

RÉF. : 2025_RAP_01(4)_VISITE TURNHOUT

Rapport des visites relatives à la prise en charge de la santé mentale des détenus dans 5 établissements pénitentiaires

Établissement pénitentiaire de Turnhout – 28 au 30 août 2024

Réalisé par le CCSP et Unia

Approuvé par le Conseil central le 23 janvier 2025



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Contexte.....	5
Remarques préliminaires	5
I. Préambule	8
A. Visite et délégation	8
B. Consultations de la délégation et coopération	8
II. Établissement visité : prison de Turnhout	9
A. Description générale	9
B. Description de la section de défense sociale.....	9
III. Constats et Recommandations	12
A. Mauvais traitements	12
B. Conditions d'admission à la SDS.....	13
C. Conditions matérielles de séjour.....	14
1. Espace de vie	14
2. Ameublement et aménagement.....	14
3. Sanitaires (douches, WC) et accès à l'eau courante.....	15
4. Aération, chauffage, éclairage et système d'appel	16
5. Hygiène.....	16
6. Cellules d'isolement	16
D. Régime	18
1. Alimentation	18
2. Cantine.....	18
3. Activités occupationnelles, bibliothèque et formation	18
4. Travail	20
5. Sorties en plein air	21
6. Contacts avec le monde extérieur	22
E. Personnel soignant.....	22
1. Psychiatre	22
2. Équipe soins.....	23
3. Service médical général.....	25
F. Programme des soins	26
1. Traitement (qualité, équivalence, continuité) et consentement.....	26
2. Suivi psychiatrique et psychologique	27
3. Activités thérapeutiques	27



4.	Confidentialité	33
5.	Dossier médical	33
6.	Distribution et prise des médicaments	34
7.	Gardes et urgences	35
8.	Soins psychiatriques au reste de la population pénale de l'établissement	35
9.	Prévention du suicide	35
G.	Personnel pénitentiaire	36
H.	Gestion des incidents et des problématiques spécifiques	40
1.	Gestion des incidents	40
2.	Contention	41
3.	Isolement	41
4.	Registres	41
I.	Garanties	42
1.	Accès à l'avocat	42
2.	Disciplinaire	43
3.	Mesures d'ordre et de sécurité (fouilles)	43
4.	Organes de surveillance et de plainte	43
5.	Organe de concertation des détenus	43
J.	Réinsertion	43
1.	Service psychosocial	43
2.	Trajet de Soins Internés	45
3.	Trajet de réinsertion des personnes condamnées avec des problématiques de santé mentale	46
K.	Autres personnes en situation de vulnérabilité ou susceptibles d'être discriminées	46
IV.	Annexe : Observations des autorités compétentes	49
	Inrichtingshoofd Turnhout & Regionale Directie Noord- Directoraat-generaal Penitentiaire inrichtingen	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AR** : Arrêté royal
- **CCSP** : Conseil central de surveillance pénitentiaire
- **CEDH** : Convention européenne des droits de l'homme
- **CdS** : Commissions de surveillance
- **Convention ONU** : Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
- **CPS** : chambre de protection sociale
- **CPT** : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
- **CrEDH** : Cour européenne des droits de l'homme
- **DAB** : direction de la sécurisation (police fédérale)
- **DG EPI** : direction générale des établissements pénitentiaires
- **EDS** : établissement de défense sociale
- **MSP** : mesure de sécurité particulière
- **PMR** : personne à mobilité réduite
- **ROI** : règlement d'ordre intérieur
- **SAD** : service d'aide aux détenus
- **SDS** : section de défense sociale
- **SPS** : service psychosocial
- **SSSP** : service des soins de santé en prison
- **TSI** : trajet de soins internés

TERMINOLOGIE

Pour les besoins de ce rapport, la terminologie suivante sera utilisée :

- « **équipe soins** » fait référence aux équipes soignantes pour internés telles que visées par la circulaire ministérielle n°1800 du 27 juin 2007¹ ;
- « **psychiatre soins** » désigne le psychiatre qui, au sens de la circulaire ministérielle n°1800 du 27 juin 2007, détermine les activités thérapeutiques et dirige le fonctionnement de l'équipe soins locale ;
- « **psychiatre expert** » désigne le psychiatre qui appartient à l'équipe psychosociale chargée de l'expertise ;
- « **patients-détenus** » désigne l'ensemble des personnes détenues (internées ou non) avec des problématiques de santé mentale suivies par le psychiatre soins et l'équipe soins.

Ce rapport est écrit au masculin pour en faciliter la lecture.

¹ Les équipes pluridisciplinaires créées auprès de la section psychiatrique d'une prison, de sections et d'établissements de défense sociale, dans le cadre du développement d'un circuit de soins légal global pour internés.

AVANT-PROPOS

CONTEXTE

Le Conseil central de surveillance pénitentiaire (ci-après CCSP) et Unia ont mené ensemble des visites dans cinq établissements pénitentiaires, comportant une annexe psychiatrique et/ou une section de défense sociale ; deux situés en Wallonie, deux en Flandre et un à Bruxelles. Ces visites ont été réalisées entre le mois de juin et le mois de septembre 2024. Elles s'inscrivent dans les travaux menés par le CCSP dans le cadre de son thème prioritaire bisannuel relatif à la santé mentale en détention et de son protocole de collaboration avec Unia.

Les rapports de ces cinq visites constituent les annexes du livret « La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse ». Ils constituent la source des informations ayant permis de dégager les constats généraux qui y sont dressés ainsi que des recommandations adressées aux autorités compétentes en matière de détention, d'internement et de santé mentale.

Chaque rapport de visite comporte une introduction détaillant les modalités de la visite, la composition de la délégation, l'ensemble des personnes consultées ainsi que la collaboration avec la direction de l'établissement. Chaque projet de rapport a été soumis aux directions locales, régionales, à la direction générale ainsi qu'au ministre de la justice dans le cadre d'une phase contradictoire. Les observations des autorités compétentes ont été intégrées aux textes des différents rapports.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Dans le cadre de leur travail de surveillance et de contrôle, le Conseil central de surveillance pénitentiaire et les commissions de surveillance qu'il coordonne sont guidés par le travail et les normes de contrôle du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après, le CPT). En matière de privation de liberté et en particulier dans le contexte pénitentiaire, la Cour européenne des droits de l'homme se réfère aussi à l'expérience de cet organe du Conseil de l'Europe. Lors de ses visites en Belgique, le CPT s'est attaché à étudier et à détailler la prise en charge des soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires. Aussi, le Comité a effectué différentes visites périodiques au sein des annexes des prisons suivantes :

- Lantin, Mons et Merksplas (1997)² ;
- Jamioulx (2009)⁴ ;
- Forest, Merksplas et Anvers (2013)⁶ ;
- Lantin et Saint-Gilles (2017)³ ;
- Anvers, Lantin et Saint-Gilles (2021)⁵.

Les différents rapports de visite examinent les principales recommandations en matière d'infrastructure, de personnel et de régime issues des visites du CPT de même que les réponses fournies en leur temps par les autorités belges.

² CPT, Visites périodiques en Belgique, 1993 et 1997, voir respectivement [CPT/Inf \(1994\)15](#) et [CPT/Inf \(1998\) 11](#).

³ CPT, Visite périodique en Belgique, 2017, [CPT/Inf \(2018\) 8](#).

⁴ CPT, Visite périodique en Belgique, 2009, [CPT/Inf \(2010\) 24](#), voir en particulier §§ 53 à 59.

⁵ CPT, Visite périodique en Belgique, 2021, [CPT/Inf \(2022\) 22](#).

⁶ CPT, Visite périodique en Belgique, 2013, [CPT/Inf \(2016\) 13](#).

Par ailleurs, la vigilance qu'exerce le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe à l'égard de la Belgique, dans le cadre de l'exécution des arrêts de la Cour européenne, met en évidence l'importance d'une surveillance au sein des annexes psychiatriques. En effet, depuis dix ans déjà, le Comité des Ministres ne cesse de multiplier les recommandations à l'intention des autorités belges dans le cadre de l'exécution des nombreux arrêts regroupés sous l'intitulé « Groupe L.B. » et de l'arrêt pilote W.D⁷. Ces recommandations portent spécifiquement sur le maintien prolongé d'internés en ailes psychiatriques de prison sans encadrement thérapeutique suffisant et adapté, qui affecte également l'effectivité du recours préventif, du fait d'un manque de places adaptées dans le circuit externe de soins et de personnel qualifié dans les prisons. En date du 5 décembre 2024, le Comité a adopté une résolution intérimaire⁸ exprimant sa profonde préoccupation face au fait que le problème structurel persiste toujours après 12 ans. Face à la hausse constante du nombre d'internés en prison depuis 2019, la résolution appelle, entre autres⁹, à accélérer la création de places pour les internés en dehors des prisons et invite instamment les autorités à continuer d'améliorer et de renforcer ces soins pour les internés, dans l'attente de leur transfert vers des structures adaptées. Fondamentalement, la résolution exhorte la Belgique à résoudre le problème structurel de fond.

Dans le cadre de son mandat de mécanisme de suivi de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, Unia inscrit son travail de monitoring en matière d'internement dans le champ de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées. Cette convention adopte une approche sociale et environnementale du handicap et protège de ce fait aussi les droits des personnes avec un trouble psychique, y compris donc les droits des personnes internées.¹⁰

En ce qui concerne la question de l'internement et de la maladie mentale en prison, Unia se réfère spécifiquement à l'article 14 « droit à la liberté et à la sécurité » de la Convention. Le Comité des droits de personnes handicapées, organe de contrôle du respect de la Convention au niveau des Nations Unies, interprète les articles de la Convention dans le champ du *soft law* et énonce les orientations qu'il convient d'y donner.

⁷ Groupe L.B. (22831/08+) et arrêt pilote W.D. (73548/13), Arrêts définitifs le [02/01/2013](#) et le [06/12/2016](#)

⁸ Groupe L.B. et W.D. contre Belgique, [CM/ResDH\(2024\)331](#), 5 décembre 2024.

⁹ Par ailleurs, la résolution appelle également les autorités à finaliser rapidement l'études des motifs du recours croissant à l'internement et à adopter toutes les mesures pertinentes pour y remédier et insiste sur la nécessité de renforcer les soins ambulatoires pour fluidifier le trajet de soins de tous les internés. Elle relève aussi que le recours indemnitaire paraît appliqué de manière conforme et que le recours en référé, utilisé de manière accrue, aboutit à des décisions de transférer des internés hors de prison vers un lieu adapté à leurs besoins. Le Comité des Ministres se dit toutefois préoccupé par l'effectivité de ce recours en référé au vu de la hausse ininterrompue des internés en prison et des délais allongés des listes d'attente de placement à l'extérieur des prisons.

¹⁰ Cette Convention affirme en effet que le handicap est un concept évolutif et systémique, résultat d'une interaction entre les limitations de l'individu et des obstacles comportementaux et environnementaux. En ce sens, les personnes avec des troubles psychiques et/ou avec une déficience intellectuelle, parmi lesquelles les personnes internées sont bien en situation de handicap et partant, bénéficient des droits garantis par la Convention ONU.

Ainsi, les directives du Comité relatives à l'article 14 rappellent avec force que le système de la Convention ONU interdit toute privation de liberté pour des raisons de déficiences réelles ou supposées, même si à la déficience s'ajoute un autre motif qui la justifie (telle la dangerosité de la personne). De ce fait, le Comité considère que les législations qui prévoient que « des personnes peuvent être placées en établissement sur la base d'une déficience, réelle ou perçue, sont discriminatoires par nature et constituent une privation arbitraire de liberté (...). ». Sur un pied d'égalité avec les autres, les personnes en situation de handicap doivent bénéficier du système de justice pénale et des garanties procédurales qu'il offre.¹¹

Dans ses récentes observations finales¹² (septembre 2024), le Comité recommande à la Belgique, d'abroger toutes les lois et pratiques qui créent un système spécifique sur la base d'une déficience, qui autorisent une privation de liberté pour une durée indéterminée et qui de ce fait, instituent un régime potentiellement plus sévère que le régime applicable en droit pénal. De même, le Comité insiste pour que les personnes internées sans titre de séjour, lorsqu'elles sont recevables à une libération à l'essai, accèdent effectivement à des soins et à des services extérieurs à la prison. Enfin, le Comité invite l'Etat belge à prendre des mesures pour faciliter la réinsertion des personnes internées au sein de la société.

Les différents rapports de visite prennent en compte ces directives et observations finales en vue d'analyser la conformité des situations rencontrées au sein des différents établissements aux droits des patients-détenus des situations rencontrées dans les différents établissements visités et de nourrir leurs recommandations.

¹¹ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, [Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities](#).

¹² Les observations finales de 2024 sont disponibles sur le [site du Comité ONU](#).

I. PRÉAMBULE

A. VISITE ET DÉLÉGATION

1. La visite de l'établissement pénitentiaire de Turnhout a eu lieu du 28 au 30 août 2024. Elle a été effectuée par une délégation composée de membres du Conseil central de surveillance pénitentiaire ainsi que de l'équipe de coordination du CCSP, de représentants d'Unia et d'un expert psychiatre externe. L'équipe de visite était plus particulièrement composée des personnes suivantes :

- Pieter Houbey, vice-président et membre du bureau du CCSP ;
- Bart De Temmerman, membre du bureau du CCSP ;
- Sofie Helsen, coordinatrice des commissions de surveillance ;
- Emilie Torck, membre du service Protection d'Unia ;
- Quinten Vercruysse, membre de la Cellule Handicap-Convention ONU d'Unia ;
- Guido Walpot, expert psychiatre externe.

2. Lors des différentes visites, la délégation a concentré son attention sur la situation des personnes internées et des personnes détenues séjournant dans la section psychiatrique de la prison ou dans d'autres sections ou lieux réservés aux personnes avec des problématiques de santé mentale, qu'elles soient condamnées, en détention préventive ou mises en observation. Les personnes détenues à mobilité réduite, les personnes transgenres et les autres groupes minoritaires, comme les personnes sans titre de séjour, ont également retenu l'attention de la délégation, quel que soit leur lieu de séjour au sein de la prison.

B. CONSULTATIONS DE LA DÉLÉGATION ET COOPÉRATION

3. Au cours de la visite, la délégation a eu des entretiens avec la direction, le(s) psychiatre(s) soins, des membres de l'équipe soins et de l'équipe du service psychosocial, des membres du personnel pénitentiaire, avec le coordinateur politique du service d'aide aux détenus, avec le personnel infirmier du service médical général, ainsi qu'avec des personnes internées et détenues.

4. Le projet de rapport tel qu'approuvé par le Conseil central le 23 janvier 2025 a été soumis, dans le cadre de la procédure contradictoire, au ministre de la Justice, à la direction générale et régionale de l'administration pénitentiaire ainsi qu'au chef d'établissement de la prison de Turnhout le 27 janvier 2025. Les observations de la direction de Turnhout ont été reçues le 27 février 2025.

5. Les ajouts proposés par le chef d'établissement de Turnhout et la direction régionale Nord de la DG EPI ont été immédiatement intégrés dans le présent texte. Quant aux commentaires, ils ont été ajoutés sous les paragraphes concernés dans un encadré. Ils sont également repris intégralement à la section 4 du rapport.

II. ÉTABLISSEMENT VISITÉ : PRISON DE TURNHOUT

A. DESCRIPTION GÉNÉRALE

6. La prison de Turnhout a été inaugurée en 1908. Cet établissement a une capacité opérationnelle de 269 places (262 détenus plus 7 détenus placés sous le régime de la détention limitée). Les détenus sont hébergés dans quatre ailes (A, B, C et D).

Les personnes internées séjournent en principe dans la section de défense sociale (ci-après SDS). La SDS se trouve dans les ailes A et B qui comptent chacune trois étages et chaque étage forme une section. De bas en haut, l'aile A se compose des sections 1, 2 et 3, l'aile B des sections 4, 5 et 6. Les ailes A et B donnent sur un espace central commun en forme de demi-cercle qui offre une vue panoramique sur les sections des deux ailes. Le poste de contrôle à partir duquel s'ouvrent et se ferment les portes d'accès se trouve dans cet espace central. Il abrite également les écrans d'ordinateur qui affichent les images des caméras de surveillance placées dans les cellules de punition et sécurisées. L'espace central donne aussi accès au « bain » où sont accueillis les détenus et se trouve la blanchisserie. Le « bain » n'est pas adapté à l'augmentation de la capacité (voir infra), ce qui complique les conditions de travail du personnel pénitentiaire.

L'aile C comprend une seule section (section 7) qui peut accueillir 19 détenus occupant un poste de travail de confiance. Un régime semi-ouvert est appliqué dans cette aile, ce qui signifie que les détenus peuvent s'y déplacer librement pendant certaines heures. L'aile C n'héberge pas de personnes internées.

