

Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires *L.B. et W.D. c. Belgique*

19 janvier 2026

Par Unia, le Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP), et l'Institut
fédéral pour la protection et la promotion des droits humains (IFDH)

Le **Conseil central de surveillance pénitentiaire** est l'organe indépendant et impartial de contrôle et d'avis veillant à garantir les droits et la dignité humaine des personnes détenues. Il a été créé par la loi de principes du 12 janvier 2005¹.

Unia est une institution publique indépendante de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité des chances. L'indépendance et l'engagement d'Unia en faveur des droits humains sont reconnus par la GANHRI (statut B). Unia dispose d'une compétence interfédérale, ce qui signifie que Unia est actif tant au niveau fédéral qu'au niveau des Communautés et des Régions². Unia est chargé de soutenir les victimes de discriminations basées sur les critères protégés par les lois antidiscrimination, qui mettent en œuvre les directives européennes 2000/43 et 2000/78. Le 12 juillet 2011, Unia a également été désigné comme mécanisme indépendant de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

L'**Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains** (IFDH) a été créé en vertu de la loi du 12 mai 2019 pour contribuer à la protection et à la promotion des droits humains en Belgique. Il est accrédité par l'Alliance mondiale des instituts nationaux des droits humains (GANHRI) avec un statut B. En avril 2024, l'IFDH a été désigné comme mécanisme national de prévention (MNP) au niveau fédéral dans le cadre du Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT). Dans le contexte du mandat de MNP, l'IFDH collabore étroitement avec les institutions existantes dotées d'un mandat de visite, à savoir le Conseil central de surveillance pénitentiaire, le Centre fédéral migration, et le Comité permanent de contrôle des services de police. Cette communication s'inscrit dans le cadre de la mission de l'IFDH de suivi de la mise en œuvre par les autorités belges de leurs obligations internationales et de sa mission de collaboration avec les organisations internationales de protection des droits humains.

¹ Art. 22, loi de principes du 12 janvier 2005, *Moniteur belge* (ci-après '*M.B.*'), 1^{er} février 2005. Pour plus d'informations, consulter <https://ccsp.belgium.be>.

² à l'exception des compétences de la Région et de la Communauté flamandes, depuis le 15 mars 2023. Pour plus d'informations, consulter [Unia est-il actif en Flandre ? | Unia](#).

Table des matières

Introduction	3
1. Internés en prison : un problème grave et persistant.....	4
1.1. Principes généraux applicables à l'internement en prison	5
1.2. Nette augmentation du nombre d'internés en prison	7
1.3. Etudes sur les causes de l'internement	8
2. Situation des personnes internées en milieu carcéral	10
2.1. Infrastructures.....	11
2.2. Personnel pénitentiaire et de soin.....	11
2.3. Soins et réinsertion	12
2.4. Régime disciplinaire	13
2.5. Publics en situation de vulnérabilité	13
3. Des réformes politiques et législatives insuffisantes.....	14
3.1. Réformes politiques et législatives annoncées	14
3.2. Création d'un mécanisme national de prévention	17
4. Manque de recours effectif	18
4.1. Recours préventif.....	18
4.2. Recours indemnitaire	19
Conclusion	19
Annexes	
Annexe 1. Evolution du nombre des personnes internées au sein des établissements pénitentiaires 2016 – 12.01.2026 01.01.2024 – 12.01.2026	
Annexe 2. Cadre du personnel des équipes de soin et le rapport avec le nombre des personnes définitivement internées au sein des établissements pénitentiaires le 12 janvier 2026	
Annexe 3. Réponse du Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et de la Mer du Nord à la question n° 55-2-002259 de madame la députée Claire HUGON du 6 décembre 2023	

Introduction

Le **groupe d'affaires L.B. et W.D.** concerne le maintien prolongé d'internés dans les ailes psychiatriques³ d'établissements carcéraux belges en l'absence de soins appropriés. Ce phénomène constitue un **problème structurel** en Belgique, comme l'a pointé la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) dès 2016 : « *les violations précitées trouvent leur origine dans un dysfonctionnement structurel lié au maintien en milieu carcéral [des personnes internées] sans prise en charge thérapeutique adaptée* »⁴. Près de quinze ans après la condamnation de la Belgique dans *L.B.*, la situation continue de s'aggraver. En 2024, le Comité des Ministres a adopté une résolution intérimaire, priant « *instamment les autorités de tout mettre en œuvre pour régler au plus vite le problème structurel de fond* »⁵. Le problème continue toutefois de s'aggraver depuis cette résolution.

Les condamnations de la Belgique par la CrEDH pour cette pratique sont nombreuses et, pour certaines, déjà anciennes. Les arrêts *L.B.*⁶, *Lankester*⁷, *Smits et autres*⁸, l'arrêt pilote *W.D.*⁹, et *Venken et quatre autres*¹⁰ ou encore le récent arrêt *B.D.*¹¹ peuvent notamment être cités. La Cour a considéré que cette pratique violait les dispositions suivantes :

- le **droit à la liberté et à la sûreté**¹² des requérants ;
- pour certains des requérants¹³, une **violation de l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants**¹⁴ en raison des conditions déplorables pour leur santé mentale ;
- dans deux de ces affaires, une violation du **droit à un recours effectif**¹⁵ car les détenus ne disposaient pas d'un recours légal préventif approprié pour contester leurs conditions de détention¹⁶ ;
- et enfin, le droit qu'un **tribunal statue à bref délai** sur la légalité de la détention¹⁷.

La présente communication a été rédigée par **Unia**, le **Conseil central de surveillance pénitentiaire** (CCSP) et l'**Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains** (IFDH). Elle présente un état de la problématique de l'internement dans les prisons belges. En particulier, elle :

- Souligne que la problématique de l'internement des personnes en prison sans soins appropriés, telle qu'elle **s'est aggravée ces dernières années**, notamment en raison d'une augmentation des personnes internées en milieu carcéral et du manque chronique persistant et important de personnel, persiste (section 1.).

³ A l'instar du terme utilisé par le Comité des Ministres, le terme « ailes psychiatriques » renvoie tant aux annexes psychiatriques des prisons qu'aux sections de défense sociale.

⁴ Cour européenne des droits de l'homme (ci-après CrEDH), *W.D. c. Belgique*, 6 septembre 2016, n° 73548/13, § 180.

⁵ Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, surveillance de l'exécution des arrêts de la CrEDH, *Résolution intérimaire – Groupe L.B. (Requête n° 22831/08) et W.D. (Requête n° 73548/13) c. Belgique*, 1514^{ème} réunion, 5 décembre 2024, CM/ResDH(2024)331.

⁶ CrEDH, *L.B. c. Belgique*, 22 octobre 2012, n° 22831/08.

⁷ CrEDH, *Lankester c. Belgique*, 9 janvier 2014, n° 22283/10.

⁸ CrEDH, *Smits et autres c. Belgique*, 3 février 2015, n° 49484/11 (Smits), 53703/11 (Krynen), 4710/12 (Desmedt), 15969/12 (Taelman), 49863/12 (Van den Bossche), 70761/12 (Cleys).

⁹ CrEDH, *W.D. c. Belgique*, 6 septembre 2016, n° 73548/13.

¹⁰ CrEDH, *Venken et quatre autres c. Belgique*, 6 septembre 2021, n° 46130/14.

¹¹ CrEDH, *B.D. c. Belgique*, 27 août 2024, n° 50058/12.

¹² Art. 5 §1^{er} de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après 'CEDH').

¹³ *Lankester* ; *W.D.* ; *Venken et autres*, mais uniquement vis-à-vis de certains des requérants (Clauws, Rogiers, Neiryck et Van Zandbergen).

¹⁴ Art. 3 CEDH.

¹⁵ Art. 13 CEDH.

¹⁶ CrEDH, *W.D.*, §§ 150-152 ; *Venken et autres*, § 195.

¹⁷ Art. 5 §4 CEDH. Voir les arrêts CrEDH, *W.D. c. Belgique*, *op. cit.* ; *Venken et autres* ; *B.D.*

- Examine la **situation des internés en prison**, notamment en termes d'infrastructure, de personnel, de soins et de mesures disciplinaires (2.).
- Examine ensuite **plusieurs réformes législatives récemment adoptées**, en particulier la création d'un mécanisme national de prévention de la torture, ou **prévues**, décrites dans certaines déclarations politiques récentes (notamment l'accord de coalition fédérale) (3).
- Critique enfin le manque persistant de **garanties pour le droit à un recours effectif des internés** (4.)

Cette communication fait suite à deux **précédentes communications** que nous avons adressées, pour la première, en juillet 2023¹⁸ et, pour la seconde¹⁹, en octobre 2024 au Comité. Nous renvoyons à ces communications pour les développements suivants :

- Les **moyens affectés à l'expertise psychiatrique** (communication de juillet 2023) ;
- Le **manque de structures** pour les personnes placées **dans le circuit de soin régulier** (communication de juillet 2023) ;
- Les **principes généraux de l'internement** et la spécificité des sections de défense sociale (communication d'octobre 2024) ;
- La spécificité des **personnes internées illégalement** et les obstacles à la **sortie de prison** pour les personnes internées (communication d'octobre 2024) ;
- Et la **réforme du Code pénal** (communications de juillet 2023 et d'octobre 2024).

Enfin, cette communication se réfère au plan d'action de l'État belge du 18 décembre 2025²⁰, publié le 8 janvier 2026, ainsi qu'aux précédents plans d'action²¹.

1. Internés en prison : un problème grave et persistant

Notre communication de 2024 s'est efforcée de décrire les principales **dispositions légales applicables à l'internement**²², ainsi que la décision des autorités publiques belges d'augmenter **la capacité de places pour les personnes internées au sein des prisons** à l'encontre des objectifs de la loi sur l'internement et à rebours des condamnations de la CrEDH²³. Nous rappelons brièvement ces constats ci-dessous (1.1). Le point suivant est consacré à **l'évolution du nombre des personnes internées** séjournant en milieu carcéral (1.2.). L'État a en outre réalisée une **étude sur les causes** de l'augmentation des décisions d'internement et sur le maintien des internés en prison. Les conclusions de cette étude n'apportent pas encore de réponse claire à ce phénomène (1.3.).

¹⁸ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires* L.B. c. Belgique, communication selon la règle 9.2 du des Règles du Comité des Ministres pour la supervision des arrêts, 20 juillet 2023, [DH-DD\(2023\)906](#).

¹⁹ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires* L.B. c. Belgique, communication selon la règle 9.2 du des Règles du Comité des Ministres pour la supervision des arrêts, 18 octobre 2024, [DH-DD\(2024\)1276](#).

²⁰ Plan d'action révisé (2025), exécution des arrêts de la CrEDH en matière d'internement – groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 18 décembre 2025, 1553^e réunion, [DH-DD\(2026\)4](#).

²¹ Plan d'action révisé (2023), exécution des arrêts de la CrEDH en matière d'internement – groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juin 2023, 1475^e réunion, [DH-DD\(2023\)756](#) ; Plan d'action révisé (2024), exécution des arrêts de la CrEDH en matière d'internement – groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 10 octobre 2024, 1514^e réunion, [DH-DD\(2024\)1144](#).

²² Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires* L.B. c. Belgique, 2024, *op. cit.*, section 1.1.

²³ *Ibidem*, section 1.3.

