome, nouvelles peines alternatives à l'emprisonnement ?* Consulté à l'adresse : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/en/object/boreal%3A160437>
- Kalonji, J. (2016). De quelques considérations sur la prise en charge de patients dits psychotiques en annexe psychiatrique. *Cahiers de psychologie clinique*, (47), 95-110. <https://doi.org/10.3917/cpc.047.0095>
- Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., ten Velden Hegelstad, W., ... Friis, S. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research*, 156(2), 272-276. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.010>
- Large, M., & Nielssen, O. (2007). Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. *Schizophrenia Research*, 92(1), 276-277. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.02.002>
- Large, M., & Nielssen, O. (2008). Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 37-44. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0274-0>
- Litran, G., Palma, C., Castano, M., & Duchesne, M. (2016). *Réalisation d'une cartographie à l'établissement de défense sociale de Paifve et au sein des établissements pénitentiaires de Lantin, Namur, Mons, Jamioulx, Forest et Berkendael, dans le cadre de l'élaboration du trajet de soins pour internés.*
- Lo Monte, F., & Englebert, J. (2018). Trouble de personnalité borderline et temps vécu. *Evolution Psychiatrique*, 83(4). <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.07.002>
- Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. 1^{er} juillet 1964, entrée en vigueur au 1^{er} septembre 1964. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=1964070102&table_name=loi&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK
- Loi de principes. 12 janvier 2005. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2005011239&table_name=loi
- Loi réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine. 17 mars 2013. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2013031714
- Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. 26 juin 1990. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=1990062632&table_name=loi&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK

Loi relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice. 4 mai 2016. Consultable à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2016050403

Loi relative à l'internement. 5 mai 2014, entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2016. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014050511&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK

Loi relative aux droits du patient. 22 août 2002. Consultable à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK

Manzanera, C., & Senon, J.-L. (2004). Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(8), 686-699. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.07.011>

Mary, P., Kaminski, D., Maes, E., & Vanhamme, F. (2011). Le traitement de la « dangerosité » en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement. Séminaire GERN « Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité » (Bruxelles, 13 mars 2009). *Champ pénal/ Penal field*. Consulté à l'adresse <http://journals.openedition.org/champpenal/8351>

Mormont, M. (2014). Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique. *VST - Vie sociale et traitements*, 124,(4), 19-23. doi:10.3917/vst.124.0019.

Nederlandt, O., Colette-basecqz, N., Vansillette, F., Cartuyvels, Y., & Pierre, A. (2018). *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* (1^{re} éd.). In *Les dossiers de la Revue de Droit Pénal et de Criminologie* (1^{re} éd.). die Keure / la Charte.

Nielsen, O. B., Westmore, B. D., Large, M. M. B., & Hayes, R. A. (2007). Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *The Medical Journal of Australia*, 186(6), 301-304.

Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(3), 184-187. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.011>

Pham, T. H., Ducro, C., Vicenzutto, A., & Jeandarme, I. (2017). Les internés en Défense Sociale sous Article 21 : des niveaux plus élevés de risque de violence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(3), 262-266. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.013>

Projet de loi relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°1590/001, 18 janvier 2016.

Projet de loi relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°1590/004, 1^{er} mars 2016.

Projet de loi relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2015-2016, n°1590/006, 11 mars 2016.

Richard-Devantoy, S., Dufлот, J.-P., Chocard, A.-S., Lhuillier, J.-P., Garré, J.-B., & Senon, J.-L. (2009). Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(8), 616-624. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.08.007>

Thomas, P., Fovet, T., & Amad, A. (2015). Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(4), 348-351. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.020>

van de Kerchove, M. (1990). Droit pénal et santé mentale. *Déviance et société*, 14(2), 199-206. <https://doi.org/10.3406/ds.1990.1183>

Vicenzutto, A., & Pham, T. (2015). Les condamnés qu'on interne : plus fous ? Plus malades ? Focus sur une spécificité de la loi de Défense Sociale en Belgique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(7), 629-630. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.007>

ANNEXES

ANNEXE 1. Fiche de récolte des caractéristiques des internés

Dossier : Sexe : H / F / X Date de naissance :

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Nationalité : *Belge / Inconnue / Apatride / Autre* :

Si belge, origines étrangères ? *Oui / Non* Lesquelles ?

Si étranger, actuellement : *En ordre de séjour / OQT / En cours de traitement à L'OE / pas de dossier à l'OE*

Situation familiale : *Célibataire / Marié / Divorcé / Veuf* A des enfants ? *Oui / Non*

DONNEES ADMINISTRATIVES

Date de prononcé internement / Art. 77/1 (ou 21) :

Date de fin de peine Art. 77/1 (ou 21) :

Bénéficie de l'aide de : *Mutuelle / Reconnaissance de l'AWIPH / ADB / Interprète / Autre* :

ENTREE DANS L'INTERNEMENT

Situation légale : *interné / art. 77/1*

Juridiction d'internement : → *Instruction / Fond*

Date du 1^e écrou : Date d'expertise :

Diagnostic expertise :

DONNEES CRIMINOLOGIQUES

Les faits :

.....

.....

.....

Date et âge au moment des faits :

Antécédents judiciaires en tant que mineur : *Oui / Non*

.....

.....

Condamnations antérieures : *Oui / Non*

.....

.....

.....

Internements antérieurs : *Oui / Non*

.....

Condamnations concomitantes : *Oui / Non*

.....
.....
.....

Mesure d'internement concomitante : *Oui / Non*

.....
.....

MODE DE VIE ANTERIEUR :

Mode de vie avant la majorité : vivait avec ses parents ? *Oui / Non*

Précisions :

Mode de vie habituel depuis la majorité : *Seul / Seul avec enfants sous le même toit / Avec des proches / Avec enfants sous le même toit et des proches / Sans domicile / Pas de conditions de vie stable (chgmt fréquents) / En institution*

Mode de vie lors de l'internement : *Seul / Seul avec enfants sous le même toit / Avec des proches / Avec des proches et enfants sous le même toit / Sans domicile / Pas de conditions de vie stable (chgmt fréquents) / En institution*

Présence de troubles précoces du comportement (absentéisme scolaire, vandalisme, fugues, consommation de substances, violence, ... → problèmes susceptibles de susciter des plaintes de la part d'autrui, entraîner une suspension, un renvoi d'école, ou des démêlés avec la police) ? *Oui / Non*

Suivi pour troubles psychiatriques avant l'internement ? *Oui / Non* Si oui : *Suivi ambulatoire / Résidentiel*

Sous traitement au moment des faits ? *Oui / Non*

Existence d'un travail avant l'internement ? *Oui, + de 6 mois d'affilés / Oui, - de 6 mois d'affilés / Non*