L'aile D est nouvelle et a été inaugurée en 2013. Cette aile se compose des sections 8, 9 et 10 qui comptent 64 cellules de deux personnes (capacité de 128 personnes) et accueillent les prévenus et les condamnés. Enfin, une petite section de 7 cellules individuelles héberge les détenus en détention limitée.

7. Lors de la visite de contrôle du 28 août 2024, 310 personnes séjournaient dans l'établissement pénitentiaire : 120 internés, 134 prévenus, 54 condamnés et 2 détenus sous un autre statut.

B. DESCRIPTION DE LA SECTION DE DÉFENSE SOCIALE

8. Dans le domaine de la psychiatrie légale, la section de défense sociale (SDS) de Turnhout est traditionnellement connue comme celle qui héberge les profils les plus difficiles. Jusque récemment (avril 2023), la SDS de Turnhout ne comptait en effet que des cellules individuelles. La section avait jusqu'alors une capacité de 80 personnes. Les personnes internées les moins éligibles à un régime de vie en communauté ou qui devaient rester en cellule en raison de leur profil étaient quasi systématiquement envoyées à Turnhout. La capacité de la SDS a ensuite été étendue à 120 personnes.¹³ Des cellules duo ont donc été créées, ce qui aurait dû permettre de placer davantage de personnes internées au profil moins lourd à Turnhout. Dans la pratique, ce n'est pas le cas. Le personnel présent estime justement qu'il y a davantage de profils plus lourds qu'auparavant. Turnhout accueille de plus en plus de personnes internées avec une pathologie plus lourde ou après un transfert disciplinaire.

¹³ Lettre collective n° 140 septies du 27 avril 2023, « Instructions relatives à la loi sur l'internement du 5 mai 2014 ».

9. L'augmentation de la capacité dont il est question ci-dessus devait être réalisée en quelques semaines. Elle fait l'objet de critiques et d'un mécontentement à la prison de Turnhout. Cette décision a mis une pression considérable sur le personnel, les infrastructures, l'ambiance et le climat au sein de l'établissement. Tous les interlocuteurs sont d'avis que le séjour en cellules duo est particulièrement difficile, voire impossible, pour certains patients-détenus, surtout parce qu'un nombre assez important d'entre eux restent dans leur cellule pendant de très longues périodes (jusqu'à 23 h par jour dans certains cas). Par ailleurs, il serait bénéfique pour certains patients-détenus d'être davantage en contact avec d'autres personnes. Un régime de vie en communauté semble donc être l'option la plus indiquée, mais est compliqué, voire impossible, à mettre en œuvre en raison du manque d'infrastructures, de la pénurie de personnel et de l'augmentation de la capacité.

Les patients-détenus « en crise » sont hébergés au rez-de-chaussée de l'aile A (section 1). Toutes les cellules sont individuelles dans cette section. Il s'agit de patients-détenus agités, qui refusent de prendre leurs médicaments, qui ont été renvoyés d'une autre section après un incident, etc. Pour les patients-détenus renvoyés d'une autre section, la section 1 est considérée comme une « section de punition ». Leur séjour en section 1 est en principe temporaire, jusqu'à ce que leur état psychique soit stabilisé. Les patients-détenus entrants, dont l'état psychique n'est pas encore connu avec précision, séjournent également en section 1 pour observation.

Les patients-détenus ayant besoin de plus de proximité, de soutien et de soins par rapport aux autres sont hébergés au rez-de-chaussée de l'aile B (section 4). Il s'agit de patients-détenus qui ne sont pas assez autonomes, qui n'ont pas la capacité de prendre suffisamment soin de leur hygiène personnelle et d'assurer correctement l'entretien de leur cellule, qui ont du mal à remplir la liste de cantine, à gérer leur compte ou leur réserve de tabac, etc. Ils séjournent également tous en cellules individuelles. Il n'est pas inhabituel que les patients-détenus restent dans cette section pendant un an ou plus, voire de façon permanente, parce qu'ils ne sont pas en mesure de fonctionner de façon suffisamment autonome. Au moment de la visite, 12 patients-détenus y séjournaient, dont trois condamnés, en situation de vulnérabilité (retard mental, psychoses, personnalité antisociale, double diagnostic).

Les autres sections (2, 3, 5 et 6) abritent quant à elles des cellules duo. D'un point de vue psychiatrique, il est évident que le séjour de patients-détenus en cellule duo n'est pas toujours indiqué. La vie en cellule duo requiert en effet de nombreuses aptitudes de la part des deux personnes. Il est également important que l'état clinique soit suffisamment stabilisé.

10. Aucune section de la SDS n'applique un régime ouvert. Les repas ne sont pas pris en commun. Même si une section à régime ouvert est souhaitable, de nombreux obstacles subsistent, comme une infrastructure inadaptée, un manque de personnel et l'inquiétude du personnel de surveillance quant au maintien de la sécurité dans une section à régime ouvert.
11. Plusieurs personnes avec lesquelles la délégation s'est entretenue et qui connaissent également la SDS de Merksplas décrivent celle de Turnhout comme une SDS en devenir par rapport à celle de Merksplas. L'offre et la continuité des soins ne sont pas autant garanties qu'à Merksplas. Il convient toutefois de noter que la SDS, qui était encore une « vraie prison » il y a 3 à 4 ans, s'est bien développée et que l'approche des soins y a considérablement évolué.



Évolution du nombre de personnes internées à la prison de Turnhout 2016-2024

Le rapport annuel 2023 de la commission de surveillance de Turnhout précise que les ailes A et B sont équipées de 90 cellules individuelles et de 32 cellules duo.¹⁴

Les ailes A et B n'hébergent pas uniquement des personnes internées mais aussi des prévenus et des condamnés. Pour les prévenus et les condamnés présentant une vulnérabilité psychique, qui sont également suivis par l'équipe de soins, une moyenne de 16 places est prévue. Cette capacité n'est toutefois pas fixe et n'est pas spécifiquement réservée aux détenus présentant une vulnérabilité psychique. Cela indique néanmoins qu'en moyenne, environ 16 personnes ayant une vulnérabilité psychique, non internées, sont incarcérées à la prison de Turnhout et y reçoivent des soins. En raison du grand afflux de détenus et du manque de places dans l'aile D, des prévenus qui ne sont pas en situation de vulnérabilité psychique se retrouvent aussi (temporairement) dans les ailes A et B. Bien que les personnes internées placées à la SDS de Turnhout soient hébergées dans une partie clairement délimitée de l'établissement, la SDS n'est donc pas une entité de la prison totalement séparée et exclusivement affectée à l'accueil des personnes internées placées. Sur le lieu de travail, « SDS » s'applique de la même manière aux internés, aux prévenus et aux condamnés qui sont suivis par l'équipe soins.

¹⁴ Rapport annuel 2023 de la commission de surveillance de Turnhout. (2023). Disponible sur : [JV2023_CvT-Turnhout.pdf \(belgium.be\)](https://www.belgium.be/jv2023_CvT-Turnhout.pdf).

III. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

A. MAUVAIS TRAITEMENTS

12. La délégation n'a pas recueilli d'allégations de mauvais traitements des personnes détenues de la part du personnel.

Les patients-détenus décrivent les contacts avec les agents pénitentiaires, l'équipe soins et la direction comme positifs. Ils soulignent toutefois que les contacts et les interactions avec le personnel pénitentiaire sont assez limités.

13. La délégation a porté son attention sur la situation de quelques patients-détenus soumis à un régime largement caractérisé par un isolement social. Il s'agit de personnes qui affichent un comportement difficile, souvent lié à leur état de santé psychique. Pendant de longues périodes, ces personnes ont peu ou pas de contact avec les autres patients-détenus et ne participent pas aux activités thérapeutiques. De plus, les contacts avec l'équipe soins et le personnel pénitentiaire sont très limités et peuvent avoir lieu par le guichet après évaluation des risques liés à la sécurité. Ce manque d'interactions sociales et d'accès à des activités peut avoir un impact négatif sur leur bien-être et aggraver leur santé psychique.¹⁵

Dans ce contexte, le CCSP et Unia rappellent l'article 105, § 1 de la loi de principes : « Le maintien de l'ordre et de la sécurité implique une interaction dynamique entre le personnel pénitentiaire et les détenus, d'une part, et un équilibre entre les moyens techniques mis en œuvre et un régime de détention constructif, d'autre part ». Pour garantir la sécurité dynamique, le personnel tente d'abord d'établir une communication continue et de nouer une relation professionnelle avec les patients-détenus, dans le but de renforcer la compréhension mutuelle, d'identifier et de prévenir les risques ou problèmes potentiels. De plus, les relations constructives entre le personnel et les détenus permettent de prévenir les traitements inhumains ou dégradants envers les détenus. Enfin, cette méthode de travail améliore la satisfaction au travail. Les mesures de sécurité applicables à ces quelques patients-détenus en particulier et l'absence d'un régime de détention humain, qui soit axé sur la communauté en général ne contribuent pas à la sécurité dynamique de la SDS (voir aussi le point 109).

QUANT AUX MAUVAIS TRAITEMENTS :

Le CCSP et Unia recommandent à **la direction de l'établissement** de :

- de prendre les mesures nécessaires pour (continuer à) améliorer la sécurité dynamique au sein de la section.

Le CCSP et Unia recommandent à **la DG EPI et la direction de l'établissement** de :

- prendre des mesures adaptées pour prévenir et mettre fin à l'exclusion sociale des patients-détenus.

¹⁵ Shalev, S. (2008). *A sourcebook on solitary confinement*. Disponible sur : [SolitaryConfinementSourcebookPrint.pdf](#).

B. CONDITIONS D'ADMISSION À LA SDS

14. Au moment de la visite, un seul règlement d'ordre intérieur s'appliquait à l'ensemble de l'établissement. Ce règlement date de 2014. Selon la direction, le règlement actuel est en cours d'actualisation pour tout l'établissement. Il n'est pas (encore) prévu d'en rédiger un distinct pour la SDS.

QUANT AU RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR :

Le CCSP et Unia recommandent à **la direction de l'établissement** de
- prévoir un règlement d'ordre intérieur distinct accessible et compréhensible (easy to read) pour la SDS.

15. Il y a une liste d'attente pour l'admission à la SDS. Pour gérer cette liste d'attente, la direction, le psychologue-coordonateur et les psychiatres soins des prisons de Merksplas et Turnhout se concertent chaque mois pour déterminer quelles personnes internées, placées à Merksplas ou à Turnhout conformément à une décision de la Chambre de protection sociale, doivent prioritairement rejoindre Turnhout ou Merksplas. Cette appréciation émane parfois aussi de la Direction Gestion de la Détention (DGD) ou du Service Soins de Santé Prison (SSSP). Par ailleurs, il arrive régulièrement que des personnes internées soient admises à la SDS de Turnhout par le biais d'un transfert disciplinaire.
16. Les patients-détenus sont accueillis à la SDS par l'infirmier psychiatrique, l'éducateur ou l'assistant social. Lors de ce premier entretien qui dure environ une heure, ils reçoivent des informations générales sur le fonctionnement de la prison et l'équipe soins. Ils peuvent ensuite poser leurs questions aux membres du personnel présents et à la direction.
17. Un patient-détenu entrant n'est pas systématiquement vu tout de suite par le psychiatre s'il n'y a pas de questions ou de problèmes particuliers. Les nouveaux arrivants, y compris les patients-détenus transférés d'une autre section vers la section 1 ou 4, prennent d'abord part pendant 3 semaines à la promenade d'observation, afin de déterminer leurs éventuels besoins et centres d'intérêt. Il y a un ergothérapeute et un éducateur pour 10 personnes maximum. Lorsque l'état des patients-détenus entrants est connu et stabilisé, ils peuvent être transférés vers les autres sections (2, 3, 5 et 6).
18. Les patients-détenus déclarent avoir été vus par le médecin de la prison et la direction dans un délai raisonnable à leur arrivée à la SDS.

C. CONDITIONS MATÉRIELLES DE SÉJOUR

1. Espace de vie

19. Les ailes A et B abritent des cellules individuelles et des duos (voir supra). Lors de l'attribution des cellules, l'équipe soins explique aux patients-détenus l'intérêt de séjourner dans une cellule duo. L'équipe soins et le personnel s'efforcent de réunir des personnes aux profils compatibles, mais cela requiert un suivi et des ajustements au quotidien. La personnalité et l'état psychique des deux patients-détenus sont des critères importants lors de l'attribution d'une cellule duo. D'autres critères, comme le placement en commun de non-fumeurs par exemple, sont subsidiaires. Un prévenu et une personne internée ne sont jamais placés dans la même cellule.
20. Les cellules de la SDS sont équipées d'un lit, d'une table, d'une chaise, d'une télévision et d'un téléphone. La superficie des cellules individuelles et des duos varie de 9,96 à 10,42 m², sanitaires compris, ce qui est contraire à l'Arrêté royal du 3 février 2019 qui stipule que chaque cellule doit avoir une superficie minimale de 10 m² si elle est prévue pour un seul détenu et de 12 m² si la cellule héberge 2 détenus.¹⁶
21. Presque tous les détenus se plaignent du bruit que font certains patients-détenus la nuit quand ils crient ou frappent aux fenêtres et aux portes. La présence de rats est également un problème souvent mentionné, tant par les détenus que par le personnel de la prison de Turnhout. La direction reconnaît le problème et met tout en œuvre pour y remédier. Un marché public est en cours pour l'attribution du contrat de lutte contre les nuisibles, mais la procédure est progressive et a pris du retard. Par conséquent, le problème s'éternise et prend de l'ampleur.

2. Ameublement et aménagement

22. Dans les sections 1 (aile A) et 4 (aile B), les cellules sont peu équipées et toutes les personnes internées séjournent en cellule individuelle. Elles disposent d'un lit, d'une table, d'un lavabo, d'une toilette (antivandalisme) et parfois d'une télévision derrière une protection en plexiglas.

Dans les cellules « antivandalisme », les conduites sont dissimulées, la télévision se trouve derrière une protection en plexiglas et tout le mobilier est fixé au sol. Ces cellules ne sont en principe utilisées que de manière temporaire, mais en raison du taux de surpopulation, elles sont actuellement utilisées et occupées plus longtemps que d'habitude.

23. Les autres sections des ailes A et B comprennent des cellules individuelles et des duos. Ces cellules sont équipées d'un petit lavabo et d'une toilette en inox antivandalisme. À l'opposé se trouvent une table et une télévision. Les cellules sont également dotées d'un téléphone, d'une armoire et d'une ou deux chaises. Les patients-détenus disposent d'un tableau d'affichage leur permettant de personnaliser leur cellule.
24. Dans les duos, qui étaient auparavant des cellules individuelles, les lits superposés sont composés de deux lits fixés l'un à l'autre à l'aide de quatre profilés métalliques. Ces lits ne disposent d'aucune barrière de sécurité ni d'échelle pour accéder au lit du haut. D'après les

¹⁶ Arrêté royal du 3 février 2019 portant exécution des articles 41, § 2 et 134, § 2 de la loi du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus. *MB.* 14 février 2019.

médecins de la prison et les patients-détenus, il arrive régulièrement que des patients-détenus tombent du lit supérieur, avec pour conséquence des blessures (graves).

QUANT À L'AMEUBLEMENT ET L'AMÉNAGEMENT :

Le CCSP et Unia recommandent à **la direction de l'établissement** de :

- prévoir des barrières de sécurité pour tous les lits superposés.

25. Il n'y a pas de rebord de fenêtre horizontal, mais uniquement une paroi inclinée sous la fenêtre. Par conséquent, certains détenus occupant le lit supérieur se fabriquent parfois une petite table de nuit qu'ils fixent sur le côté du lit afin de ne pas devoir descendre du lit s'ils ont besoin d'utiliser un objet personnel la nuit.
26. Certaines cellules sont équipées de patères antipendaison qui s'abaissent lorsque la charge atteint un certain poids.

3. Sanitaires (douches, WC) et accès à l'eau courante

27. Dans les ailes A et B, aucun mur ne sépare les toilettes du reste de la cellule. Le règlement précise pourtant que les installations sanitaires doivent être entièrement séparées du reste de la cellule.¹⁷ La plupart des cellules sont équipées d'un paravent, composé de deux panneaux en bois. Celui-ci est toutefois trop bas pour préserver efficacement l'intimité. Même les agents pénitentiaires ont un accès visuel sur les sanitaires en regardant à travers le guichet de la porte de la cellule. Certains détenus indiquent avoir essayé de recouvrir le guichet pour conserver un tant soit peu d'intimité. Cette pratique n'est cependant pas autorisée. Le règlement d'ordre intérieur mentionne en effet que « le guichet de l'espace de vie [...] ne doit jamais être couvert ».
28. Dans l'aile D, les sanitaires (toilettes et lavabos) sont séparés du reste de la cellule. Cet espace isolé dispose d'une petite fenêtre (avec volet) donnant sur le couloir, pour que le détenu puisse lever la main s'il utilise la toilette au moment d'un contrôle. Il peut ainsi indiquer sa présence dans la cellule tout en préservant son intimité.