1.1. Principes généraux applicables à l'internement en prison

De façon générale, l'ensemble des détenus ont **droit à des soins de santé équivalents aux soins dispensés dans la société libre**²⁴. Toutefois, l'Ordre des médecins belge tirait récemment la sonnette d'alarme et formulait des recommandations déplorant que « ces droits fondamentaux, qui sont au cœur de la déontologie médicale, font l'objet de transgressions de manière systématique »²⁵. Le 10 décembre 2025, c'était au tour de bâtonniers et bâtonnières de dénoncer la grave défaillance de l'accès aux soins de santé en prison, en violation de la loi et des conventions internationales²⁶.

La situation générale est **catastrophique**. Elle l'est plus spécifiquement encore pour les personnes internées qui demeurent en prison sans encadrement thérapeutique suffisant et adapté. Or, comprendre la problématique de l'internement et des limites de l'encadrement et des soins requiert de distinguer les « annexes psychiatriques » des « établissements ou sections de défense sociale » (EDS/SDS).

Les **annexes psychiatriques** sont toujours attachées à une maison d'arrêt, comme précisé dans l'arrêté royal du 17 août 2019²⁷. Elles visent à assurer des soins psychiatriques aux détenus, qu'ils soient accusés, condamnés ou (provisoirement) internés. La loi ne permet le placement temporaire et exceptionnel d'une personne définitivement internée **dans une annexe psychiatrique** que dans **quatre hypothèses** qui concernent soit des prévenus en détention préventive au moment de la décision d'internement ou qui sont internés avec incarcération immédiate dans l'attente de la décision de la chambre de protection sociale, des personnes internées pour qui la libération à l'essai (ou la surveillance électronique) est suspendue, des personnes internées non détenues qui ont été arrêtées de manière provisoire ou des personnes détenues qui sont internées en cours de détention²⁸. Il convient donc de noter qu'en règle, **les personnes définitivement internées ne peuvent pas légalement être incarcérées dans des prisons** (y compris dans une annexe psychiatrique), à l'exception des sections de défense sociale.

L'**établissement de défense sociale** est un établissement de l'administration pénitentiaire, tout comme les prisons dans lesquelles les **sections de défense sociale** sont situées. Dans un établissement ou section de défense sociale, les personnes internées peuvent être placées. En effet, légalement, **l'internement doit être exécuté dans l'un des établissements visés par la loi**²⁹, c'est-à-dire dans un établissement ou une section de défense sociale, dans un centre de psychiatrie légale (CPL) ou dans un établissement reconnu par l'autorité compétente, ces deux dernières possibilités ne relevant pas

²⁴ Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus.

²⁵ Recommandations déontologiques pour le respect de la dignité humaine et de la qualité des soins de santé dans les prisons, 12 septembre 2025, Conseil national, disponibles ici [Ordomedic | Recommandations déontologiques pour le respect de la dignité humaine et de la qualité des soins de santé dans les prisons](#).

²⁶ Article de La Libre du 10 décembre 2025, « L'accès aux soins de santé en prison est "épouvantable" », [L'accès aux soins de santé en prison est "épouvantable" - La Libre](#).

²⁷ Art. 4, arrêté royal portant exécution des dispositions de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, relatives à la destination des prisons et au placement et transfèrement des détenus, *M.B.*, 29 août 2019, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 14 juin 2022 (*M.B.*, 8 août 2022), l'art. 5 de l'A.R. du 28 juin 2023 (*M.B.*, 23 août 2023) et l'art. 1er de l'A.R. du 1 septembre 2024 (*M.B.*, 12 septembre 2024).

²⁸ Voir pour plus de détails Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique*, 2024, *op. cit.*, section 1.1.

²⁹ Art. 3, 4°, b), c) et d), 19 et 35, loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014.

de l'administration pénitentiaire³⁰. Un seul établissement de défense sociale existe, celui de Paifve³¹. Les sections de défense sociale ont le même statut que celui-ci, mais font partie d'un établissement pénitentiaire qui accueille également des inculpés sous mandat d'arrêt ou des personnes condamnées³². Le placement d'une personne internée dans une section de défense sociale doit également avoir pour objectif le soin en vue de la réinsertion dans la société.

La **différence entre les annexes psychiatrique et les sections de défense sociale** doit, dans les faits, être relativisée : depuis 2021, le cadre des équipes de soins dans les établissements dépendant de l'administration pénitentiaire se base sur la norme de **0,33 équivalent temps plein par personne internée**, et ce pour les sections de défense sociale et les annexes psychiatriques³³. En outre, les annexes psychiatrique et les sections de défense sociale ne visent pas (nécessairement) des ailes de la prison qui bénéficient d'une infrastructure, d'un cadre de personnel et d'un régime bien distincts. Les SDS sont souvent des **cellules logées au sein des annexes psychiatriques**. La chambre de protection sociale a ainsi constaté que la SDS de Namur et l'annexe psychiatrique étaient indifférenciées³⁴. Plus encore, il n'y a souvent aucune distinction entre celles-ci et les autres sections ou ailes de la prison. Les détenus, qu'ils soient placés à l'annexe psychiatrique ou à la section de défense sociale, reçoivent les mêmes soins (limités)³⁵. Par ailleurs, les SDS légalisent le soin en prison, alors **que celle-ci n'est pas en soi un lieu de soin**, indépendamment de la dénomination qui est attribuée à l'aile qui accueille les personnes internées. Ce constat est partagé par le service public fédéral de la Justice qui a souligné que « *les prisons ne sont pas le lieu adéquat pour [bénéficier d'un encadrement adapté et spécialisé pour la bonne gestion de leur pathologie]* »³⁶.

Enfin, compte tenu de la saturation des annexes psychiatriques, **certaines personnes internées séjournent dans les sections ordinaires** où se trouvent aussi les autres prévenus et condamnés. Ces placements dans des sections ordinaires posent un risque pour l'intégrité physique des personnes internées et leur santé³⁷. Par ailleurs, en raison de la surpopulation carcérale, les internés sont confrontés à une suroccupation des cellules et à ses effets (conditions de vie dégradées, atmosphère conflictuelle, etc.).

³⁰ À ce jour, aucun accord n'a été conclu, mais néanmoins, en dehors de tels accords, certains hôpitaux psychiatriques réservent une capacité pour des personnes internées (voy. O. Nederlandt e.a., « Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophone », *Rev. Dr. Pén. Crim.*, 2023, p. 1025).

³¹ Voir le [rapport de visite ad hoc](#) réalisée par le Conseil central de surveillance pénitentiaire en mars 2020.

³² Voir la lettre collective n° 140octies du 24 décembre 2024, disponible sur <https://justice.belgium.be/fr>. Trois sections de défense sociale voient leur existence consacrée par arrêté royal (voy. O. Nederlandt e.a., « Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés? », *op. cit.*, p. 1024, note 24).

³³ Plan d'action révisé (2024), *op. cit.*, p. 34. Il convient de noter que le dernier plan d'action ne fournit plus cette précision : Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 31-32.

³⁴ O. Nederlandt, « Chronique de jurisprudence en matière d'exécution des peines et des mesures », *Rev. Dr. Pén. Crim.*, 2024, n°7-8, p. 825.

³⁵ Un placement à la section de défense sociale garantit quand même que la personne internée, à la différence de la personne internée à l'annexe psychiatrique, peut rester dans cette prison située peut-être plus près de son réseau familial ou près de la région dans laquelle sa réinsertion sera envisagée. C'est ainsi que l'administration pénitentiaire réserve les places de la section de défense sociale à Gand pour les personnes internées à qui la chambre de protection sociale a admis qu'un projet de réinsertion est élaboré dans la région de Flandre occidentale ou orientale, ce qui est plus difficile quand la personne internée est placée à Merksplas (Anvers) ou Turnhout (Anvers).

³⁶ SPF Justice, *Memorandum 2024*, p. 10.

³⁷ Commission d'appel néerlandophone, décision BC/23-0128, 13 novembre 2023, <https://rechtspraak.ctrg.belgium.be/files/BC-23-0128.pdf>, cité dans O. Nederlandt, « Chronique de jurisprudence en matière d'exécution des peines et des mesures », *op. cit.*, p. 771.

1.2. Nette augmentation du nombre d'internés en prison

La communication que nous avons adressée au Comité des Ministres en 2023 soulignait **l'augmentation constante** du nombre de personnes internées séjournant en prison, passée de 537 personnes par jour en moyenne en 2019 à 886 au 30 juin 2023³⁸. Cette augmentation s'est poursuivie en 2024, franchissant le seuil de mille personnes internées en prison. Depuis septembre 2024, le nombre de personnes internées en prison n'est plus descendu en dessous de 1 000 et le nombre d'internés a continué à augmenter en 2025 (annexe 1). Le tableau suivant détaille **le nombre des personnes définitivement internées le 12 janvier 2026** – selon les chiffres du Epi Data Portal³⁹ – qui sont détenues en prison.

Etablissement pénitentiaire	Nombre d'internés	Capacité SDS/EDS ⁴⁰	Capacité annexe psychiatrique ⁴¹	Capacité SDS + annexe psych.
Anvers	62	7 (hommes)	51	58
Bruges	20	38 (femmes)	54	92
Gand	158	26 (hommes) 5 (femmes)	54	85
Hasselt ⁴²	8			0
Louvain secondaire	29		35	35
Merksplas	196	205 (hommes)		205
Turnhout	116	120 (hommes)		120
Jamioulx	19		24	24
Lantin	47		40	40
Mons	26		23	23
Namur	58	26 (hommes)	22	48
Paifve	222	205 (hommes)		205
Haren	128	10 (femmes)	134	144
Total	1 089	642	437	1 079

Ce tableau atteste de la présence massive des internés en prison. Les autorités ne cessent pourtant d'affirmer que « [l]es internés n'ont pas leur place dans les prisons, mais ont besoin de soins spécialisés »⁴³. Toutefois, les mesures prises pour étendre le circuit externe de soins demeurent à ce

³⁸ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique* (2023), *op. cit.*, p. 5.

³⁹ Les chiffres concernent les personnes définitivement internées, sans inclure les personnes internées dont la décision d'internement n'est pas encore définitive (statut 'pre-trial'), ni les personnes internées qui sont arrêtées provisoirement ou dont la libération à l'essai est suspendue (statut 'other'). Le nombre de personnes suivies par l'équipe de soin de l'annexe psychiatrique est également plus élevé car l'équipe de soin s'occupe également de prévenus et condamnés. La différence entre ces deux chiffres peut être notable.

⁴⁰ Lettre collective n° 140octies du 24 décembre 2024, 'Instructions relatives à la loi sur l'internement du 5 mai 2014', p. 7, disponible sur <https://justice.belgium.be/fr>.

⁴¹ Réponse du Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et de la Mer du Nord à la question n° 55-2-002259 de madame la députée Claire HUGON du 6 décembre 2023, Chambre des représentants, *Questions et réponses écrites*, 21 février 2024, annexe 3 (voir <https://www.lachambre.be/QRVA/pdf/55/55K0129.pdf>, p. 278).

⁴² La présence de ces huit personnes dans une prison qui ne dispose pas d'une section de défense sociale (et même pas d'une annexe psychiatrique) est aussi contraire aux dispositions de la loi du 5 mai 2014.

⁴³ *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, *Note de politique générale Justice*, 31 octobre 2023, n° 55 3649/023, p. 38. Voir déjà en ce sens Vice-Premier ministre et ministre de la Justice, *Déclaration de politique 2.0 – Justice*,

stade insuffisantes pour remédier à l'augmentation du nombre de personnes internées en prison. Le dernier plan d'action de l'État belge explique cette augmentation par la **croissance du nombre de décisions d'internement** en général, en particulier en Flandre⁴⁴, ainsi qu'en raison du manque de places dans le circuit de soins externe. Le plan d'action précédent pointait en particulier un manque de places au sein des centres de psychiatrie légale dont le flux sortant est faible et au sein du réseau de soins réguliers et 'medium security'⁴⁵.