Source(s) de revenu au moment de l'internement : *Travail / Chômage / Allocations personnes handicapées / CPAS / Mutuelle / Pension / Autres (mendicité, travail au noir...)* :

Occupations au moment de l'internement : *Professionnelle / Récréative / Formative / Etudiant ou contrat apprenti / Aucune*

NIVEAU EDUCATIF

Dernière année scolaire réussie (+ quel type d'enseignement) :

Capacité à lire : *Oui / Non*

Écrire : *Oui / Non*

Calculer : *Oui / Non*

VIE EN DETENTION

Visites : *Oui / Non* Visiteurs : *Proches / Avocat / Visiteur de prison / Autre* Type de visite : *VHS / Autre*

Permissions de visite : *Proche / Visiteur de prison / Avocat / Autre / Aucune*

Contacts avec le réseau social non-professionnel ? (Famille, amis...) *Oui / Non*

Consommations ? *Oui / Non* Substance(s) :

Occupation ? *Oui / Non* Laquelle :

Incidents disciplinaires : *Oui / Non* Confronté à une mesure d'ordre ? *Oui / Non*

Comportements socialement gênants : *Oui / Non* Comportements agressifs envers les autres : *Oui / Non*

Confronté à une mesure médicale : *Oui / Non*

Régime pénitentiaire : *Annexe / Paifve / Les Marronniers / Ouvert / Semi-ouvert / Fermé / Autre*

MESURES DE FAVEUR/MODALITES D'EXECUTION DE L'INTERNEMENT

PS acc. personnel : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

PS en groupe : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

PS « pris-ramené » : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

PS seul : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

CP : seul : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

CP pris et ramené : *Oui / Non* Effectives : *Oui / Non* Durée/Fréquence :

LE : *Oui / Non* Date de début LE : Date de fin LE :

Contre-indications à la LE ? *Oui / Non*

Lesquelles ?
.....
.....

Orientation du projet de réinsertion : *Ambulatoire / Hospi psychiatrique / MSP / Résidentiel*

Lieu exact de la LE :

Soutien de l'entourage social ? *Oui / Non* Qui ?

Mode de vie durant la LE : *Seul / Seul avec enfants vivant sous le même toit / Avec des proches / Avec des proches + enfants vivants sous le même toit /*

Réintégration : *Oui / Non* Motif(s) : *Actes de violence / Non-respect conditions / Conso / Etat mental*

Nombre et date des réintégrations :
.....
.....

DONNEES PSYCHIATRIQUES

Diagnostic principal : *Psychoses / Retard mental / Troubles de la personnalité / Troubles liés à une substance / Trouble de l'humeur / Affection médicale générale / Trouble du contrôle des impulsions / Démence et troubles cognitifs / Troubles anxieux / Troubles diagnostiqués dans l'enfance... / Autre*

Comorbidités : *Troubles liés à une substance / Troubles de la personnalité :*

Reconnaissance des troubles psychiatriques : *Oui / Non*

QI = Raison de non-administration : *Ne parle pas français / Etat de l'i. ne le permet pas / Refus / NSP*

WAIS = Raison de non-administration : *Ne parle pas français / Etat de l'i. ne le permet pas / Refus / NSP*

PCL-R = Raison de non-administration : *Ne parle pas français / Etat de l'i. ne le permet pas / Refus / NSP*

HCR20 = Raison de non-administration : *Ne parle pas français / Etat de l'i. ne le permet pas / Refus / NSP*

PROJET DE REINSERTION

Actuellement en projet de réinsertion ? *Oui / Non*

Orientation du projet de réinsertion : *Ambulatoire / Hospi psychiatrique / MSP / Résidentiel*

Existence de contre-indications à la mise en place d'un projet de réinsertion ? *Oui / Non / Ne sait pas*

Moyen de lever les contre-indications : *Oui / Non / Ne sait pas*

SOINS

Observance du traitement médical psychiatrique ? *Oui / Non / Ne sait pas*

Affections médicales générales ? *Oui / Non*

Affections médicales / Besoins en soins infirmiers / Injection / Incontinence / Désorientation

Activités de la vie quotidienne :

Se nourrir : *Oui / Non* Se laver : *Oui / Non* S'habiller : *Oui / Non* Changer de position : *Oui / Non*

Au niveau de l'autonomie :

Capacité à communiquer, comprendre ce qui est dit : *Oui / Non*

Capacité rythme veille-sommeil : *Oui/Non*

Gestion du budget : *Oui / Non*

Prendre soin de soi, de ses affaires et de son lieu de vie : *Oui / Non*

Comportements inadéquats ? *Oui / Non*

Hétéroagressivité / Auto-agressivité / Destructeur envers les objets :

ANNEXE 2 Guides d'entretien

Guide d'entretien 1. Intervenants médico-psycho-sociaux (psychiatres, psychologues, agents de liaison TSI, directions prison et EDS)

1. Présentation de l'étude dans son contexte + question de recherche + lecture de la vignette clinique
2. Faire réagir sur la vignette clinique
 - *Est-ce que cette description vous parle ? Avez-vous déjà rencontré ce type de personne ? En défense sociale, en droit commun ?*
 - ➔ L'objectif est de faire parler la personne de ses observations sur ce public
3. Interroger la personne sur l'adéquation d'une mesure d'internement dans ce type de cas
 - *Estimez-vous qu'une mesure d'internement convient à cette personne ? Pourquoi oui, pourquoi non ? A quel niveau ?*
4. Interroger la personne sur sa connaissance d'une alternative à l'internement pour ce cas
 - *Connaissez-vous un dispositif alternatif qui permette de prendre en charge cette personne ?*
 - 4.1 Si la personne n'aborde pas d'elle-même la peine de probation autonome, aborder la question :
 - *Que pensez-vous du prononcé de conditions probatoires imposant un suivi thérapeutique à l'égard de cette personne, par exemple ?*
 - ➔ Les travaux parlementaires relatif à l'internement proposant la peine de probation comme alternative à la situation des personnes ne rentrant plus ni dans le champ d'application de la loi internement, ni dans le champ d'application de l'actuel article 71 du code pénal, nous avons questionné les différents intervenants sur l'adéquation de cette mesure.
5. Questionner les prises en charge à proposer dans le cas d'une probation autonome
 - *Qu'incluriez-vous comme prise en charge dans ce cadre ? Quelles institutions ou quels intervenants serait-il intéressant de mettre autour de la personne ?*
6. Questionner la faisabilité des propositions élaborées par la personne
 - *Est-ce réalisable à l'heure actuelle ? A quels freins la personne risque-t-elle de se retrouver confrontée ? Qu'est ce qui favoriserait la réussite de cette intervention ?*