QUANT AUX SANITAIRES :

Le CCSP et Unia recommandent au **ministre de la Justice et à la Régie des Bâtiments** de :

- doter toutes les cellules d'un coin sanitaire avec toilette, lavabo et douche dans les plus brefs délais et d'assurer une séparation totale de cet espace si plusieurs détenus séjournent dans la même cellule.

29. Un espace de douches collectives est présent dans chaque section. Les patients-détenus peuvent se doucher trois fois par semaine ; ceux qui travaillent peuvent se doucher tous les jours. Plusieurs internés ont signalé un manque d'hygiène au niveau des douches (mégots, excréments...).

¹⁷ Ibid.

4. Aération, chauffage, éclairage et système d'appel

30. Deux voyants lumineux se situent à l'extérieur de la cellule. Lorsque le voyant vert est allumé, l'interné n'est pas présent ou souhaite se rendre à la promenade. Le personnel sait ainsi quelles portes doivent s'ouvrir au moment de la promenade. Si le voyant rouge est allumé, le détenu a une question et a donc appuyé sur le bouton d'appel dans sa cellule. Les occupants de l'aile C ont indiqué devoir souvent attendre jusqu'à une heure pour qu'un agent réagisse après avoir appuyé sur le bouton d'appel.
31. Chaque cellule est dotée d'une fenêtre et d'un système de chauffage central. La petite fenêtre, qui se trouve en hauteur, ne permet pas une aération suffisante. Elle peut s'ouvrir, mais la circulation de l'air reste limitée dans la cellule, générant une augmentation de la température intérieure en été. Les patients-détenus peuvent s'acheter un ventilateur via la cantine et lors des journées très chaudes, les guichets peuvent rester ouverts afin d'améliorer la ventilation. La fenêtre laisse entrer suffisamment de soleil pour pouvoir lire à la lumière du jour. Certaines cellules ne sont pas équipées de rideaux.

5. Hygiène

32. La délégation note une différence marquée en matière d'hygiène dans les différentes cellules. La plupart des patients internés maintiennent leur espace de séjour propre. Dans les cellules de deux personnes, cela relève parfois du défi, car l'entretien dépend aussi du codétenu et doit faire l'objet d'accords clairement définis. La délégation constate une nette différence d'hygiène entre les cellules. En raison de leur trouble psychique, certains internés ne sont pas en mesure de réaliser eux-mêmes l'entretien de leur cellule. Les infirmiers psychiatriques aident ces patients-détenus à nettoyer leur espace de séjour. Dans la section 4, une assistance à l'entretien est proposée le lundi, le mercredi et le vendredi. Dans les cellules individuelles de la section 1, les détenus doivent également nettoyer eux-mêmes leur cellule. S'ils n'en sont pas capables, ils se font aider par un codétenu.
33. Lorsque les repas sont servis, de l'eau chaude est également distribuée pour que la vaisselle puisse être faite. Dans une optique d'éducation et de responsabilisation, les patients-détenus dont l'assiette est encore sale au moment du ramassage bénéficient de plus de temps pour faire leur vaisselle. Comme de nombreux internés utilisent leur lavabo pour laver leur vaisselle, celui-ci se bouche et s'abîme.
34. Les patients-détenus peuvent déposer leurs vêtements et les faire laver. Pour les tenues carcérales, ce service est gratuit. Les vêtements personnels peuvent être lavés « moyennant paiement ».¹⁸

6. Cellules d'isolement

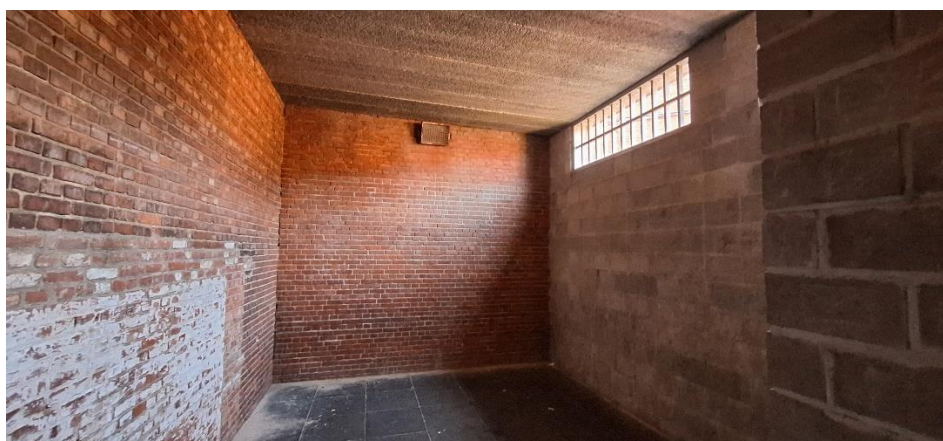
35. Les ailes A et B disposent de deux cellules d'isolement, avec caméra. Ces cellules sont équipées d'un lit, d'un petit lavabo et d'une toilette en inox, dont la chasse d'eau ne peut être tirée que de l'extérieur. Elle comporte une petite fenêtre, un guichet dans la porte et un bouton d'appel. La fenêtre laisse entrer la lumière de façon limitée, mais ne peut pas être occultée.

¹⁸ Règlement d'ordre intérieur. Circulaire ministérielle n° HR/ 2 du 12/06/2014, p. 13.



Au centre de la section 1 se trouve également une cellule sécurisée qui, d'après le personnel et la direction, est rarement utilisée. Cette cellule possède des murs peints de couleur sombre, sur lesquels des textes et des motifs ont été ajoutés par des patients-détenus, ce qui rend l'espace peu agréable. La section 4 dispose d'une cellule « sans stimuli », dans laquelle les personnes internées qui souhaitent se reposer au calme peuvent demander de séjourner.

36. Dans la cellule de punition et sécurisée, une horloge numérique est placée derrière un écran transparent au-dessus de la porte. **Le CCSP et Unia considèrent qu'il est essentiel, dans un environnement tel que les cellules d'isolement où un régime restrictif est appliqué pendant toute la durée du placement, de fournir des repères temporels aux personnes qui y séjournent. Le CCSP et Unia saluent l'initiative de la direction locale d'installer une horloge numérique dans les cellules de punition et sécurisées. Il s'agit là d'une bonne pratique.**
37. La direction ainsi que le médecin rendent visite quotidiennement à la personne occupant la cellule de punition. Les agents pénitentiaires contrôlent régulièrement l'état de ce patient-détenu. Cette surveillance est réalisée toutes les 7,5, 15 ou 30 minutes en cas de risque accru de suicide ou d'état clinique particulier. La direction détermine la fréquence de l'inspection visuelle. La direction déclare que, selon elle, les cellules d'isolement peuvent mettre les patients détenus en danger pour eux-mêmes. L'une des cellules comporte notamment un lit à structure métallique, avec lequel les patients-détenus pourraient se blesser. Cette structure métallique permet d'attacher la personne internée. La direction et le personnel présent affirment ne pas attacher de patients-détenus, car il n'y a pas toujours suffisamment de personnel médical disponible.
38. Le détenu en cellule d'isolement peut bénéficier d'une promenade individuelle d'une heure par jour dans un petit préau. Cet espace est exigü, ne laisse entrer que peu de lumière du jour et est imprégné d'une odeur désagréable. Son infrastructure et sa conception ne permettent pas au patient-détenu de faire de l'exercice efficacement. La direction souligne que les détenus utilisent rarement le lieu de promenade individuelle du complexe de sécurité. C'est pourquoi le terrain de sport est aussi utilisé pour la promenade individuelle, par exemple pour les (patients-)détenus placés sous régime de sécurité particulier individuel. Cette initiative est bien accueillie par le personnel et les détenus. **Le CCSP et Unia invitent la direction et au personnel pénitentiaire de toujours donner accès au terrain de sport aux détenus qui doivent effectuer seuls leur promenade. Le CCSP et Unia invitent la direction et le personnel pénitentiaire à permettre aux détenus qui font l'objet d'une sanction de se promener par deux ou en petit groupe, dans le but de maintenir les relations sociales.**





39. Certains internés ou détenus avec un trouble psychique sont soumis à des mesures dites thérapeutiques. Un interné qui faisait beaucoup de bruit la nuit a, par exemple, dû passer la nuit dans la cellule d'isolement, plus éloignée.

D. RÉGIME

1. Alimentation

40. Les repas constituent un élément important de la vie carcérale. La satisfaction relative à l'alimentation varie et les griefs les plus récurrents concernent la quantité, le caractère trop gras des plats, le manque de variété et la trop faible quantité de fruits et de légumes proposés (environ deux fruits par semaine). En outre, certains patients-détenus ont des doutes quant aux plats halal et refusent parfois un plat parce qu'il ne leur semble pas vraiment halal. Enfin, les patients-détenus peuvent acheter de la nourriture supplémentaire via la cantine. Le micro-ondes ou la bouilloire ne font pas partie des équipements standard d'une cellule et doivent être achetés par les patients-détenus.
41. Trois menus standard au choix sont proposés : avec viande, végétarien et halal. Les repas peuvent également être adaptés en fonction des allergies ou certains régimes alimentaires (sans lactose ou pour personnes diabétiques par exemple), sur avis d'un médecin.
42. Les repas sont distribués deux fois par jour. Un repas chaud est servi le midi, un repas à base de pain le soir. Le petit-déjeuner est également distribué avec le repas du soir. Une distribution de café ou de thé est prévue le matin. Les agents pénitentiaires, l'équipe soins et un ou deux patients-détenus (dits « servants ») se chargent de la distribution des repas. Les patients-détenus prennent leurs repas dans leurs cellules.

2. Cantine

43. Les listes de cantine offrent la possibilité d'acheter des produits une fois par semaine avec ses propres moyens. La plupart des patients-détenus soulignent les prix élevés des produits cantinés, disproportionnés par rapport à leurs revenus limités, aux denrées alimentaires ou aux possibilités d'emploi au sein de la prison. L'équipe soins aide certaines personnes à remplir leur commande de cantine afin de leur éviter des achats inutiles ou irrationnels.

Concernant la distribution des produits cantinés, la délégation a reçu peu, voire pas de plaintes.

3. Activités occupationnelles, bibliothèque et formation

44. Les sections A et B ouvrent à 8h, la section D à 6h30. L'ouverture plus tardive entraîne un programme quotidien plus intense avec des activités qui s'enchaînent rapidement. Cela génère plus de pression et laisse moins de temps de répit pour les agents pénitentiaires, qui doivent accompagner les déplacements. **Le CCSP et Unia invitent la direction de l'établissement à ouvrir la SDS à 6h30 au lieu de 8h, comme à la section D.**
45. À la SDS, les activités occupationnelles proposées se limitent à la promenade, à l'utilisation des équipements de fitness et au travail (pour un nombre limité de patients internés). Des activités

thérapeutiques sont également organisées par l'équipe soins (voir également « F.3 Activités thérapeutiques »). L'offre d'activités thérapeutiques représente un total de 15,25 heures l'été et de 22,75 heures de septembre à juin. L'espace restreint, le manque de locaux, la pénurie de personnel capable de gérer la sécurité pendant les activités et le manque de temps perturbent l'organisation des activités ou entraînent parfois l'annulation des activités programmées. Dans ce contexte, il est aussi plus difficile de proposer une offre plus large.

46. La direction, les patients-détenus et la majorité des membres du personnel regrettent l'offre limitée en activités. **Le CCSP et Unia estiment qu'il est crucial d'investir davantage dans le déploiement d'une offre plus large en termes d'activités occupationnelles. Ensuite, la délégation pense qu'il faut travailler sur la création d'un régime ouvert et constructif à la SDS de Turnhout. La délégation est consciente des défis à relever et des obstacles à surmonter, tant au niveau de l'infrastructure que du personnel.**

Dans ce contexte, la délégation rappelle le projet impliquant 11 personnes internées qui séjournèrent dans l'aile C. À l'époque, un régime de vie en communauté s'appliquait aux patients-détenus de cette aile. La direction, les membres du personnel et quelques patients-détenus affirment que ce projet était très appréciable. Les avis sont suffisamment favorables pour relancer le projet. Celui-ci a toutefois pris fin en 2017 et n'a pas été relancé depuis. La direction souligne aussi que les conditions requises ne sont actuellement pas réunies : il faudrait, entre autres, une baisse de la population. Le manque de personnel ainsi que l'infrastructure inadaptée rendent difficile le lancement d'un projet similaire.

Le CCSP et Unia estiment qu'un tel régime peut contribuer à la réinsertion sociale professionnelle et familiale, et préparer les patients internés à leur transfert vers un établissement de soins ou à recevoir des soins et une assistance (semi-)ambulatoires. En outre, un régime de vie en communauté peut contribuer à la sécurité dynamique au sein de la SDS.

QUANT AUX ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES, À LA BIBLIOTHÈQUE ET À LA FORMATION :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

- développer un régime ouvert qui porte notamment une plus grande attention à l'organisation d'activités visant la réinsertion sociale, professionnelle et familiale, conformément aux normes du Conseil de l'Europe et notamment à la recommandation CM/Rec(2012)12 du Comité des ministres aux États membres relative aux détenus étrangers, adoptée le 10 octobre 2012.

47. L'extension de l'offre de soins contribue à une certaine ségrégation entre les détenus et les internés. L'offre de la Communauté flamande s'adresse principalement aux détenus, plus précisément à la population de l'aile D. L'organisation des soins est toutefois encore en cours pour ce qui est de l'offre de groupe. À l'heure actuelle, il n'existe donc pas vraiment d'offre de groupe spécifique pour les internés ou les personnes en situation de vulnérabilité psychique. Le Service de santé mentale (en néerlandais « het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg », CGG) n'a prévu aucune offre spécifique pour les internés ou les personnes des ailes A et B, car le soutien est assuré par l'équipe soins. Le CGG possède pour l'instant une offre relative aux addictions, aux faits de mœurs et aux agressions, qui concerne principalement les prévenus. De même, le service d'aide aux justiciables (en néerlandais « Justitieel Welzijnswerk », JWW) ne s'adresse pas systématiquement aux personnes des ailes A et B (contrairement aux détenus de l'aile D). L'équipe soins a néanmoins la possibilité de contacter ces deux services. Groep Intro dispose d'une formation « vivre ensemble », que quelques personnes internées ont eu l'occasion de suivre.

48. Les internés peuvent en principe accéder à l'offre existante (très limitée) de la Communauté flamande. Des cours d'anglais auront lieu de septembre à novembre pour les internés de l'aile D. Ce n'est qu'ensuite que les patients-détenus des ailes A et B y seront intégrés. Étant donné que le nombre d'internés a considérablement augmenté, le coordinateur de la communauté flamande considère qu'il est également important de recenser à nouveau la population. Il est également nécessaire de réaliser un travail de sensibilisation pour encourager les patients-détenus à recourir à cette offre.
49. Les internés peuvent accéder à la bibliothèque et emprunter des livres, des DVD et des jeux de société le mercredi (ailes A et B) et le vendredi après-midi (aile D) de 14 h à 16 h 30. Quant aux détenus des sections 1 et 4, ils accèdent à ce service via les employés de la bibliothèque qui viennent jusqu'à la porte de leur cellule. La bibliothèque propose un grand choix de livres, vidéos, CD et DVD. Il n'est plus possible d'emprunter des livres via la bibliothèque de la ville de Turnhout, sauf à des fins de formation.
50. Enfin, des offices religieux sont organisés de temps à autre dans la chapelle. Un aumônier ou un imam peut également se rendre à la prison.

4. Travail

51. Les possibilités d'emploi sont peu nombreuses au sein de la prison de Turnhout. Il y a tout d'abord les tâches domestiques, réalisées par les dits « servants ». L'atelier peut accueillir en théorie 30 détenus pour des tâches d'emballage, de tri et de pliage. Dans la pratique, en raison d'un manque de personnel et de problèmes d'infrastructure, seuls 15 détenus peuvent travailler à l'atelier. Peu d'agents pénitentiaires sont disposés à devenir « ASP atelier », car cette fonction leur ferait perdre les primes de week-end et d'horaires irréguliers. En cas d'absence ou de maladie de l'« ASP atelier », ou de manque de partenaires externes fournissant du travail, l'atelier reste fermé. Pour ces mêmes raisons, l'atelier n'était pas en service au moment de la visite et aucun détenu n'y était employé.

