n

2020-2021

Compte rendu: Projet internement

unia.be

Table des matières

1 Introduction 2

2 Constats par les organes internationaux de violation des droits fondamentaux 4

2.1 Comité des droits des personnes handicapées 4

2.2 Cour européenne des droits de l'Homme 4

2.3 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) 6

2.4 Dichotomie entre la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme et la position du Comité ONU 7

3 Réformes réalisées et en cours 9

3.1 Réformes législatives 9

3.2 Réformes organisationnelles 12

3.3 Les réformes annoncées dans les notes d'intention politique 14

4 Mesure d'internement en Belgique : état des lieux 18

4.1 Les modalités d'exécution de la mesure d'internement 18

4.1.1 Le placement 18

4.1.2 La libération à l'essai 20

4.1.3 Lieux de prise en charge des personnes internées et dispositifs de plainte 21

4.2 L'organisation du soin en milieu pénitentiaire 22

4.3 Quelques acteurs essentiels 22

5 2020 : une année préparatoire 23

5.1 Rencontre des acteurs de terrain 23

5.2 Leurs principaux constats 23

6 Conclusion 30

1 Introduction

Depuis 2012, Unia est le mécanisme indépendant belge chargé du suivi de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (ci-après Convention ONU). Les trois missions inhérentes à ce mandat sont la promotion et la protection des droits des personnes handicapées, de même que le suivi de l'application de la Convention ONU.

C'est dans le cadre de cette dernière mission, qu'Unia travaille sur la situation des personnes internées en Belgique.

En effet, les Nations Unies promeuvent une définition systémique et évolutive du handicap, lequel est le résultat de l'interaction entre la(les) limitation(s) que peut présenter une personne et les obstacles développés par l'environnement à la participation sociale et citoyenne de cette personne. En ce sens, les personnes présentant des troubles psychiques et/ou un handicap cognitif sont bien en situation de handicap et bénéficient des droits garantis par la Convention ONU, qu'il s'agisse des droits civils et politiques ou bien encore des droits économiques, sociaux et culturels. Les principes directeurs de la Convention ONU sont l'égalisation des chances des personnes handicapées, leur autonomisation ainsi que leur pleine et entière participation à la vie sociale et politique. La logique sous-jacente est donc celle de l'inclusion.

Unia a mis en place une cellule de prévention et de monitoring afin de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes internées et de relayer des recommandations d'ordre structurel auprès des autorités.

Un travail préparatoire a ainsi été mené tout au long de l'année 2020. Il a permis de rencontrer un ensemble d'intervenants concernés par la question de l'internement et actifs dans le milieu carcéral, associatif et hospitalier. Les objectifs étant à la fois de saisir au mieux la problématique de l'internement, les rôles de chacun·e et les points d'attention du secteur, mais aussi d'identifier les aspects qui pourraient faire l'objet d'un monitoring de la part d'Unia, dans un souci de complémentarité et de subsidiarité avec les dispositifs existants.

Nos différentes rencontres ont clairement mis en exergue l'engagement, l'humanité, la capacité à questionner les pratiques actuelles, l'ouverture à l'échange et la lutte de chacun·e, mais aussi et parfois un certain découragement. Avant de poursuivre, nous tenons donc à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer, de répondre à nos multiples questions et de nourrir notre réflexion.

Ce document se décline en quatre parties. La première partie fait le point sur la position des organes de contrôle internationaux en matière d'internement (Cour européenne des droits de l'Homme, Comité des droits des personnes handicapées au sein de l'ONU et Comité européen pour la prévention de la Torture) sur la mesure de l'internement et sa mise en œuvre en Belgique. Elle met également en avant les tensions qui existent dans la jurisprudence et la vision de ces deux premières instances. La deuxième partie mentionne les réformes entamées et les réformes annoncées suite aux multiples condamnations de la Belgique pour non-respect des droits fondamentaux des personnes internées. Une troisième partie dresse un état des lieux de la façon dont la mesure est mise en œuvre dans l'ensemble du pays. Un regard est posé notamment sur les différents lieux de séjour des personnes internées selon qu'elles sont placées ou libérées à l'essai et sur le rôle des acteurs incontournables dans l'exécution de la mesure. La quatrième partie partage le bilan d'une année exploratoire durant laquelle nous avons rencontré différents acteurs qui œuvrent dans l'internement. Cette partie relaye

les constats mis en avant par les personnes rencontrées, de même que les propositions formulées par le secteur en vue de répondre à certains écueils. Enfin, la conclusion fait part de nos propres constats et propose un objet de monitoring qui semble pertinent au regard du mandat de mécanisme de suivi de la Convention ONU conféré à Unia.

Ce document n'a pas la prétention de fournir une information exhaustive, ni même complète, de la matière de l'internement en Belgique. L'intention de ce compte-rendu est de mettre en avant les informations qui nous sont utiles afin de nous positionner comme organe de monitoring.

2 Constats par les organes internationaux de violation des droits fondamentaux

2.1 Comité des droits des personnes handicapées

À la suite de l'examen de la Belgique au regard du respect de la Convention ONU, le Comité des droits des personnes handicapées (organe de contrôle du respect de la Convention ONU dans chaque État Partie) a rendu ses observations finales le 1er octobre 2014.[1]

Concernant l'article 14 de la Convention ONU consacrant le droit à la liberté et la sécurité de la personne, le Comité a recommandé, entre autres, à l'État belge :

> *« (…) d'assurer aux personnes handicapées détenues en prison l'accès aux soins de santé sur un pied d'égalité avec les autres et sur la base du consentement libre et éclairé de la personne, et au même niveau de soins de santé que celui offert dans la société en général ;*
>
> *d'établir un mécanisme officiel d'examen des plaintes, indépendant et accessible à tous les détenus placés dans les prisons ou dans les institutions médico-légales ;*
>
> *et de veiller à ce qu'aucun programme d'intervention extrajudiciaire tendant à faire basculer les individus dans des régimes d'internement dans des établissements de santé mentale ou leur imposant de participer à des services de santé mentale ne soit mis en œuvre, ces services devant être fournis sur la base d'un consentement libre et éclairé de la personne. »*[2]

2.2 Cour européenne des droits de l'Homme

Sous l'égide de l'ancienne loi de défense sociale, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné à plusieurs reprises la Belgique pour violation des droits fondamentaux des personnes internées dans les établissements pénitentiaires.[3] L'arrêt pilote du 6 septembre 2016 retient particulièrement notre attention.[4]

---

1 La Convention ONU prévoit en ses articles 35 et 36 une procédure de rapportage, à l'issue de laquelle le Comité des droits des personnes handicapées formule des suggestions et recommandations, intitulées « observations finales ». Ces observations sont disponibles sur le site du Comité des droits des personnes handicapées : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fBEL%2fCO%2f1&Lang=fr

2 Voir: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fBEL%2fCO%2f1&Lang=fr, p.5.

3 Voir notamment : Oukili c.Belgique (43663/09), arrêt du 9 janvier 2014 ; Plaisier c.Belgique (28785/11) arrêt du 9 janvier 2014 ; Van Meroye c.Belgique (330/09), arrêt du 9 janvier 2014 ; Saadouni c.Belgique (50658/09) arrêt du 9 janvier 2014 ; Moreels c.Belgique (43717/09), arrêt du 9 janvier 2014 ; Gelaude c.Belgique (43733/09), arrêt du 9 janvier 2014 ; Lankester c.Belgique (22283/10), arrêt du 9 janvier 2014 ; Caryn c.Belgique (43687/09), arrêt du 9 janvier 2014 ; Smits et autres c.Belgique (49484/11, 4710/12, 15969/12, 49863/12 et 70761/12), arrêt du 3 février 2015 et Vander Velde et Soussi c.Belgique et Pays-Bas (49861/12 et 49870/12), arrêt du 3 février 2015

4 CEDH, 6 septembre 2016, W.D. c. Belgique.

La Cour y épingle le dysfonctionnement structurel propre au système belge, cause de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme : c'est le manque de places adaptées dans le circuit extérieur et le manque de personnel qualifié dans les annexes psychiatriques des prisons qui ne permettent pas au régime de la défense sociale de remplir ses fonctions.

Faisant application de l'article 46 de la Convention[5], la Cour donne aux autorités belges un délai de deux ans pour organiser un système d'internement des personnes délinquantes qui soit conforme à la dignité humaine.

Le 31 janvier 2019, La Cour européenne des droits de l'Homme a condamné la Belgique au sujet d'une personne internée en établissement de défense sociale qui se plaignait de n'avoir pas reçu de soins psychiatriques adéquats dans sa langue.[6] En appel, la grande chambre a conclu à une violation de l'article 5 en raison du « *lien étroit entre la régularité de la détention de personnes atteintes de troubles psychiques et le caractère approprié du traitement de leur état de santé mentale* ». Ce faisant, la Cour subordonne la régularité de la détention à l'administration d'une thérapie adéquate. Elle confère à l'article 5, §1, e) de la Convention européenne des droits de l'Homme une fonction thérapeutique en plus d'une fonction sociale de protection.[7]

Le dernier arrêt (Venken et autres C.Belgique) rendu par la Cour européenne des droits de l'Homme [8] remonte au 6 avril 2021. L'affaire concerne cinq requêtes relatives à l'internement de cinq ressortissants belges dans l'aile psychiatrique de prisons ordinaires, et qui font suite à l'arrêt pilote W.D. c. Belgique. Les requérants alléguaient ne pas y avoir bénéficié d'une prise en charge thérapeutique adaptée à leur état de santé mentale et se plaignaient de l'absence d'un recours effectif pour faire évoluer leur situation.

Concernant le séjour dans l'aile psychiatrique d'une prison ordinaire, sans espoir réaliste de changement ni encadrement médical approprié, la Cour a jugé les conditions de la détention contraires aux articles 3 et 5 § 1 de la Convention européenne. En effet, cette période significative de détention a constitué « *une épreuve particulièrement pénible ayant soumis les requérants à une détresse d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérente à la détention* ».

Concernant l'effectivité des recours organisés par la nouvelle loi (grief qui concerne deux requérants), la Cour s'appuie sur la complémentarité entre les recours devant les chambres de protection sociale et devant le juge judiciaire (càd le juge des référés) pour conclure à une non-violation de l'article 5 § 4 (droit de faire statuer à bref délai sur la légalité de sa détention), et de l'article 13 (droit à un recours effectif) combiné avec l'article 3. Notons cependant que la Cour estime que « *les recours devant les instances de protection sociale tels qu'ils sont organisés par la loi relative à l'internement ne constituent pas des recours susceptibles de redresser rapidement la situation* ». Ces recours, considérés de façon isolée, ne peuvent donc passer pour effectifs.

---

5 L'article 46 de la Convention européenne des droits de l'Homme dispose:
" Les Hautes Parties contractantes s'engagent à se conformer aux arrêts définitifs de la Cour dans les litiges auxquels elles sont parties."

6 Arrêt Rooman c.Belgique, grande chambre, 31 janvier 2019.

7 Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 777.