Or, les perspectives d'une réduction importante du nombre d'internés en prison s'éloignent encore et toujours. Le dernier plan d'action précise que, le marché public pour la construction et l'exploitation de ces deux CPL faisant l'objet d'un recours en annulation devant le Conseil d'Etat, la procédure de sélection des candidats n'a pas encore abouti⁴⁶. **La dernière échéance annoncée pour l'ouverture des CPL de Paifve et de Wavre est au plus tôt fin 2032**⁴⁷. Un troisième projet d'institution psychiatrique sécurisée, qui aurait été construite à Alost, en Flandre, est abandonné. Pour l'ouverture de cet établissement de haute sécurité pour les 'long-séjours' ('Long-term Forensic Psychiatric Care' ou LFPC) en Flandre, aucune échéance n'est annoncée⁴⁸.

Enfin, il est à noter que, si une catégorie non négligeable de personnes internées nécessite effectivement un cadre sécurisé, une grande partie de la population qui réside au sein des CPL flamands déjà existants (et plus généralement dans les lieux de placement) **n'appartient pas** à cette catégorie⁴⁹. Il n'est donc pas certain que la construction des futurs CPL apportera vraiment une réponse à la hauteur de l'enjeu, celui d'offrir à chaque individu une place qui correspond à ses besoins et à son profil réel de risque. Enfin, deux audits réalisés par l'inspection flamande des soins de santé (Zorginspectie) déplorent une **détérioration de la qualité du soin dans les CPL**, en raison d'une grave pénurie de personnel et du taux élevé de rotation en leur sein⁵⁰.

1.3. Etudes sur les causes de l'internement

L'étude de l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie (INCC), tant attendue et évoquée à l'occasion de la résolution intérimaire CM/ResDH (2024)331⁵¹, est désormais disponible sur leur site

7 février 2021, p. 31 ; voir également *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, [Note de politique générale Justice et Mer du Nord](#), 29 octobre 2021, n° 55 2294/016, pp. 11-12.

⁴⁴ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 20.

⁴⁵ Les établissements "medium security" sont des unités semi-fermées pour les personnes internées présentant un risque moyen, dans le cadre d'une libération à l'essai. Ils peuvent former une transition entre les unités de haute sécurité ("high security") entièrement fermées et le circuit régulier ("low security").

⁴⁶ Voir aussi <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/centre-de-psychiatrie-legale-2> et <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/etablissement-de-defense-sociale-centre-de-psychiatrie-legale>: l'attribution du marché et le début des travaux est à déterminer.

⁴⁷ Réponse du 18 novembre 2025 de la Ministre de l'Action et Modernisation publiques, Entreprises publiques, Fonction publique, Gestion immobilière de l'État, Numérique et Politique scientifique, Vanessa Matz à la question parlementaire de Els Van Hoof sur 'les centres de psychiatrie légale', disponible sur [ic240.pdf](#) p.30.

⁴⁸ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 15

⁴⁹ Si on se base sur l'instrument d'évaluation des risques (risicotaxatieinstrument), un article scientifique laisse apparaître que seulement 19,2 % des personnes que la CPS oriente vers un CPL répondent au critère de "haute sécurité". Voir I. Jeandarme, P. Habets et H. Kennedy, : « Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions », *International Journal of Law & Psychiatry*, 64, mai-juin 2019, pp. 205-210.

⁵⁰ Service d'inspection flamand (Zorginspectie), [inspectieverslag: forensisch psychiatrische centra](#), 2023.

⁵¹ Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, surveillance de l'exécution des arrêts de la CrEDH, Résolution intérimaire – Groupe L.B. (Requête n° 22831/08) et W.D. (Requête n°73548/13) c. Belgique, 1514ème réunion, 5 décembre 2024, CM/ResDH(2024)331.

web⁵². L'INCC est une institution scientifique logée au sein du ministère de la Justice qui a reçu la mission d'étudier les **causes de l'augmentation du nombre de personnes internées**, particulièrement en prison.

Si le rapport de recherche offre un bel état des lieux de la situation de l'internement dans notre pays, il inventorie et cartographie les données et savoirs disponibles (ou non) plus qu'il n'étudie et justifie les raisons de l'augmentation du nombre de personnes internées en prison et du recours croissant à la mesure de l'internement. Comme le soulignait la Ministre de la Justice en novembre 2025, « **le rapport ne permet pas de tirer des conclusions définitives**, mais constitue la base d'une recherche plus approfondie »⁵³ (nous soulignons). Or, le dernier plan d'action annonçait précisément l'intention « d'expliquer la hausse du nombre d'internements sur base de différentes hypothèses et de formuler des pistes de solution ». C'est là un décalage entre les annonces du gouvernement, nos attentes et le mandat, in fine, conféré à l'INCC.

Ainsi, l'étude avance **11 hypothèses**⁵⁴ susceptibles d'expliquer l'augmentation du nombre de personnes internées :

- 1) Dégradation de la santé mentale de la population générale et manque de prise en charge ;
- 2) Nouvelles pratiques professionnelles de certains acteurs de la justice ;
- 3) Maintien (souvent illégal) des personnes internées en prison et manque de places d'accueil extérieures à la prison (avant la première audience) ;
- 4) Augmentation du nombre de condamnés détenus internés ;
- 5) Surutilisation et/ou mauvaise occupation des places résidentielles au détriment de l'ambulatoire (notamment au moment de la première audience) ;
- 6) Augmentation du nombre de places (lits) au sein des structures pour personnes internées
- 7) Augmentation du refus de la libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise ;
- 8) Diminution du nombre d'octroi de la libération à l'essai et/ou augmentation du délai avant l'octroi ;
- 9) Augmentation du nombre d'arrestations provisoires ainsi que des suspensions et des révocations de la libération à l'essai et autres modalités d'exécution ;
- 10) Augmentation du rejet de la libération définitive ;
- 11) Recours insuffisants et/ou inadaptés aux équipes mobiles TSI.

Pour l'ensemble de ces hypothèses, le rapport de synthèse⁵⁵ dresse les constats suivants :

- **Les données existantes** pour comprendre la problématique relative à la prise en charge des personnes internées **restent incomplètes**, voire peu fiables, et ne sont généralement pas articulées entre elles.
- La **chambre de protection sociale** du tribunal de l'application des peines est un acteur clé dans la prise en charge des personnes internées. Son fonctionnement devrait être davantage mis en lumière.

⁵² Rapport de recherche de l'INCC, « Augmentation du nombre de personnes internées en Belgique : état des savoirs », juin 2025, [rapport 64a internement fr.pdf](#).

⁵³ Réponse du 12 novembre 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden aux questions parlementaires jointes de Sophie De Wit, Marijke Dillen, Alain Yzermans et Stefaan Van Hecke sur l'évasion de deux personnes internées du CPL de Gand, p. 26-27 disponible sur [ic238x.pdf](#).

⁵⁴ Rapport de recherche de l'INCC, « Augmentation du nombre de personnes internées en Belgique : état des savoirs », juin 2025, p.47, [rapport 64a internement fr.pdf](#).

⁵⁵ Présentation de la recherche relative à l'augmentation du nombre de personnes internées en Belgique. Etat des savoirs, disponible sur [Microsoft Word - 20250918 Recherche Internement Synthèse.docx](#).

- La trajectoire des personnes internées avant leur libération définitive est sujette à une **progressivité**. Autrement dit, et bien que la loi en dispose autrement, les personnes internées sont amenées à passer parfois plus de temps que nécessaire dans un mode de prise en charge institutionnelle, avant de pouvoir bénéficier de modalités ambulatoires, voire de modalités de prise en charge moins contraignantes encore.
- La **fragmentation institutionnelle de l'État belge** entraîne un éclatement des compétences entre l'Etat fédéral et les entités fédérées, en matière de justice et de soins de santé principalement. Il en découle que les différents professionnels mobilisés ne se connaissent pas (ou peu) en termes de pratiques, d'enjeux sectoriels, etc.
- La **saturation de certaines institutions entraîne la saturation d'autres institutions**, dans un contexte où sont encore trop peu connus à la fois le flux entrant des personnes dans le système de l'internement et à la fois le flux sortant des personnes qui accèdent à une libération définitive. Un **monitoring global et permanent** du parcours des personnes internées s'avère nécessaire.
- **Certaines pratiques professionnelles doivent être étudiées** pour en connaître les logiques sous-jacentes et répondre, par exemple, aux interrogations suivantes : dans quels cas une expertise en vue d'un internement est-elle requise ? Quelle perception ont les CPS de la libération à l'essai, voire de la libération définitive ? Quel trajet de soins s'offre aux personnes de nationalité étrangère sans titre de séjour en Belgique ?

Au départ de ces constats, la synthèse de la recherche recommande :

- La création d'une **base de données unique accompagnée d'un monitoring permanent de l'évolution des personnes internées** par un organisme spécifiquement chargé de l'exploitation des données et de l'adoption de politiques efficaces, pertinentes et adaptées à la réalité du terrain.
- Une **plus grande collaboration entre les professionnels de la Justice et des Soins de santé**, ainsi qu'avec les centres de recherche, afin de permettre l'échange des (bonnes) pratiques professionnelles et la circulation des savoirs scientifiques, de favoriser les prises en charge multidisciplinaires, de conscientiser sur les enjeux sectoriels mais également sociétaux de la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble mental.
- Un **soutien de la recherche scientifique** afin d'élargir les savoirs sur la prise en charge des personnes internées en Belgique.

2. Situation des personnes internées en milieu carcéral

Notre communication de 2024 rappelait que la prison n'est **pas un lieu adapté pour les personnes internées**, en évoquant son effet particulièrement problématique sur les personnes internées en situation de vulnérabilité accrue⁵⁶. En 2023⁵⁷ et 2025, Unia et le CCSP ont publié des rapports sur la situation des personnes internées, issues de l'analyse des signalements reçus et de visites de plusieurs jours dans plusieurs annexes psychiatriques de Belgique. Ce travail a permis de documenter l'impact négatif de la prison sur les personnes internées : **personnel pénitentiaire** en sous-effectif chronique et rarement formé aux spécificités de la maladie mentale ; **infrastructure des annexes** souvent en mauvais état ; **surpopulation carcérale** qui détériore encore les conditions de vie et les conditions sanitaires ; utilisation fréquente et souvent inadaptée du **régime disciplinaire**, etc.

⁵⁶ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique*, 2024, *op. cit.*, sections 2.1 et 2.2.

⁵⁷ Unia, [Rapport internement](#), « Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ? », 2023.

Ni les annexes psychiatriques ni les SDS ne répondent donc à **l'obligation légale de fournir des soins personnalisés visant à réinsérer les personnes internées**.

À la suite de la publication du premier rapport d'Unia sur le trajet de soin des personnes internées⁵⁸, Unia et le CCSP ont collaboré durant l'année 2024 et 2025 afin d'analyser plus précisément **la prise en charge de la maladie mentale en détention**. À cet effet, les deux institutions se sont rendues dans cinq prisons belges (à raison de trois jours consécutifs par prison) disposant d'une annexe psychiatrique ou d'une section de défense sociale⁵⁹. Ces visites ont donné lieu respectivement à un **rapport de recommandations** à l'attention des directions **de chaque établissement**⁶⁰ et à un **livret de synthèse**⁶¹ qui reprend les recommandations d'ordre structurel à l'attention des autorités en charge de l'internement : ministre de la Justice et ministre de la Santé notamment.