En théorie, les internés peuvent travailler à l'atelier. Mais dans la pratique, il faut un soutien supplémentaire de la part des ergothérapeutes. Actuellement, le cadre du personnel est insuffisant pour pouvoir accompagner les patients-détenus lors de leur travail. C'est pourquoi seuls quelques internés travaillent comme « servants » dans les ailes. Des tâches adaptées sont également proposées sous la forme de deux ateliers et sous la supervision de l'équipe soins, à savoir : entretien du jardin et broyage de canettes.

QUANT AU TRAVAIL :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

-étendre l'offre de travail en faveur des personnes internées ou avec des troubles psychiques.



5. Sorties en plein air

52. La promenade ordinaire est organisée séparément pour les sections 1 et 4, les sections 2-3-5-6 et pour l'aile D. Selon le « schéma de promenade » en août, les patients-détenus des sections 1 et 4 peuvent sortir deux fois par jour : le matin (8 h 50 – 9 h 50) et l'après-midi (14 h 20 – 15 h 20) ou le soir (18 h 15 – 19 h 15). Les patients-détenus des sections 2-3-5-6 bénéficient aussi d'une promenade d'une heure le matin (10 h 15 – 11 h 15) et d'une heure, une heure et demie, et parfois même le dimanche de deux heures, en début d'après-midi ou le soir.
53. D'après les membres du personnel et les patients-détenus, les problèmes sont de plus en plus fréquents lors des promenades. Un nombre important de patients-détenus déclarent ne pas sortir par peur des menaces ou des agressions.

Le deuxième jour de la visite, seuls 6 patients-détenus sur les 30 des sections 1 et 4 ont participé à la promenade. Le personnel présent a indiqué qu'ils étaient en général encore moins nombreux. Ce constat illustre les effets indésirables du régime de vie en semi-communauté applicable à la SDS, qui pousse les patients-détenus à se retirer et à s'isoler socialement, avec pour conséquence une potentielle régression.



Promenade

6. Contacts avec le monde extérieur

54. La prison de Turnhout dispose d'une salle de visite et d'un espace pour les visites hors surveillance. Tous les détenus peuvent utiliser les salles de visite. Du lundi au samedi, trois créneaux d'une heure sont toujours prévus pour les visites. Le dimanche, deux horaires de visite sont proposés en matinée. La visite des enfants a lieu l'après-midi de 14 h 30 à 16 h 30. Les détenus peuvent également demander une visite vidéo une fois par semaine. Quelques patients-détenus déclarent recevoir des visites régulièrement, d'autres rarement, voire jamais.

Tous les (patients)-détenus peuvent bénéficier d'une visite hors surveillance une fois par mois. En raison du manque de locaux, il n'est pas possible de proposer davantage de visites hors surveillance.

La majorité des patients-détenus décrivent les contacts avec les aumôniers et les conseillers islamiques comme positifs. La délégation n'a pas pu vérifier la fréquence à laquelle ces représentants des convictions philosophiques se rendaient à la prison.

55. Toutes les cellules de la prison de Turnhout sont équipées d'un téléphone qui permet aux patients-détenus de contacter des personnes extérieures à tout moment, moyennant paiement.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport qu' « une fois par mois, la prison de Turnhout propose un temps de visite supplémentaire spécialement destiné aux enfants. Cette visite a lieu actuellement tous les deuxièmes dimanches du mois. En outre, les détenus peuvent demander et bénéficier de visites vidéo au moins une fois par semaine. La prison de Turnhout prévoit des visites hors surveillance au moins une fois par mois. Ces visites peuvent avoir lieu au maximum deux fois par mois. »

E. PERSONNEL SOIGNANT

1. Psychiatre

56. Le psychiatre soins intervient à raison de 24 heures par semaine. Il est présent dans l'établissement le lundi, mardi, jeudi et vendredi. Ce nombre d'heures est suffisant pour pouvoir exercer son travail en tant que psychiatre (consultations, suivi et concertation). Pour les autres soins complémentaires, l'intervention quotidienne des infirmiers psychiatriques ainsi que les activités thérapeutiques et autres gérés par les membres de l'équipe soins sont importants.

Le fait que l'établissement ne puisse avoir recours qu'à un seul psychiatre est problématique quand celui-ci part en congé ou est absent.

Il est possible de faire appel au psychiatre du SPS ou au médecin généraliste de la prison si un problème urgent se pose en l'absence du psychiatre de l'établissement. Un psychiatre de la SDS de Merksplas peut également être contacté par téléphone si nécessaire.

Le psychiatre consulte à jours fixes pour chaque section (le lundi pour les sections 2 et 3 ainsi que l'aile D, le mardi pour la section 1, le jeudi pour les sections 5 et 6 et le vendredi pour la section 4).

2. Équipe soins

57. Comme pour les autres établissements pénitentiaires, l'équipe soins de Turnhout a été créée en 2007.¹⁹

Au moment de la visite, elle comptait 21 personnes, pour un total de 18,30 ETP : un psychologue-coordonateur (0,80 ETP), un assistant social (0,95 ETP), deux ergothérapeutes (1,90 ETP), sept éducateurs (5,70 ETP) et dix infirmiers psychiatriques (8,95 ETP), dont neuf infirmiers pour l'aile A-B (SDS) et un pour l'aile D (condamnés et prévenus). Un thérapeute par l'écriture se rend également dans l'établissement le lundi.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport que « le thérapeute par l'écriture ne fait pas partie de l'équipe soignante. »

Cette extension de l'équipe soins est récente. Il y a environ un an et demi, l'équipe comptait seulement quatre infirmiers psychiatriques (dont trois pour les ailes A et B, et un pour l'aile D), deux éducateurs, mais aucun ergothérapeute.

Parmi les neuf infirmiers psychiatriques des ailes A et B, trois travaillent dans la section 1 et deux dans la section 4. Les autres sections (sections 2, 3, 5 et 6) disposent chacune d'un infirmier psychiatrique.

L'extension récente a donné un nouvel élan important à l'équipe soins. Cinq groupes de travail ont été instaurés au sein de cette équipe qui se concentrent sur des thématiques telles que l'addiction, les soins intensifs, l'organisation et la pose de limites.

58. Au moment de la visite de contrôle, le cadre du personnel était loin d'être entièrement rempli. Il est en effet fixé à 33 ETP (sans compter le psychiatre soins) : deux psychologues, dont un psychologue-coordonateur (2 ETP), trois assistants sociaux (3 ETP), quatre ergothérapeutes (4 ETP), dix éducateurs (10 ETP) et quatorze infirmiers psychiatriques (14 ETP). Le recrutement de membres du personnel supplémentaires est en cours, mais les postes vacants semblent particulièrement difficiles à pourvoir. Quelques nouvelles recrues devraient arriver dans le courant du mois de septembre.

L'augmentation du personnel soignant dans les sections de défense sociale et les annexes psychiatriques a été déterminée selon la norme de 0,33 ETP par personne internée.²⁰ Le cadre fixé (33 ETP) a encore été établi en fonction de la capacité de la SDS avant son extension.²¹ Même ce cadre basé sur l'ancienne capacité n'est que partiellement rempli (à savoir 18,30 ETP).

Étant donné que la capacité de la SDS a été étendue à 120 personnes et qu'elle est exploitée à son maximum, la composition de l'équipe soins ne respecte en aucune façon la norme prévue.

En raison des possibilités limitées qu'offre la prison de Turnhout en matière d'infrastructures, il convient de se demander si le cadre prévu de 120 personnes est réaliste. Se pose également la question - sous-jacente et dont la réponse est négative - de savoir si l'extension de la capacité

¹⁹ Circulaire n°1800, « Équipes soignantes des sections psychiatriques dans les prisons, les sections ou dans les établissements de défense sociale : objectifs, composition, fonctionnement ».

²⁰ Voir e.a. Plan d'action de l'État belge du 10 octobre 2024 dans le groupe d'affaires *L.B. c. Belgique*, [DH-DD\(2023\)756](#), p. 34.

²¹ Le plan d'action mentionné dans la note de bas de page précédente mentionne un cadre de 34 ETP qui est rempli à moitié.

mise en œuvre dans les limites des possibilités d'infrastructure de la prison peut vraiment proposer une offre de soins suffisante.

QUANT AU PERSONNEL SOIGNANT :

Le CCSP et Unia recommandent au **ministre de la Justice** de
- limiter la présence de personnes internées à la SDS de Turnhout, afin que les contraintes en matière de personnel et d'infrastructure entravent dans une moindre mesure la possibilité de proposer une offre de soins suffisante.

59. L'équipe soins travaille uniquement de jour. Dans un futur proche, l'objectif est de travailler en shift (équipe du matin et du soir).

Le week-end, l'équipe soins n'est pas présente au sein de l'établissement. Aucune activité n'est donc proposée aux patients-détenus, à part la promenade ordinaire.

Des absences temporaires ou des congés peuvent limiter la présence d'infirmiers psychiatriques. Lors de la visite de contrôle du vendredi, il n'y avait qu'un seul infirmier psychiatrique présent pour les trois sections de l'aile B.

60. L'équipe soins collabore avec des accompagnateurs fixes pour chaque section des ailes A et B. En règle générale, les internés sont satisfaits de l'accompagnement individuel, ainsi que du psychiatre de l'équipe soins. Ils ont le sentiment de pouvoir établir une relation de confiance avec les membres du personnel de l'équipe soins et de pouvoir s'adresser à eux. La plupart du temps, les détenus indiquent pouvoir rapidement parler à quelqu'un quand ils en ont besoin.

61. Les infirmiers psychiatriques se chargent notamment des entretiens thérapeutiques, de l'accompagnement lors des rendez-vous avec le psychiatre et de la distribution des médicaments.

Les éducateurs sont les premiers interlocuteurs des patients-détenus. Ils observent en général tout ce qu'il se passe au sein de la section, interviennent en cas de problème entre patients-détenus, offrent une oreille attentive aux patients-détenus qui apprennent une mauvaise nouvelle ou font face à des soucis familiaux... Ils aident les patients-détenus à remplir leurs listes de cantine et gèrent tout autre tracasserie quotidienne, comme un problème avec le compte bancaire personnel d'un patient-détenu ou la division du tabac en plusieurs portions pour éviter que toute leur réserve ne soit fumée en une seule fois...

L'assistant social de l'équipe soins est chargé, entre autres, d'accueillir les patients-détenus à la SDS, de gérer l'administration sociale (service public, mutualité, gestion des dettes...), d'aider les patients-détenus lors d'entretiens téléphoniques avec des instances externes... Il est également responsable de tenir à jour la fiche administrative partagée par l'équipe soins et le SPS, qui contient des informations sur le régime administratif, les personnes à contacter, le revenu de remplacement... Au moment de la visite, l'équipe soins ne comptait qu'un seul assistant social. En raison du manque d'un deuxième collaborateur et de l'extension de la capacité de la SDS, le travail de l'assistant social se limite simplement à traiter les demandes, ce qui ne laisse pas de place à l'initiative personnelle.

62. Les possibilités limitées qu'offre la prison en matière d'infrastructure hypothèquent l'intensification du travail de l'équipe soins.

Pour les activités en (petits) groupes, l'équipe soins dispose de deux espaces et, dans une moindre mesure, de la chapelle qui sert aussi de salle polyvalente (voir point 84).

Il n'y a pas suffisamment de locaux d'entretien individuel pour pouvoir discuter en toute confidentialité avec un patient-détenu. En outre, les membres de l'équipe soins doivent se partager les bureaux et les ordinateurs. D'autres locaux d'entretien individuel et bureaux pourraient être aménagés si des cellules étaient libérées. Dans le contexte actuel, ce n'est toutefois pas possible.

3. Service médical général

63. Le service médical général a la possibilité de faire appel à trois médecins généralistes qui assurent un service de garde à tour de rôle.

64. Le dentiste est présent au sein de l'établissement une fois par semaine, le jeudi après-midi. La prison de Turnhout dispose d'un cabinet dentaire bien équipé. Le dentiste est très demandé. De nombreux problèmes dentaires impliquent des transferts à l'hôpital. Fin août 2024, la liste d'attente atteignait déjà le mois de janvier 2025.



65. Le service médical général dispose d'une infirmerie bien équipée. Le personnel infirmier fixe est réparti en deux équipes qui se relaient pour assurer une disponibilité entre 7 h et 21 h. Les week-ends, les jours fériés et en période de vacances, l'équipe est assistée de trois infirmiers indépendants (qui gèrent l'infirmerie jusqu'à 19 h 30). Aucun infirmier n'est présent pendant la nuit, contrairement à la prison de Merksplas par exemple.



66. Les infirmiers du service médical général se chargent du premier examen des patients-détenus entrants, des soins quotidiens et des légers problèmes de santé, de la distribution d'insuline et de méthadone, etc.

67. Tout le service médical général, y compris les infirmiers indépendants, se réunit une fois par an pour discuter de son fonctionnement.
68. Enfin, le service médical général souligne les difficultés relatives au transport vers les hôpitaux ou établissements externes en vue d'examens ou de traitements spécifiques. Les modalités de transport doivent être gérées avec la DAB (direction de la sécurisation) de la police fédérale. Le service médical général de Turnhout a l'impression que les demandes de transfert de la prison de Merksplas ont priorité sur celles de Turnhout, ce qui renforce le sentiment que les préoccupations et les remarques du service médical général ne sont, dans l'ensemble, pas assez prises en considération.

F. PROGRAMME DES SOINS

1. Traitement (qualité, équivalence, continuité) et consentement

69. Le dossier médical du patient-détenu concernant la période avant l'incarcération n'est pas d'office disponible. Si le dossier médical est transmis par la personne concernée ou est réclamé par le soignant, il est enregistré séparément. Dans « Epicure », il est indiqué que le dossier est accessible. Il n'est en effet pas possible d'enregistrer un dossier externe dans le programme « Epicure », ce qui complique la continuité des soins des patients-détenus. Lors de leur libération, les patients-détenus repartent avec des médicaments pour trois jours.
70. Au sein même de la prison, la continuité des soins n'est pas toujours garantie : le personnel soignant est affecté à des sections spécifiques. Lorsqu'un détenu est transféré vers une autre section, il n'y a pas suffisamment de suivi et la relation de confiance qui avait été établie est rompue. Il existe, certes, un système de transition qui prévoit que le personnel soignant des différentes sections suit ensemble la personne transférée pendant un mois. Mais pour certains internés, il faut aller plus loin pour garantir la continuité des soins (par exemple, en désignant des personnes de confiance/de référence dans les différentes sections).

QUANT AU TRAITEMENT :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

- désigner pour chaque patient-détenu une personne de référence qui suivra son dossier pendant toute la durée de son séjour à la prison de Turnhout.

71. La prise de médicaments nécessite le consentement du patient. Il n'est pas rare que celui-ci refuse de prendre ses médicaments s'il constate une amélioration. Ce refus est consigné dans le dossier médical. Le psychiatre et les infirmiers essaient alors de discuter avec le patient pour l'inciter à poursuivre le traitement, ce qui porte généralement ses fruits grâce à la confiance instaurée entre l'équipe soins et le patient-détenu. En cas de refus persistant du patient, c'est au psychiatre de décider si le traitement doit être administré sous contrainte.

La prise forcée de médicaments est exceptionnelle. Par exemple, dans la section 4, cela n'est arrivé qu'une seule fois ces sept derniers mois. Si la médication sous contrainte est nécessaire, l'équipe soins tente d'abord de discuter avec le patient-détenu pour comprendre pourquoi il refuse le traitement et essaie de le convaincre de l'importance du traitement. Si cette discussion n'aboutit pas, l'équipe d'intervention spéciale est appelée. Il y a encore une dernière tentative de convaincre le patient-détenu de prendre ses médicaments. En cas d'échec, le

patient sera immobilisé par l'équipe d'intervention spéciale. L'infirmier psychiatrique administre alors l'injection dans la cellule.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport que «le recours à l'équipe d'intervention pour la médication sous contrainte peut être prévu ; cela se fait à la demande du psychiatre et après approbation de la direction.»