8 Arrêt Venken et autres c. Belgique, 6 avril 2021, disponible sur https://hudoc.echr.coe.int/eng-press#{%22itemid%22:[%22003-6985810-9409253%22]}

2.3 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)

Au cours de la visite périodique de 2017 en Belgique, le CPT s'est rendu dans plusieurs types de lieux d'enfermement, situés en dehors du circuit hospitalier et qui prennent aussi en charge les personnes internées : le CPL de Gand, l'établissement de défense sociale (ci-après EDS) de Paifve, les annexes psychiatriques des prisons de Lantin et de Saint-Gilles, ainsi que la section dédiée aux femmes internées du complexe pénitentiaire de Bruges.

Dans son rapport qui a suivi sa visite, le CPT salue les efforts déployés par les autorités belges dans leur recherche d'une prise en charge adaptée des personnes faisant l'objet d'un internement. De fait, la réforme du système de l'internement vise à terme un meilleur accompagnement des personnes internées dans des établissements spécialisés. Le CPT souligne à ce propos que, dans le centre de psychiatrie médico légale (ci-après CPL) de Gand, la qualité des soins était globalement bonne, l'offre thérapeutique variée et menée par des équipes pluridisciplinaires généralement en nombre suffisant. En outre, l'information, l'implication et la participation du patient y sont privilégiées.

Néanmoins, le CPT met en avant certains dysfonctionnements dans le recours à la contention et à l'isolement. Il signale également une problématique majeure liée au manque de placements alternatifs pour accueillir les patients arrivés en fin de parcours de leur trajet de soins au CPL, de même qu'une problématique liée à la prise en charge par ce type d'établissement de personnes qui n'y ont pas leur place.

Quant aux structures psychiatriques pénitentiaires (y compris l'EDS de Paifve), elles souffrent de problèmes systémiques bien connus, tels que le manque cruel de personnel, une prise en charge limitée au traitement pharmacologique, une gestion insatisfaisante des urgences psychiatriques et de faits de violence (des agents envers les personnes internées et des personnes internées entre elles).

La situation à l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin est particulièrement alarmante.

Entre autres recommandations, le CPT invite les autorités belges à multiplier les options de prise en charge, notamment au sein du circuit hospitalier, pour répondre aux besoins des personnes dont la place est ailleurs que dans les CPL, à impliquer davantage le SPF Santé publique dans la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire, à assurer une formation de base au travail en milieu psychiatrique à destination des agents pénitentiaires en contact avec des personnes internées, à renforcer le personnel de soins dans les établissements pénitentiaires et à prendre des mesures visant à revoir en profondeur les protocoles qui encadrent le recours aux pratiques d'isolement, aux moyens de contention mécanique et aux traitements médicamenteux sous contrainte.[9]

[9] Voir « Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 mars au 6 avril 2017 » disponible sur https://rm.coe.int/16807913b1#:~:text=Visite%2C%20rapport%20et%20suites%20%C3%A0%20donner,-1.&text=Conform%C3%A9ment%20%C3%A0%20l'article%207,mars%20au%206%20avril%202017., pp.48-72.

2.4 Dichotomie entre la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme et la position du Comité ONU

En matière d'internement, la Cour européenne des droits de l'Homme et le Comité des droits des personnes handicapées adoptent des positions fondamentalement divergentes. [10]

Relativement au droit à la liberté, les instruments internationaux des droits de l'Homme sur lesquels ces organes exercent leur compétence ont des libellés différents.

Si la Convention européenne des droits de l'Homme autorise en son article 5, 1°, 3, à titre d'exception au droit à la liberté et la sûreté, la détention régulière d'un « aliéné », l'article 14 de la Convention ONU interdit en son article 14 toute privation de liberté justifiée par l'existence d'un handicap.

Ainsi, dans son arrêt du 31 janvier 2019, la Cour européenne des droits de l'Homme énonce explicitement que « *l'article 5 tel qu'interprété aujourd'hui ne contient pas une interdiction de la détention fondée sur l'incapacité »*[11]. Il n'en demeure pas moins que, pour être régulière, la privation de liberté doit être assortie de conditions à la fois procédurales et substantielles.[12] Parmi ces conditions, l'article 5 requiert un lien entre le motif de la détention et le lieu et le régime de la détention.[13] In fine, la détention d'une personne malade mentale ne sera régulière au regard de la Convention européenne, article 5, 1, e) « *que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié. »* [14]

C'est précisément cette condition liée au lieu de l'internement qui a débouché sur les multiples condamnations de la Belgique. En cause : le séjour prolongé des personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons belges. Les condamnations de la Belgique par la Cour européenne des droits l'Homme sur la base d'une violation de l'article 5, §1, e) de la Convention européenne se doublent souvent d'une violation de l'article 3 (interdiction de traitements inhumains et dégradants), et parfois de l'article 2 (droit à la vie).

Inversement, le système de la Convention ONU interdit toute privation de liberté justifiée par l'existence d'un handicap, ce même si au handicap, se greffe un autre motif de détention : la dangerosité de la personne ou des considérations de santé par exemple.[15] [16]

Les directives du Comité des droits des personnes handicapées relatives à l'article 14 énoncent :

« Le Comité a établi que l'article 14 ne prévoyait aucune exception qui permettrait de priver des

---

10 À ce sujet, voir Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 763 et s.

11 Arrêt Rooman c.Belgique, grande chambre, 31 janvier 2019.

12 Ces conditions sont définies dans l'Arrêt Winterwerp c. Pays-Bas, 1979i.

13 À ce sujet, l'arrêt Ashingdane c. Royaume-Uni (§44) complète l'Arrêt Winterwerp.

14 Arrêt Ashingdan c.Royaume-Uni, 28 mai 1985, §44.

15 « *Cette position du Comité se fonde sur une compréhension sociale du handicap, une lecture formelle du principe d'égalité, une conception universelle de la capacité juridique et un parti pris défavorable à l'institutionnalisation* ». A ce sujet, voir Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 766.

16 Notons à ce sujet que le haut-commissaire des Nations unies aux droits de l'Homme fournit, dans une étude thématique visant à faire mieux connaître et comprendre la Convention ONU, une interprétation plus nuancée de l'article 14 de la Convention ONU (Etude thématique, A/HR/10/48, 26 janvier 2009, §49). Voir à ce sujet : Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 767 et 768.

personnes de leur liberté sur la base d'une déficience réelle ou perçue. Pourtant, la législation de plusieurs États parties (…) continue de prévoir plusieurs cas dans lesquels des personnes peuvent être placées en établissement sur la base d'une déficience, réelle ou perçue, à condition qu'il existe d'autres motifs à leur placement, notamment le fait qu'elles présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ».

Ces directives déclarent *« cette pratique pas compatible avec l'article 14 ; elle est discriminatoire par nature et constitue une privation arbitraire de liberté (…) L'article 14 interdit toute privation de liberté pour des raisons de déficiences réelles ou supposées, même si d'autres facteurs ou critères sont invoqués pour la justifier*. » [17]

Dans ses observations finales[18] adressées à la Belgique, le Comité des droits des personnes handicapées se prononce sur la loi de 2014 relative à l'internement et énonce :

« *Le Comité craint que la nouvelle loi relative à l'internement des personnes (…) ne soit pas en conformité avec la Convention. Les mesures de sécurité sont des formes de sanctions sociales qui ne sont pas adoptées sur la base du principe de proportionnalité, mais plutôt sur l'état d'une personne qui est considérée comme « dangereuse». La procédure utilisée pour établir des mesures de sécurité pour les personnes considérées comme irresponsables de leurs actes est incompatible avec les garanties procédurales établies par le droit international des droits de l'Homme, entre autres, la présomption d'innocence, le droit à la défense et le droit à un procès équitable*. »

Aussi, le Comité appelle à une remise en question du fondement même de la mesure d'internement et recommande à l'État belge :

« de réviser la loi de mai 2014 afin d'éliminer le système de mesures de sûreté pour les personnes handicapées qui sont déclarées irresponsables de leurs actes. Les personnes handicapées responsables d'avoir commis un crime doivent être jugées conformément à la procédure pénale ordinaire, sur un pied d'égalité avec les autres, et avec les mêmes garanties, ainsi qu'avec les aménagements procéduraux spécifiques nécessaires pour garantir leur participation égale dans le système de justice pénale ».

Cette dichotomie entre la vision de la Cour européenne des droits de l'Homme et la vision du Comité ONU met en tension l'approche « droits de l'Homme de la détention et de la santé mentale ». Si la première vision (hardlaw) est juridiquement plus contraignante que la deuxième (softlaw), le mandat d'Unia porte sur la deuxième vision.

---

[17] Directives du Comité des droits des personnes handicapées de septembre 2015 relatives à l'article 14 de la Convention ONU, §§6 et 7.

[18] Disponibles sur https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fBEL%2fCO%2f1&Lang=fr, p.5.

3 Réformes réalisées et en cours

Dans le sillage des multiples constats de violation des droits fondamentaux des personnes internées, la mesure de l'internement a connu, ces dernières années, de profonds changements. Il s'agit de réformes à la fois d'ordre législatif et organisationnel. D'autres réformes sont annoncées pour les années qui viennent.

3.1 Réformes législatives

L'élaboration de la loi relative à l'internement des personnes a connu de nombreux rebondissements.[19]

La loi finalement en vigueur est la loi du 5 mai 2014[20] telle qu'elle fut modifiée par la loi du 4 mai 2016, dite Loi « Pot Pourri III et par la loi du 5 mai 2019 portant des dispositions diverses en matière pénale et en matière de cultes, et modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et le Code pénal social ».[21]

La réforme modifie les contours de la mesure de l'internement, mais elle n'interroge pas la légitimité de la mesure qui renvoie les personnes déclarées irresponsables de leurs actes dans un régime spécifique qui, pour rappel, est une « *forme de sanctions sociales qui ne sont pas adoptées sur la base du principe de proportionnalité, mais plutôt sur l'état d'une personne qui est considérée comme «dangereuse».*[22]

La loi du 5 mai 2014 telle que modifiée par la loi du 4 mai 2016 est entrée en vigueur le 1er octobre 2016.

La nouvelle loi énonce comme objectif, au même titre que la protection de la société, la réinsertion de la personne internée. Elle met donc clairement l'accent sur le droit opposable des personnes internées à des soins adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, le champ d'application de la mesure d'internement est désormais limité aux infractions les plus graves. L'internement se conçoit désormais à l'égard des personnes atteintes d'un trouble mental et qui, au moment du jugement, remplissent trois conditions : avoir commis un crime ou un délit ayant porté atteinte ou menacé l'intégrité physique ou psychique de tiers[23], l'auteur doit être atteint au moment de la décision d'un trouble qui

---

19 J.-C. Van Den Steen, « Pot-pourri III-internement: fragrances, méfiance et espérances », J.T., 2016, p.437.
20 Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014, p.52159.
21 Loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *M.B.*,13 mai 2016, p.31338.
22 Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées à la Belgique, disponibles sur https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fBEL%2fCO%2f1&Lang=fr, p.5.
23 Parmi les autres conditions, la loi requiert d'une part l'existence, au moment de la décision judiciaire, d'un trouble mental de l'auteur des faits abolissant ou altérant gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et d'autre part l'existence d'un danger de récidive en raison de ce trouble mental (article 9 de la loi du 5 mai 2014). A défaut de rencontrer ces exigences, les autres infractions se retrouvent de facto exclues du champ d'application de la loi relative à l'internement. Il en découle que les auteurs de ces dernières infractions dont les facultés mentales au moment du fait étaient abolies, se retrouvent dans une situation de no man's land juridique. Ils ne peuvent faire l'objet ni d'un internement (application faite de la nouvelle loi), ni d'une

abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ; il doit exister un danger que cette personne commette de nouveaux faits en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risques. La décision d'internement doit par ailleurs être précédée d'une expertise psychiatrique médico-légale.[24] [25]

Les commissions de défense sociale sont remplacées par des chambres de protection sociale instituées au sein du tribunal de l'application des peines. À l'inverse des décisions des commissions de défense sociale, les décisions des chambres de protection sociale ne sont plus susceptibles que d'un pourvoi devant la Cour de cassation, sauf pour la décision d'internement d'une personne condamnée devant la Cour d'Appel (article 77/6 de la loi). [26]

La réforme supprime la présence d'un psychiatre au sein des chambres de protection sociale et le remplace par un assesseur spécialisé en psychologie clinique.[27]

La loi introduit un grand formalisme dans la mise en œuvre de la mesure d'internement, notamment par l'organisation de délais rigoureux. Cette lourdeur est néanmoins garante du respect des droits des personnes internées.