Guide d'entretien 2. Avocats

1. Présentation de l'étude dans son contexte + question de recherche + lecture de la vignette clinique
2. Faire réagir sur la vignette clinique
 - *Est-ce que cette description vous parle ? Avez-vous déjà rencontré ce type de personne ? En défense sociale, en droit commun ?*
 - ➔ L'objectif est de faire parler la personne de ses observations sur ce public
3. Interroger la personne sur l'adéquation d'une mesure d'internement dans ce type de cas
 - *Estimez-vous qu'une mesure d'internement convient à cette personne ? Pourquoi oui, pourquoi non ? A quel niveau ?*
4. Interroger les possibilités juridiques susceptibles de « remplacer » l'internement pour ce cas
 - *Qu'est-ce qui existe à l'heure actuelle pour combler ce vide juridique ? Quelles lois ou quels dispositifs sont envisageables dans cette situation ? Quelle mesure, peine, serait la plus adaptée à sa situation ? Si un de vos client présentait un tel profil, que lui conseilleriez-vous ?*
 - *Que pensez-vous de l'application de la peine de probation autonome à l'égard de cette personne, par exemple ? Avez-vous déjà rencontré un tel cas de figure ? Pensez-vous que cette peine soit efficace, adaptée ? A quel niveau ?*
5. Questionner les prises en charge à proposer dans le cas d'une probation autonome
 - *Que proposeriez-vous comme conditions dans ce cadre ? Quelles institutions ou quels intervenants serait-il intéressant de mettre autour de la personne ?*
6. Questionner la faisabilité des propositions élaborées par la personne
 - *Est-ce réalisable à l'heure actuelle ? A quels freins la personne risque-t-elle de se retrouver confrontée ? Qu'est ce qui favoriserait la réussite de cette intervention ?*

Guide d'entretien 3. Membres des chambres de protection sociale

1. Présentation de l'étude dans son contexte + question de recherche + lecture de la vignette clinique
2. Faire réagir sur la vignette clinique
 - *Est-ce que cette description vous parle ? Avez-vous déjà rencontré ce type de personne ? En défense sociale, en droit commun ?*
 - ➔ L'objectif est de faire parler la personne de ses observations sur ce public
3. Interroger la personne sur l'adéquation d'une mesure d'internement dans ce type de cas
 - *Compte tenu de votre connaissance de cette mesure et de ses implications, estimez-vous qu'une mesure d'internement convienne à cette personne ? Pourquoi oui, pourquoi non ? A quel niveau ?*
4. Interroger la personne sur sa connaissance d'une alternative à l'internement pour ce cas
 - *Connaissez-vous un dispositif alternatif qui permette de prendre en charge cette personne ? Qu'est-ce qui existe à l'heure actuelle pour combler ce vide juridique ? Quelles lois ou quels dispositifs sont envisageables dans cette situation ? Compte tenu de votre connaissance de ce public et de ses spécificités en termes de troubles mentaux, pensez-vous qu'une peine de probation autonome soit adéquate ?*
5. Questionner les prises en charge à proposer dans le cas d'une probation autonome
 - *Toujours en tenant compte de votre connaissance de ce public et de ses spécificités, quelles conditions seraient adaptées à leur prise en charge dans ce cadre ? Quelles institutions ou quels intervenants serait-il intéressant de mettre autour de la personne ?*
6. À partir de leur expérience, questionner les prises en charge médico-psycho-sociales spécifiques au public handicapé existantes dont ils ont connaissance
7. Questionner la faisabilité des propositions élaborées par la personne
 - *Est-ce réalisable à l'heure actuelle ? A quels freins la personne risque-t-elle de se retrouver confrontée ? Qu'est ce qui favoriserait la réussite de cette intervention ?*

Guide d'entretien 4. Assistant de justice

1. Présentation de l'étude dans son contexte + implications pratiques + question de recherche
2. Faire réagir sur la vignette clinique
 - *Est-ce que cette description vous parle ? Avez-vous déjà rencontré ce type de personne ? En défense sociale, en droit commun ?*
 - ➔ L'objectif est de faire parler la personne de ses observations sur ce public
3. Interroger la personne sur l'adéquation d'une mesure d'internement dans ce type de cas
 - *Compte tenu de votre connaissance de cette mesure et de ses implications, estimez-vous qu'une mesure d'internement convienne à cette personne ? Pourquoi oui, pourquoi non ? A quel niveau ?*
4. Interroger les compétences des assistants de justice en matière de santé mentale, handicap...
 - *Vous sentez-vous assez outillé en termes de connaissance des réseaux de santé mentale et handicap pour travailler avec un tel public ?*
5. Questionner l'adéquation d'une peine de probation vis-à-vis de ces personnes
 - *Que pensez-vous du prononcé de conditions probatoires imposant un suivi thérapeutique à l'égard de cette personne, par exemple, à l'égard de ce type de personnes ? Avez-vous déjà rencontré ce cas de figure ?*
8. Questionner les prises en charge à proposer dans le cas d'une probation autonome
 - *Qu'incluriez-vous comme prise en charge dans ce cadre ? Quelles institutions ou quels intervenants serait-il intéressant de mettre autour de la personne ?*
9. Questionner la faisabilité des propositions élaborées par la personne
 - *Est-ce réalisable dans les faits ? A quels freins la personne risque-t-elle de se retrouver confrontée ? Qu'est ce qui favoriserait la réussite de cette intervention ?*
10. Questionner comment se déroule la concertation et la coordination
 - *Dans le cadre de la probation, comment se déroule la coordination entre les différentes parties-prenantes ? Y a-t-il une concertation ? L'assistant de justice peut-il prendre le rôle de coordinateur de réseau ?*

Guide d'entretien 5. Parquet

1. Présentation de l'étude dans son contexte + implications pratiques + question de recherche + lecture vignette
2. Questionner le fonctionnement général du parquet
 - *Comment se prennent les décisions au niveau du parquet ?*
3. Questionner l'opportunité des poursuites
 - *Dans les situations limites où les personnes commettent à répétition des infractions de faible gravité, comment prenez-vous la décision de poursuivre ou non ? Sur quoi est-elle basée ?*
4. Questionner le type de peine proposée dans le cas où le parquet poursuit
 - *Lorsque vous décidez de poursuivre ce type de personne, quelles peines sont les plus recommandables, d'après vous ? D'après vos observations, quelles peines sont généralement prononcées dans ces situations ?*
5. Questionner le contenu de la peine de probation
 - *Dans le cadre d'une probation autonome, quels types de conditions sont prononcées pour ce type de personne ? Y a-t-il beaucoup de révocations pour ce type de personnes ?*
6. Questionner la situation de non-respect des conditions dans le cas de la probation
 - *Que se passe-t-il lorsqu'il y a un non-respect des conditions ? Que risque la personne ? Pouvez-vous décider de ne pas appliquer la peine subsidiaire ?*
7. Questionner les prises en charge qui semblent adéquates à proposer pour le cas clinique
 - *Quelles conditions suggèreriez-vous pour ce type de personne ?*
8. Questionner la faisabilité des propositions élaborées par la personne
 - *Est-ce réalisable dans les faits ? A quels freins la personne risque-t-elle de se retrouver confrontée ? Qu'est ce qui favoriserait la réussite de cette intervention ?*