2. Suivi psychiatrique et psychologique

72. Le séjour à la SDS a pour objectif de préparer le patient-détenu à un traitement ultérieur en dehors de la prison ou à une réinsertion. La SDS est considérée comme une « salle d'attente » qui vise principalement à limiter les effets préjudiciables liés à la détention.
73. Une réunion relative aux soins se tient chaque semaine pour chaque section entre le psychiatre, le psychologue-coordonateur, l'infirmier psychiatrique et l'éducateur. C'est l'infirmier psychiatrique qui décide quels patients-détenus doivent être vus par le psychiatre et joue un rôle important à ce titre.
74. Une « réflexion de section » a également lieu le jeudi pour l'aile A et le vendredi, pour l'aile B. Cette réunion entre la direction, le personnel de surveillance, le SPS et l'équipe soins permet de discuter de l'évolution des patients-détenus (par ex., le retour en section 1), de l'attribution des cellules, etc.
75. Pour le suivi des patients-détenus, l'équipe soins utilise un fichier Excel tenu à jour par section. Ce fichier rassemble les comptes rendus des réunions relatives aux soins et permet de tenir à jour les observations des différents membres de l'équipe soins (psychologue, infirmiers psychiatriques, ergothérapeute, assistant social) et les informations générales.
76. Une réunion de concertation entre l'équipe soins et le personnel de surveillance est organisée de manière structurée. Pour la section 1, elle a lieu deux fois par semaine. Son objectif est de suivre l'état des détenus et de convenir du régime à appliquer. Pour les autres sections de l'aile A et pour l'aile B, cette réunion a lieu une fois par semaine. Lors des rotations d'équipes quotidiennes, le chef d'équipe et l'équipe soins peuvent également se transmettre des informations.

3. Activités thérapeutiques

77. Pour ses activités, l'équipe soins ne dispose que d'un nombre limité de locaux : une petite « salle de séjour » dans la section 4 et une plus grande salle, également connue sous le nom de « local d'ergo », dans la section 6. Il n'y a malheureusement pas de salle de séjour dans l'aile A.
La petite salle de séjour de la section 4 est pourvue d'un coin salon avec télévision et lecteur DVD, d'une table et de chaises, d'un synthétiseur, d'une armoire contenant des jeux et du matériel de dessin, d'un coin café et thé et d'un baby-foot. Les possibilités d'activités y sont limitées.



La « salle de séjour » de la section 6 est le local d'ergo où se déroulent les activités avec les ergothérapeutes. La pièce est assez spacieuse et équipée, entre autres, d'un home trainer, de tapis de yoga, d'un synthétiseur, de guitares et de djembés, d'un ordinateur, d'un lecteur DVD, d'une installation audio, de jeux, d'armoires remplies de matériel de dessin et de bricolage, d'une petite table de billard, d'un baby-foot, d'un jeu de fléchettes, d'une armoire contenant différents jeux de société, d'une cuisine, d'une table avec des journaux (« Gazet van Antwerpen ») et de quelques magazines. C'est également dans cette salle de séjour que se trouve le matériel que les patients-détenus peuvent emprunter lors de la « séance de prêt » : bouilloires, cafetières, radio, CD, BD, DVD, puzzles ou jeux de société.



Dans la chapelle, qui sert aussi de salle polyvalente, l'équipe soins organise d'autres activités telles que des après-midis jeux et cartes ou des projections de films. Enfin, l'aile A-B dispose également d'une salle de fitness.

78. Les séances d'ergothérapie ne sont pas proposées aux patients-détenus des sections 1 et 4 . En principe, ceux de la section 1 devraient aussi pouvoir accéder à cette salle de séjour, mais ce n'est pas encore le cas. Une activité individuelle avec un patient-détenu (un jeu de société par exemple) ne peut se dérouler que sur un coin de bureau dans le petit local de l'équipe soins, qui se trouve dans cette section, en face de l'espace douche, et où peut également se tenir un entretien individuel.

L'équipe soins détermine quel patient-détenu peut se rendre à la salle de séjour de la section 4. Le matin, elle demande qui souhaite y aller. Elle veille à ce que chacun puisse en profiter. Quatre patients-détenus par infirmier psychiatrique peuvent accéder à la salle de séjour. Quand deux infirmiers sont présents, huit personnes y ont donc accès en principe. Mais l'envie n'est pas toujours là. Au moment de la visite, l'équipe soins n'était pas encore parvenue à motiver cinq patients-détenus sur les douze qui séjournaient à la section 4 à se rendre à cette salle.

79. Les patients-détenus entrants, y compris ceux qui sont transférés d'une autre section vers la section 1 ou 4, prennent d'abord part pendant trois semaines à la promenade d'observation, afin de déterminer leurs éventuels besoins et centres d'intérêt. Il y a une ergothérapeute et un éducateur pour 10 personnes maximum.

80. L'équipe soins gère la « promenade soins », organisée en plus de la promenade « ordinaire ». La promenade soins a lieu sur le « terrain de sport » et comprend des activités avec les ergothérapeutes, comme des jeux de ballon, du ping-pong, etc. Elle est encadrée par deux membres de l'équipe soins et un assistant de surveillance pénitentiaire.



Les patients-détenus des sections 1 (aile A) et 4 (aile B) ont accès à la « promenade soins » de manière différente, en tenant compte des profils et des capacités des patients-détenus concernés. Ils ont par ailleurs droit à une promenade individuelle en compagnie d'un membre de l'équipe soins.

QUANT AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES :

Le CCSP et Unia recommandent la **direction de l'établissement** de :

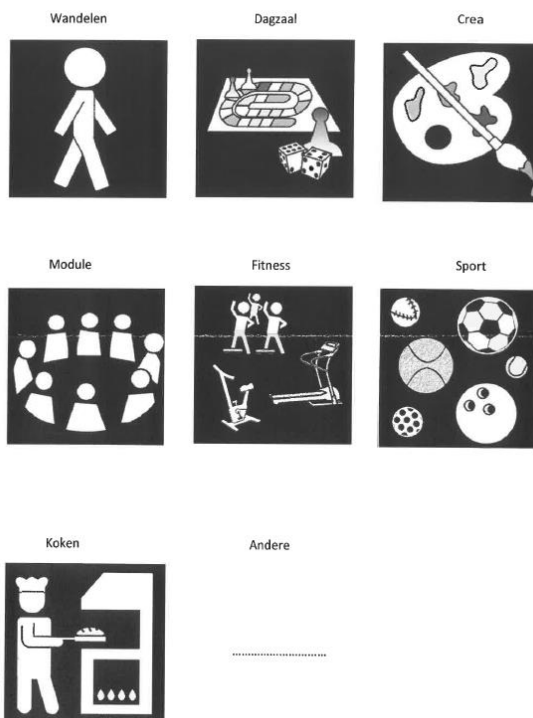
- de proposer également la promenade soins aux patients-détenus des sections 1 et 4.

La promenade « ordinaire » est également prévue pour les sections 1 et 4. Elle est organisée séparément pour les sections 1 et 4, les sections 2-3-5-6 et pour les ailes C et D. Ni le personnel de surveillance ni l'équipe soins ne sont présents pendant cette promenade. Lors de la visite de surveillance du jeudi soir, alors qu'il faisait chaud et ensoleillé, seuls deux patients-détenus sur douze avaient envie de prendre l'air.

81. Les patients-détenus peuvent indiquer les activités qui les intéressent en les consignant sur une feuille A4. Les différentes activités proposées par l'équipe soins sont représentées par sept pictogrammes : promenade, salle de séjour, activité créative, module, fitness, sport, cuisine et « autre » (à compléter). **Le CCSP et Unia saluent ce moyen accessible de communiquer les informations aux patients-détenus.**

Activiteiten binnen het zorgteam

Omcirkel de activiteiten die je graag doet

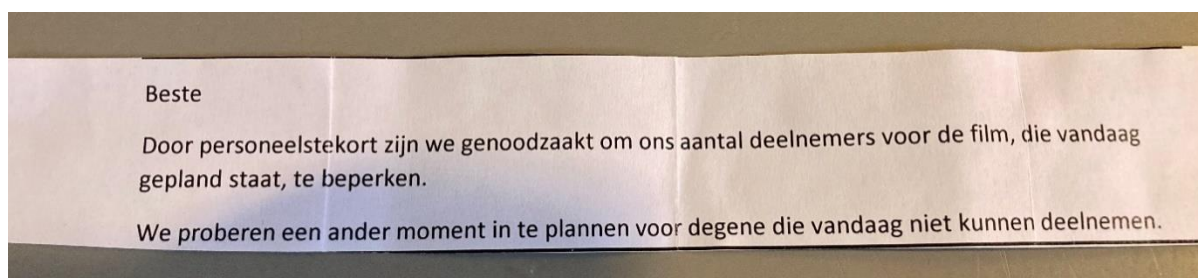


Par « module » (une appellation quelque peu difficile à comprendre), il y a lieu de comprendre une activité thérapeutique thématique, telle que la thérapie par l'écriture ou la musique, organisée par deux ergothérapeutes pour des groupes définis.

Les patients-détenus sont également invités, à l'aide de flyers distincts, à participer aux activités spéciales organisées de temps à autre, comme un après-midi jeux et cartes, une projection de film, une compétition de football, de ping-pong ou de badminton, une « kermesse flamande » avec musique, des jeux, un rodéo, ou encore un « Zomer Kick-Off » (une fête surtout organisée en Flandre qui marque le début de l'été et qui a eu lieu pour la première fois en 2024).

Certains patients-détenus ne viennent que rarement, voire pas du tout, aux activités proposées par l'équipe soins. Cette dernière essaie néanmoins de les inciter à y participer.

Si une activité ne peut pas avoir lieu, les patients-détenus en sont informés. Le nombre de patients-détenus pouvant participer à une activité peut parfois être limité en raison d'une pénurie de personnel pénitentiaire.



82. L'offre d'activités est plus limitée en été par rapport à la période de septembre à juin. Les activités organisées par l'équipe soins pendant les mois d'été sont les suivantes : « promenade -soins » sur le terrain de sport le lundi, mercredi, jeudi et vendredi de 8 h 50 à 9 h 50, activités dans la salle de séjour (local d'ergo dans la section 6) le lundi (deux fois une heure) et le vendredi (une heure), une demi-heure de fitness santé et une heure de sport sur le terrain de sport le mardi, deux fois (mardi et jeudi) une demi-heure d'atelier de travail dans le jardin du greffe et deux fois (lundi et jeudi) une heure d'atelier de travail incluant l'activité « broyage de canettes » sur le terrain de sport, une offre variable d'activités le mercredi après-midi pendant deux heures et une séance de prêt le jeudi après-midi pendant 45 minutes dans le local d'ergo. Ces activités fixes représentent un total de 15,25 heures durant l'été.

De septembre à juin, d'autres activités sont également organisées : « créa », « cuisine » et un petit-déjeuner le vendredi matin. Pendant cette période, le nombre total d'heures d'activités fixes s'élève à 22,75 heures.

Aperçu des activités en juillet et août

MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG
08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening
08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Observatiewandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u45 – 09u45 Wandeling (sportkoer)
10u00 – 11u00 Dagzaal (ergolokaal)			10u20 – 11u20 SECTIEREFLECTIE A	10u20 – 11u20 SECTIEREFLECTIE B
11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel
12u30 Briefing	12u30 Briefing	12u30 Briefing		12u30 Briefing
13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel
13u15 - 14u15 Dagzaal (ergolokaal)	13u00 -13u30 Zorgfitness (fitnesszaal)	13u15 - 15u15 Wisselend aanbod	13u00 – 13u30 Arbeidsatelier: tuintje Griffie Zelfstandig	13u15 - 14u15 Dagzaal (ergolokaal)
15u45 – 16u45 Arbeidsatelier: blikjes pletten (sportkoer)	13u00 – 13u30 Arbeidsatelier: tuintje Griffie Zelfstandig		14u45 – 15u30 Uitleenmoment (ergolokaal)	
	14u30 – 15u30 Sport (sportkoer)		15u45 – 16u45 Arbeidsatelier: blikjes pletten (sportkoer)	
16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel

Aperçu des activités de septembre à juin

MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG
08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening	08u00 Opening
08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Observatiewandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u50 – 09u50 Wandeling (sportkoer)	08u30 – 09u45 Ontbijt (ergolokaal)
10u00 – 11u00 Dagzaal (ergolokaal)	10u00 – 11u00 Crea (ergolokaal)		09u00 – 11u00 Koken (ergolokaal)	10u00 – 11u00 Zorgwandeling (sportkoer)
			10u20 – 11u20 SECTIEREFLECTIE A	10u20 – 11u20 SECTIEREFLECTIE B
11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel	11u30 Appel
12u30 Briefing	12u30 Briefing	12u30 Briefing		12u30 Briefing
13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel	13u30 Appel
13u15 - 14u15 Module-werking (ergolokaal)	13u10 -14u10 Zorgfitness (fitnesszaal)	13u15 - 15u15 Activiteit in kapel	12u30 – 14u30 Teamvergadering	13u15 - 14u15 Dagzaal (ergolokaal)
14u30 – 15u30 Dagzaal (ergolokaal)	14u30 – 15u30 Sport (sportkoer)		14u30 – 15u30 Uitleenmoment (ergolokaal)	14u30 – 15u30 Wandeling (sportkoer)
15u45 – 16u45 Arbeidsatelier: blikjes pletten (sportkoer)	14u45 – 15u15 Arbeidsatelier: tuintje Griffie		15u45 – 16u45 Arbeidsatelier: blikjes pletten (sportkoer)	14u45 – 15u15 Arbeidsatelier: tuintje Griffie
16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel	16u30 Appel



L'offre d'activités dépend fortement du contexte carcéral. L'espace disponible restreint, le nombre limité de membres du personnel de surveillance pouvant gérer la sécurité pendant les activités et les contraintes de temps (dues au régime pénitentiaire et aux « mouvements », par exemple pour se rendre à la promenade ou en revenir, durant lesquels les membres de l'équipe soins ne peuvent pas non plus se déplacer à l'intérieur des sections) ne permettent quasiment pas d'étoffer l'offre d'activités. En outre, l'infrastructure n'est pas adaptée à la mission légale de prise en charge des patients-détenus avec un trouble psychique. Mais ce constat n'ôte rien à l'engagement et aux efforts du personnel présent. Les membres de la direction et du personnel essaient de faire preuve de créativité et de travailler avec les moyens du bord, en utilisant par exemple les locaux disponibles de manière polyvalente. Toutefois, au vu de la mission légale de prise en charge qui incombe la SDS, l'offre d'activités (thérapeutiques) est insuffisante.

83. L'équipe soins propose deux activités appelées « atelier de travail », à savoir l'entretien du jardin du greffe (une activité prévue pour un seul patient-détenu) et le « broyage de canettes » sur le « terrain de sport ».

L'activité « broyage de canettes » est proposée deux fois par semaine pendant une heure durant toute l'année. Sur le terrain de sport, sous un auvent, se trouvent deux installations qui servent de levier pour broyer les canettes. Ce petit job ne peut en aucun cas être considéré comme une activité de grande valeur sur le plan financier ou humain. Il a pour seul avantage d'offrir une petite rémunération aux participants pour le travail fourni et de permettre à l'équipe soins de communiquer avec eux et de les observer. Au moment de la visite de la délégation, seule une personne participait à l'activité parmi les patients-détenus de la section 1.



Les patients-détenus ont également la possibilité de travailler à titre individuel : nettoyage du local d'ergo, confection de dossiers ou de boîtes de médicaments.

84. Diverses organisations proposent également des activités par l'intermédiaire de la Communauté flamande, mais uniquement dans l'aile D. Les patients-détenus des ailes A et B ne sont concernés que par les quelques activités de la Communauté flamande qui dépassent le cadre de la répartition entre ailes A et B d'une part et ailes C et D d'autre part, comme le « Zomer Kick-Off » par exemple.
85. Le programme de soins de groupe doit encore être élaboré, mais il dépendra en grande partie de la disponibilité des locaux et de l'extension du cadre du personnel de surveillance. La délégation estime d'ailleurs que l'équipe soins n'a pas la tâche facile en termes de prise en charge des personnes internées. La prison de Turnhout a clairement été conçue en tant que structure carcérale à agencement majoritairement cellulaire. Dans la pratique, les infrastructures sont également trop peu nombreuses pour pouvoir offrir des soins de groupe, alors qu'il est aujourd'hui essentiel de pouvoir fournir aux patients-détenus (vulnérables) des soins adéquats et axés sur la réinsertion. Les patients-détenus sont soumis à un régime cellulaire et, malgré les efforts de l'équipe soins, la majorité d'entre eux passent jusqu'à 23 heures par jour en cellule. Par conséquent, le programme des activités s'adresse à un petit

groupe de patients-détenus qui y participent sur base volontaire. Il ne touche donc pas toujours les personnes les plus vulnérables et les plus isolées sur le plan social. Dans la section 4, plus intensive, l'équipe soins a également du mal à motiver les patients pour qu'ils se rendent à la salle de séjour et interrompent le régime cellulaire prédominant. Enfin, elle explique qu'elle est toujours à la recherche d'un équilibre entre la prise en charge et la sécurité, entre l'accompagnement individuel et collectif, entre le respect de l'autonomie et certaines obligations.