Dans la foulée des réformes législatives, la loi Pot-Pourri IV apporte également une réponse au vide législatif qui entourait l'entrée en vigueur de la loi de principes du 12 janvier 2005[28], dite Loi Dupont, pour ce qui concerne le droit de plainte des détenus.

Dans son dernier rapport public de 2016, et après maintes recommandations en ce sens dans les précédents rapports, le CPT « *appelle les autorités belges à prendre sans autre délai toutes les mesures*

---

condamnation (application faite de l'article 71 du Code pénal qui prévoit qu'il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes). Voir J.-C. Van Den Steen, « Pot-pourri III-internement: fragrances, méfiance et espérances », *J.T.*, 2016, p.438 et 439. Quant aux personnes dont les facultés mentales étaient altérées (mais non abolies) au moment du fait et au moment du jugement mais pour lesquelles les autres conditions de l'internement ne sont pas réunies (par exemple l'atteinte à l'intégrité physique) rentreront dans la filière pénale classique à défaut de pouvoir bénéficier de l'acquittement prévu par l'article 71 du C.P. Or la gravité de l'acte n'est pas nécessairement un indicateur de la gravité d'une pathologie nécessitant le soin. Voir à ce sujet, Cartuyvels, Y., Nederlandt O., Colette-Basecqz N., Vansiliette F., « De la loi de défense sociale de 1930 à l'internement de 2014 : remarques conclusives », *La loi du 5 mai relative l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?,* pp.225-226.

24 Article 9 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

25 Relevons également :

- L'expertise psychiatrique est devenue obligatoire et soumise au principe du contradictoire (Articles 5, §1 et 8 de la Loi du 5 mai 2014) ;
- Lorsqu'une mise en observation est prévue dans un but d'expertise, la nouvelle loi organise la mise en observation dans un centre d'observation clinique sécurisé (Article 6 de la loi du 5 mai 2014). Cet article, contrairement au reste de la loi, avait vocation à entrer en vigueur pour le 1er janvier 2020 au plus tard. À ce jour, il n'est pas encore entré en vigueur. On sait cependant que le centre d'observation clinique sera installé à la prison de Haren ;
- La loi étend les modalités d'exécution de la mesure d'internement et instaure une flexibilité dans l'octroi de ces différentes modalités d'exécution (Articles 19 et s. de la Loi du 5 mai 2014).

26 Articles 78 et s. de la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

27 article 78, al.3 du Code judiciaire.

28 Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus, *M.B.*, 1 février 2005, p.2815.

nécessaires afin d'assurer une entrée en vigueur totale et entière de l'ensemble de la loi ».[29] [30]

La loi pot-pourri IV, votée le 25 décembre 2016, prévoit l'entrée en vigueur, à partir du 1er octobre 2020, du droit de plainte auprès des Commissions des Plaintes, créées au sein des Commissions de Surveillance, elles-mêmes chapeautées par le Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire[31]. Les Commissions des Plaintes sont amenées à connaître des recours à l'encontre des décisions individuelles du directeur de prison. [32]

D'aucuns regrettent cette mission attribuée aux Commissions de Surveillance en plus de leur mission de surveillance et de médiation.[33] Outre la confusion des rôles et l'incompatibilité éventuelle entre les missions, ces Commissions, composées de volontaires bénévoles, ne disposent pas nécessairement de toutes les compétences pour la rédaction de jugements.[34]

L'exposé d'orientation politique du ministre de la Justice[35] énonce qu'« *Il sera également demandé aux experts d'élaborer un système de responsabilité atténuée partielle pour tous les crimes. Nous proposons un règlement pour les détenus qui ne sont pas totalement irresponsables pénalement mais qui présentent des troubles mentaux ou médicaux, qui ne sont pas d'une gravité telle qu'ils annihilent leur capacité de discernement ou de contrôle de leurs actes, qui les rendent dangereux pour la société*. »[36]

L'exposé prévoit un système de responsabilité partielle sans en préciser les contours, les conséquences et les conditions de mise en œuvre : ce système risque d'inclure, et légitimer, un passage par la case prison, avec le risque de dégradation de l'état psychique dû au manque de soins prestés dans ces lieux. L'approche sécuritaire et punitive prime ici aussi sur le soin et la réinsertion.

---

29 CPT, Rapport au gouvernement de la Belgique relative à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 24 septembre au 4 octobre 2013, CPT/Inf (2016) 13, Strasbourg, 31 mars 2016, disponible sur http://www.cpt.coe.int/documents/bel/2016-13-inf-fra.pdf, p. 29.

30 Notons qu'à ce jour, aucune disposition n'a encore été prise pour l'entrée en vigueur du chapitre que la loi dédie aux soins de santé et la protection de la santé. À ce sujet voir notamment Groupe de réflexion « soins et détention, « Vers des soins de santé à part entière pour les détenus et les internés en Belgique » *Mémorandum*, 25 juillet 2014.

31 La Loi de principes du 12 janvier 2005 institue le Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP) en tant qu'organe indépendant et impartial de contrôle et d'avis veillant à garantir les droits et la dignité humaine des personnes détenues. Dans un souci d'indépendance, le CCSP rend compte à la Chambre des représentants. Pour plus d'informations, voir https://ccsp.belgium.be/conseil-central-2/

32 Articles 149 à 158 de la Loi de principes du 12 janvier 2005.

33 Observatoire International des prisons, *op. cit*., p. 60.

34 Le communiqué de presse de la Ligue des droits de l'Homme intitulé« le vote au Parlement de la Loi Pot-Pourri IV », préconisait que la mission de gestion de plaintes des détenus soit menée par un organe judiciaire se consacrant à temps plein à cette fonction, composé de personnes indépendantes et sans aucun lien avec le personnel de l'administration pénitentiaire, disponible sur : http://www.liguedh.be/espace-presse/135-communiques-de-presse-2016/2735-6-le-vote-au-parlement-de-la-loi-pot-pourri-iv-une-occasion-manquee-de-ratifier-le-protocole-contre-la-torture.

35 https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610015.pdf

36 https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610015.pdf, p.33.

3.2 Réformes organisationnelles

Les premiers projets en matière d'internement datent de 2002. L'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux [37]prévoit la réalisation d'études pilotes portant sur les hôpitaux psychiatriques et, notamment sur la resocialisation des internés.

Depuis 2007, nombreuses sont les réformes annoncées dans des plans divers, parmi lesquels :

- le plan pluriannuel de l'Autorité fédérale en vue de la mise en place du trajet de soins pour patients psychiatriques médico légaux (les internés) ;
- les Masterplans 2008 - 2012 - 2016 dont le dernier, le Masterplan III « détention et internement », a été approuvé en conseil des ministres au mois de novembre 2016[38] ;
- les exposés d'orientation politique présentés par les ministres de la Justice successifs, dont le Plan Justice du ministre Koen Geens du 15 mars 2015[39].

Le SPF santé publique a mis en exécution différentes phases du plan pluriannuel à travers le financement de projets pilotes TSI (Trajet de Soins Internés).

Le plan pluriannuel a pour objectif de donner des soins adéquats aux personnes internées, notamment en les faisant sortir des établissements pénitentiaires, et en rencontrant l'objectif de réinsertion sociale optimale. Ce faisant, le plan organise un réseau et un circuit de soins par ressort de Cour d'appel.

Le plan ne vise nullement à créer un « réseau internés » mais bien à intégrer le public des internés au départ des cinq fonctions de la réforme des soins en santé mentale.[40]

Les différentes phases du plan pluriannuel sont les suivantes :

La première phase du plan pluriannuel a été initiée en 2007. Il s'agit du plan Vandeurzen-Onkelinx, lequel développe notamment le trajet de soins medium risk. 601 places en hôpital psychiatrique (UPML), IHP et MSP ont été ouvertes. Les équipes outreaching[41] ont été développées et 75 lits ont été affectés à une offre de soins spécialisée pour les délinquants sexuels en HP-IHP et MSP.

Suite à la Conférence interministérielle du 18 juin 2012, le plan pluriannuel prend une nouvelle orientation. Cette deuxième phase du plan 2012 intègre davantage les internés à la réforme des soins

---

[37] Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B*.., 30 mai 2002, p.23 593.

[38] Plus d'informations disponibles sur https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines et sur https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/communiques_de_presse/news_pers_2011-03-23_1

[39] K.Geens, Ministre de la Justice, Le plan justice, « Une plus grande efficience pour une meilleure justice », 18 mars 2015, p.67 et s. disponible sur le lien : https://cdn.nimbu.io/s/1jn2gqe/assets/Plan_Justice_18mars_FR.pdf

[40] Trajet de soins pour internés, au sein de la réforme des soins en santé mentale, Cour d'Appel de Mons, Province du Hainaut, disponible sur http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf

[41] Les services d'outreaching ont pour objectif d'apporter des soins en dehors du milieu institutionnel et de proposer un accompagnement dans le milieu de vie. Ces services, qui ont habituellement une composition pluridisciplinaire, sont des services mobiles, voir http://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/les-institutions-et-les-reseaux/services-doutreaching/

en santé mentale, communément appelée réforme « psy 107 », [42] par la mise en place d'un trajet de soins pour les personnes internées favorisant, dès que cela s'indique, l'inclusion dans le réseau régulier/classique, la concertation et la place centrale de l'usager interné.[43] En 2013, les Coordinateurs TSI (SPF Santé) sont engagés[44], tandis que les recrutements des Coordinateurs Circuit de Soins Externes (SPF Justice) initiés en 2011 sont poursuivis.

En 2014, on assiste à la mise en place des équipes mobiles Trajet de Soins Internés (EM TSI) par cour d'appel. Cette phase du plan prévoit également la réalisation d'une cartographie fédérale du profil du public cible et de l'offre de soins ; le financement des projets à destination des internés dans le régulier ; la construction, l'élaboration et la formalisation d'un réseau de partenaires, avec -entre autres- l'intégration et la participation des Coordinateurs TSI & CSEI au sein des réseaux de la réforme des soins en santé mentale.