Les visites ont permis de constater **l'importance des efforts accomplis** en vue d'améliorer l'accompagnement médical : recrutement de personnel de soins ; mise en place d'équipes pluridisciplinaires et de coordinations pour suivre le trajet de soin des personnes internées et faire le lien « dedans-dehors » ; ouverture de la prison de Haren dont l'annexe psychiatrique offre, a priori, de meilleures conditions matérielles de détention que la prison de Saint-Gilles.

Toutefois, ces avancées **ne suffisent pas à garantir aux personnes internées un trajet de soins conforme aux objectifs de soin et de réinsertion** visés par la loi du 5 mai 2014. Les raisons identifiées reposent sur les **constats** suivants, regroupés dans les points ci-dessous.

2.1. Infrastructures

- À l'exception d'une prison inaugurée en 2022 (Haren), l'ensemble des prisons visitées sont **vétustes et mal entretenues**. Parallèlement, la surpopulation carcérale⁶² conduit de nombreuses personnes internées à séjourner en duo, voire davantage, dans des cellules initialement individuelles, ou dans des espaces plus éloignés des équipes et infrastructures de soins, avec des détenus de droit commun.
- Les préaux destinés aux détenus de l'annexe/ des sections de défense sociale sont exposés aux fenêtres des cellules du régime ordinaire ou jouxte le préau des détenus de droit commun. En raison de (risques d') agression, intimidations, harcèlement et même de jets d'objets, de nombreuses personnes internées **renoncent aux promenades** en plein air.
- L'infrastructure **empêche la mise en place d'un régime communautaire**.
- La promiscuité additionnée au délabrement du bâti génère **l'isolement social, la propagation de maladies contagieuses** (telles que la tuberculose), d'inévitables **tensions**, la **dégradation de la santé physique et mentale** des personnes internées.

2.2. Personnel pénitentiaire et de soin

- En raison du taux d'absentéisme, des difficultés liées au recrutement, et des arriérés de congés, les cadres de personnel prévus et les **effectifs réels ne sont pas atteints**. Qui plus est, le cadre actuellement fixé ne tient pas compte de la surpopulation carcérale et **ne répond donc pas aux besoins réels**.

⁵⁸ Unia, [Rapport internement](#), « Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ? », 2023.

⁵⁹ Les cinq prisons visitées sont Jamioulx et Mons en Wallonie, Haren à Bruxelles, Turnhout et Gand en Flandre.

⁶⁰ Rapport par établissement, disponible ici [Rapport "La maladie mentale derrière les barreaux" \(2025\) | Unia](#)

⁶¹ Livret de synthèse « La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse », juin 2025 d'Unia et du CCSP, disponible ici [Livret-internement-2025.pdf](#)

⁶² Article du journal Le Soir du 10 décembre 2025, « Surpopulation carcérale : "Je ne tire plus la sonnette d'alarme, je crie au secours" lance le directeur de la prison de Mons », [Surpopulation carcérale : 'Je ne tire plus la sonnette d'alarme, je crie au secours', lance le directeur de la prison de Mons - RTBF Actus](#)

- Le personnel pénitentiaire ne reçoit **pas (ou peu) de formation sur la santé mentale** et la prise en charge des détenus avec des troubles psychiques et/ou une déficience intellectuelle sévère. L'accompagnement de ces détenus internés repose donc sur la bonne volonté du personnel et la débrouille.
- La distinction entre « accompagnateurs de détention » et « assistants de sécurité » initiée par la réforme de l'organisation des services pénitentiaires et d'application dans l'une des prisons visitées ne répond pas **aux attentes du personnel**. Cette distinction a pour but d'améliorer la sécurité dynamique mais dans les faits, les accompagnateurs de détention n'ont bien souvent ni le temps ni les moyens de réaliser les tâches liées à leur mission d'accompagnement et de réinsertion.
- Dans la plupart des prisons, les **psychiatres** ne sont affectés **qu'à temps partiel** au suivi des personnes internées. Les heures de psychiatrie ne suffisent pas à rencontrer les besoins en soin de psychiatrie de l'ensemble de la population carcérale sujette à une maladie mentale. Par ailleurs, le cadre qui repose sur la norme 0,33 ETP n'est pas calculé sur la base de la population effective (surpopulation) mais **sur la base de la capacité d'accueil théorique**.
- La pénurie de médecins généralistes et de dentistes au sein des prisons entraîne des **délais d'attente excessifs** pour bénéficier d'une consultation auprès du service médical général.

L'annexe 3⁶³ donne un aperçu de la répartition des 233,2 ETP sur un cadre de 357 ETP prévu comme l'indique le dernier plan d'action⁶⁴ et calcule le rapport entre le nombre d'emplois effectifs en équivalent temps plein et le nombre de personnes définitivement internées.⁶⁵ A l'exception des prisons de Bruges, Jamioulx et Lantin, **la norme proposée de 0,33 ETP par patient-interné n'est atteinte nulle part**.

2.3. Soins et réinsertion

- Au vu de ce qui précède, dans la grande majorité des cas, **aucun suivi psychiatrique adéquat n'est proposé** aux personnes internées en dehors des situations de crise.
- Les traitements médicamenteux sont le plus souvent administrés en conformité avec les recommandations internationales en matière de psychotropes (en ce qui concerne les associations médicamenteuses, les doses, les contre-indications). En revanche, il n'existe pas de trace de protocoles de **monitoring des effets secondaires** de certains médicaments.
- La médication orale est souvent **distribuée par le personnel pénitentiaire** qui se voit investi d'une responsabilité qui ne lui revient pas.
- Les **délais d'attente** pour accéder aux soins somatiques sont **excessifs**, particulièrement lorsqu'il s'agit des **femmes internées** qui accèdent plus difficilement encore à des soins spécialisés⁶⁶ (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie...).

⁶³ Composition du cadre du personnel le 10.11.2025 et nombre des personnes définitivement internées le 12 janvier 2026.

⁶⁴ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 32.

⁶⁵ Il est à noter que ne sont pas incluses dans ce nombre de personnes définitivement internées, ni les personnes internées dont la décision n'est pas encore définitive, ni les personnes internées qui sont arrêtées provisoirement ou dont la libération à l'essai est suspendue.

⁶⁶ Comme l'indique I.Care dans son rapport « Parle avec elles », de juin 2023, les ailes dédiées aux femmes sont, dans la plupart des prisons éloignées du reste de la prison. Cet éloignement géographique des femmes a tendance à complexifier l'accès aux soins en raison des complications logistiques (temps d'attente aux multiples portes à franchir, accompagnement par des agent-es pour éviter le contact entre femmes et hommes détenu-es...) qu'implique le déplacement du personnel médical, ou des femmes vers les structures de soin. Comme les femmes sont moins nombreuses et plus éloignées, bien souvent, elles passent après et les délais d'attente de prise en charge s'allongent », voir ["Parle avec elles". Quand des femmes détenues se racontent en prison.](#)

- Malgré l'engagement du personnel, les **activités thérapeutiques sont insuffisantes** et ne répondent pas, ou très indirectement, aux besoins des personnes en termes de valorisation, de réinsertion et d'autonomisation.
- Les **délais d'attente** pour intégrer un lieu de soin extérieur **se comptent en années** et les places trouvées ne correspondent généralement pas aux besoins réels des personnes internées. En cause : de **longues listes d'attente** pour les placements en centre de psychiatrie légale (CPL) ; un accueil des personnes internées libérées à l'essai qui se déroule **sur base strictement volontaire**, alors qu'en ce qui concerne le placement, il existe un accord entre les ministres compétents et l'établissement de placement ; des **critères d'admission** d'application dans les hôpitaux qui sont **trop restrictifs, peu clairs et qui excluent de facto certains profils** (par exemple, les patients-détenus avec une problématique de consommation de substance ou les patients avec un profil d'auteurs d'infractions à caractère sexuel) ; un **capacité d'accueil largement insuffisante dans les structures AVIQ** (Agence pour une Vie de Qualité, Wallonie) **et du Service PHARE** (Bruxelles) pour les personnes internées avec une déficience intellectuelle, avec un double diagnostic ou les personnes âgées...
- La **prévention du suicide est très insuffisante**. Aucun protocole spécifique n'a pu être identifié par rapport au risque suicidaire et, à une exception près, aucune formation à la détection du risque suicidaire n'est pleinement organisée. Par ailleurs, le risque suicidaire de la personne internée est rarement signalé dans le dossier médical.
- Les **équipes mobiles** jouent un rôle incontournable dans la réinsertion des personnes internées, notamment au départ des prisons. Toutefois, il apparaît que les équipes mobiles néerlandophones suivent un nombre plus réduit de dossiers dans les prisons. Elles remplissent une « schakelfunctie » (formulation d'avis concernant la réinsertion et développement de trajet de soins) et offrent moins de soutien individuel aux personnes internées.

2.4. Régime disciplinaire

- Le régime disciplinaire est **appliqué sans distinction** à l'ensemble de la population carcérale, y compris aux personnes internées. Cet état de fait complexifie la tâche du directeur de l'établissement habilité à prendre les mesures disciplinaires.
- Les détenus internés soumis à une mesure dite « thérapeutique »⁶⁷, souvent restrictive de leurs droits (confiscation d'un objet, préau individuel, isolement, ...) ne **bénéficient pas de garanties légales** auxquelles ils doivent pouvoir prétendre.

2.5. Publics en situation de vulnérabilité

Quant au public en situation de vulnérabilité renforcée, à savoir les publics concernés par **un critère protégé par la législation antidiscrimination** (notamment les femmes, les personnes homosexuelles, transgenres, âgées, d'origine étrangère...), les constats relayés dans la précédente communication restent d'actualité et sont les suivants :

- L'annexe psychiatrique des prisons étant réservée aux hommes, **les femmes internées** sont presque toujours hébergées dans le quartier femmes, qui brasse plusieurs profils (détenues préventivement, condamnées ou internées). Leur **présence fréquente dans le régime ordinaire** est particulièrement problématique. Les femmes n'y reçoivent que très peu de soins et elles ne bénéficient pas des mêmes activités que les hommes séjournant dans l'annexe.
- Les annexes accueillent également de plus en plus de **personnes âgées**, notamment avec des pathologies neurologiques non psychiatriques, de personnes **avec une déficience**

⁶⁷ Mesures décidées par le psychiatre à l'égard des détenus internés hors du cadre légal de la loi de principes.

intellectuelle ou un double diagnostic (une déficience intellectuelle combinée à une maladie mentale).

- Quant aux personnes internées en **situation de handicap physique**, elles évoluent dans un environnement qui n'est pas (ou seulement partiellement) accessible. Or, elles ne bénéficient généralement **pas des aménagements raisonnables** auxquels elles ont droit et doivent compter tant en cellule que dans les espaces collectifs sur le soutien d'un codétenu qui n'est pas formé à la spécificité de leurs besoins. Cet état de dépendance renforce leur vulnérabilité.
- Les **personnes sans titre de séjour**, faute d'accès à la sécurité sociale, sont contraintes de séjourner indéfiniment dans des structures pénitentiaires ou fermées, alors qu'elles pourraient être recevables à une libération à l'essai, voire définitive. Concernant ce dernier point, nous renvoyons également vers notre communication de 2024, qui abordait les problématiques des personnes internées sans titre de séjour en plus grand détail.