La délégation souligne et salue la motivation et les efforts de l'équipe soins qui fait au mieux dans des conditions défavorables. La principale conclusion de la délégation reste encore et toujours qu'il est impossible d'assurer une prise en charge adéquate des patients-détenus dans un contexte pénitentiaire. La philosophie de la prise en charge est incompatible et, par essence, en contradiction avec le milieu carcéral.

QUANT AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement de :**

- encourager l'équipe soins à proposer plus d'activités qui stimulent l'autonomie des patients-détenus, afin de les préparer à leur réinsertion.

4. Confidentialité

86. L'infirmier psychiatrique avec qui la délégation s'est entretenue a parfaitement conscience du secret médical auquel est tenue l'équipe soins vis-à-vis de la direction et du SPS. Une information n'est transmise à la direction que s'il y a obligation de notification. Les membres de l'équipe SPS savent également que l'équipe soins ne peut partager aucune information avec le SPS, alors que l'inverse est possible.
87. Le dossier tenu par l'équipe soins n'est pas accessible aux infirmiers du service médical général. C'est parfois problématique, car ces derniers ne sont pas toujours informés de l'état de santé psychique des personnes concernées. En cas d'absence de l'infirmier psychiatrique, il se peut qu'une information essentielle ne soit pas disponible.
88. Un patient-détenu peut demander qu'un membre de l'équipe soins l'accompagne à un entretien avec le SPS. L'équipe soins prépare alors cet entretien avec la personne concernée.

Le SPS prend également part à la « réflexion de section » (voir point 81).

5. Dossier médical

89. Les médecins de la prison, le psychiatre soins, le dentiste, les infirmiers psychiatriques et les infirmiers du service médical général introduisent leurs notes dans le dossier médical informatisé « Epicure ». La fiche de médication (qui sert aussi de base pour la livraison des médicaments par la pharmacie) est également tenue à jour dans « Epicure ». Il est également noté dans le programme si le patient-détenu a refusé de prendre des médicaments, si une injection a dû être administrée de force ou en urgence, si la personne concernée a été mise en isolement dans la cellule sécurisée ou dans l'espace de vie qui lui a été attribué. Les raisons de cet isolement ne sont pas toujours mentionnées.

90. Au sein de l'équipe soins, seuls le psychiatre et les infirmiers psychiatriques ont accès au dossier médical. Le dossier « Epicure » ne peut être consulté par les autres membres de l'équipe qu'avec l'accord du patient-détenu. La fiche de médication peut quant à elle être consultée.

Les membres de l'équipe soins consignent leurs observations relatives à chaque patient-détenu dans un fichier Excel.

91. Quand un patient-détenu est libéré, son dossier est enregistré sur un serveur et n'est plus consultable. En cas de nouvelle détention, ce dossier est à nouveau disponible.

6. Distribution et prise des médicaments

92. Les médicaments sont distribués quatre fois par jour : à 8 h, à 12 h, à 17 h et à 20 h. L'infirmier psychiatrique gère la distribution du matin et du midi, le service médical général celle de l'après-midi et du soir.

Le week-end, le personnel de surveillance se charge de distribuer les médicaments dans les sections 2, 3, 5 et 6 ; cette distribution se fait sous la supervision de l'infirmier du service médical général dans les sections 1 et 4.

QUANT À LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction générale des établissements pénitentiaires** (DG EPI) de :

- veiller à ce que les médicaments soient exclusivement distribués par le personnel infirmier (et non par le personnel pénitentiaire), ceci afin de respecter le secret médical et la réglementation relative aux actes médicaux, et de favoriser l'instauration d'une relation saine entre patients et personnel soignant.

Les injections d'antipsychotiques sont administrées deux fois par semaine, le mardi et le jeudi, lorsque les infirmiers psychiatriques sont en service à l'infirmerie. C'est là qu'ont lieu les injections. Elles peuvent être administrées en cellule uniquement chez les patients-détenus « difficiles » ou récalcitrants (surtout de la section 1). En cas d'injection à action prolongée (après mesure de la tension au service médical général), le personnel de surveillance est tenu d'observer la personne concernée dans sa cellule pendant trois heures.

Excepté dans les sections 1 et 4, la prise des médicaments n'est pas contrôlée. Seul un changement de comportement au bout d'un certain temps permet de constater qu'un patient-détenu ne prend pas ses médicaments.

Les patients-détenus peuvent refuser le traitement proposé. S'ils n'ont pas conscience de leur maladie, ils se montrent parfois peu disposés à prendre leurs médicaments.

93. Un nombre limité de patients-détenus suivent un traitement à la méthadone (deux dans les ailes A et B et deux dans l'aile D). L'administration se fait sous surveillance à l'infirmerie du service médical général.

Les personnes concernées sont invitées par le personnel pénitentiaire, depuis le poste de contrôle des ailes A et B, à sortir de leurs cellules pour se rendre au service médical général. L'appel se fait via le système d'interphone annonçant l'« ouverture des portes des diabétiques », mais tout le monde sait qu'il s'agit des détenus soumis à un traitement à la méthadone. Cette méthode d'appel est considérée par les patients-détenus concernés comme une violation du secret médical.

QUANT A LA CONFIDENTIALITÉ :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

- appeler les patients-détenus qui suivent un traitement particulier avec la plus grande discrétion et dans le respect du secret médical.

7. Gardes et urgences

94. Les crises surviennent souvent le soir ou le week-end, car les patients-détenus ne sont plus pris en charge à ces moments-là.

La nuit, seul le médecin de la prison est joignable. Il n'y a pas d'infirmier présent (contrairement à Merksplas). Lorsque le médecin décide qu'il faut administrer des médicaments, ceux-ci doivent pouvoir être pris par voie orale.

En cas de crise durant le week-end, qui ne peut pas être gérée à l'aide de médicaments, la personne concernée est transférée à Merksplas où une prise en charge médicale est assurée en continu. Le psychiatre de Merksplas est également joignable le week-end.

8. Soins psychiatriques au reste de la population pénale de l'établissement

95. Une fois par semaine, le psychiatre reçoit en consultation les prévenus et condamnés qui séjournent dans l'aile D, après notification par l'infirmier psychiatrique de l'aile D.

Le psychiatre décide si une personne doit être prise en charge et suivie par l'équipe soins. Le cas échéant, la direction est priée de placer la personne concernée dans l'aile A (le plus souvent dans la section 3 ou, en situation de crise, dans la section 1).

9. Prévention du suicide

96. Pour gérer les patients-détenus suicidaires, l'équipe soins déclare se référer aux instructions et au guide sur la prévention du suicide de la direction générale. Un document intitulé « Suicidpreventiebeleid Gevangenis Turnhout » (politique de prévention du suicide à la prison de Turnhout) avait été créé en avril 2019, en collaboration avec les services flamands d'aide et d'assistance. Des discussions avec les infirmiers psychiatriques, le service médical général ou le SPS sont mises en place. Le personnel de surveillance est également impliqué dans la prévention du suicide. Plusieurs membres de ce personnel ont suivi une formation en ce sens.

Tout risque de suicide présumé est signalé à la direction, après consultation du psychiatre, afin que les mesures de sécurité nécessaires soient prises.

97. L'accompagnement des patients-détenus après le suicide d'un codétenu est assuré par le personnel soignant et le SPS, mais il est jugé insuffisant par différents patients-détenus. Ces incidents les affectent profondément et ne donnent pas lieu, selon eux, à suffisamment de soutien et d'information. Ils ont besoin d'en parler, mais ils indiquent devoir souvent attendre plusieurs jours avant d'avoir un entretien après l'incident. La majorité d'entre eux ajoutent qu'ils comprennent le personnel qui est tout aussi affecté après un suicide ou une tentative de suicide.

Après un événement traumatisant et en cas de problèmes psychosociaux, le personnel pénitentiaire peut bénéficier du soutien d'un service interne, ainsi que d'un centre d'assistance externe (POBOS). Ils peuvent faire appel à cette aide à tout moment, pour eux-mêmes ou pour un collègue.

98. La surveillance par caméra dans la cellule sécurisée, qui vise à préserver l'intégrité physique d'un patient-détenu présentant un risque élevé de suicide, peut grandement contribuer à la prévention du suicide, à condition que les membres du personnel puissent facilement regarder les images des caméras de surveillance. Ce n'est actuellement pas le cas. Les écrans sont installés dans le petit poste de contrôle des ailes A et B, d'où sont également commandées les portes d'accès aux ailes. Ces écrans se trouvent sur la droite, et non face aux membres du personnel, et ne sont pas à la même hauteur que les écrans des autres caméras de surveillance. Il est donc particulièrement difficile pour les agents du poste de contrôle de surveiller avec suffisamment d'attention les images transmises par la caméra de la cellule sécurisée.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport que « pendant les heures de pointe (6h-22h), la surveillance par caméra est remplacée par une surveillance spéciale par le biais d'un contrôle physique dans la cellule et, qu'en conséquence, la surveillance par caméra n'est utilisée que la nuit, à un moment où le fonctionnement des portes d'accès n'est pas ou peu nécessaire. »

G. PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

99. Le cadre du personnel pour l'établissement pénitentiaire de Turnhout est fixé à 147 ETP. Lors de la visite de l'établissement pénitentiaire, il manquait 15,2 ETP par rapport au cadre du personnel, ce qui signifie que seuls 131,8 ETP étaient effectivement pourvus. Le nombre effectif de membres du personnel s'élève à 155 agents pénitentiaires.²² En outre, 12 agents sont en absence de longue durée, ce qui porte le taux d'absentéisme à un peu plus de 9 %. Le personnel de la prison de Turnhout présente également des arriérés de congés importants. Les agents pénitentiaires doivent demander leurs congés deux mois à l'avance, et un système de congé « garanti » et « non garanti » est appliqué. En cas de congé « non garanti », l'agent pénitentiaire en question ne sait qu'un jour à l'avance s'il peut effectivement s'absenter.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport que « un certain pourcentage du personnel peut obtenir un congé garanti et que celui-ci est dès lors accordé. L'obtention par le personnel de congés non garantis sera fonction de l'occupation du tableau de service. »

²² Un nombre important d'agents pénitentiaires ne sont pas employés à temps plein. Cela explique la différence entre le nombre de membres du personnel par tête et le nombre d'ETP.

L'effectif affecté aux sections des ailes A et B compte théoriquement 8 agents pénitentiaires pour l'équipe du matin et du soir, auxquels s'ajoutent 3 agents présents de 8 h à 16 h et 3 autres de 12 h à 20 h. Étant donné l'augmentation de la population carcérale et le nombre croissant de mouvements, la direction et le personnel estiment que l'effectif actuel n'est pas suffisant.

Le personnel de la prison de Turnhout estime être, par rapport aux autres prisons, le grand perdant de la rationalisation du personnel carcéral.²³ En outre, l'effectif prévu est rarement atteint dans la pratique, notamment en raison de l'absentéisme. Par conséquent, les agents pénitentiaires se retrouvent souvent seuls dans une section, ce qui augmente la pression au travail et complique le maintien de la sécurité et l'organisation des activités. La rationalisation du cadre du personnel s'est traduite par une augmentation de la population carcérale à la prison de Turnhout en général et à la SDS en particulier. Presque tout le monde s'accorde à dire que, par rapport à quelques années auparavant, le personnel a diminué, alors que la charge de travail a augmenté.

Enfin, la prison de Turnhout a connu en 2023 une rotation importante du personnel, avec l'entrée en fonction de nouveaux agents (par le biais notamment de conventions de premier emploi) et le départ à la pension d'agents chevronnés. Le turn-over est habituellement élevé chez les jeunes. Les nouveaux agents sont nombreux à se diriger vers la douane ou la police après un an ou deux. Les agents expérimentés ont donc le sentiment de s'investir inutilement dans la formation des nouvelles recrues (voir infra).

100. Le service de nuit n'est assuré que par quatre agents pénitentiaires qui gèrent toutes les sections, ce qui est insuffisant pour garantir la sécurité des détenus la nuit. En cas d'incident ou d'urgence médicale, un tel effectif ne peut pas répondre au problème de manière adaptée.

101. En principe, les agents pénitentiaires sont affectés de manière permanente aux sections des ailes A et B et choisissent en toute conscience de travailler à la SDS. La délégation n'a pas eu connaissance de critères de sélection spécifiques auxquels les candidats doivent répondre pour un emploi à la SDS. Dans la pratique, l'équipe fixe est parfois secondée par des agents pénitentiaires provenant d'autres sections en raison du manque de personnel, de congés pour maladie ou d'absences.

102. Les patients-détenus indiquent que les contacts avec les agents pénitentiaires sont en général corrects, mais que certains d'entre eux communiquent « de manière agressive ». Lorsque les agents pénitentiaires sont sous pression, les patients-détenus le remarquent et ont le sentiment que cela affecte négativement la façon dont ils sont traités.

Un membre du personnel a constaté que le contact était plus facile avec les détenus des ailes A et B qu'avec ceux de l'aile D parce que les détenus y séjournent plus longtemps, ce qui permet d'établir plus facilement une relation professionnelle.

²³ La rationalisation s'inscrit dans le cadre du projet « Travailler autrement », lancé dans le but de restructurer les processus de travail dans les prisons dans un souci d'économies de personnel. L'objectif est de concentrer les activités qui requièrent beaucoup de personnel et l'affectation du personnel entre 9 h et 17 h. Voir à ce sujet : Cour des comptes. (2021). Politique RH dans les services pénitentiaires – Organisation et performance. Disponible sur : [Politique RH dans les services pénitentiaires – Organisation et performance](#).

La délégation a d'ailleurs noté que la communication et le contact entre le personnel et les patients-détenus étaient plutôt limités.²⁴ Il y a peu de temps et de place pour les discussions et échanges informels. À cet égard, il est important de souligner à nouveau que la pénurie de personnel, l'augmentation du nombre de patients-détenus à la SDS, la charge de travail accrue et l'infrastructure inadaptée compliquent l'instauration de relations professionnelles constructives. La création et le maintien de ce lien entre le personnel et les patients-détenus constituent pourtant les bases de la sécurité dynamique (voir aussi le point 20).

103. Les agents pénitentiaires ne bénéficient, dans leur formation de base, que d'une session unique concernant les troubles psychiques et les déficiences intellectuelles graves, ce qui est insuffisant. Ils ne sentent donc pas assez formés, manquent d'informations et de références concrètes pour gérer les patients-détenus présentant des pathologies complexes. Le personnel demande de pouvoir suivre une formation en ce sens. Pour répondre à cette demande, une formation de neuf jours est prévue cet automne pour les membres du personnel qui travaillent à la SDS. Elle vise à améliorer leurs connaissances sur les maladies psychiques et sera organisée par le Centre de Formation du Personnel Pénitentiaire (CFPP) à Merksplas.

104. Chez les nouveaux agents pénitentiaires, souvent jeunes, le manque de formation (en matière de techniques de désescalade par exemple) et d'accompagnement se ressent plus fortement. La direction et les assistants pénitentiaires appliquent donc un système de mentorat qui pourrait être encore renforcé. À la prison de Turnhout, les nouveaux agents se voient tous attribuer un mentor et sont intégrés « sans clé » pendant trois jours. Ils sont ainsi formés et guidés sur le terrain par leur mentor. Après cette période de « formation de terrain », les nouveaux membres du personnel doivent en principe suivre leur formation de base, mais dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas. Les patients-détenus ressentent eux aussi le manque d'expérience des jeunes recrues.

Le chef d'établissement de la prison de Turnhout précise dans ses remarques au projet de rapport que « depuis le 1er juillet 2022, le principe - promulgué par le DG Rudy Vandevoorde - est que tous les nouveaux employés commencent par la première partie de leur formation de base (= actuellement 17 jours de formation) avant de commencer à travailler sur le terrain. À l'exception des mois de juillet, août et décembre, la formation de base commence le 1er et le 15 de chaque mois. En juillet, août et décembre, le démarrage n'a lieu que le 1er. Une fois en fonction, les nouveaux agents de surveillance reçoivent une formation « sur le tas ». Ils apprennent ainsi à mettre en pratique la théorie qu'ils ont apprise dans la prison, sous la direction d'un mentor. Les nouveaux membres du personnel reçoivent une clé relativement rapidement, mais ils sont toujours surveillés et suivis par des mentors et un assistant pénitentiaire référent pendant un certain temps.

105. Quelques initiatives ont été prises par l'équipe soins pour soutenir les agents pénitentiaires, comme la création d'une brochure d'information générale sur les maladies psychiques. Cette brochure est mise à leur disposition dans les différentes sections, ainsi que des plans d'action contenant des informations non médicales sur certains patients-détenus séjournant dans la section concernée. Ces initiatives sont accueillies positivement par le personnel pénitentiaire, mais sont insuffisantes pour pouvoir faire face à certains comportements et établir un contact

²⁴ Ce constat n'ôte rien aux efforts et à la bonne volonté du personnel.

de manière adéquate avec les patients-détenus. Le secret médical constitue un obstacle important dans l'échange d'informations.