En 2016, des lits dans des hôpitaux psychiatriques, IHP ou MSP sont upgradés, et du personnel soignant supplémentaire est affecté (long stay, unité de resocialisation, femmes internées, double diagnostic retard mental/trouble psychiatrique, lits de crise/time out et extension EM TSI).

Le Masterplan internement[45] a pour objectif de sortir les personnes internées des annexes de prison afin de les orienter au plus tôt vers une trajectoire de soins adaptée (placement ou soin en circuit régulier par le biais d'une libération à l'essai).

Le Masterplan accorde lui aussi une grande importance à l'intégration des personnes internées dans les soins réguliers et la société en orientant vers une offre psychiatrique régulière. Le Masterplan a cependant la spécificité de s'inscrire dans la complémentarité avec des soins spécialisés et spécifiques aux internés. Le principe de base est : d'abord orienter vers le régulier lorsque cela est possible, faisable et souhaitable et ensuite vers le spécialisé si cela est nécessaire.

Dans son volet internement, le Masterplan III comprend donc à la fois :

- des projets de nouvelles constructions de lieux de soins de haute sécurité (comme les CPL de Wavre, Paifve, la construction d'un établissement long stay à Alost pour des internés présentant un profil à risque élevé sur le plan de la sécurité et la réorganisation de l'HPS de Tournai) ;
- l'élargissement du nombre de places destinées à certains publics cibles dans le circuit régulier et médico-légal « medium risk » (handicap mental, NAH/Korsakov, double diagnostic, assuétude, time out, délinquance sexuelle et upgrade provisoire de certains dispositifs TSI francophones dans l'attente de la construction des CPL) ;
- une extension et réorganisation par antenne des équipes mobiles TSI qui promeuvent la transition des internés vers le circuit de soins classique.

---

[42] En 2010, le secteur des soins en santé en mentale a connu l'importante réforme « psy 107 ».42 Cette réforme met en place notamment les équipes mobiles qui interviennent dans la fonction 2 et dont les missions sont d'assurer le soin en ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation.

[43] Plus d'informations sur : http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/reseaux-de-soins/soins-en-sante-mentale, sur le site de la réforme 107 www.psy107.be et sur le site de la plateforme de concertation en santé mentale du Luxembourg http://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/defense-sociale/.

[44] Ceux-ci ont la mission de développer un réseau de structures d'accueil et d'accompagnement

[45] Ce plan est disponible sur : http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0ahUKEwjNx-K6ho3SAhVsKMAKHaE5A_4QFgg4MAU&url=http%3A%2F%2Fwww.presscenter.org%2Ffr%2Fprint-pdf-full%2F87294&usg=AFQjCNFFUpJG0vyFwlQCuA5N1IuwKzNR2Q&bvm=bv.146786187.

La quasi-totalité des projets du Masterplan III en lien avec ces deux derniers points a été concrétisée entre le 01/07/2017 et le 01/10/2018.

Concernant les projets de construction de lieux de soins de haute sécurité prévus au premier point, l'actuel ministre de la Justice, dans son exposé d'orientation politique du 4 novembre 2020, indiquait notamment : « *Lors du lancement de nouveaux projets dans le cadre des Masterplans, nous donnons la priorité à la construction de centres de psychiatrie légale (CPL) à Paifve, Wavre et Alost*.»[46] (voir infra).

Sur l'ensemble de ces mesures et au terme des deux années laissées par la Cour européenne à la Belgique pour régulariser la situation, des CPL en Flandre ont été mis en place[47], de même que le travail des équipes mobiles TSI a été encouragé.

Ainsi, 2015 a connu la création du CPL de Gand (264 places) et 2017 la création du CPL d'Anvers (182 places), selon un partenariat public-privé. Ces CPL sont sous la tutelle conjointe du SPF Santé Publique, de l'INAMI, du SPF Justice et de la Régie du Bâtiment. Le SPF Justice finance la fonction hôtel et sécurité tandis que le SPF Santé Publique et l'INAMI prennent en charge le traitement et les soins. Des consortiums privés se sont vu confier l'exploitation des centres.[48]

3.3 Les réformes annoncées dans les notes d'intention politique

Sans être exhaustif, mentionnons :

L'accord de gouvernement fédéral du 30 septembre 2020

Accès aux soins de santé :

- Les moyens nécessaires seront octroyés pour réformer les soins de santé dans les prisons pour que les détenus puissent bénéficier de soins équivalents.[49]

---

[46] https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610015.pdf p.9

[47] Les CPL de Gand et d'Anvers se composent de différents pavillons : observation et orientation, traitement intensif et spécifique, soins et réinsertion dans la société. La norme de soins est de 21.25 ETP pour 30 lits pour l'ensemble du dispositif. Le financement est assuré par la Justice et l'INAMI. Les organes habilités à contrôler la situation des internés au sein des CPL sont : la Vlaamse zorg inspectie; un ombudsman qui sert de point d'information et de traitement des plaintes; et les juridictions ordinaires, y compris les « chambres de protection sociale » et enfin l'Ombudsman flamand et le Médiateur fédéral, organes indépendants de l'exécutif, pour traiter de plaintes relevant de leurs compétences.
https://hudoc.exec.coe.int/eng#{%22EXECIdentifier%22:[%22004-1214%22]})

[48] Fin 2015, l'inspection flamande des soins (Vlaamse Zorginspectie) a procédé à un audit d'orientation du CPL de Gand. L'inspection des soins conclut que le CPL de Gand obtient un score positif pour un certain nombre d'aspects, mais elle s'est également montrée préoccupée par la qualité des soins prodigués et par le manque de personnels travaillant au sein du CPL. Selon l'Inspection flamande, « *il y a un grand champ de tension entre ce qui fut décidé par contrat entre l'Etat belge et les exploitants et ce qui est nécessaire pour garantir la qualité continue du soin et la sécurité du patient* ». (Vlaamse Zorginspectie, departement Welzijn, volksgezondheid en gezin, "Oriënterende audit FPC Gent", p. 5. Ce rapport n'est pas rendu public.

[49] https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf, p.16.

Justice et Sécurité :

- Des capacités adaptées seront nécessaires dans les centres de psychiatrie légale et les prisons.
- L'exécution des Masterplans pour détenus et internés sera poursuivie et actualisée après évaluation.
- Dans la mise en œuvre des Masterplans, la première priorité ira à la construction des nouveaux centres de psychiatrie légale (Alost, Paifve et Wavre).
- Lors de l'évaluation des Masterplans, il sera tenu compte du fait que les internés ne sont pas à leur place dans le milieu carcéral.
- Le gouvernement portera le niveau des soins de santé mentale pour les détenus et les personnes internées qui relèvent de la compétence de l'administration pénitentiaire, au niveau appliqué dans la société, et s'inspirera à cet égard entre autres des centres de psychiatrie légale. Il intégrera ce point dans l'évaluation des Masterplans.
- Les soins de santé pénitentiaires feront l'objet d'une réforme en profondeur en étroite collaboration avec la Santé publique et les entités fédérées.[50]

L'exposé d'orientation politique du ministre de la Justice

L'exposé d'orientation politique du ministre de la Justice évoque l'intention de moderniser la capacité pour les internés.

« *Une capacité moderne pour les internés : Nous dispensons des soins modernes aux internés dans les établissements où la vision des soins et la protection de la société vont de pair. Lors du lancement de nouveaux projets dans le cadre des Masterplans, nous donnons la priorité à la construction de centres de psychiatrie légale (CPL) à Paifve, Wavre et Alost*. » [51]

La déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune

« *En ce qui concerne la santé mentale, le Gouvernement veillera au financement adéquat des équipes en place et soutiendra l'accroissement des places en MSP et IHP. Des nouvelles règles de programmation qui tiennent mieux compte des spécificités et réalités bruxelloises seront proposées à l'État fédéral. Le Gouvernement s'inscrira dans la dynamique de la Plate-forme de concertation en santé mentale, de Bru-Stars, des réseaux 107 et des fédérations concernées. Il s'assurera de l'articulation de ces dispositifs avec tous les services ambulatoires bruxellois.*

Ainsi le Gouvernement bruxellois veillera, en concertation avec le secteur et les entités compétentes, à renforcer les équipes mobiles de crise et de longue durée pour enfants, adolescents et adultes et à renforcer l'offre institutionnelle pour les prises en charge intensives (double diagnostic, mises en observation judiciaire, internés, etc.). Il organisera des actions de formation et de sensibilisation auprès des médecins généralistes, renforcera le soutien psychologique aux proches et intensifiera les initiatives de prise en charge en mode ambulatoire, le plus proche possible du milieu de vie du patient. Le Gouvernement entend renforcer la concertation avec l'ensemble des acteurs concernant le développement de la réforme fédérale dite « 107 », relier les projets 107 aux projets communautaires et travailler sur les inégalités sociales de santé avec une attention particulière pour les publics spécifiques (toxicomanes, pauvreté, handicapés, seniors). Enfin, le Gouvernement garantira le soutien au centre d'appui bruxellois chargé de l'accompagnement des délinquants sexuels et encouragera une

---

[50] https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf, pp.71-72.
[51] https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610015.pdf, p.9.

concertation multidisciplinaire et participative afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients. »[52]

La déclaration de politique wallonne

La déclaration de politique wallonne ne se prononce pas expressément sur la question de l'internement.

En ce qui concerne la santé mentale, elle énonce :

« Le financement et les modalités des services de santé mentale seront revus pour répondre à l'augmentation des besoins de prise en charge de la santé mentale de première ligne. L'accès rapide à des soins psycho-sociaux non résidentiels sera une priorité, notamment pour les enfants et adolescents. Le Gouvernement mettra à l'ordre du jour de la conférence interministérielle santé publique l'évaluation de la réforme des soins de santé mentale, dite « 107 », car elle ne rencontre pas suffisamment l'évolution des besoins des populations concernées, ni en possibilité de développement d'une offre de soins psychiatriques intensifs en lits hospitaliers aigus, ni en possibilité de développement des soins et accompagnement en milieu de vie ou en formules d'habitats communautaires ou protégés par la Région. » [53]

Notons cependant que le Gouvernement wallon a marqué son accord pour la construction d'un nouvel Hôpital Psychiatrique Sécurisé sur le site des Marronniers (HPS). Il s'agit de construire de nouveaux bâtiments qui remplaceront les anciens pavillons dans le but de mettre l'architecture en adéquation avec la prise en charge proposée par les réformes des soins en santé mentale et de l'internement. [54]

L'accord de gouvernement flamand

L'accord de gouvernement flamand[55] prévoit :

- de développer une offre supplémentaire de soins médico-légaux pour les internés pendant et après la détention. Il s'agit de fluidifier le passage des soins dans le secteur médico-légal vers le secteur régulier et de respecter le principe du soin dans « le régulier si possible, dans le médico-légal si nécessaire".
- de collaborer étroitement avec le ministre la Justice et avec le niveau fédéral afin de parvenir à une politique intégrée".
- d'élaborer un nouveau plan stratégique pour les services d'aide aux détenus et aux personnes internées (en application du décret du 8 mars 2013 sur les services d'assistance aux détenus tout en veillant à éviter la récidive et à proposer une offre adaptée aux internés, quel que soit leur lieu de résidence et leur statut (placé, libéré à l'essai ou après libération définitive)
- de garantir une meilleure transition entre le placement et la libération à l'essai (in et out), ce afin d'éviter toute rupture dans le trajet de soins de la personne internée libérée à l'essai"
- de proposer une offre de soins adaptée tant pendant la détention, qu'après la détention. Le ministre flamand de la Justice Ministres régionaux consultera le ministre fédéral compétent

---

[52] Disponible sur http://www.parlement.brussels/wp-content/uploads/2019/07/07-20-D%C3%A9claration-gouvernementale-parlement-bruxellois-2019.pdf, pp.35-36.