Guide d'entretien 6. Equipe mobile spécialisée concertation – coordination

Cet entretien a été mené dans le but de comprendre comment la concertation et la coordination – abordées par plusieurs intervenants et décrites comme essentielles – sont possibles à mettre en place dans le travail de réseau, afin d'avoir une idée concrète de comment cela se déroule dans les faits, et donc de voir les freins et avantages à son application.

1. Présentation de l'étude dans son contexte + implications pratiques + question de recherche + hypothèse de la probation
2. Questionner le cadre dans lequel ils travaillent, mandat, mission, structure...
3. Questionner la manière dont la concertation est mise en place, se déroule, idem pour la coordination.
4. Questionner les enjeux dans les faits, les freins à la coordination et à la concertation, et les pratiques les favorisant
5. Questionner comment travailler avec une personne qui fait l'objet de conditions imposées.

ANNEXE 3. Vignette clinique

Monsieur Dubois, 38 ans, présente une déficience intellectuelle modérée. Il a toujours été célibataire, sans enfant, et a suivi l'enseignement spécialisé jusqu'à ses 18 ans. Il a des difficultés à lire et à écrire, mais comprend globalement ce qu'on lui dit. Il présente des difficultés légères à exécuter seul des tâches du quotidien, et nécessite d'être stimulé sur le plan de son hygiène. Il a grandi avec sa mère et ses 3 frères jusqu'à ses 6 ans, puis a vécu en institution jusqu'à ses 18 ans suite à des troubles comportementaux difficiles à gérer pour sa mère. Il est ensuite revenu vivre chez elle car la dernière institution qui l'accueillait ne prenait en charge que des mineurs. Il a alors eu droit à des allocations de handicap qu'il dépensait dès le début du mois en objets en tout genre, en cigarettes et parfois en cannabis. Lorsqu'il a quitté sa dernière institution, sa mère a rencontré des difficultés à lui faire prendre son traitement, et a fini par cesser de le forcer à le prendre. Il est alors devenu plus difficile pour lui de se concentrer, et il a montré une agitation croissante, avec une tendance à faire des bêtises dans la maison. Il a été inscrit à plusieurs reprises en atelier protégé mais ses difficultés à respecter les limites des autres et à respecter les consignes l'ont fait exclure à plusieurs reprises.

C'est sur base du diagnostic de retard mental que son internement a été prononcé il y a 17 ans, alors qu'il avait 21 ans. Il avait commis une demi-douzaine de vols d'objets divers dans son quartier en quelques mois, et avait vite été repéré par les habitants qui ont porté plainte contre lui. Son casier judiciaire était vierge, mais d'après sa famille, il avait déjà ramené des objets volés à la maison auparavant, volé de l'argent dans le sac de sa mère et dégradé du matériel dans un atelier protégé sans que des plaintes soient déposées. De manière générale, il ne se montre pas particulièrement agressif ou violent, mais il a des difficultés à respecter les consignes dont il ne comprend pas toujours le sens, et supporte mal les frustrations, ce qui peut le mettre hors de lui. Il s'en prend alors aux objets qu'il fracasse contre les murs et donne parfois des coups aux agents pénitentiaires lorsqu'ils essayent de le maîtriser. Lorsqu'il comprend qu'il a fait du mal à quelqu'un, il pleure et présente ses excuses, se disant conscient qu'il a parfois du mal à se contrôler : « la colère rouge me mange et je dois frapper », mais ses excès de colère persistent malgré tout.

Il a été libéré à l'essai il y a 9 ans dans une résidence pour personnes handicapées adultes, mais la CDS a prononcé sa réintégration après 2,5 ans suite à de nombreux manquements au règlement de l'établissement et à des comportements dérangeants vis-à-vis d'autres résidents, ce qui a engendré des plaintes du personnel qui ne se voyaient plus le prendre en charge. Après plus d'un an passé en annexe, il a de nouveau été placé en EDS où il a déjà ses marques. Mais plus le temps passe et plus son comportement devient problématique malgré le traitement médicamenteux réinstauré. Il semble avoir besoin de beaucoup de stimulation et d'attention, et dérange fréquemment les autres internés, particulièrement lorsqu'il n'est pas occupé. Cela fait plusieurs années que son plan de réinsertion est au point mort.

ANNEXE 4. Tableaux des résultats de l'analyse des dossiers

Tableau 1. Comparaison entre les internés de l'échantillon et des internés du rapport ERCI