106. Des tensions existent entre les agents de surveillance et le personnel soignant. En raison de leurs formations et missions (sécurité/soins) respectives, ils ont des visions divergentes quant à la gestion du quotidien. Par exemple, le personnel soignant traite plus souvent les incidents au regard de la problématique en prenant une mesure (thérapeutique), tandis que le personnel pénitentiaire pense d'abord en termes de sécurité et est plus vite enclin à faire un rapport au directeur et à lancer une procédure disciplinaire. En fin de compte, c'est à la direction que revient la décision d'imposer une mesure (thérapeutique) ou une sanction disciplinaire.

Pour renforcer la compréhension mutuelle, une réunion de concertation commune est organisée chaque semaine par section entre le personnel soignant et les agents de surveillance. Pour la section 1, celle-ci a lieu deux fois par semaine.

Un membre du personnel de surveillance s'est plaint du fait que « les équipes de soins et de surveillance ne collaborent pas assez. Ils ne nous demandent jamais notre aide et nous ne faisons jamais d'activités ensemble. » Un autre agent a ajouté que l'aspect médical était difficile à intégrer au début, mais qu'il le voyait aujourd'hui comme une valeur ajoutée. Un membre de l'équipe soins a indiqué en revanche que la collaboration avec les assistants de surveillance se passait « plutôt bien », même si les activités de l'équipe soins étaient parfois négligées en raison du régime appliqué et de la gestion quotidienne. Ces déclarations illustrent que des progrès sont réalisés, mais que la dimension du soin n'est pas encore définitivement acceptée et intégrée.

107. À la question de savoir si les agents pénitentiaires seraient partants pour un régime plus ouvert et de vie en communauté, les points de vue divergent. Certains d'entre eux pensent que non, étant donné la complexité des problématiques que présentent les détenus, la pénurie de personnel et les infrastructures insuffisantes. D'autres sont favorables à un régime de vie en communauté, dans la mesure où les conditions adéquates sont créées.

QUANT AU PERSONNEL PÉNITENTIAIRE :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction générale des établissements pénitentiaires (DG EPI)** de :

- dispenser systématiquement, au personnel pénitentiaire en fonction dans les annexes et autres sections dédiées à l'accueil des patients-détenus, une formation de base au travail en milieu psychiatrique et leur fournir un soutien psychosocial, professionnel et anonyme.
- adapter un cahier des charges spécifique pour instituer la fonction d'agent pénitentiaire affecté aux annexes psychiatriques et autres sections dédiées à l'accueil des patients-détenus ²⁵ ;
- prendre les mesures nécessaires pour réduire autant que possible les effets de l'absentéisme, en partie chronique, du personnel de surveillance afin de ne pas mettre à mal l'accès des patients-détenus aux services et soins de base dans les établissements pénitentiaires ;

²⁵ CPT, visite en Belgique, 2017, [CPT/Inf \(2018\) 8](#), § 141

- fournir plus de directives et de soutien aux agents pénitentiaires pour gérer les personnes avec des troubles psychiatriques ou une déficience intellectuelle (par exemple, des plans d'action pour tous les patients-détenus) ;
- prévoir la présence d'agents pénitentiaires en suffisance afin de pouvoir proposer aux patients-détenus un programme aussi vaste que possible d'activités thérapeutiques et autres.

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

- se concentrer davantage sur le renforcement de la collaboration et la communication mutuelle entre le personnel soignant et les agents de surveillance.

H. GESTION DES INCIDENTS ET DES PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

1. Gestion des incidents

108. Lorsqu'un membre de l'équipe soins fait face à une menace, la direction et le chef de quartier en sont informés.

Les membres de l'équipe soins indiquent être peu confrontés à des incidents. Ils peuvent facilement évaluer, notamment en se basant sur la « promenade d'observation », quels patients-détenus peuvent participer à quelles activités et s'il y a ou non un risque d'agression.

Les agressions physiques visent davantage le personnel de surveillance. En cas d'agression physique, la règle veut que le membre de l'équipe soins se retire pour laisser l'équipe d'intervention s'interposer.

109. Le maintien de l'ordre et de la sécurité vis-à-vis des patients-détenus est également assuré à l'aide de mesures disciplinaires. Selon une estimation approximative, deux rapports disciplinaires sont rédigés en moyenne chaque jour. Un tiers des rapports adressés au directeur donnent lieu à une sanction disciplinaire. Dans environ deux tiers des dossiers, elle consiste en un « isolement dans l'espace de séjour attribué » (IES), qu'elle soit conditionnelle ou pas. Deux tiers des rapports disciplinaires restent sans suite ou sont traités en concertation avec la direction, donnent lieu à une mesure thérapeutique ou, en dehors de la procédure disciplinaire, à une mesure de sécurité (pour environ un cinquième des dossiers).

Pour qu'une mesure disciplinaire soit légitime, la transgression doit pouvoir être imputée à la personne concernée. La direction juge elle-même si c'est le cas. La direction se renseigne de manière informelle sur l'état de la personne concernée auprès du psychiatre soins ou de l'équipe soins. L'équipe soins souligne à juste titre que, lorsque la direction estime qu'un avis psychiatrique est nécessaire, il doit être demandé au psychiatre du SPS.

110. Dans le cadre d'une approche comportementale, le psychiatre peut également prendre des mesures - à l'égard des patients-détenus - qui impliquent l'exclusion de certaines activités (ils ne sont par exemple pas autorisés à se rendre à la salle de séjour ou à la « promenade soins », doivent se promener individuellement), l'obligation de passer la nuit en cellule sécurisée ou la confiscation d'objets particuliers. Ces décisions sont qualifiées de « mesures thérapeutiques ». La loi de principes ne prévoit aucun cadre légal adapté pour les décisions de cette nature. Même si ces décisions sont souhaitables ou nécessaires d'un point de vue thérapeutique, elles comportent néanmoins une limitation des droits dont jouit la personne concernée en vertu

de la loi de principes ou doivent, conformément à cette même loi, faire l'objet d'une mesure de sécurité particulière prise par le directeur (par exemple, la confiscation ou la privation d'objets, l'interdiction de participer à certaines activités communes ou individuelles). L'absence d'un cadre légal approprié implique que ces mesures thérapeutiques n'ont pas de base légale ou sont prises en dehors de tout cadre légal.

QUANT À LA GESTION DES INCIDENTS :

Le CCSP et Unia recommandent au **ministre de la Justice** de :

- élaborer un cadre légal adapté prévoyant la réglementation de ces mesures thérapeutiques, tout en garantissant la protection juridique nécessaire des patients détenus .

2. Contention

111. Les personnes détenues en situation de crise ne font pas l'objet d'une contention physique, car le service médical général ne peut pas assurer une assistance « 24 h sur 24, 7 jours sur 7 ». Par ailleurs, le personnel de l'établissement n'est pas formé à la contention mécanique. La direction s'est souvenue d'un cas unique de contention en 2022. En l'absence d'une solution adaptée permettant de régler une crise à Turnhout, la personne concernée est transférée d'urgence à Merksplas, où le service médical général est présent jour et nuit. L'annexe en charge des crises (annexe Labrys) peut avoir recours à la contention en cas de besoin.

3. Isolement

112. Le placement à l'isolement des patients-détenus résulte d'une mesure de sécurité particulière ou à titre de mesure provisoire, se fait en « cellule sécurisée » dans le cadre de mesures provisoires durant une procédure disciplinaire ou en « cellule de punition » dans le cadre d'une sanction disciplinaire.

Les détenus placés en cellule sécurisée ne doivent pas nécessairement porter une tenue indéchirable, à moins que cela ne soit indiqué.

Un isolement en cellule sécurisée ne fait pas toujours l'objet d'une vidéosurveillance, sauf en cas de risque de suicide ou d'ingestion d'un produit par la personne concernée.

4. Registres

113. Les personnes internées peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires, de mesures de sécurité particulières ou de mesures thérapeutiques. Toutes ces mesures sont enregistrées dans un seul fichier Excel.

114. Lorsqu'un patient-détenu a été placé en cellule sécurisée ou dans l'espace qui lui a été attribué dans le cadre d'une mesure thérapeutique, il en est fait mention dans son dossier médical. Les motifs de cet isolement ne sont pas toujours mentionnés. La délégation a noté que certains patients-détenus devaient parfois passer la nuit en cellule sécurisée pour motif médical, parce qu'ils faisaient du bruit la nuit et perturbaient le repos des autres patients-détenus.

Les dossiers médicaux sont bien tenus à jour. Ils contiennent de nombreuses communications très factuelles, des résultats d'analyses, des observations, des informations

sur les médicaments et des mentions d'incidents. Ces informations ou constats sont correctement consignés et permettent un minimum d'échanges d'informations, surtout entre les médecins généralistes et le psychiatre.

115. La prison de Turnhout dispose d'un registre spécial pour les mesures de sécurité particulières. Il reprend le nom, la date à laquelle la mesure a été prise, la date de sa prolongation éventuelle et un numéro d'ordre. Il ne précise pas les circonstances qui ont justifié la prise de la mesure.²⁶ En revanche, ces circonstances sont mentionnées dans le registre disciplinaire (fichier Excel). Entre le 1^{er} janvier 2024 et le 21 août 2024, 66 mesures de sécurité particulières ont été prises par la direction. Ce chiffre concerne à la fois les prévenus, les condamnés et les personnes internées.
116. L'établissement tient également un registre qui répertorie les mesures de coercition directe. En 2024, 65 mesures ont été prises, dont 34 à l'encontre de personnes internées. L'analyse de ce registre révèle que l'utilisation de menottes ou d'entraves n'est pas systématique. Le registre fait également mention du recours à des techniques de contention ou au transfert accompagné vers la cellule de punition ou sécurisée.
117. Les registres existants ne permettent pas de connaître le nombre de placements en cellule de punition, et il n'existe aucun registre spécial qui répertorie ces mises à l'isolement. Le formulaire qui est complété au moment de la mise en cellule de punition à titre de mesure disciplinaire est ajouté au dossier personnel du détenu concerné après son isolement. Il ressort des discussions avec la direction, le personnel et les patients-détenus qu'il n'y a pas d'utilisation excessive des cellules de punition et sécurisées. La durée de séjour dans ces cellules reste généralement limitée, et la personne concernée est replacée le plus rapidement possible en cellule ordinaire. **La délégation rappelle que l'utilisation de l'isolement comme sanction à l'égard des personnes avec des troubles psychiques est remise en question par le CPT.²⁷ De plus, le CCSP et Unia soulignent que lorsqu'une mesure disciplinaire est infligée à une personne internée, il convient toujours de vérifier si l'infraction disciplinaire peut être imputée à la personne concernée.**

I. GARANTIES

1. Accès à l'avocat

118. La délégation n'a recueilli aucune plainte quant à l'accès à un avocat. Le registre disciplinaire indique que les personnes internées sont toujours assistées d'un avocat lors d'une audition disciplinaire, ce qui est conforme à l'article 167 § 4 de la loi de principes, qui précise qu'une personne internée doit toujours être assistée d'un avocat dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

²⁶ Art. 115 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus. A.R. du 1^{er} février 2005.

²⁷ CPT, visite en Belgique, [CPT/Inf \(2018\) 8, par. 167](#).

2. Disciplinaire

119. La prison de Turnhout dispose d'un registre de sanctions disciplinaires.²⁸ Il s'agit d'un fichier Excel contenant tous les rapports au directeur. Le registre mentionne la date de l'infraction, le statut juridique et le nom du (patient-)détenu, l'infraction disciplinaire, la sanction et, le cas échéant, le nom de l'avocat présent lors de l'audition disciplinaire. L'analyse du registre disciplinaire révèle que tous les rapports ne donnent pas lieu à une sanction disciplinaire et que la sanction infligée n'est pas toujours la plus lourde. Il s'avère également que les personnes internées ne sont pas plus souvent sanctionnées que les autres détenus. La punition la plus fréquente est l'isolement dans l'espace de séjour attribué au détenu.

3. Mesures d'ordre et de sécurité (fouilles)

120. Lors des entretiens menés avec les patients-détenus, la délégation n'a pas recueilli de plainte concernant les différentes fouilles et, en particulier, les fouilles à corps (ou leur exécution). D'après les déclarations du personnel pénitentiaire et de la direction, les patients-détenus ne font pas l'objet de fouilles à corps systématiques lorsqu'ils sont placés en cellule de punition ou sécurisée.

121. La délégation n'a pas pu vérifier si les décisions individuelles de fouille à corps reposaient sur des éléments spécifiques indiquant que l'examen des vêtements ne suffisait pas pour contrôler si le détenu était en possession de substances ou d'objets interdits ou dangereux, comme l'exige la loi de principes.²⁹

4. Organes de surveillance et de plainte

122. Dans l'ensemble, les patients-détenus connaissent les organes de surveillance et de plainte. Plusieurs patients-détenus et personnes internées séjournant à la prison de Turnhout font également appel à ces organes.

5. Organe de concertation des détenus

123. En principe, l'organe de concertation des détenus se réunit trois fois par an pour les ailes C et D. Toutefois, lors de sa visite, la délégation n'a pas pu confirmer si ce type de réunion était également prévu pour les ailes A et B.

J. RÉINSERTION

1. Service psychosocial

124. Au moment de la visite, le service psychosocial (SPS) de la prison de Turnhout était composé de quatre psychologues et de cinq assistants sociaux (dont l'un en absence de longue durée). Le cadre actuellement fixé à six psychologues et sept assistants sociaux n'est donc pas complet. Les candidatures pour un poste à la prison de Turnhout ne sont pas fréquentes notamment en raison de la population spécifique qui y séjourne. Actuellement, un assistant social et un psychologue gèrent ensemble un groupe d'environ 35 détenus.

²⁸ Ibid., art. 146.

²⁹ Art. 108 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, A.R. du 1^{er} février 2005.

Un psychiatre expert est présent à temps partiel, à raison de deux jours par semaine (le mardi et le jeudi).

125. S'agissant des prévenus, le SPS est uniquement responsable des entretiens d'accueil. S'agissant des personnes condamnées et internées, il se charge du suivi des détenus et de la rédaction des rapports.

Chaque semaine a lieu une réunion « CPS » à laquelle participent le directeur, le psychiatre SPS et l'équipe SPS. Le calendrier et le contenu des avis y sont discutés.

Pour rédiger les rapports destinés à la CPS du tribunal d'application des peines, le SPS peut consulter le dossier judiciaire incluant le rapport d'expertise du psychiatre judiciaire, d'autres rapports du SPS, le dossier disciplinaire, les rapports d'activités de l'équipe soins, etc. Il peut aussi avoir accès, avec le consentement du patient-détenu, aux informations sur les admissions en établissement de soins avant l'incarcération.

Pour la rédaction de ses avis, le SPS a recours à l'outil d'évaluation des risques DUNDRUM (*Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency*).

126. Les établissements pénitentiaires sont exposés au principe de la scission entre l'expertise et le soin³⁰. Cette scission entre ces deux fonctions a pour but premier d'éviter la double casquette, dans le chef d'une même personne, de soignant et d'expert rapporteur à la CPS. En outre, plus fondamentalement, il s'agit de protéger la relation de confiance dans le cadre de la prise en charge thérapeutique. Les membres de l'équipe SPS ont confirmé à la délégation que ni le SPS ni le psychiatre SPS n'émettent d'avis sur la question de savoir si une infraction disciplinaire était imputable ou non au patient-détenu.

127. L'équipe SPS est chargée de l'évaluation de la personne internée et de la rédaction des rapports destinés à éclairer la CPS. Elle a accès au dossier judiciaire, mais n'a pas accès aux informations relatives à la pathologie et au traitement du patient, ce qui complique la rédaction des rapports d'expertise. La possibilité d'obtenir le consentement éclairé de la personne concernée pour que ces informations soient communiquées permet de contourner cet obstacle.

128. Le manque de confiance des patients-détenus à l'égard du SPS trouve notamment son origine dans les délais d'attente interminables avant une admission en établissement de soins. Le SPS ne peut évidemment pas réduire ces délais. Il y a au minimum un an d'attente avant l'entretien d'admission par l'établissement susceptible d'accueillir le patient-détenu. Ensuite, il faut à nouveau attendre longtemps avant l'admission effective. Ces longs délais d'attente ont un impact négatif sur la relation de confiance avec le patient-détenu, car il pense que le SPS néglige son dossier. Le séjour d'un patient-détenu à la SDS de Turnhout dure entre une à plusieurs années et se prolonge, dans quelques cas, jusqu'à dix ans.