[53] Disponible sur https://www.wallonie.be/sites/default/files/2019-09/declaration_politique_regionale_2019-2024.pdf, p.89.

[54] https://www.marronniers.be/l-hopital-psychiatrique-securise-de-demain

[55] https://www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2019-2024

pour les soins de santé pénitentiaire. Dans ce but, "Étant donné la grande proportion de détenus souffrant de problèmes de santé mentale, y compris de toxicomanie, il faut une offre adaptée tant pendant qu'après la détention. À cette fin, les ministres flamands compétents travailleront en concertation avec le ministre fédéral de la Santé.

4 Mesure d'internement en Belgique : état des lieux

4.1 Les modalités d'exécution de la mesure d'internement

La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement[56] prévoit différentes modalités d'exécution de l'internement, à savoir : le placement ; le transfèrement (article 19); les permissions de sortie (article 20) et les congés pénitentiaires (article 21) ; la détention limitée (article 23); la surveillance électronique (article 24) et la libération à l'essai (article 25). Enfin, la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise concerne les personnes internées qui ne disposent pas d'un droit de séjour en Belgique, qui sont mises à la disposition d'une juridiction étrangère ou qui ont exprimé leur volonté de quitter le pays (articles 27 et 28).

Les derniers chiffres dont on dispose début décembre 2020, et qui nous ont été transmis par le SPF Justice, sont les suivants **:** 3 632 personnes sont internées en Belgique. Sur ce total, près de 300 sont des femmes. Et, 1387 personnes internées sont sous mesure de placement ,1 839 personnes internées sont libérées à l'essai, 4 sont sous surveillance électronique, 53 ont obtenu une libération anticipée, 120 sont « en fugue », 19 sont en état de liberté en attente de la saisine de la CPS par le Ministère Public dans le cadre de la première audience, 210 se trouvent en annexe psychiatrique et pour lesquels la CPS a été saisie.

Ce chapitre aborde spécifiquement la modalité du placement et de la libération à l'essai en présentant les lieux dans lesquels séjournent les personnes internées lorsqu'elles sont soumises à l'une ou l'autre de ces modalités.

4.1.1 Le placement

L'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement[57] définit le placement comme la décision par laquelle la chambre de protection sociale désigne, dans l'urgence ou non, l'un des établissements visés à l'article 3, 4°, b), c) et d) dans lequel l'internement sera exécuté.

Selon la loi, ces établissements sont les suivants : l'établissement ou la section de défense sociale organisé par l'autorité fédérale ; le centre de psychiatrie légale (ci-après CPL) organisé par l'autorité fédérale ; un établissement psychiatrique classique, soit privé et subventionné, soit organisé par un pouvoir public qui a conclu un accord de coopération.

Pareil accord de coopération conclu entre le circuit régulier, le ministre de la Justice et les ministres de la Santé compétents visait à permettre à certains hôpitaux à accueillir le public des personnes internées. [58]

Les HPS et USPS (structures psychiatriques sécurisées) sont contraintes d'accepter toute personne désignée par les chambres de protection sociale contrairement aux autres dispositifs accueillant des

---

[56] Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014, p.52159.
[57] Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grands arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 762.
[58] Trajet de soins pour internés, au sein de la réforme des soins en santé mentale, Cour d'Appel de Mons, Province du Hainaut, disponible sur http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf, p.8

personnes internées libérées à l'essai qui travaillent sur base de critères d'admission.

Si cet accord n'est pas officiellement signé, il semble, selon la DGEPI, que trois lieux en Flandre et deux en Wallonie collaborent néanmoins et que cette collaboration se passe bien jusqu'ici.

La mesure de placement a lieu en milieu sécurisé ou fermé et prive donc la personne de sa liberté.

Grande avancée introduite par la loi du 5 mai 2014, le placement ne peut plus se dérouler au sein des annexes psychiatriques des prisons, visées par l'article 3,4°, a). Néanmoins, la loi prévoit quelques hypothèses dans lesquelles l'internement peut se dérouler en prison, de façon provisoire toutefois.

- Au moment où l'internement est prononcé, la personne est déjà détenue en prison (article 11).
- Au moment de prononcer l'internement, le juge décide l'incarcération immédiate de la personne sur réquisition du Procureur du Roi de crainte que la personne ne se soustraie à la mesure ou ne représente un danger pour elle ou pour les autres (articles 10 et 11 de la loi).
- Entre la décision d'internement et la première audience devant la chambre de protection sociale, la personne fait l'objet d'une arrestation provisoire prononcée par le Ministère public (article 65 §2).
- La personne est libérée à l'essai ou sous surveillance électronique mais la modalité d'exécution de la mesure est suspendue car le Ministère Public procède à l'arrestation provisoire de la personne internée. Dans ce cas, la personne est détenue à l'annexe et la chambre de protection sociale a sept jours pour se prononcer sur le maintien de l'arrestation (article 65 §1 de la loi).[59]

Lorsque la chambre de protection sociale prononce l'internement d'un condamné, elle désigne l'annexe psychiatrique de la prison dans laquelle le condamné interné sera transféré dans l'attente de l'acquisition de force jugée du jugement (article 77/5 de la loi).

Le placement peut également être ordonné suite à la révocation de la libération à l'essai.

Depuis peu[60], une personne dont la libération à l'essai est révoquée ne peut plus être écrouée au sein d'une annexe si elle a comparu en état de liberté au moment de la décision de révocation. Elle sera orientée vers le lieu de placement désigné dans la décision de révocation.

Les lieux de placement légaux prennent prioritairement le public faisant l'objet d'une révocation. Ils sont actuellement arrivés à saturation.

De façon générale, concernant le placement, on constate sur le terrain que les pratiques diffèrent entre la Belgique francophone et néerlandophone.

Ainsi en Wallonie et à Bruxelles, les personnes internées qui font l'objet d'une mesure de placement résident principalement à l'EDS de Paifve (qui dépend du SPF Justice), au Centre hospitalier psychiatrique les Marronniers à Tournai (qui dépend de la Région Wallonne) ou au «Chêne-aux-Haies » à Mons (qui dépend de l'intercommunale « Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-

[59] Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 763

[60] Suite à un recours introduit par la Ligue des droits de l'Homme à l'encontre d'une pratique qui orientait, vers les annexes, les personnes libérées à l'essai qui ont fait l'objet d'une révocation. Voir Civ. Bruxelles, réf, 17 juin 2019, R.G.n°19/60/C ; Civ. Bruxelles, 8 aout 2019, R.G. n°19/78/C (plainte avec constitution de partie civile déposée entre les mains d'un juge d'instruction de Bruxelles par la Ligue des droits humains, le 5 novembre 2009).

Borinage » et qui est réservé aux femmes)[61] , mais aussi dans les annexes psychiatriques des prisons dans l'attente de l'exécution du placement ou de l'octroi d'une autre modalité.

Dans le cadre du Masterplan Internement, le SPF Justice annonçait la construction de centres de psychiatrie légale à Paifve et à Wavre. Les premières pierres tardent à être posées. Début janvier 2021 l'État belge devient propriétaire d'un terrain à Wavre en vue d'y abriter le futur CPL de Wavre. [62] Néanmoins, la privatisation du secteur, qui concernera ici également la conception et la construction du bâtiment (en plus de l'entretien et l'exploitation du complexe), inquiète encore et toujours.

En septembre 2020, était annoncée par voie de presse[63], la création d'une section de défense sociale au sein de la prison de Namur et Bruxelles.

Selon la DGEPI, ces sections ont vocation à accueillir les personnes internées qui se trouvent actuellement en annexe et qui sont en attente qu'une place se libère dans un lieu de placement. Les conditions de séjour se voudraient plus adaptées au soin que les conditions de séjour des annexes.

Néanmoins, l'OIP redoute « *un tour de passe-passe du ministre de la Justice destiné à répondre aux condamnations nationales et internationales sans modification des problèmes structurels dont souffrent les internés.* » [64]

En Flandre, certaines prisons disposent d'une section de défense sociale (I.B.M - Inrichting Bescherming Maatschappij) : la prison de Merksplas, la prison de Turnhout et le complexe pénitentiaire de Bruges. Ces lieux sont gérés par le SPF Justice.

Pour rappel, en Flandre, les personnes internées peuvent également être placées au sein des CPL de Gand et d'Anvers.

4.1.2 La libération à l'essai

L'article 25 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement définit la libération à l'essai comme une modalité d'exécution de la décision d'internement par laquelle la personne internée subit la mesure de sûreté qui lui a été imposée dans le cadre d'un trajet de soins résidentiel ou ambulatoire, moyennant le respect des conditions qui lui sont imposées pendant le délai d'épreuve.

Les personnes internées libérées à l'essai poursuivent donc leur trajet de soins dans le circuit externe, en résidentiel (établissements psychiatriques, habitations protégées, appartements supervisés, services non agréés) ou à domicile avec un suivi ambulatoire. [65]

Les dispositifs accueillant des personnes internées libérées à l'essai travaillent sur base de critères

---

[61] Pour ces deux derniers établissements, l'encadrement médical répond donc aux normes de la Santé publique.
[62] L'État a l'intention de lancer une procédure du type partenariat public-privé afin qu'un investisseur prenne à sa charge la conception, la construction, le financement, l'entretien et l'exploitation du complexe. https://www.rtbf.be/info/regions/detail_la-rbtf-et-la-vrt-vendent-un-terrain-de-6-hectares-a-wavre-pour-un-futur-centre-de-psychiatrie-legale?id=10660459&utm_source=rtbfinfo&utm_campaign=social_share&utm_medium=email_share
[63] Article disponible sur le site de l'OP : https://www.oipbelgique.be/annexes-psychiatriques-le-tour-de-passe-passe-du-ministre-de-la-justice/
[64] Article disponible sur le site de l'OP : https://www.oipbelgique.be/annexes-psychiatriques-le-tour-de-passe-passe-du-ministre-de-la-justice/

65 http://www.psy107.be/images/coll_8-11-2018_CPS_loi_internement_version_FR.pdf

d'admission et de candidature. Ils disposent donc d'un pouvoir de discrétion dans la prise en charge de ce public.[66]

Il n'est pas encore à l'ordre du jour d'activer des accords de coopération entre la Justice, la Santé et le circuit régulier pour faciliter la prise en charge des personnes internées libérées à l'essai dans le circuit régulier. De fait, vu l'engagement et la responsabilité que représente l'accueil de personnes internées libérées à l'essai, le consentement de ces structures à leur prise en charge doit rester le principe.