Tableau 1 : Tableau comparatif des caractéristiques des internés du rapport ERCI et de la population-cible		
	Population-cible (N =15)	Résultats rapport ERCI (N = 557)
\bar{X} d'âge au moment des faits	24,5 ans (min : 18 ans / max : 37 ans)	30 ans (min : 16 ans / max : 65 ans)
\bar{X} d'âge au prononcé d'internement	25,9 ans (min : 19 ans / max : 38 ans)	32 ans
\bar{X} d'âge le 01/10/18	43,2 ans (min : 24 ans / max : 64 ans)	Âge moyen au moment de la recherche : 41 ans (min : 19,6 ans / max : 74,5 ans)
Durée moyenne d'internement	17,3 ans (min : 2,5 ans / max : 42 ans)	8,8 ans (min : 1 jours / max : 41, 9 ans)
Sexe	14 hommes	96% de sexe masculin
Nationalité	13 belges	67,5% belges
Etat civil	15 célibataires	77,6 % célibataires
Présence d'enfants	11 internés sans enfants	71,5% sans enfant
Statut à l'internement (art. 21 ou interné)	13 internés 2 en application de l'article 21	99,6% internés 2,9% en application de l'article 21
Antécédents judiciaires	6 avec antécédents à la minorité 6 sans mesures antérieures 11 sans mesure concomitante	13,8% avec antécédents à la minorité 50,8 sans mesures antérieures 72,9% sans mesure concomitante
Antécédents psychiatriques	11 internés avec antécédents	51,2% avec antécédents
Niveau d'étude	7 en enseignement spécialisé 5 en enseignement secondaire dont 3 en secondaire supérieur	16,8% enseignement spécialisé 40,8% enseignement secondaire dont 17,2% secondaire supérieur
Capacité à lire, écrire et calculer	7 ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer 8 savent lire, écrire et calculer	6,6% ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer 75,4% savent lire, écrire et calculer
Occupation au moment des faits	10 internés sans occupation	69,3% sans occupation
Libération à l'essai / Placement art. 14	13 ont déjà bénéficié d'une LE ou d'un placement en art. 14	53% ont déjà bénéficié d'une LE ou d'un placement en art. 14
Diagnostic principal	6 Retards mentaux 5 Schizophrènes 2 Troubles de l'humeur 2 Doubles diagnostiques (retard mental + Schizophrénie)	63,8% Psychoses 19,1% Retard mental 9,2% Troubles de la personnalité 3,5% Troubles liés à une substance 2,8% Troubles de l'humeur
Comorbidités	8 Troubles liés à une substance (4 alcool/4 drogue) 4 Troubles de la personnalité	53,8% Troubles liés à une substance 36,3% Troubles de la personnalité
Reconnaissance des troubles	9 internés conscients de présenter une déficience mentale/un trouble mental	68,4% des internés anosognosiques
Compliance au traitement	9 internés compliants 2 internés résistants 4 internés sans traitement	63,4% internés compliants 25,2 internés résistants
Projet de réinsertion en cours	9 internés en projet de réinsertion dont 6 en ambulatoire et 3 en résidentiel	29% en projet de réinsertion dont 26% ambulatoire et 69% résidentiel (5% données manquantes)
Institutionnalisation	7 internés en institution depuis la minorité	19 internés en institution depuis la minorité
Autonomie	6 internés gèrent leur budget 11 savent prendre soin d'eux, de leurs affaires et de leur lieu de vie 14 sans problèmes de communication	72% gèrent leur budget 67,3% savent prendre soin d'eux, de leurs affaires et de leur lieu de vie 90,1% sans problèmes de communication

Tableau 2. Caractéristiques des internés déficients intellectuels

Tableau 2 : Tableau illustratif des caractéristiques des internés déficients intellectuels	
	Population-cible (N = 8)
\bar{X} d'âge au moment des faits	23,6 ans (min 18 ans / max 37 ans)
\bar{X} d'âge au prononcé d'internement	24,7 ans (min 19,4 ans / max 38,8 ans)
\bar{X} d'âge le 01/10/18	48,3 ans (min 30,5 ans / max 64 ans)
Durée moyenne d'internement	23,7 ans (min 2,5 ans / max 42 ans)
Sexe	7 hommes 1 femme
Nationalité	8 belges
Etat civil	8 célibataires
Présence d'enfants	7 sans enfants
Statut à l'internement (art. 21 ou interné)	2 sous article 21 6 internés
Faits	8 vols 2 faux 2 usages de faux 2 atteintes aux biens
Antécédents judiciaires	4 avec antécédents judiciaires Dont 4 avec antécédent durant la minorité
Antécédents psychiatriques	5 avaient déjà été suivi en raison de leur handicap
Niveau d'étude	7 ont fréquenté l'enseignement spécialisé
Capacité à lire, écrire et calculer	6 ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer
Occupation au moment des faits	6 sans occupation
Traitement au moment des faits	1 seul sous traitement
Libération à l'essai / Placement art. 14	4 placements en article 14 7 libérations à l'essai dont 7 révoquées
Diagnostic principal	6 déficients intellectuels 2 doubles diagnostics
Comorbidités	1 avec comorbidité drogue 2 avec comorbidité alcool 2 avec comorbidité trouble de la personnalité 5 avec troubles du comportement
Reconnaissance des troubles	4 conscients d'avoir une déficience mentale
Compliance au traitement	4 sans traitement prescrit 4 compliant au traitement
Projet de réinsertion en cours	4 actuellement LE en résidentiel
Institutionnalisation	6 en institution depuis la minorité
Autonomie	7 ont des difficultés à gérer leur budget 8 ont besoin de stimulation pour se lever, se laver, se nourrir 5 savent prendre soin d'eux, de leurs affaires et de leur lieu de vie 7 sans problèmes de communication

ANNEXE 5. Schémas illustratifs des résultats de l'analyse des entretiens

Figure 1. Parcours potentiel d'un exclu de l'internement

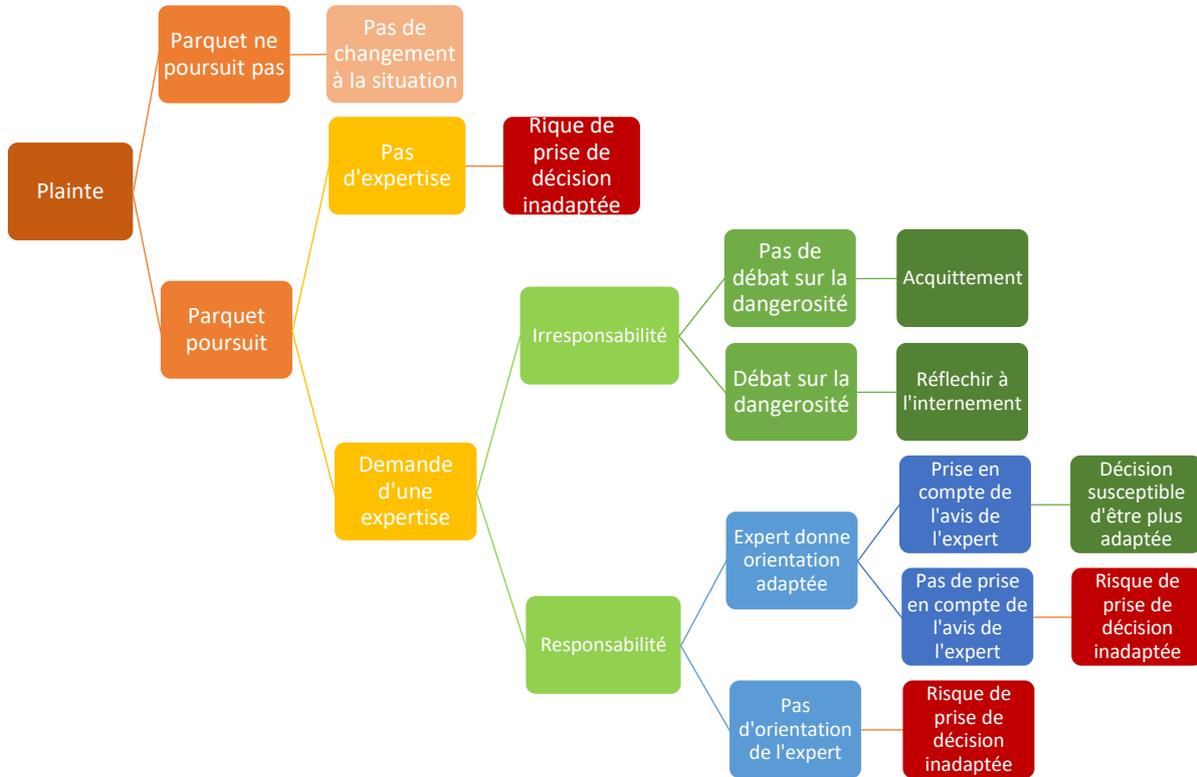


Figure 2. Prises en charge judiciaires envisagées pour les exclus de l'internement