3. Des réformes politiques et législatives insuffisantes

En 2023, Unia, le CCSP et l'IFDH avaient consacré une partie importante de leur communication au Comité des Ministres à examiner plusieurs réformes législatives susceptibles d'avoir un impact sur l'internement. Il s'agissait des trois modifications législatives suivantes :

- Une **réforme de la loi de principes** du 12 mai 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus ;
- L'adoption d'une importante **réforme du Code pénal** ;
- Et d'une loi consacrant une **nouvelle mesure de sûreté** comparable à l'internement.

La réforme de la loi de principes est abandonnée. La réforme du Code pénal et la loi consacrant une nouvelle mesure de sûreté ont été adoptées. Nous renvoyons à nos considérations à ce sujet dans notre communication précédente⁶⁸.

Cette section-ci présente des réformes et des projets de réforme politiques et législatives qui ont été annoncées par l'actuel gouvernement fédéral depuis le début de la législature, en janvier 2025 (3.1). Le mécanisme national de prévention conformément au Protocole additionnel à la Convention contre la Torture (OPCAT)⁶⁹ est discuté au point 3.2.

3.1. Réformes politiques et législatives annoncées

À l'entame de la législature, fin janvier 2025, les autorités ont fait part de leurs intentions à l'occasion de l'accord de coalition fédérale et des exposés d'orientations politiques. Les réponses aux questions parlementaires apportent un éclairage sur l'état d'avancement des projets annoncés ou en cours. Dans la section ci-dessous, nous faisons état des annonces politiques en matière d'internement et nous relayons nos préoccupations et/ou points d'attention.

Dans le même sens, le nouveau plan d'action de la Belgique précise quelques initiatives de la nouvelle TaskForce Internement⁷⁰. **Un calendrier pour la mise en œuvre de ces initiatives n'est pas communiqué.**

⁶⁸ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique* (2024), *op. cit.*, p. 17-19.

⁶⁹ Loi du 21 avril 2024 modifiant la loi du 12 mai 2019 portant création d'un Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains, *M.B.*, 3 mai 2024.

⁷⁰ Plan d'action révisé (2025), p. 29-30.

3.1.1. Approche intégrée des soins de santé pénitentiaire : vers un transfert des soins de santé en milieu carcéral vers le SPF Santé publique⁷¹

La réforme du **transfert des soins de santé pénitentiaires vers la Santé publique**, attendue depuis bien longtemps déjà par l'ensemble du secteur⁷², peine véritablement à aboutir. Elle est pourtant essentielle à une prise en charge médicale équivalente à celle que l'on reçoit dans la société libre.

Parmi les avancées opérées dans le cadre de la réforme⁷³, la première étape importante portait sur la prise en charge des soins de santé ambulatoires des personnes détenues par l'assurance obligatoire⁷⁴. Toutefois, l'impact de cette première avancée demeure très limité : la plupart du temps, les patients détenus y renoncent eu égard au caractère stigmatisant et humiliant des procédures d'extraction.

3.1.2. Mise en place d'un plan interfédéral de soins médico-légaux pour organiser l'entrée, le transit et la sortie nécessaires aux personnes hospitalisées d'office, internées ou détenues⁷⁵

L'IFDH, le CCSP et Unia insistent sur l'urgence d'**associer les entités fédérées** à la réflexion au sein de la task force « internement » composée des représentants de la Justice et de la Santé publique. En effet, les entités fédérées sont aussi compétentes en matière de santé mentale et il convient de déployer prioritairement les efforts à la réduction du nombre de personnes qui sont internées. Le flux de personnes qui sont placées sous la mesure de l'internement (flux entrant) ne peut, en aucun cas, être supérieur au flux des personnes internées qui accèdent à une libération définitive. L'accès à une prise en charge de la santé mentale abordable, accessible et disponible en tout temps est fondamental.

3.1.3. Création de places en suffisance dans les institutions de soin avec des niveaux de sécurité appropriés dans le but d'offrir, à chaque interné, des soins sur mesure (notamment via

⁷¹ Exposé d'orientation politique du Ministre de la Justice, disponible sur [Voorstel](#) p. 47.

⁷² KCE Reports 293 B (2017), Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur, disponible sur [Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse](#). Dans cette étude, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé dressait déjà le portrait d'un système à bout de souffle en 2017 : équipements non performants, manque de moyens matériels et humains, absence de lignes directrices de bonne pratique médicale en milieu pénitentiaire... Le centre fédéral conclut sans surprise à la nécessité d'une réforme majeure.

Le KCE affirme cependant qu'une approche réformiste ne peut rendre la prison compatible avec la dignité humaine.

⁷³ offre d'activités axées sur la drogue dans dix prisons, avec l'objectif de l'étendre à 16 prisons d'ici 2025-2026 ; mise en place de la médiation interculturelle; mise en place de soins de première ligne (collaboration entre la Justice et la Santé publique) dans les prisons et fonctionnement des psychologues de première ligne comme dans la société libre; travail par projet pour la gestion du changement dans une région-pilote dans le cadre du transfert des soins de santé pénitentiaires à la Justice; Élaboration de modules de formation en soins de santé pénitentiaires concernant les soins de santé mentale et la consommation de substances (en particulier de drogues), voir réponse du 17 juin 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden à la question parlementaire de Monsieur Philippe Goffin sur la santé mentale en milieu carcéral-Pénurie de psychiatres, disponible sur [La Chambre des représentants de Belgique](#).

⁷⁴ Art. 32 24° de la loi du 14 JUILLET 1994. - Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, introduit par la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé.

⁷⁵ Accord de coalition fédérale 2025-2029, disponible sur : [Accord gouvernemental-Bart De Wever fr.pdf](#), p.161 ; Exposé d'orientation politique du Ministre de la Justice, disponible sur [Voorstel](#) p. 46 ; Exposé d'orientation politique du Ministre de la Santé publique, disponible sur [Voorstel](#), p. 19.

l'aménagement de nouveaux CPL au sein de bâtiments existants et l'installation de constructions modulaires sur le campus des CPL⁷⁶)

L'échéance pour la mise en service des nouveaux CPL (deux en Wallonie et un pour les « longs séjours » en Flandre) ne cesse d'être postposée : si, lors de notre communication de 2024, nous évoquions l'année 2028⁷⁷, il est désormais question de **2032**. Dans son plan d'action, l'État belge s'abstient de préciser une date.

Les unités modulaires préfabriquées permettront aux CPL d'Anvers et de Gand d'accueillir 120 places supplémentaires.

L'IFDH, Unia et le CCSP s'interrogent néanmoins sur le fait que de telles structures puissent offrir des **conditions de vie conformes à la dignité humaine**, à fortiori lorsqu'elles sont affectées au séjour de longue durée d'un nombre élevé de personnes.

De plus, une **cartographie régulière des personnes internées** doit être réalisée de façon concomitante à la création de nouvelles places extra-muros afin d'être en mesure d'offrir à chaque individu une place qui correspond à ses besoins et à son profil réel de risque.

3.1.4. Renforcement du centre d'observation clinique d'Haren⁷⁸ et affectation en centre de traitement et d'orientation⁷⁹

Le centre d'observation clinique de Haren nécessite un **renforcement de personnel** pour atteindre la capacité de 30 places⁸⁰. Or, les recrutements ont pris du retard⁸¹ et il n'est pas certain qu'ils aboutissent dans un contexte de pénurie de personnel de soin.

Par ailleurs, l'affectation de Haren en centre de traitement et d'orientation ajoute une **nouvelle hypothèse légale** à l'incarcération des personnes internées, dans un contexte où les conditions de détention et la prise en charge de la santé mentale en prison ne cessent d'être dénoncées.

⁷⁶ Accord de coalition fédérale 2025-2029, disponible sur : [Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf](#), p.161 ; Exposé d'orientation politique du Ministre de la Justice, disponible sur : [Voorstel](#) p. 5 et 45 ; Exposé d'orientation politique du Ministre de la Santé publique, disponible sur [Voorstel](#) p. 19.

⁷⁷ Notre communication de 2024, mentionnait en bas de page : À Wavre et Paifve, selon le planning prévisionnel, l'attribution du marché DBFMO est prévu pour l'été 2025, le début des travaux pour l'été 2026 et la mise à disposition du complexe en 2028 (<https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/centre-de-psychiatrie-legale-2> et <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/etablissement-de-defense-sociale-centre-de-psychiatrie-legale>). Voir ci-dessus, p. 9-10.

⁷⁸ Exposé d'orientation politique du Ministre de la Justice, disponible sur [Voorstel](#) p.47.

⁷⁹ Accord de coalition fédérale 2025-2029, disponible sur : [Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf](#), p.156 ; Exposé d'orientation politique du Ministre de la Justice, disponible sur [Voorstel](#) p.47.

⁸⁰ Réponse du 12 novembre 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden aux questions parlementaires jointes de Sophie De Wit, Marijke Dillen, Alain Yzermans et Stefaan Van Hecke sur l'évasion de deux personnes internées du CPL de Gand, p. 26-27 disponible sur [ic238x.pdf](#) ; Réponse du 12 novembre 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden à la question parlementaire de Madame Sophie De Wit sur le transfert des internés vers des unités de soins spécialisées, p.35, disponible sur [ic238.pdf](#).

⁸¹ Réponse du 12 novembre 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden aux questions parlementaires jointes de Sophie De Wit, Marijke Dillen, Alain Yzermans et Stefaan Van Hecke sur l'évasion de deux personnes internées du CPL de Gand, p. 26-27 disponible sur [ic238x.pdf](#) ; Réponse du 12 novembre 2025 de la Ministre de la Justice Annelies Verlinden à la question parlementaire de Madame Sophie De Wit sur le transfert des internés vers des unités de soins spécialisés, p.35, disponible sur [ic238.pdf](#).

Enfin, dans les faits, le lieu de placement vers lequel la personne est orientée dépend principalement des places disponibles et non des besoins en soins de la personne. Dans ce contexte, l'opportunité d'un tel centre de traitement et d'orientation questionne.

3.2. Création d'un mécanisme national de prévention

Bien que la Belgique ait signé le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT) en 2005, elle ne l'a pas encore ratifié. Le gouvernement a déclaré qu'il ne ratifierait l'OPCAT qu'une fois qu'il aura déterminé la forme que prendra le MNP et la place qu'il occupera dans le paysage institutionnel belge⁸².

Comme première étape vers la mise en place d'un MNP, en avril 2024 la Belgique a adopté **une loi instituant un mécanisme de prévention de la torture au niveau fédéral au sein de l'IFDH**⁸³. Ce mécanisme permet de renforcer le contrôle préventif des lieux de privation de liberté sous compétence fédérale. Cette nouvelle mission de l'IFDH est exercée conjointement avec des organismes spécialisés qui effectuent les visites dans certains lieux de privation de liberté : le **CCSP** pour les prisons et les établissements de défense sociale, le **Comité permanent de contrôle des services de police** (dit Comité P pour les lieux de privation de liberté sous la supervision de la police et **Myria** pour les centres fermés pour les étrangers en vue de leur éloignement. L'IFDH est lui-même chargé de visiter, en outre, les centres de psychiatrie légale, des établissements de haute sécurité pour personnes internées.