Il n'en demeure pas moins que tant pour les personnes internées placées que libérées à l'essai, le recours à des hôpitaux psychiatriques subventionnés est largement insuffisant, de même que l'accueil de personnes internées dans le circuit ouvert.

Relevons également que lorsque les structures hospitalières régulières consentent à accueillir des personnes internées libérées à l'essai, elles se heurtent parfois aux résistances des riverains et des instances administratives. Ainsi, la clinique de la forêt de Soignes s'est d'abord vue octroyer le permis en vue du transfert de ses infrastructures à Wavre moyennant le respect de la condition selon laquelle la clinique devait renoncer à traiter les patients qui relèvent de la psychiatrie médico-légale. [67]

En Flandre, de nombreux projets subventionnés[68] par la VAPH permettent la prise en charge, en circuit ouvert, de personnes internées avec déficience intellectuelle ou lésion cérébrale acquise.

4.1.3 Lieux de prise en charge des personnes internées et dispositifs de plainte

Notons que les lieux qui dépendent du SPF Justice (prisons, EDS de Paifve, I.B.M.) sont soumis à l'application de la loi de principes du 12 janvier 2005 dite « Loi Dupont [69] et sont donc soumis au contrôle des membres des commissions de surveillance[70] (voir supra).

Les lieux qui dépendent du SPF Santé (C.P.L., Marronniers, Chêne-aux-Haies, Hôpitaux psychiatriques) quant à eux, sont soumis à l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Aussi, les médiateurs droits du patient sont habilités à recevoir les plaintes en cas de non-respect des droits du patient.

Relevons que le médiateur régional est également compétent pour traiter, en dernier ressort, les plaintes de la part de résidents du CRP Les Marronniers, pour autant qu'elles ne concernent pas les droits du patient. Pour les autres hôpitaux, il est compétent sur le plan des litiges éventuels liés aux normes, inspections, agréments et subventionnement des infrastructures.

---

[66] Trajet de soins pour internés, au sein de la réforme des soins en santé mentale, Cour d'Appel de Mons, Province du Hainaut, disponible sur http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf, p.8

[67] https://www.rtbf.be/info/regions/brabant-wallon/detail_la-clinique-psychiatrique-de-la-foret-de-soignes-autorisee-a-s-installer-a-wavre-mais-sous-conditions-la-direction-introduit-un-recours?id=10664718&utm_source=rtbfinfo&utm_campaign=social_share&utm_medium=email_share

68 Des projets résidentiels comme Itinera, Limes et Amanis et des projets ambulatoires sont actuellement subventionnés par l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH), qui joue un rôle de précurseur dans l'accompagnement du groupe d'internés avec une déficience intellectuelle ou une lésion cérébrale acquise (voir plan Justice : https://cdn.nimbu.io/s/1jn2gqe/assets/Plan_Justice_18mars_FR.pdf, p.76.

69 Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, M.B., 1 février 2005.

70 Articles 31 et suivants de la Loi de principes du 12 janvier 2005.

4.2 L'organisation du soin en milieu pénitentiaire

À la suite de la sixième réforme de l'État (2012), diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales aux Régions et aux Communautés. Les soins médicaux (curatifs) dans les prisons relèvent de la compétence de l'autorité fédérale, et plus précisément du ministre de la Justice. Les soins de santé préventifs, la promotion de la santé, la réinsertion socioprofessionnelle, l'enseignement, la culture et les sports, relèvent de la compétence des Communautés.[71]

Dans les établissements qui dépendent du SPF Justice, le soin en section psychiatrique est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychiatre, un psychologue, un assistant social, un infirmier psychiatrique, un ergothérapeute, un éducateur et des intervenants paramédicaux. Les Services Psycho-Sociaux (SPS) ont pour rôle principal de rédiger des avis destinés au directeur de la prison et aux magistrats du Tribunal de l'application des peines qui décideront entre autres de la libération des condamnés ou internés séjournant au sein des établissements pénitentiaires.

4.3 Quelques acteurs essentiels

Les équipes mobiles Trajet de Soins Internés (TSI) : elles sont là pour accompagner toute personne sous statut d'internement tout au long de son parcours et à n'importe quel stade de celui-ci. Elles facilitent la sortie des personnes internées des annexes, EDS et hôpitaux sécurisés et assurent la transition des internés vers le circuit de soins classique. Elles participent au suivi d'internés libérés à l'essai. [72] Pour bénéficier des prestations de l'équipe mobile, la personne internée, un membre de son entourage ou tout autre professionnel doit formuler une demande d'accompagnement. Les équipes mobiles TSI sont subsidiées par le SPF Santé et il en existe une par cour d'appel.

Les assistants de justice (Maisons de justice, compétence communautaire) : ils assurent le suivi des libérés à l'essai et collaborent avec les équipes mobiles et les dispositifs de soins. L'assistant de justice est chargé d'aider la personne à mettre en place les conditions qui lui sont imposées et vérifie si ces conditions sont effectivement respectées. Il soutient la personne dans les difficultés qu'elle rencontre dans l'exécution de la mesure. L'assistant de justice transmet régulièrement des rapports sur le respect des conditions à la chambre de protection sociale.

Les Coordinateurs Circuit de Soins Externe et les Coordinateurs Trajet de Soins Internés : ils sont chargés de développer au sein du ressort de leur cour d'appel toutes les initiatives qui permettent d'améliorer l'accueil des personnes internées et de promouvoir la collaboration entre la justice et le secteur des soins. On compte deux Coordinateurs par cour d'appel : l'un dépend du SPF Justice (son rôle est défini à l'article 83 de la loi du 5 mai 2014), l'autre dépend du SPF Santé.

---

71 Rapport du KCE de 2017, disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf, p.22.

72 Ces équipes mobiles ont pour missions de préparer les internés à leur réinsertion dans la société en élaborant ou en consolidant un trajet de soins adapté lors de leur libération à l'essai ; d'éviter la révocation en proposant une trajectoire de soins ; de soutenir les patients et le réseau de soins ; d'épauler les établissements résidentiels en cas de besoin ; d'assister les partenaires du réseau lorsqu'un projet doit être ré-envisagé ; de collaborer avec les structures présentes sur son territoire d'action.

5 2020 : une année préparatoire

5.1 Rencontre des acteurs de terrain

Au cours de l'année 2020, dans le cadre de sa phase exploratoire, Unia a rencontré de multiples protagonistes, essentiellement francophones, actifs dans différents champs de l'internement.

Si le projet a pour vocation de porter sur l'ensemble du territoire, un manque d'effectifs néerlandophones au sein de notre équipe, explique le peu de rencontres réalisées en Flandre. Cette situation sera, on l'espère, rééquilibrée en 2021. Ce document pourra donc être complété par la réalité flamande.

Les acteurs et organismes rencontrés étaient les suivants :

- Associations : I-Care, Psytoyens, l'Autre lieu, Transit, Similes, Promotion de la santé en milieu carcéral et interculturel
- Famille d'une personne internée
- Organismes publics : SPF Justice, SPF Santé publique, Myria, DGEPI
- Membres de Commissions de Surveillance du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire
- Secteur de la psychiatrie et de l'expertise médico-légale
- Équipe mobile
- Coordinateur Trajet de Soins Internés et Circuit de Soins Externes
- Monde académique, dont une chercheuse mandatée par le secteur associatif
- Magistrats siégeant au sein d'une chambre de protection sociale
- Assistant de justice
- Avocat
- Direction de prison (ancien directeur)
- Projet artistique autour de l'internement

5.2 Leurs principaux constats

Ce rapport relaye les principaux constats formulés par nos interlocuteurs·trices. Ces constats sont regroupés ci-dessous par thèmes ou par personnes auxquelles ils se réfèrent. À notre demande, nos interlocuteurs·trices ont parfois émis des propositions très concrètes afin de faire évoluer la situation. Nous les relayons comme telles sous le vocable « proposition·s du secteur ». Précisons d'emblée que lorsqu'un lieu de placement ou une pratique est visé·e par un·e protagoniste, cela ne signifie nullement que la question soulevée concerne uniquement cet établissement, cette pratique et inversement. Et au contraire également, des propos généralisés ne sont pas pour autant applicables à tous les lieux ou toutes les pratiques.

En ce qui concerne les constats, s'ils peuvent converger ou diverger en fonction de la thématique abordée et de la place occupée par chacun·e dans le champ de l'internement, ils doivent être appréhendés dans un esprit d'ouverture. Ce rapport se veut une compilation de multiples points de vue, que nous partageons dans un souci de transparence et dans une démarche qui se veut collaborative.

Enfin, en raison du contexte sanitaire, nous n'avons malheureusement pas pu échanger avec les personnes internées à ce stade-ci du projet. Leur voix ne figure donc pas dans les points suivants, nous le regrettons. C'est notre objectif pour 2021.

Les personnes internées

- Les personnes internées sont avant tout des personnes fragiles, **victimes de leur maladie.**
- Les personnes internées ont souvent suivi la même trajectoire, qu'on pourrait appeler une **« carrière »** (passage en pouponnière, famille d'accueil, IPPJ, défense sociale...).
- Comparativement aux détenus de droit commun, les internés sont plus souvent délaissés par leur entourage et reçoivent **peu de visites de leurs proches**.
- À cause de la maladie mentale, leur parole n'est **pas suffisamment entendue et considérée**.
- La veille de leur libération à l'essai, les coups de panique sont fréquents, voire structurels, en raison de l'angoisse de la sortie. **Cette récidive dans la maladie** doit être considérée comme faisant partie du parcours de la personne internée et ne pas compromettre le respect des conditions de la libération à l'essai.
- La psychiatrie nous fait rentrer dans un univers où **tout le reste (ressenti…) n'est plus pris en considération.** Le corps devient un espace qui n'est plus sécurisé ni sécurisant.

➔ Proposition du secteur

- Réfléchir sur les possibilités d'interrompre la progression de la personne dans « sa carrière » (notamment interroger la prise en charge des IPPJ).

L'irresponsabilité pénale

- L'article 71 du Code pénal et la loi relative à l'internement prévoient une forme d'irresponsabilité pénale de l'auteur de l'acte atteint d'un trouble mental. Néanmoins, selon le dispositif légal activé, les **conséquences** pour l'auteur de l'acte délictueux seront radicalement **différentes** (acquittement, non-lieu, mise en observation civile, internement ou peine).
- L'irresponsabilité pénale peut être ressentie par la personne internée comme un acte de **déresponsabilisation qui dépasse la question pénale.**
- L'irresponsabilité crée chez certaines victimes le sentiment que l'auteur bénéficie d'une impunité.

➔ Propositions du secteur

- Distinguer la mesure de sûreté du soin.
- Juger les personnes internées, au même titre que toute autre personne.

L'accès aux soins et le trajet de soins

- Les soins sont pensés essentiellement sous l'angle **« médical »** et non sous l'angle « santé/care ».
- Il y a un **manque d'équivalence et de continuité** dans les soins de santé dans le milieu pénitentiaire.
- La question **du vieillissement** n'est pas suffisamment prise en compte.
- Certaines personnes sont extrêmement dangereuses et ne pourront jamais être « **soignées »** (par exemple, les personnes avec une déficience intellectuelle).
- Il existe des pathologies pour lesquelles **aucune prise en charge** n'existe.