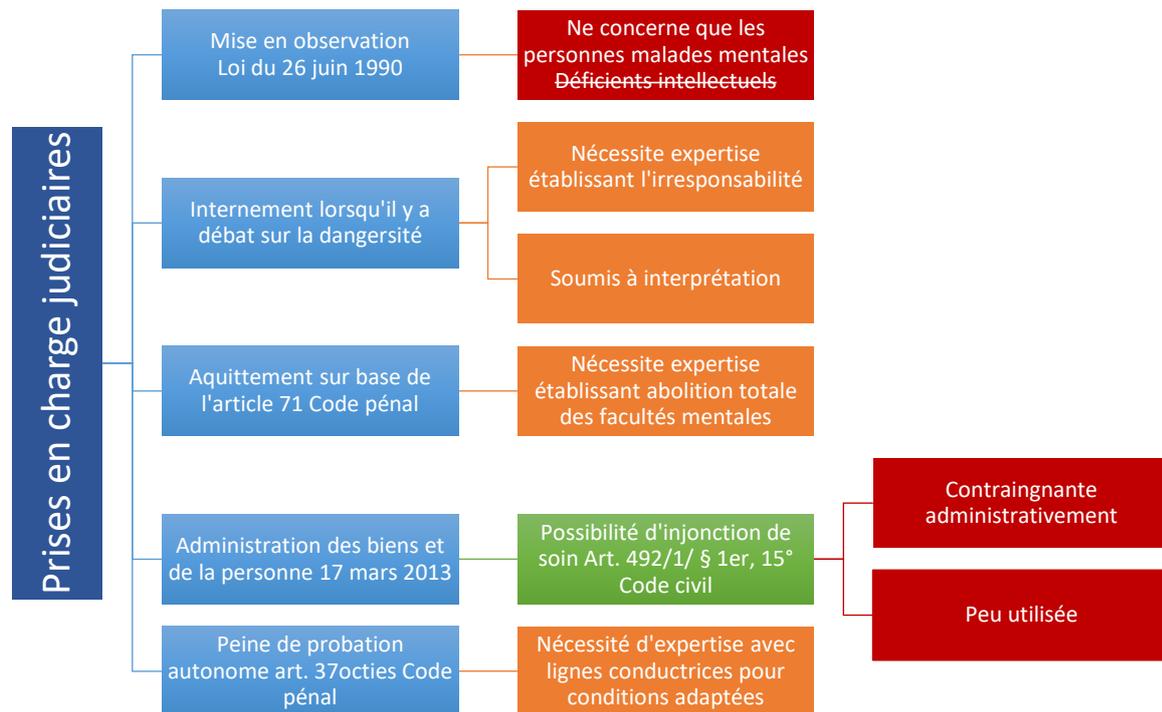
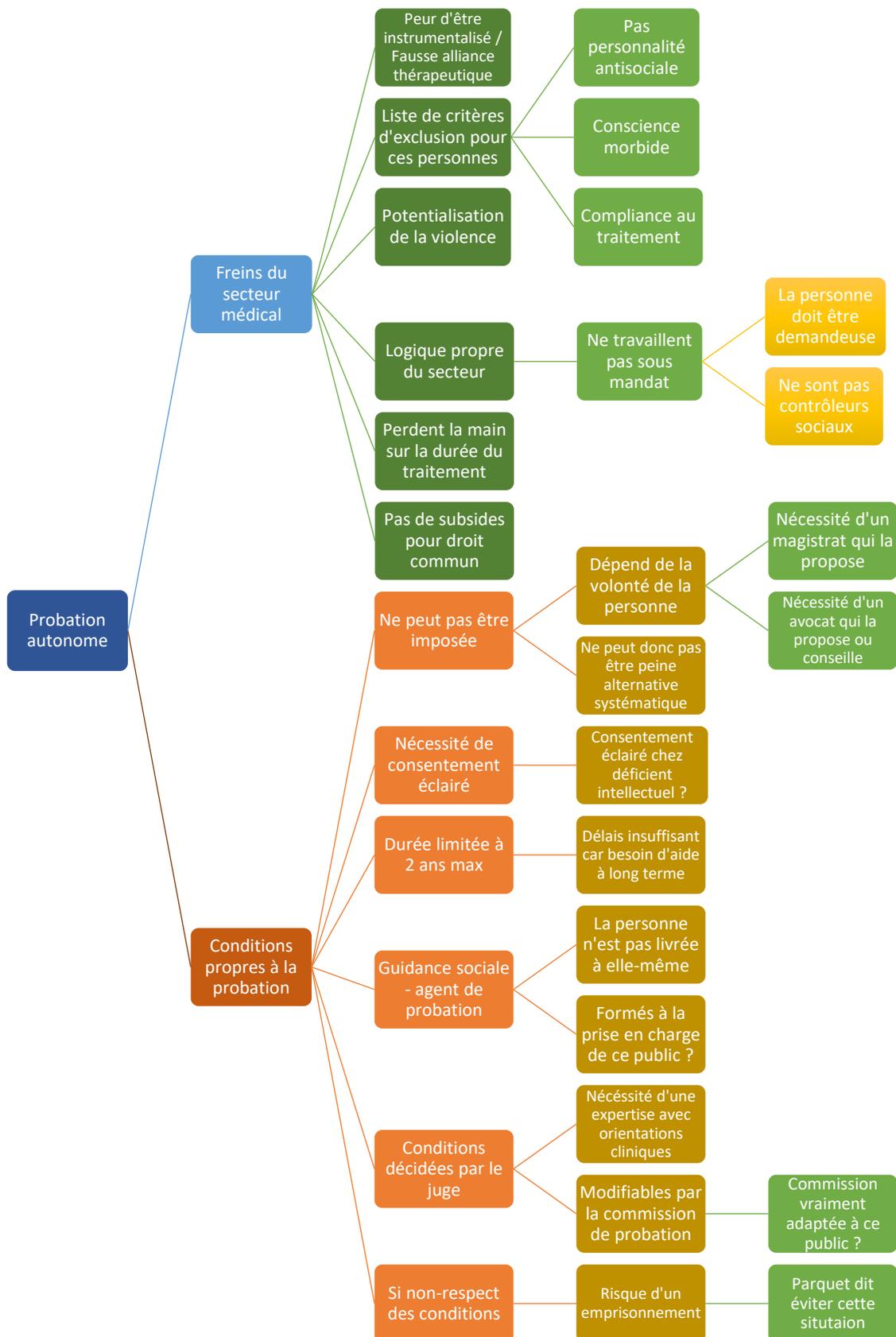