Ce mécanisme est uniquement compétent pour les lieux de privation de liberté qui relèvent **exclusivement de l'autorité fédérale**⁸⁴. Or, certains lieux de privation de liberté relèvent de la compétence des entités fédérées ou des compétence mixtes, tels que les hôpitaux psychiatriques, où résident également des personnes internées. Compte tenu de la nature mixte de ces lieux, ils ne sont actuellement pas soumis à la surveillance d'un mécanisme de prévention. **Les gouvernements des entités fédérées devraient également désigner un mécanisme pour ces lieux de privation de liberté.**

De plus, le législateur n'a jusqu'à présent attribué que **des ressources financières très limitées** au MNP, ne lui permettant pas d'accomplir toutes les tâches et fonctions qui lui sont assignées en vertu du mandat de l'OPCAT. Pour les quatre institutions combinées, le législateur n'a attribué que huit équivalents temps plein, avec peu de perspectives d'augmentation dans un avenir proche. Cela risque de réduire l'impact que le MNP peut avoir sur une question complexe telle que la présence de personnes internées dans les prisons, d'autant plus qu'il ne s'agit que d'un des nombreux sujets relevant de son mandat.

En outre, il convient de signaler **qu'Unia n'a finalement pas été explicitement associé** au mécanisme au niveau fédéral suite à un avis du Conseil d'État qui estimait que cela nécessitait une modification de la base légale d'Unia⁸⁵, soit l'accord de coopération interfédéral du 12 juin 2013⁸⁶. Or, Unia est

⁸² Parlement fédéral, Projet de loi du 21 juin 2018 portant assentiment au Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté à New York le 18 décembre 2002, DOC 54 3192/001, p. 8.

⁸³ Loi du 21 avril 2024, *op. cit.*

⁸⁴ Voir le Plan d'action révisé (2025), p. 34.

⁸⁵ Avis du Conseil d'État, n° 72.263/2/V du 13 septembre 2023, projet de loi modifiant la loi du 12 mai 2019 portant création d'un Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains, *Doc. Parl.*, Ch. Rep., 21 décembre 2023, DOC 55 3736/001, p. 67 et suiv.

⁸⁶ Accord de coopération du 12 juin 2013 entre l'Autorité fédérale, les Régions et les Communautés visant à créer un Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations sous forme

également le mécanisme indépendant de promotion, de protection et de suivi de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées⁸⁷, y compris de l'article 14 relatif au droit à la liberté et la sécurité applicable en matière d'internement⁸⁸. Unia a une expertise importante de contrôle des annexes psychiatriques et des établissements de défense sociale⁸⁹. Cette expertise qui offre une approche intersectionnelle complèterait utilement l'expertise des autres organismes dans le cadre du MNP, y compris par le biais de visites communes dans les lieux de privation de liberté. **Nous encourageons donc le législateur à intégrer Unia au MNP** et à lui attribuer les ressources financières nécessaires pour mener à bien ce mandat supplémentaire.

4. Manque de recours effectif

4.1. Recours préventif

Dans l'arrêt *Venken* du 6 avril 2021, la Cour a estimé que **le recours en référé**, « *compte tenu en particulier de la création d'un nombre important de places dans des centres de psychiatrie légale vers lesquels des détenus pouvaient et peuvent effectivement être transférés et de l'évolution positive de la jurisprudence du juge des référés, qui n'hésite pas à assortir ces ordonnances d'une astreinte* », constitue **a priori un recours accessible** et susceptible de pallier la situation dont les personnes internées sont victimes et d'empêcher la poursuite des violations alléguées⁹⁰.

Toutefois, comme l'a judicieusement observé le Secrétariat dans sa note de 2023⁹¹, « *vu l'évolution de la situation (augmentation du nombre d'internés en prison et retard accumulé dans la création de nouvelles places à l'extérieur), il apparaît difficile de conclure à son effectivité, d'autant plus que peu d'informations ont été fournies sur l'exécution concrète des décisions et que le flux des recours semble témoigner d'une réelle difficulté à exécuter les décisions des CPS dans des délais raisonnables (voir les délais précités d'attente de placement)* » (nous soulignons). Le dernier plan d'action de la Belgique note que les demandes en référé sont régulièrement adressées au juge et sont généralement exécutées dans un délai raisonnable, bien que les cas dans lesquels les transferts n'ont pas pu être effectués dans les délais, aient donné lieu à des astreintes considérables (582.529,45 euros du côté wallon et 88.359,50 euros côté flamand)⁹².

Certes, une décision favorable du juge des référés accélère le transfert de la personne internée vers une institution adaptée à ses besoins. Cependant **l'effectivité réelle de ce recours est limitée par l'augmentation constante du nombre des personnes internées** se trouvant dans des établissements pénitentiaires (666 personnes le 31 mars 2021 – plus de 1 000 personnes depuis septembre 2024) – et même dans les « annexes psychiatriques » dans lesquelles elles ne peuvent pas séjourner légalement –, le faible flux sortant des centres de psychiatrie légale et le manque de places dans le circuit régulier de soins. Par conséquent, un transfert vers ces structures par le biais d'une ordonnance **ralentit le transfert d'autres personnes internées** qui n'ont pas fait ou ne peuvent pas faire appel à l'assistance

d'une institution commune, au sens de l'article 92bis de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *M.B.*, 11 avril 2014.

⁸⁷ Art. 33.2, Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées.

⁸⁸ Art. 14, *Ibid.*

⁸⁹ Voy. notamment Unia, Rapport internement, *op. cit.*

⁹⁰ CrEDH, *Venken et quatre autres c. Belgique*, *op. cit.*, § 213

⁹¹ Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, Notes sur l'ordre du jour, *H46-8 Groupe L.B. (requête n° 22831/08) et W.D. (requête n° 77548/13) c. Belgique*, 1475^e réunion, 19-21 septembre 2023, [CM/Notes/1475/H46-08](#), p. 7.

⁹² Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 7-9.

d'un avocat. Le dernier plan d'action en donne une illustration⁹³ et confirme que les délais d'attente des internés se trouvant en annexe psychiatrique est en partie la conséquence des admissions directes de personnes internées qui évitent l'ordre chronologique de la liste d'attente initialement établi⁹⁴. L'exercice d'un recours par une personne déterminée et à son profit, qui nuit à une autre personne, ne peut pas être considéré comme un recours préventif effectif dans le sens de l'article 13 de la Convention. En aucun cas, l'exercice du recours en référé par des personnes individuelles n'est capable de remédier à une **défaillance systémique**.

Le manque de capacité dans le circuit de soins extérieur a même un **impact sur les décisions de placement** rendues par la chambre de protection sociale. Le plan d'action de l'État belge note que certaines d'entre elles ne peuvent être exécutées faute de place⁹⁵.

4.2. Recours indemnitaire

Dans son précédent plan d'action, l'État belge confirmait son **recours systématique à des règlements amiables** en cas de recours indemnitaire, sur simple demande de la personne internée ou de son conseil, l'État ne contestant ni sa responsabilité ni le montant de l'indemnité, fixée à 1.250 euros par année de détention⁹⁶. Le dernier plan d'action ne fournit plus d'informations à ce sujet. Il mentionne toutefois la nouvelle jurisprudence de la Cour d'appel de Bruxelles qui fixe l'indemnisation au taux de 25 euros par jour (soit plus de 9 000 euros par an).

Quoi qu'il en soit, il incombe à l'État belge en premier lieu de **prévenir la violation des droits humains**. L'octroi d'une indemnité constitue tout au plus la reconnaissance symbolique d'une souffrance très étendue, et est incapable d'effacer les conséquences de la détention contraire aux articles 3 ou 5 de la Convention.

La question se pose de savoir si, dans un souci d'égalité et de transparence, les autorités belges ne sont pas **tenues d'octroyer ce droit au dédommagement à l'égard de toutes les personnes internées se trouvant dans la même situation**, indépendamment de la circonstance qu'elles en ont fait la demande ou qu'elles sont assistées par un avocat.

Conclusion

Dans ses différents plans d'action, l'État belge souligne les mesures qu'il prend pour tenter de réduire la présence des personnes internées en prison. Si ces efforts sont en tant que tels louables, ces mêmes plans d'action font apparaître clairement qu'ils demeurent **inefficaces** : le nombre d'internés en établissements carcéraux est en augmentation et reste très élevé. **Les mesures prises ne parviennent pas à résoudre les violations des droits humains**. En dépit de recrutement de personnel supplémentaire, les soins en milieu carcéral demeurent également insuffisants et inadéquats et la continuité avec les soins en extérieur est difficilement assurée. La vie en prison, dominée par des aspects disciplinaires et sécuritaires, est incompatible avec les besoins des personnes internées dont les attentes thérapeutiques sont très importantes et qui résident souvent, des années durant, dans les établissements pénitentiaires. Cette situation est encore plus inextricable pour les personnes qui présentent d'autres risques de vulnérabilité. Aussi, la prise en charge des personnes internées par le

⁹³ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 9 : un interné se trouvant à la 128^e position sur la liste d'attente du CPLU a été transféré en priorité vers un CPL.

⁹⁴ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 20.

⁹⁵ Plan d'action révisé (2025), *op. cit.*, p. 7.

⁹⁶ Plan d'action révisé (2024), p. 12.

SPF Santé publique dans des lieux de soins adéquats est la condition sine qua non pour respecter la loi et cesser de placer des personnes internées en milieu carcéral. Dans l’immédiat, il est urgent que les autorités compétentes mettent en place des alternatives à la détention en prison. Le contexte de l’entrée en vigueur du nouveau code pénal renforce la nécessité et l’urgence de ces alternatives à la détention. Plus fondamentalement, les ressources doivent être réorientées en priorité vers la prévention des violations des droits humains, la réinsertion et le plein respect des droits fondamentaux plutôt que vers le renforcement d’un dispositif sécuritaire, coûteux et nullement restaurateur.

Compte tenu de cette situation, nous pouvons simplement répéter les recommandations formulées dans notre communication précédente⁹⁷ et demander au Comité des ministres de poursuivre la surveillance renforcée de l’exécution des arrêts du groupe *L.B.* et *W.D.*

⁹⁷ Unia, CCSP et IFDH, *Communication au Comité des Ministres du Conseil de l’Europe concernant le groupe d’affaires L.B. c. Belgique*, 2024, *op. cit.*, p. 23-24.