- Une grande partie des personnes sont dans le déni (déni de la maladie, déni de l'infraction commise). Elles refusent donc leur statut d'interné, la médication… Ces personnes sont **réfractaires à tout** : au soin, à participer au projet…
- La personne internée peut théoriquement faire appel à un **prestataire de soins de son choix**. Dans ce cas, les frais lui sont imputables. Or, la personne internée qui réside dans un établissement de la DGEPI, **perd sa couverture mutuelle.**
- Les **dossiers médicaux** « Épicure » (programme utilisé au sein des établissements de la DGEPI) sont très **peu complets.**
- Dans les établissements qui relèvent de la Justice, la **sécurité** prime sur la santé.
- Aujourd'hui, la loi veut que toute personne soit à la juste place en fonction de ses besoins de soins. En pratique, il est **compliqué de trouver une place adéquate** pour chacun.
- Trois types de **structures d'hébergement manquantes** sont à souligner : structures intermédiaires (entre le circuit hautement sécurisé et le circuit ouvert) ; structures d'accueil pour les personnes en situation de handicap mental (problème qui doit être géré par l'AVIQ) ; places en gériatrie (mais les structures gériatriques, dans la crainte du public des personnes internées, sont peu disposées à accueillir ces personnes).
- À Paifve, le personnel soignant est trop peu nombreux. **L'espace n'est pas dédié aux soins.** Il arrive même que, dès le matin, les agents remettent le traitement d'une journée à la personne internée.
- La problématique de **l'assuétude** est complexe et soulève de nombreuses questions quant à sa prise en charge et son lien avec un risque de récidive.

➔ Propositions du secteur

- Créer des structures d'accueil spécifiques pour les personnes internées vieillissantes et déficientes intellectuelles/double diagnostic en milieu ouvert.
- Aider les personnes internées à trouver du sens dans le soin.
- Travailler sur l'accès aux soins et sur le consentement au soin.
- Travailler sur la question de la récidive dans la maladie avant la libération pour éviter le retour en Établissement de Défense Sociale.
- Humaniser les lieux de vie des personnes internées qui ne sortiront plus jamais.
- Lutter contre la peur, la crainte de l'acte violent. Un degré de confiance de la part du secteur est requis.
- Insérer davantage les personnes internées dans le circuit de soins pour personnes avec une déficience intellectuelle (AVIQ ou PHARE), à l'instar des projets qui existent en Flandre sous la tutelle du VAPH.
- Maintenir le traitement médical pendant le trajet de soins.
- Développer un trajet de soins régressif plutôt qu'évolutif (c'est-à-dire un trajet de soins qui, au départ, octroie à la personne plus de liberté et de droits, lesquels lui seraient progressivement retirés à défaut de respecter certaines obligations/conditions.
- Pour faire soin, il faut remettre au plus vite les personnes dans une situation la plus ordinaire possible.

Les professionnels de l'internement

Personnel soignant et pénitentiaire

- Le personnel soignant et pénitentiaire est en **sous-effectif.**
- Le personnel est conscient des limites de son travail, mais n'a pas les moyens en termes de **temps.**
- Les agents pénitentiaires sont en **grande souffrance**. Leur taux d'absentéisme est élevé et ils ne bénéficient que très peu de formations sur la maladie mentale notamment.
- Il y a un manque de **reconnaissance et de valorisation** des prestataires de soins en prison.
- Il existe **peu d'experts médico-légaux** : les facultés de médecine négligent la psychiatrie médico-légale et la rémunération de l'expertise psychiatrique est trop faible.
- Certains agents oublient que la peine consiste en la privation de liberté et ont parfois **des comportements punitifs** qui dépassent cet aspect-là.
- Certains agents sont nommés et quand certains d'entre eux dysfonctionnent, ils sont **transférés** vers d'autres établissements, ce qui ne résout pas le problème.

➔ Propositions du secteur

- Mieux soigner l'institution afin de mieux soigner les personnes internées.
- Inclure dans le cursus en psychiatrie un module sur l'internement et la psychiatrie médico-légale.
- Mieux former les agents à la maladie mentale notamment.

Les avocats

- La présence de l'avocat aux côtés de la personne internée est obligatoire à tous les niveaux de la procédure. Il existe **peu d'avocats spécialisés en matière d'internement**. La plupart interviennent dans le cadre de l'aide juridique. Ils sont malheureusement peu nombreux à connaître la réalité de terrain.
- En dehors de l'aide juridique, les frais liés à l'assistance d'un avocat peuvent être un **frein** à certaines démarches.

Les chambres de protection sociale (CPS)

- **Le remplacement du psychiatre** par l'assesseur en psychologie clinique est accueilli positivement par certain·e·s étant donné la position parfois dominante qu'ils occupaient au sein des commissions de défense sociale.
- Les CPS s'efforcent d'**éviter la révocation de la libération à l'essai.** Elles ont la difficile tâche de trouver l'équilibre entre le soin de la personne internée et la protection de la société.

Les proches

- Les familles sont **perdues**, ne savent pas vers qui s'orienter et ne comprennent pas ce qui arrive à leur proche (est-il interné ou hospitalisé sous contrainte ? Quel est le rôle de la chambre de protection sociale, des assistants de justice ?).
- Les familles **manquent d'informations** quant à la situation de leur proche interné. Elles doivent aller à la recherche de l'information et ne maîtrisent pas toujours l'impact des décisions des chambres de protection sociale.
- Les familles sont **trop peu soutenues** et le sont encore moins en période de crise sanitaire.

- Il n'est pas rare que les familles qui se déplacent pour rendre visite à leur proche se fassent **refouler à l'entrée** (proche en activité, à l'isolement…). C'est décourageant.
- Les lieux de placement sont parfois mal desservis par les **transports publics**.
- **Peu de demandes** en général émanent directement des proches.
- Avec les équipes mobiles TSI, les familles sont plus entendues, elles ont une **vraie place.**
- Les familles ont parfois **peur** que la personne sorte de l'internement et qu'elle refuse le traitement.
- Les proches ont l'impression **d'être rejetés, de ne pas être considérés**. Ils reçoivent **peu d'informations sur l'état de la personne internée de la part des établissements**. À aucun moment, la famille n'est structurellement intégrée dans le projet (complexe car la famille peut aussi être toxique et représenter un frein à la réinsertion).
- Les familles sont de mieux en **mieux informées** sur la question de la maladie mentale, mais il reste encore un travail à mener sur ce point.
- C'est une **double peine** pour certaines familles qui apprennent en même temps l'existence d'une maladie mentale et de l'infraction.
- Les familles **manquent d'outils**, de dispositifs et de soutien pour **accueillir** chez elle la personne internée après son placement.

➔ Propositions du secteur

- Favoriser, dans les institutions, le partenariat soignants - usagers – familles qui serait bénéfique pour tous.
- Aider les familles considérées comme plus « toxiques » plutôt que de les écarter.
- Mettre en place des référents qui fassent le lien entre la personne internée, sa famille et l'ensemble des professionnels de l'internement.

Les membres des Commissions de Surveillance

- Il est important **d'informer et de sensibiliser** les membres des Commissions de Surveillance à la problématique des détenus en situation de handicap et des personnes internées qui séjournent dans les annexes psychiatriques.

La loi du 5 mai 2014

- La loi a permis de formaliser et professionnaliser la procédure.
- La loi a permis de **réévaluer** le dossier de personnes oubliées et de **mettre fin à la mesure** d'internement pour une partie d'entre elles.
- La loi renforce les exigences qui entourent la réalisation de l'expertise médico-légale.
- La durée et la fréquence des rencontres entres les experts et le futur interné ne sont pas suffisantes.
- Le séjour en annexe reste **trop long** par rapport à l'intention du législateur et les décisions de la chambre de protection sociale : cette illégalité a été sanctionnée à différentes reprises.
- Le formalisme apporté par la loi est ressenti par certains praticiens comme un **obstacle aux soins.**
- Il est demandé à l'expert médico-légal de se prononcer sur le lien de **causalité entre le trouble mental et les faits et sur le risque de récidive**. Or, la psychiatrie n'est pas une science exacte. La position des experts, dont les décisions sont lourdes de conséquences, en est rendue délicate.

- La loi **ne définit pas** les concepts qui fondent les conditions de la mesure d'internement. Les juridictions et les experts en font une interprétation différente avec pour conséquence qu'une personne internée par une juridiction ne l'aurait peut-être pas été par une autre.
- Le concept de **trouble mental n'est pas clairement défini**, avec le risque d'y inclure le trouble de la personnalité et donc d'élargir le champ d'application de la mesure d'internement.
- La loi restreint le champ d'application de la mesure d'internement au cas les plus graves. Pourtant, à l'heure actuelle, on ne constate apparemment pas **de diminution du nombre de personnes** qui entrent dans la mesure.
- Les personnes internées placées bénéficient de permissions de sorties et de congés accordés par la chambre de protection sociale. À l'inverse, les personnes libérées à l'essai en structure psychiatrique sont soumises à l'application du règlement de l'hôpital. Les décisions sont prises en interne et relèvent du **pouvoir du thérapeute** sans les garanties qu'offre l'intervention du pouvoir judiciaire.

➔ Propositions du secteur

- Prévoir que les délais légaux, ou au moins certains d'entre eux, soient prescrits à peine de nullité.
- Mieux définir certains concepts de la loi, comme celui notamment de trouble mental, et sensibiliser les professionnels à la notion de trouble au sens de la loi.

L'accès à l'information

- Les personnes internées **manquent d'accès à une information** quotidienne claire, accessible et compréhensible (ROI, demandes pour cantiner, crise sanitaire…)
- Les bibliothèques, sources d'informations sur des sujets intimes et personnels, comptent des ouvrages qui ne sont **plus d'actualité sur les questions qui les préoccupent**.
- Outre le néerlandais et le français, **aucune autre langue n'est généralement disponible.**

➔ Proposition du secteur

- Rendre les informations quotidiennes et les bons de commande pour les personnes en prison) compréhensibles et accessibles à tous.

L'accès aux activités

- Les personnes internées sont trop souvent confrontées à des **conflits d'horaire**, devant choisir par exemple entre des séances de soin ou une visite.
- L'enfermement n'est **pas conçu pour favoriser la réinsertion**.

➔ Propositions du secteur

- Planifier les activités pour éviter les conflits d'horaire entre le travail et les activités. Les plages horaires doivent être élargies.
- Organiser des réunions d'équipe qui permettraient de faire un planning des horaires de la personne et de rétablir les conflits d'horaire.
- Donner à la personne une accroche à l'extérieur, mais en-dehors du soin.

La vie relationnelle, affective et sexuelle

- Les questions liées à la vie intime et sexuelle des personnes placées sont **problématiques dans leur mise en œuvre**.

➔ Proposition du secteur

- Veiller à ce que les visites hors surveillance (VHS) se fassent dans le respect des personnes, sans ingérence de la part des agents pénitentiaires notamment.