Figure 3. La peine de probation autonome comme alternative à l'internement



ANNEXE 6. Schémas illustratifs des résultats de l'analyse des entretiens

Figure 1. Les prises en charge médico-psycho-sociales envisagées

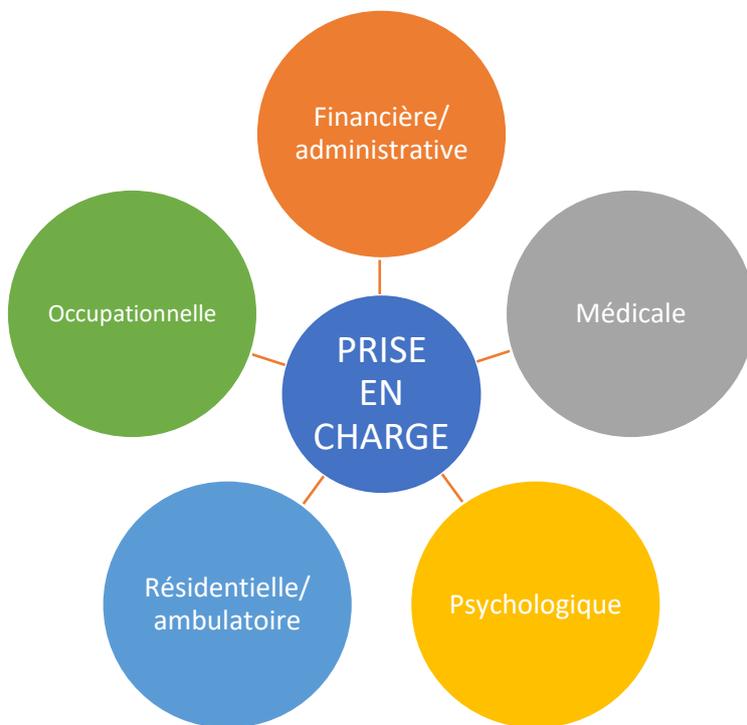


Figure 2. Prise en charge sur le plan financier et administratif

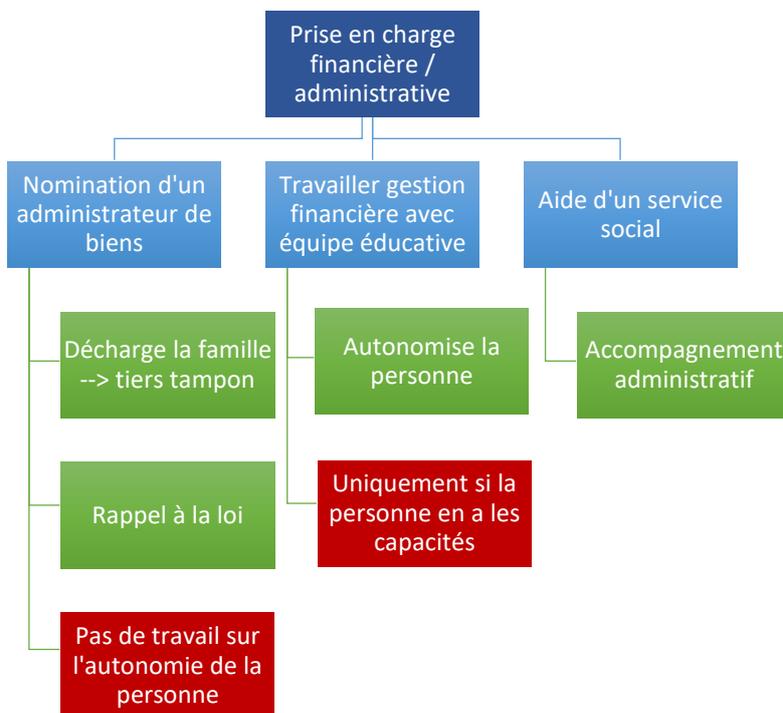