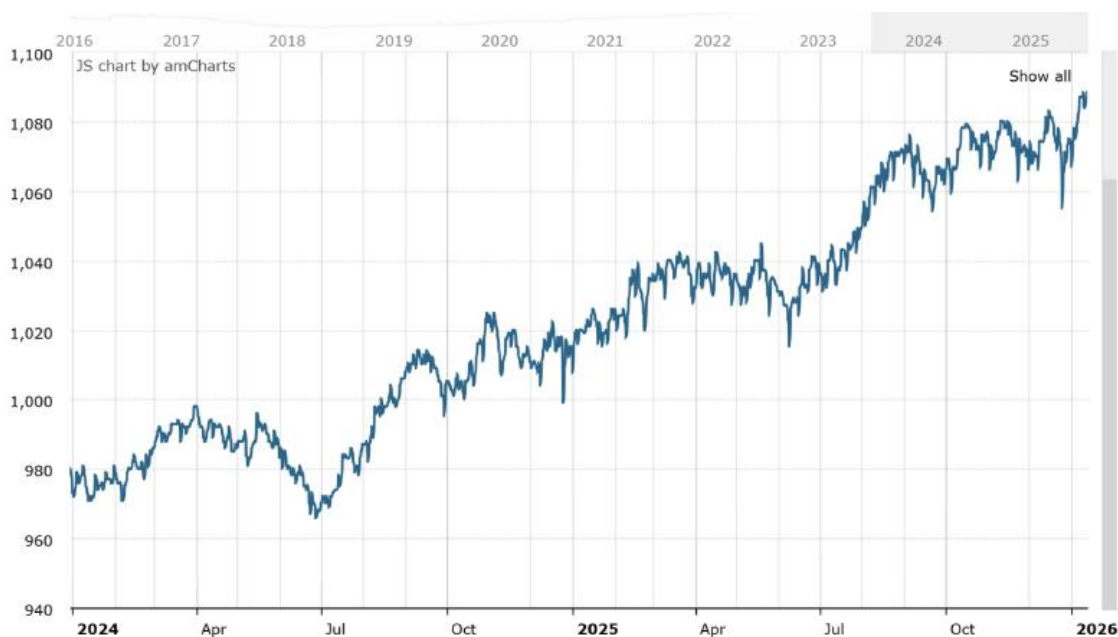
Annexes

Annexe 1. Evolution du nombre des personnes internées au sein des établissements pénitentiaires

2016 – 12.01.2026



01.01.2024 – 12.01.2026



Annexe 2. Cadre du personnel des équipes de soin et le rapport avec le nombre des personnes définitivement internées au sein des établissements pénitentiaires le 12 janvier 2026

Regio	10/11/2025	Psychologues soin				Assistants sociaux soin				Educatuers				Ergothérapeutes				Infirmiè
		AS IS	Cadre	delta	AS IS %	AS IS	Cadre	delta	AS IS %	AS IS	Cadre	delta	AS IS %	AS IS	Cadre	delta	AS IS %	
N01	Antwerpen	2,4	4	-1,60	60,00%		4	-4,00	0,00%	5,65	6	-0,35	94,17%		3	-3,00	0,00%	3,75
N02	Beveren	1	1	0,00	100,00%		1	-1,00	0,00%			0,00				0,00		
N03	Brugge	1,7	2	-0,30	85,00%	1,6	2	-0,40	80,00%	2,9	3	-0,10	96,67%	0,8	1	-0,20	80,00%	7,5
N05	Dendermonde			0,00				0,00				0,00				0,00		
N05*	Dendermonde (De Poort)	2	3	-1,00	66,67%	1	3	-2,00	33,33%			0,00				0,00		
N07	Gent	2,35	3	-0,65	78,33%	2,9	4	-1,10	72,50%	7	7	0,00	100,00%	1,95	3	-1,05	65,00%	5,2
N08	Hasselt	1	2	-1,00	50,00%	2	2	0,00	100,00%			0,00				0,00		
N09	Hoogstraten			0,00				0,00				0,00				0,00		
N10	Ieper (New)		1	-1,00	0,00%	1	1	0,00	100,00%			0,00				0,00		
N11	Leuven C.			0,00				0,00				0,00				0,00		
N12	Leuven H.	1,8	1,5	0,30	120,00%	0,8	1,5	-0,70	53,33%	1	2	-1,00	50,00%		1	-1,00	0,00%	2,8
N13	Mechelen			0,00				0,00				0,00				0,00		
N14	Merkplas	3	5	-2,00	60,00%	1,9	3	-1,10	63,33%	6,25	10	-3,75	62,50%	3,4	5	-1,60	68,00%	19,65
N15	Oudenaarde			0,00				0,00				0,00				0,00		
N16	Ruislede			0,00				0,00				0,00				0,00		
N17	Tongeren			0,00				0,00				0,00				0,00		
N18	Turnhout	0,8	2	-1,20	40,00%	0,95	3	-2,05	31,67%	5,15	11	-5,85	46,82%	1,9	4	-2,10	47,50%	7,5
N19	Wortel			0,00				0,00				0,00				0,00		
	s/Tot.	16,05	24,5	-8,45	65,51%	12,15	24,5	-12,35	49,59%	27,95	39	-11,05	71,67%	8,05	17	-8,95	47,35%	46,4
F01	Andenne	1	1	0,00	100,00%		1	-1,00	0,00%			0,00				0,00		
F02	Arlon			0,00				0,00				0,00				0,00		
F03	Dinant			0,00				0,00				0,00				0,00		
F04	Huy			0,00				0,00				0,00				0,00		
F05	Ittre	1	1	0,00	100,00%	0,95	1	-0,05	95,00%			0,00				0,00		
F06	Jamioulx	1,5	2	-0,50	75,00%	1,9	2	-0,10	95,00%	1,9	4	-2,10	47,50%	2	2	0,00	100,00%	2,9
F07	Lantin	2	3	-1,00	66,67%	2,85	4	-1,15	71,25%	4,8	5	-0,20	96,00%	1,9	2	-0,10	95,00%	5,85
F08	Leuze			0,00				0,00				0,00				0,00		
F09	Marche			0,00				0,00				0,00				0,00		
F10	Mameffe			0,00				0,00				0,00				0,00		
F11	Mons	1	1	0,00	100,00%	0,6	1	-0,40	60,00%	4,8	5	-0,20	96,00%		2	-2,00	0,00%	1
F12	Namur	2	2	0,00	100,00%	0,95	2	-1,05	47,50%	6,35	8	-1,65	79,38%	2,7	3	-0,30	90,00%	4,85
F13	Nivelles			0,00				0,00				0,00				0,00		
F14	Paifve	6,5	8	-1,50	81,25%	5,75	8	-2,25	71,88%	20,6	21	-0,40	98,10%	5,3	7	-1,70	75,71%	10,95
F15	St-Hubert			0,00				0,00				0,00				0,00		
F17	Tournai			0,00			1	-1,00	0,00%			0,00				0,00		
	s/Tot.	15	18	-3,00	83,33%	13	20	-7,00	65,00%	38,45	43	-4,55	89,42%	11,9	16	-4,10	74,38%	25,55
B06	Haren	5	7	-2,00	71,43%	2,9	6	-3,10	48,33%	3,9	8	-4,10	48,75%	2,9	6	-3,10	48,33%	4
B08	St-Gillis/es			0,00				0,00				0,00				0,00		
	s/Tot.	5	7	-2,00	71,43%	2,9	6	-3,10	48,33%	3,9	8	-4,10	48,75%	2,9	6	-3,10	48,33%	4
	Tot. (EPI)	36,05	49,50	-13,45	72,83%	28,05	50,50	-22,45	55,54%	70,30	90,00	-19,70	78,11%	22,85	39,00	-16,15	58,59%	75,95
BKOC		PSY Zorg/Soin				MAZorg/Soin				opvoeder (Educ)				Ergo				
		AS IS	Kader	delta	AS IS %	AS IS	Kader	delta	AS IS %	AS IS	Kader	delta	AS IS %	AS IS	Kader	delta	AS IS %	
	BKOC	1	1	0,00	100,00%		1	-1,00	0,00%	2	5	-3,00	40,00%	0,95	3	-2,05	31,67%	2
	Tot. (MDH)	1,00	1,00	0,00	100,00%	0,00	1,00	-1,00	0,00%	2,00	5,00	-3,00	40,00%	0,95	3,00	-2,05	31,67%	2,00

res psychiatriques		AS IS %	ANALYSE		delta	Capacité S(E)DS + Ann.Psy.	Cadre/Capacité	Nombre d'internés (12.01.2026)	AS IS/nombre d'internés
Cadre	delta		Cadre - total	AS IS - total					
7	-3,25	53,57%	24	11,8	-12,20	58	0,41	62	0,19
	0,00		2	1	-1,00				
7	0,50	107,14%	15	14,5	-0,50	92	0,16	20	0,73
	0,00								
	0,00		6	3	-3,00				
8	-2,80	65,00%	25	19,4	-5,60	85	0,29	158	0,12
	0,00		4	3	-1,00			8	0,38
	0,00								
	0,00		2	1	-1,00				
	0,00								
4	-1,20	70,00%	10	6,4	-3,60	35	0,29	29	0,22
	0,00								
22	-2,35	89,32%	45	34,2	-10,80	205	0,22	196	0,17
	0,00								
	0,00								
	0,00								
14	-6,50	53,57%	34	16,3	-17,70	120	0,28	116	0,14
	0,00								
62	-15,60	74,84%	167	110,6	-56,40				
	0,00		2	1	-1,00				
	0,00								
	0,00								
	0,00								
	0,00		2						
5	-2,10	58,00%	15	10,2	-4,80	24	0,63	19	0,54
7	-1,15	83,57%	21	17,4	-3,60	40	0,53	47	0,37
	0,00								
	0,00								
	0,00								
5	-4,00	20,00%	14	7,4	-6,60	23	0,61	26	0,28
10	-5,15	48,50%	25	16,85	-8,15	48	0,52	58	0,29
	0,00								
14	-3,05	78,21%	58	49,1	-8,90	205	0,28	222	0,22
	0,00								
	0,00		1		-1,00				
41	-15,45	62,32%	138	103,9	-34,10				
25	-21,00	16,00%	52	18,7	-33,30	144	0,36	128	0,15
	0,00								
25	-21,00	16,00%	52	18,7	-33,30				
128,00	-52,05	59,34%	357	233,2	-123,80				

VPK (Inf) Psy	
Kader	AS IS %
II	18,18%
11,00	18,18%

215,95

215,95

**Annexe 3. Réponse du Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et de la Mer du Nord
à la question n° 55-2-002259 de madame la députée Claire HUGON du 6 décembre 2023**

Chambre des représentants

Kamer van volksvertegenwoordigers

Questions parlementaires

Parlementaire vraag

Numéro de la question : 55-2-002259

Parlementaire : HUGON Claire

Date de dépôt : 06/12/2023

Date fin de délai : 11/01/2024

Titre : **Les chiffres de l'internement en Belgique.**

Le Soir du 4 décembre 2023 publie un long article sur le nombre de personnes internées dans les prisons belges. L'article s'appuie sur une étude récente et très fouillée consacrée à l'étude de plus de 300 dossiers de personnes internées en Belgique francophone, sur un entretien avec l'expert psychiatre Dr Bongaerts et sur un entretien avec le Dr Kalonji, psychiatre à Saint-Gilles.

(Nederlandt, O., en collaboration avec Berbuto, S., De Brouwer, A., Deveux, C., Jaspis, P., Malchair, J.-G., Moreau, J., Paci, D., Sax, H., Vansillette, F., Le prononcé de la mesure d'internement: une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones, Revue de droit pénal et de criminologie, 2023/11, pp. 1014-1062).

L'un des constats posés est que la loi sur l'internement n'a pas eu l'effet escompté, à savoir réduire le nombre d'internement prononcé et désengorger les annexes psychiatriques des prisons dans lesquelles les personnes internées attendent, souvent des années durant, une place dans l'établissement de soin adapté choisi comme lieu de placement par la chambre de protection sociale. Au contraire, l'on constate une inflation très importante du nombre d'internés dans le circuit carcéral: alors que cette situation est contraire à la loi et aux engagements internationaux de la Belgique, entraînant des condamnations de notre pays, nous semblons en voie de doubler le nombre de personnes internées dans les prisons depuis 2018: 948 sont dénombrées contre 529 en 2018.

1. Si l'on sait que l'on compte 205 places à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve et 437 places dans les six sections de défense sociale (SDS), pouvez-vous indiquer le nombre de places qu'il existe au sein des neuf annexes psychiatriques dans les prisons belges? Dans ces EDS, SDS et annexes, les personnes internées sont-elles seules en cellule ou doivent-elles partager leur cellule (duo voire trio)?

2. À quel public sont destinées les annexes psychiatriques? Dans une décision du 19 juin 2023, la commission d'appel des plaintes francophone a déclaré que les condamnés ne peuvent séjourner en annexe psychiatrique. Mais les annexes n'ont-elles pas justement été établies pour accueillir des personnes, tant condamnées que prévenues, ayant des troubles mentaux mais n'étant pas internées?