Les mesures disciplinaires des personnes placées

- **L'isolement** n'est pas utilisé en dernier recours, comme il le devrait et ce, faute de moyens humains.
- La personne internée est considérée comme irresponsable pénalement, mais **responsable disciplinairement**.
- Certaines modalités octroyées par la **chambre de protection sociale** sont retirées à tort, à des fins disciplinaires, par les professionnels du lieu de placement (par exemple : la suppression provisoire, par le responsable de soins, de sorties pourtant permises par la CPS).

➔ Proposition du secteur

- Veiller à l'élaboration, à court terme, d'une loi relative au statut juridique interne des personnes internées applicable dans les lieux de placement.

L'exercice du droit de plainte

- Les patients **ne savent généralement pas vers qui se tourner** pour porter plainte (plainte pénale, médiation, Commission de Surveillance…) ou y ont difficilement accès.
- Les personnes **n'osent pas toujours** porter plainte.
- Dans les établissements où les médiateurs droits du patient opèrent, ils ne représentent **pas un contre-pouvoir suffisant**. Les médiateurs ne sont généralement pas issus du secteur médical et sont dans une position difficile pour contrer l'avis d'un médecin.
- Pour saisir les médiateurs, la **discrétion n'est pas systématiquement garantie**.

➔ Proposition du secteur

- Donner plus de moyens aux membres des Commissions de Surveillance et aux médiateurs droits du patient pour accomplir leur mission.

Les personnes internées sans papier

- Les personnes internées sans papier sont les **grands oubliés du système**. Elles représentent 10% des personnes internées sous mesure de placement. Même lorsque leur placement n'est plus justifié, elles rencontrent les plus grandes difficultés pour être libérées à l'essai ou pour réintégrer leur pays.
- Elles ne sont **pas affiliées à la mutuelle** et ne peuvent bénéficier d'un accès aux soins de santé et/ou d'une prise en charge dans le circuit régulier, faute de pouvoir les financer.

➔ Propositions du secteur

- Prévoir un système de mutuelle pour les personnes internées sans papier afin de leur permettre de bénéficier de prestation de soins lorsqu'elles intègrent le circuit ouvert, à l'instar de la couverture mutuelle dont bénéficient généralement les autres personnes internées libérées à l'essai.

Les modalités d'internement

- Le **manque de places dans les lieux de placement** empêche la sortie des annexes.
- Le **manque de place en circuit régulier** empêche la sortie des lieux de placement.
- Les dispositifs de soins dans le circuit régulier ne sont **plus adaptés aux profils** actuels des personnes internées.
- **La pénurie de logements et de structures d'accueil** constitue un obstacle fréquent à la libération à l'essai.
- **Le rôle des équipes mobiles est crucial.** Leur intervention peut permettre d'éviter la révocation d'une libération à l'essai par la recherche de solutions alternatives (hospitalisation par exemple).
- Certaines personnes internées sont à ce point **institutionnalisées** qu'elles ne souhaitent plus sortir et vivre en autonomie.
- Différents paramètres interviennent dans **le risque de récidive.** Par exemple, un libéré à l'essai après placement a plus de risque de récidiver qu'un libéré à l'essai depuis le départ.
- Le trajet de réinsertion impose parfois un logement collectif. **Certaines personnes préfèrent conserver leurs habitudes seules** plutôt que d'intégrer un projet de réinsertion qui impose plus de vie collective.
- **Les assuétudes sont un obstacle** fréquent dans la libération à l'essai et constituent un facteur important dans les révocations.

➔ Propositions du secteur

- Faire de la question des assuétudes une priorité d'action.

Le SPF Justice et le SPF Santé

- La mesure d'internement positionne les personnes internées dans deux modes de fonctionnement différents (Justice/Santé), avec les difficultés et les incohérences qui en découlent. Un **transfert du soin en milieu carcéral de la Justice à la Santé est une urgence**.
- Le SPF Justice a annoncé l'ouverture d'une nouvelle section de « défense sociale » dans certaines prisons qui disposent déjà d'une annexe pour pallier l'absence des CPL wallons. **Créer ces sections est cependant tout à fait contraire à ce qui est prévu par la loi**, c'est indéfendable. Cela va à l'encontre de l'arrêt pilote.
- **Bruxelles n'est pas suffisamment dotée d'hôpitaux** (avec pour conséquence une rupture des liens avec l'entourage, la famille…).
- Une des principales revendications est d'augmenter le nombre d'agents pénitentiaires. Or, le véritable enjeu est plutôt de **réduire le nombre de détenus**.

➔ Propositions du secteur

- Transférer les soins de santé en milieu carcéral de la Justice à la Santé au plus vite.
- Étoffer les équipes du service psychosocial.
- Améliorer les conditions de travail du personnel, notamment des agents pénitentiaires et du personnel soignant. L'impact en sera plus positif auprès des internés.
- Concrétiser la conclusion d'un accord de coopération entre le ministre de la Justice, les ministres de la Santé compétents et les milieux d'accueil en circuit ouvert. Même si d'autres estiment que la prise en charge en milieu ouvert doit continuer à se faire sur base volontaire.

Les structures de placement

Les centres de psychiatrie médico-légale

- Il semblerait que les CPL de Gand et d'Anvers **ne rencontrent pas toujours la satisfaction** du personnel soignant au niveau de l'infrastructure proposée et du nombre d'effectifs.
- La construction des CPL est considérée par certains comme positive, car ils **offrent du soin**. Pour d'autres, l'approche sécuritaire est trop présente (barreaux aux fenêtres, …).
- Le **flux des personnes sortantes** est insuffisant.
- La construction des futurs CPL wallons emportera une affectation prioritaire des budgets construits au détriment du circuit régulier. La **sortie du CPL sera bouchée et donc la sortie des annexes aussi** (retour à la situation antérieure).
- Ces structures à grande échelle créent des **obstacles similaires à la réintégration**.

➔ Propositions du secteur

- Plaider pour que les internés soient retirés des prisons, mais aussi pour que soit développée une alternative aux CPL.
- Travailler la réintégration dès le début de l'internement et non à la fin.
- Évaluer l'impact des CPL actuels avant d'entreprendre la construction de nouveaux CPL.
- Veiller à ce que les CPL « long stay » envisagés dans le Masterplan internement ne se contentent pas d'offrir des conditions de vie satisfaisantes, mais continuent à poursuivre un objectif thérapeutique.

L'EDS de Paifve et l'HPS les Marronniers

- **Il y a un manque d'harmonisation entres les structures de placement**. Exemple : l'EDS de Paifve et l'HPS les Marronniers : aux Marronniers, la structure est orientée vers le soin (avec pour conséquence l'application de la loi relative aux droits du patient et la compétence du médiateur droit du patient). Le personnel est essentiellement du personnel soignant, c'est le « responsable des soins qui rend compte à la CPS, il n'y pas de scission entre l'expertise et le soin. La structure du bâtiment est faite de pavillons. À Paifve, la structure est beaucoup plus sécuritaire (le bâtiment est fait d'ailes et de préau) et fonctionne davantage selon le modèle carcéral : on parle de cellule, d'agents et c'est la direction qui rend compte à la CPS. La loi de principes, relative au statut interne du détenu y est d'application, avec pour conséquence une séparation entre le soin et l'expertise.
- À Paifve, les **conditions d'hygiène et de soins sont désastreuses**.

➔ Proposition du secteur

- Ne pas étendre le parc du placement, mais développer davantage l'offre de logements alternatifs à ces lieux de placement, notamment pour les personnes qui sont placées mais ne devraient pas l'être (sans papiers, double diagnostic qui sont dans une zone grise…).
- Les lieux de placement nécessitent un contrôle régulier via un regard extérieur et indépendant à l'instar des prisons.

6 Conclusion

En guise de conclusion, nous souhaitons partager les différents constats que nous avons posés à notre tour à l'occasion de nos différentes rencontres. L'internement a la spécificité d'être à l'intersection de deux mondes au fonctionnement et aux approches très différentes, la Santé et la Justice. Le regard sur la mise en œuvre de la loi diffère alors. Les atouts mis en avant par les uns sont parfois vécus comme des écueils par les autres. Cependant, cet entrecroisement a aussi permis de créer des collaborations riches en des endroits inattendus.

Ensuite, l'internement fait intervenir de nombreux acteurs, issus de niveaux de pouvoir distincts. Les organes compétents sont multiples. Le paysage global est donc complexe et pas toujours facile à cerner pour les professionnels. Qu'en penser alors pour les personnes internées et leur famille ?

Il est important de souligner qu'avec les années, l'approche sécuritaire a pris le pas sur les objectifs de réinsertion et de soin. En témoignent les législations adoptées récemment[73] et la politique carcérale portée par le ministre de la Justice Vincent Van Quickenborne.[74]

Quant à la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, elle est pour ainsi dire très peu connue et donc très peu mobilisée en faveur des personnes internées qu'elle protège pourtant.

Enfin, un mot retient toute notre attention : «paradoxe » : paradoxe d'un lieu qui ne fait pas soin ; paradoxe d'un personnel en souffrance, mais qui doit faire soin ; paradoxe dans la vision et la jurisprudence des organes internationaux de défense des droits humains ; paradoxe d'une mesure sans fin pour des personnes jugées irresponsables ; paradoxe de l'irresponsabilité pénale au regard de la responsabilité disciplinaire ; paradoxe de l'irresponsabilité pénale au regard de leur responsabilité dans la guérison/la stabilisation ; paradoxe d'une juxtaposition dans le champ d'application de deux lois différentes qui reconnaissent l'irresponsabilité pénale (article 71 du Code pénal et loi relative à l'internement des personnes) ; paradoxe d'une société qui n'accompagne pas adéquatement la différence et qui rejette ; paradoxe d'un parcours de réinsertion qui demande à une personne fragile de se suradapter ; paradoxe d'une tension entre l'hyper contrôle de soi, en vue de la réinsertion, et la maladie ; paradoxe d'un placement institutionnalisant aux objectifs d'autonomie.

C'est précisément sur ce dernier paradoxe qu'Unia pourrait définir, dans un premier temps, l'objet de son monitoring. Les principes fondamentaux d'autonomie, d'autodétermination et de participation qui traversent la Convention ONU, de même que l'objectif crucial de réinsertion qui fonde la loi du 5 mai 2014, nous amèneraient à questionner les différents lieux d'internement. Dans quelle mesure ces lieux répondent-ils à un objectif d'autonomie et de réinsertion, tout en cloisonnant la personne dans un cadre institutionnalisant et institutionnalisé ? Quels sont les obstacles à l'autonomie et quels sont les leviers à actionner pour désinstitutionnaliser ces lieux, permettre à la personne d'exercer au mieux son droit à l'autodétermination et entamer un réel parcours de réinsertion ? Tout l'enjeu est donc de faire interagir l'article 19 (droit à l'autonomie de vie) et l'article 14 de la Convention ONU (droit à la liberté et à la sécurité), les droits fondamentaux étant par essence des droits indivisibles.

---

[73] Article 178 de la loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice qui prolonge les délais de libération à l'essai.

[74] Notamment, le projet de loi corona qui vise à suspendre jusqu'en mars 2021 les congés, les permissions de sortie (en ce compris, celles déjà accordées par le tribunal de l'application des peines) et les détentions limitées pour les détenus et les internés sauf pour raisons humanitaires ou quand la suppression des mesures (congé et permission de sortie) risque de mettre en péril le reclassement du détenu.