Figure 3. Prise en charge sur le plan occupationnel

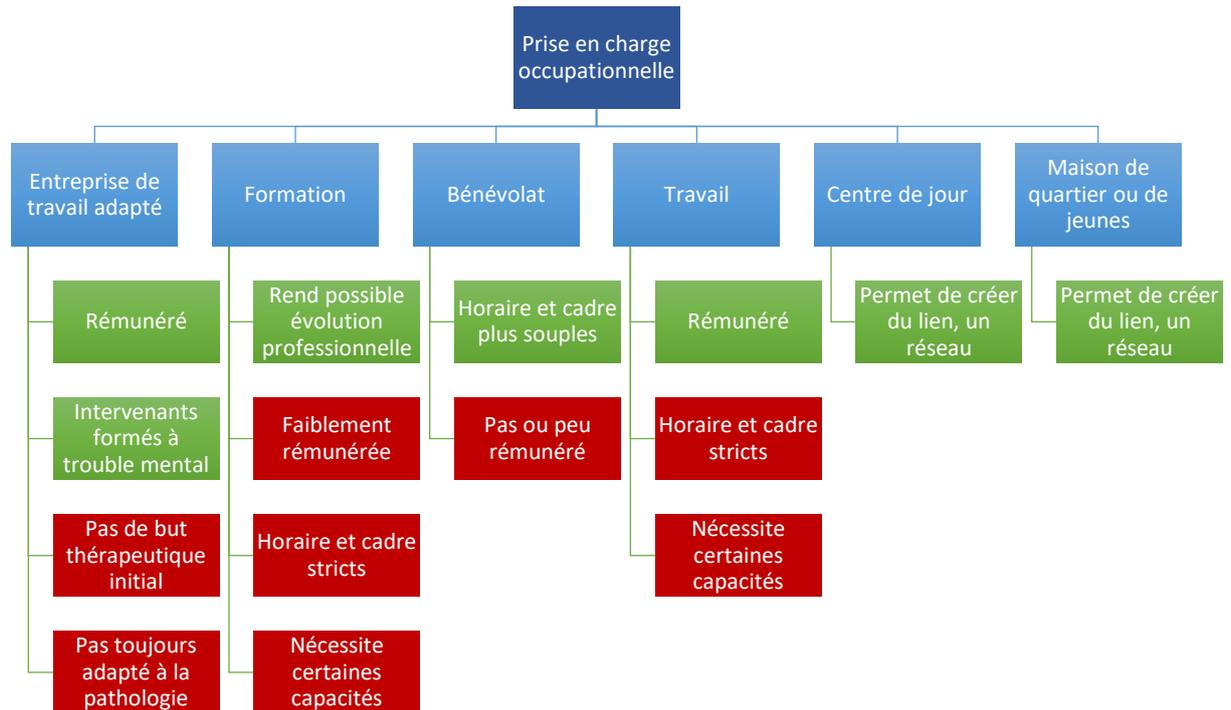


Figure 4. Prise en charge sur le plan psychologique

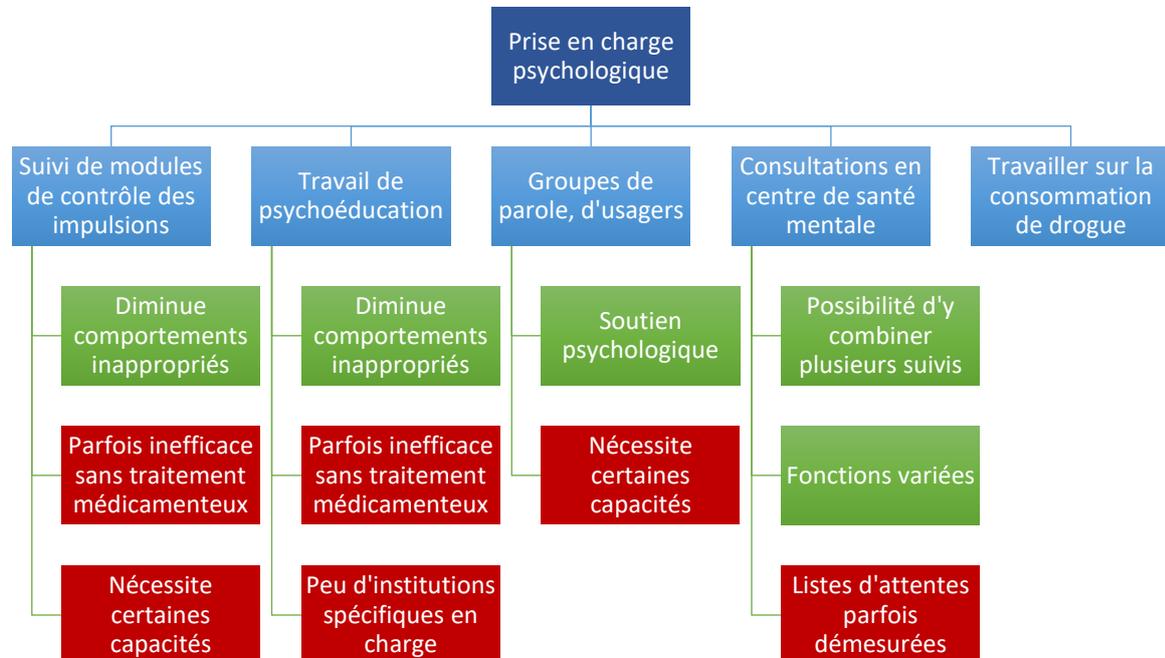


Figure 5. Prise en charge sur le plan médical

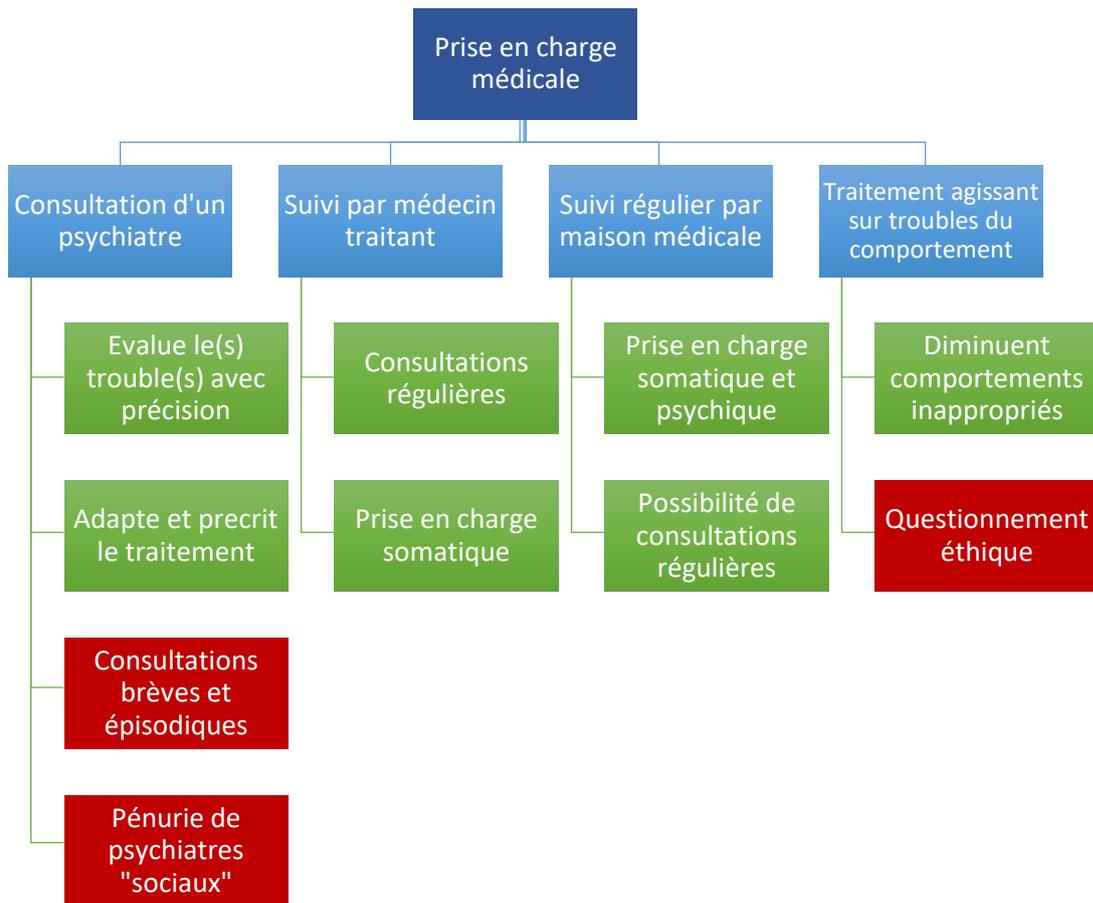


Figure 6. Prise en charge médicale globale/hébergement