3. Combien de personnes internées se trouvent actuellement, respectivement, dans l'EDS de Paifve, dans les six SDS, dans les annexes psychiatriques, voire dans le

régime ordinaire?

4. Quel est le cadre actuel du personnel de soin (infirmiers, psychologues, psychiatres) prévu pour les neuf annexes psychiatriques, et en comparaison le personnel prévu pour les six SDS? Ce cadre est-il actuellement rempli et, dans la négative, où se situent les effectifs insuffisants?

5. À la lecture de l'article, on peut également se dire que la loi sur l'internement gagnerait à être revue, p. ex. en définissant mieux les troubles mentaux susceptibles de conduire à l'internement, ou en portant davantage attention au lien causal nécessaire entre les faits commis et le trouble mental. Une modification de la loi sur l'internement est-elle envisagée?

Question n° 55-2-002259 de madame la députée Claire HUGON du 06/12/2023 au Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et de la Mer du Nord.

Vraag nr. 55-2-002259 van mevrouw de volksvertegenwoordiger Claire HUGON van 06/12/2023 aan de Vice-eersteminister en minister van Justitie en Noordzee.

1. Voici les chiffres pour les annexes, avec la répartition en cellules mono, duo et trio.

1. Hierbij de gevraagde cijfers voor de annexen, met de verdeling in mono-, duo- en triocellen:

Paifve : 205 places EDS, dont 3 quatuors, 7 trios

Paifve: 205 plaatsen in de IBM, waarvan 3 quattrocellen en 7 triocellen;

Mons : 23 places en annexe, dont 3 duos, 3 quatuors

Bergen: 23 plaatsen in de annexe, waarvan 3 duocellen en 3 quattrocellen;

Lantin : 40 places en annexe, dont 12 duos et 2 trios

Lantin: 40 plaatsen in de annexe, waarvan 12 duocellen en 2 triocellen;

Namur : 22 places en annexe dont 6 trios + 30 places en section de défense sociale (SDS), principalement des duos.

Namen: 22 plaatsen in de annexe, waarvan 6 triocellen + 30 plaatsen op de afdeling tot bescherming van de maatschappij (ABM), voornamelijk duocellen;

Jamioulx : 24 places en annexe dont 9 duos et 1 quatuor.

Jamioulx: 24 plaatsen in de annexe, waarvan 9 duocellen en 1 quattrocetl;

Gand : 35 places en SDS et 54 places en annexe (la répartition des cellules ne peut être communiquée en raison de la situation spécifique à Gand : les détenus sont répartis dans l'ensemble de la prison, il n'y a pas de cellules fixes prévues).

Gent: 35 plaatsen op de ABM en 54 plaatsen in de annexe (celverdeling kan niet meegegeven worden, omdat in Gent de specifieke situatie is dat geïnterneerden over de inrichting verspreid zitten en er geen vaste cellen worden voorzien);

Merksplas : 205 places en SDS, dont une cellule à 5, une cellule à 4 et 18 cellules duo.

Merksplas: 205 plaatsen op de ABM, waarvan 1 cel met 5, 1 quattrocetl en 18 duocellen;

Turnhout : 120 places SDS dont 19 cellules duo.

Turnhout: 120 plaatsen op de ABM, waarvan 19 duocellen;

Anvers : 9 places en SDS et 51 places en annexe, dont 3 cellules à 6 lits et 13 cellules duo.

Antwerpen: 9 plaatsen op de ABM en 51 plaatsen in de annexe, waarvan 3 met 6 bedden en 13 duocellen;

Bruges : 38 places en SDS et 54 places en annexe.

Brugge: 38 plaatsen op de ABM en 54 plaatsen in de annexe;

Haren : 134 places en annexe, dont 5 cellules duo (pas encore opérationnelles).

Haren: 134 plaatsen in de annexe, waarvan 5 duocellen (nog niet operationeel);

Louvain secondaire : 35 places, dont 6 cellules duo

Leuven Hulp: 35 plaatsen in de annexe, waarvan 6 duocellen.

2. Les profils suivants peuvent être placés en annexe psychiatrique : personnes en détention préventive présentant un trouble psychiatrique, personnes qui ne sont pas encore définitivement internées, personnes internées qui attendent d'être transférées vers une SDS (dans un délai raisonnable) et personnes condamnées présentant un trouble psychiatrique qui doivent suivre un traitement.

2. In een psychiatrische annexe mogen volgende profielen geplaatst worden: personen in preventieve hechtenis met een psychiatrische problematiek, nog niet definitief geïnterneerden, geïnterneerden die wachten om overgeplaatst te worden naar een ABM (binnen een redelijke termijn) en veroordeelden met een psychiatrische problematiek die een behandeling dienen te ondergaan.

3. Ci-dessous l'occupation au 02/12/2023 :

3. Hierna volgt de bezetting op 2 december 2023:

L'EDS de Paifve : 202 ;

De IBM te Paifve: 202;

Dans les six SDS : 364 ;

De zes ABM's: 364;

Dans les annexes psychiatriques : 394.

De psychiatrische annexen: 394.

4. Le gouvernement fédéral a décidé d'étendre le cadre du personnel des équipes soins à partir de 2021 afin de prévoir un renforcement des soins. Le but de cette extension est d'assurer à la fois une plus grande continuité des soins et une plus large offre de traitement pour les internés. Une présence renforcée de soignants permet en effet d'avoir une meilleure perception du patient et de mieux le connaître. Cela permet par exemple de détecter et de réagir plus rapidement face à des situations dans lesquelles une personne entre en décompensation. Cela permet également de travailler de manière plus

4. De federale regering besliste om vanaf 2021 het personeelskader van de zorgesquipes uit te breiden om te voorzien in een versterking van de zorgverlening. Het opzet van deze uitbreiding is zowel een grotere continuïteit in de aangeboden zorg als een ruimer behandelaanbod voor geïnterneerden. Een ruimere aanwezigheid van zorgverstrekkers zorgt immers voor een beter beeld en kennis over de patiënt. Zo kunnen bijvoorbeeld situaties waarin een persoon in een situatie van decompensatie komt, sneller gedetecteerd worden en kan er sneller op worden gereageerd. Daarnaast kan

proactive, ce qui bien entendu contribue également à la sécurité au sein de l'établissement pénitentiaire. Des journées clairement structurées associées à une offre thérapeutique accessible et, si nécessaire, intensive contribuent à la stabilisation des patients.

Pour les sections psychiatriques et les sections/établissements de défense sociale, la norme de 0,33 ETP de personnel soignant par patient a été fixée. Une extension du cadre du personnel de 207 ETP a été prévue, de sorte que cette norme puisse être respectée partout.

Les équipes pluridisciplinaires sont composées de psychologues, d'assistants sociaux, d'éducateurs, d'ergothérapeutes, d'infirmiers psychiatriques et de psychiatres.

Dans l'annexe 1, vous trouverez un aperçu du cadre et des pénuries en matière de personnel statutaire (il est à noter que les psychiatres ne sont pas inclus dans ces chiffres).

Note : les pénuries exposées dans les annexes sont actuellement plus importantes, car l'extension du cadre a d'abord débuté dans l'EDS de Paifve et la SDS de Merksplas (2021) et plus tard dans les autres sections (2022).

Différentes procédures de sélection sont en cours pour continuer à remplir le cadre, tant via la « fastlane » que via des procédures régulières. Dans ce cadre, nous travaillons en étroite collaboration avec BOSA (travaillerpour.be). En outre, plusieurs campagnes de promotion sont en cours pour mettre ces fonctions en lumière, étant donné que plusieurs disciplines sont concernées par les métiers en pénurie. Les offres d'emploi

ook proactiever worden gewerkt, hetgeen uiteraard ook bijdraagt aan de veiligheid in de penitentiare inrichting. Ook een duidelijke dagstructuur, met een aanbod toegankelijke en, indien nodig, intensieve therapieën, draagt bij tot de stabilisatie van patiënten.

Voor de psychiatrische afdelingen en afdelingen/instelling sociaal verweer werd de norm van 0,33 VTE zorgpersoneel per patiënt vastgelegd. Er werd een uitbreiding van het personeelskader voorzien van 207 VTE, zodat overal aan deze norm kan worden voldaan.

De multidisciplinaire equipes bestaan uit psychologen, maatschappelijk assistenten, opvoeders, ergotherapeuten, psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters.

In bijlage 1 vindt u een overzicht van het kader en de tekorten voor wat betreft het statutair personeel (merk op dat psychiaters hier niet onder vallen).

Noot: de tekorten bij de annexen zijn momenteel groter omdat de uitbreiding van het kader eerst gebeurde in de IBM Paifve en de ABM Merksplas (2021) en later startte voor de andere afdelingen (2022).

Er zijn verschillende selectieprocedures lopende om het kader verder op te vullen en dit zowel via fastlane als via reguliere procedures. Hierin wordt nauw samengewerkt met BOSA (werkenvoor.be). Daarnaast lopen verschillende promotiecampagnes om de functies in de kijker te zetten aangezien verschillende disciplines onder de knelpuntberoepen vallen. Zo worden de vacatures zo breed mogelijk

sont donc diffusées le plus largement possible via le FOREM, ACTIRIS, le VDAB, les écoles, les réseaux sociaux etc. En outre, nous essayons de susciter l'intérêt pour ces fonctions en misant sur des stands d'information lors de bourses à l'emploi (qui visent le personnel de soins), en réalisant une vidéo promotionnelle et en la diffusant sur les réseaux sociaux...

verstuurd via VDAB, FOREM, ACTIRIS, scholen, sociale media ... Daarnaast trachten we mensen warm te maken voor deze functies door in te zetten op infostanden op jobbeurzen (die zich richten op zorgpersoneel), door een promotievideo te maken en te verspreiden via sociale media ...

Remarques concernant ces données :

Opmerkingen bij deze gegevens:

Les recrutements sont en cours, de sorte que de nouvelles personnes entrent en fonction chaque mois et les chiffres évoluent régulièrement.

De aanwervingen zijn lopende waardoor maandelijks nieuwe mensen starten en de cijfers dus regelmatig wijzigen.

Dans cet aperçu, les psychologues et les assistants sociaux chargés des soins de base (donc d'abord pour les condamnés/prévenus) ne sont pas comptabilisés.

In dit overzicht zijn de psychologen en maatschappelijk assistenten die instaan voor de basiszorg (dus eerste plaats voor veroordeelden/beklaagden) niet opgenomen.

N'y sont comptabilisés que les infirmiers psychiatriques de l'équipe soins.

In dit overzicht werden enkel psychiatisch verpleegkundigen binnen het zorgteam opgenomen.

5. Compte tenu du fait que la loi a été modifiée il n'y a pas si longtemps et que nous constatons que les modifications n'ont pas l'effet escompté, nous effectuons actuellement d'abord une étude afin d'analyser les causes de la forte augmentation des ordonnances d'internement. Cette étude est menée par l'INCC.

5. Gelet op het feit dat de wet nog niet zo heel lang geleden werd gewijzigd en we zien dat de wijzigingen niet het beoogde effect hebben, zijn we momenteel eerst een onderzoek aan het doen om te analyseren wat de oorzaak is van de grote stijging van het aantal uitspraken tot internering. Deze studie wordt uitgevoerd door het NICC.



P. VAN TIGCHELT

Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et de la Mer du Nord
Vice-eersteminister en minister van Justitie en Noordzee

Bijlage(n)/annexe(s) : 1