³⁰ La prise en charge des personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons et dans les sections ou établissements de défense sociale est régie par la Circulaire ministérielle n°1800 du 7 juin 2007, formalisant la scission entre les équipes soins et l'équipe d'expertise chargée de remettre des avis dans le cadre des modalités d'exécution de la peine.

QUANT À LA RÉINSERTION :

Le CCSP et Unia recommandent à la direction générale des établissements pénitentiaires (DG EPI) de :

- garantir que l'équipe SPS dispose de suffisamment de ressources pour assurer le suivi des dossiers des personnes internées et ce malgré les conditions de surpopulation.

2. Trajet de Soins Internés

129. L'obtention de permissions de sortie (PS) est importante dans la préparation du trajet de réinsertion (TSI). Elles permettent par exemple aux patients-détenus de visiter des établissements de soins susceptibles de les accueillir par la suite. Dans la pratique, il est toutefois difficile de bénéficier d'une permission de sortie, car cela exige souvent que les patients-détenus soient accompagnés par une personne de confiance pendant les sorties. Le réseau social de la plupart des patients-détenus est inexistant ou limité.

130. Les équipes mobiles TSI favorisent le flux des personnes internées entre les différentes structures. Même si elles jouent activement leur rôle de maillon indispensable à Turnhout (exécution d'expertises et recherche de possibilités de transfert), elles ne suivent qu'un nombre restreint de dossiers. Les équipes mobiles n'accompagnent pas les patients-détenus qui bénéficient d'une permission de sortie pour un entretien d'admission.

131. Les patients-détenus de la prison de Turnhout sont principalement transférés vers le centre de psychiatrie légale (CPL), même si la CPS a prononcé une libération à l'essai dans un environnement « medium security » ou « low security ». Cela est dû au grand nombre de refus de personnes internées libérées à l'essai par les établissements de soins. Bon nombre d'entre eux, dont les CPL, affichent des listes d'attente d'un an ou plus. De plus, certains exigent que les personnes concernées n'aient eu aucun comportement agressif ou fait l'objet d'aucune mesure disciplinaire au cours des six ou douze mois antérieurs. Seule l'inreach team de l'OPZ de Rekem procède à des entretiens hebdomadaires au sein de la prison en vue d'une éventuelle admission.

La SDS de Turnhout accueille en outre de nombreuses personnes internées au profil psychiatrique souvent complexe, qui reviennent du CPL à la suite de nouveaux faits, mais aussi lorsque le trajet thérapeutique n'est pas suivi. Pourtant, la communication adressée le 21 mars 2024 par le ministre de la Justice au Collège des cours et tribunaux souligne les effets potentiellement négatifs du retour en détention de personnes internées n'ayant commis aucun délit.

132. Afin d'améliorer le flux des personnes internées, des concertations entre la SDS de Turnhout et la SDS de Merksplas sont organisées à propos des listes d'attente. De nombreux échanges et visites de travail ont également lieu avec les autres prisons et établissements psychiatriques.

QUANT À LA RÉINSERTION :

Le CCSP et Unia recommandent aux **ministres de la Justice et de la Santé publique** de :

- renforcer le financement des équipes mobiles TSI, afin qu'un plus grand nombre de personnes internées puissent bénéficier d'un accompagnement lors dans le cadre de la transition vers un autre lieu de soin et dans leur trajet de réinsertion, ainsi que d'assurer une coordination adéquate entre les différentes instances dotées de fonctions d'expert et d'avis ;
- étendre les lits de crise et les possibilités de retour flexibles à tous les niveaux de sécurité pour éviter la remise en détention (en cas de révocation, de révision ou de suspension d'une libération à l'essai).

3. Trajet de réinsertion des personnes condamnées avec des problématiques de santé mentale

133. Lors de la visite, la délégation n'a pas obtenu d'informations spécifiques concernant le parcours de réintégration des personnes non internées. En général, Les personnes condamnées en situation de vulnérabilité psychique n'ont pas accès au circuit médico-légal mis en place pour les personnes internées. Les établissements psychiatriques réguliers appliquent des critères d'admission stricts, les refus sont fréquents, principalement en raison du danger présumé que les personnes détenues présenteraient, même si ce danger ne correspond pas au risque réel pour la sécurité. Cela réduit les chances de libération conditionnelle. Les personnes condamnées en situation de vulnérabilité psychique doivent donc souvent purger l'intégralité de leur peine, sans accès à des soins adaptés et dans un contexte qui aggrave leur état de santé.

K. AUTRES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ OU SUSCEPTIBLES D'ÊTRE DISCRIMINÉES

134. Toute personne détenue est en situation de vulnérabilité. Toutefois, certains groupes présentent un critère protégé par la législation antidiscrimination³¹ (notamment les femmes, les personnes homosexuelles, transgenres, âgées, d'origine étrangère). Par conséquent, il appartient au personnel de l'établissement de veiller sans cesse à ce que ces personnes bénéficient des garanties et des protections leur permettant d'exercer, sur un pied d'égalité avec les autres détenus, leurs droits fondamentaux (accès aux soins, accès à la promenade...).

Parmi les groupes susceptibles d'être confrontés à une quelconque forme de discrimination³², la délégation a constaté ce qui suit.

³¹ En Belgique la législation antidiscrimination interdit toute discrimination liée à une série de critères protégés, dont notamment les critères dits « raciaux » (origine, prétendue race, couleur de peau, nationalité, ascendance et origine nationale ou ethnique), l'âge, l'origine et la condition sociale, l'orientation sexuelle, les convictions religieuses et philosophiques, etc. Pour parcourir de l'ensemble des critères, consultez le site d'Unia [Comprendre la discrimination | Unia](#)

³² La législation antidiscrimination condamne la discrimination et le harcèlement discriminatoire, l'incitation à la discrimination, à la haine ou à la violence, le délit de haine et le refus d'aménagement raisonnable.

135. Les personnes d'origine étrangère, qui ne maîtrisent pas la langue, doivent recourir au service d'un membre du personnel ou d'un codétenu en guise d'interprète. Cette barrière linguistique impacte leur vie quotidienne et se répercute sur la qualité des soins.

Les personnes internées d'origine étrangère signalent faire l'objet d'un traitement raciste de la part de membres du personnel (par exemple, utilisation fréquente du « mot en N »).

136. La SDS de Turnhout accueille plusieurs personnes internées sans titre de séjour.³³ Elles se trouvent dans une situation extrêmement précaire, ne sont pas couvertes par la sécurité sociale et ne peuvent donc pas être intégrées au circuit de soins externe (libération à l'essai). Pour ces mêmes raisons, les permissions de sortie en vue de préparer une libération à l'essai ne leur sont accordées que rarement ou jamais. Ces personnes séjournent donc en prison ou dans des établissements hautement sécurisés durant une longue période, sans avoir réellement la possibilité de bénéficier des modalités prévues par la loi relative à l'internement. Le transfert complexe des personnes sans titre de séjour est en contradiction avec l'article 2 de la loi relative à l'internement du 5 mai 2014, qui garantit le droit aux soins et à la réinsertion dans la société. Le manque de soins adaptés et de perspectives réalistes de réinsertion pourrait en outre conduire à de nouvelles condamnations à l'encontre de la Belgique par la Cour européenne des droits de l'homme en vertu des articles 5 (droit à la liberté) et 3 (interdiction des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention européenne des droits de l'homme.³⁴

137. Au moment de la visite, la direction n'avait pas connaissance de personnes à mobilité réduite séjournant dans les ailes A et B. Étant donné que les infrastructures ne sont ni accessibles, ni adaptées à la présence de personnes à mobilité réduite (plusieurs étages, pas d'ascenseur accessible...), ces dernières sont toujours redirigées vers la prison de Merksplas où une section dispose d'installations adaptées. Par le passé, quelques personnes à mobilité réduite ont pourtant transité par la section de crise. Au vu des infrastructures, l'obligation de mettre en place des aménagements raisonnables peut difficilement être respectée.³⁵

La délégation a pu s'entretenir avec une personne en situation de handicap physique. Elle ne bénéficie d'aucun aménagement raisonnable, mais elle n'avait pas introduit de demande en ce sens au moment de la visite.

138. Un grand nombre de personnes séjournant à la SDS ont un double diagnostic (trouble psychique associé à une déficience intellectuelle). En général, les personnes avec une déficience intellectuelle ne bénéficient que de peu de soutien spécifique. L'équipe soins comprend toutefois des collaborateurs qui ont acquis de l'expérience avec les personnes en situation de handicap dans le cadre de fonctions précédentes. Forts de leur expérience, ils tentent de communiquer de manière plus accessible avec ces personnes. Par ailleurs, plusieurs personnes sont suivies par ABAGG, un service d'accompagnement ambulatoire pour personnes en situation de handicap. L'accompagnement proposé est important, mais ne répond pas à la demande pour l'instant. Le service ABAGG n'est pas intégré à l'équipe soins, contrairement à la SDS de Merksplas.

³³ La délégation n'a pas pu déterminer le nombre précis de personnes internées sans titre de séjour.

³⁴ Voir De Pau, M., Vandennieuwenhuysen, E., Breuls, L., & Macq, C. (2023). Een blik op het traject van personen met een migratieachtergrond en interneringstatuut: Het recht op zorg en vrijheid onder druk? *Panopticon*, 44(6), 437- 455.

³⁵ Pour en savoir plus au sujet des aménagements raisonnables, consultez le site d'Unia [Qu'est-ce qu'un aménagement raisonnable ? | Unia](#).

139. Pour de nombreux détenus, les informations fournies (règlement d'ordre intérieur, feuille d'activités, liste de cantine, etc.) ne sont pas toujours accessibles pour différentes raisons. Ils indiquent qu'ils ne sont parfois pas au courant des règles internes et n'arrivent pas à lire ou comprendre certaines informations. Le personnel essaie de les aider et de les accompagner en leur fournissant des explications et des informations accessibles, mais ils ne sont pas suffisamment formés à cet effet. Certains patients-détenus constatent également que l'accès aux activités, aux dispositifs de plainte, aux services externes, etc. est bloqué.

QUANT AUX AUTRES PUBLICS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET/OU SUSCEPTIBLES D'ÊTRE DISCRIMINÉS :

Le CCSP et Unia recommandent à la **direction de l'établissement** de :

- protéger les personnes identifiées comme vulnérables et leur donner accès à des conditions matérielles et médicales qui répondent à leurs besoins et à la dignité humaine ;
- respecter le droit aux aménagements raisonnables pour compenser l'inaccessibilité des infrastructures et garantir la sécurité des personnes qui y ont accès ;
- fournir des informations accessibles, que ce soit par écrit (easy to read) ou oralement ;
- désigner, au sein du personnel, un référent formé à la lutte contre les discriminations, à la mise en place des aménagements raisonnables et à la gestion des personnes en situation de handicap ;
- intégrer le service ABAGG à l'équipe soins, comme c'est le cas dans la prison de Merksplas.





IV. ANNEXE : OBSERVATIONS DES AUTORITES COMPETENTES

CTRG - rapport gevangenis Turnhout - opmerkingen DG EPI

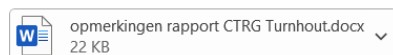


Vandecasteele Liesbeth <Liesbeth.Vandec

Aan  Pieter Houbey

CC  Gysens Ann;  DLD Regionale Directie Noord (EPI);  De Cat Els;  Steenbergen Mathilde

 Opgvolgen. Voltooid op Monday, 31 March 2025.
U hebt dit bericht beantwoord op 28/02/2025 08:39.



Thu 27/02/2025 19:35

Geachte heer,
Beste Pieter,

In bijlage vindt u onze opmerkingen naar aanleiding van het rapport aangaande het bezoek aan de gevangenis van Turnhout van eind augustus 2024. Ik wens er u een goede ontvangst van.
Mochten er nog onduidelijkheden zijn, neem gerust contact op met ons.

Fijne avond nog.

Liesbeth Vandecasteele
Attaché-gevangenisdirecteur



FOD JUSTITIE
DG Penitentiaire Inrichtingen
Regionale Directie Noord



Dienstadres: Guldenvlieslaan 87 bus 3, 1060 Brussel
Postadres: Waterlooilaan 115, 1000 Brussel
0479 98 81 69
Liesbeth.Vandecasteele@just.fgov.be

INRICHTINGSHOOFD TURNHOUT & REGIONALE DIRECTIE NOORD- DIRECTORAAT- GENERAAL PENITENTIAIRE INRICHTINGEN

Wij wensen de volgende bemerkingen te formuleren bij uw rapport n.a.v. het bezoek aan de gevangenis van Turnhout in de periode 28 – 30 augustus 2024 (Rapport 2025/02):

- De 16 plaatsen voorzien voor beklaagden en veroordeelden met een psychische kwetsbaarheid betreffen geen vaststaande capaciteit. Gemiddeld garandeert de gevangenis van Turnhout de detentie van en zorg voor een 16-tal personen met een psychische kwetsbaarheid;
- Het contact tussen het zorgteam en penitentiair personeel met de gedetineerden van sectie 1 en 4 kunnen naar gelang het ingeschatte veiligheidsrisico beperkt worden tot contact via het winket;
- In het midden van sectie 1 bevindt zich een veiligheidscel; het rapport vermeldt een strafcel;
- Bij verhoogd risico op suïcide of bij een bijzonder toestandsbeeld wordt de frequentie van het toezicht bepaald door de directie. Dit kan gaan om visuele controle om de 7,5', 15' of 30';
- De metalen structuur van het bed in de veiligheidscel had mogelijks zijn oorsprong om ooit te kunnen overgaan tot fixatie. Er wordt niet gefixeerd in Turnhout; dit kan enkel op beslissing van de arts en bij continu aanwezigheid van medisch personeel;
- Eenmaal per maand voorziet de gevangenis van Turnhout in een extra bezoekmoment specifiek voor kinderen. Dit wordt momenteel voorzien elke 2^e zondag van de maand.

Daarnaast kunnen de gedetineerden minimaal eenmaal per week videobezoek vragen/genieten. De gevangenis van Turnhout voorziet in minimaal 1x per maand ongestoord bezoek. Dit ongestoord bezoek kan maximaal 2x per maand doorgaan;

- De schrijftherapeut maakt geen deel uit van het zorgteam;
- Het vastgestelde kader zorg is bepaald op 33 VTE's. In het rapport wordt eenmaal 33 en eenmaal 34 genoteerd. Het gaat dus wel degelijk om 33 voltijdse equivalenten;
- De inzet van het interventieteam bij dwangmedicatie kan voorzien worden; dit gebeurt op vraag van de psychiater en na goedkeuring van de directie;
- Het is niet correct te stellen dat de gedetineerde personen van sectie 1 (vleugel A) en sectie 4 (vleugel B) geen toegang hebben tot de zorgwandeling. Er is wel toegang tot de zorgwandeling voor deze gedetineerde personen, maar wordt op een andere manier georganiseerd: rekening houdend met de mogelijkheden en profielen van de gedetineerden;
- Indien een gedetineerde zich in crisis bevindt en blijkt dat medicatie geen oplossing biedt, wordt hij overgeplaatst naar de gevangenis van Merksplas. Het rapport vermeldt dat in Merksplas continu psychiatrische zorg wordt voorzien. Het gaan echter om continu medische zorg in plaats van psychiatrische zorg;
- De CTRG stelt in haar rapport dat cameratoezicht een bijdrage kan betekenen bij suïcidepreventie, maar stelt dat het een belangrijke voorwaarde is dat de beelden makkelijk raadpleegbaar zijn. Dit is volgens de CTRG momenteel niet het geval omdat de beeldschermen opgesteld zijn in de kleine controlepost van de vleugels A en B, van waaruit ook de bediening van de toegangsdeuren tot de vleugels wordt geregeld. Gedurende de vroege en de late shift (6u – 22u) wordt het cameratoezicht evenwel vervangen door bijzondere bewaking middels fysieke controle aan de verblijfsruimte. M.a.w. het cameratoezicht wordt enkel 's nachts toegepast; op een moment dat de bediening van de toegangsdeuren niet / amper nodig is;
- inzake het verlov voor personeel: er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen gegarandeerd en niet-gegarandeerd verlov. Een bepaald % personeel kan gegarandeerd verlov bekomen. Dit verlov wordt toegekend. Afhankelijk van de bezetting van de dienstlijst kan er aan mensen met niet-gegarandeerd verlov al dan niet verlov toegekend worden;
- bijkomend personeel ABM: het rapport vermeldt dat de directie verklaarde dat er bijkomend personeel voor de ABM zou worden aangeworven; dit werd echter door geen enkel directielid beweerd;
- Alvorens iemand tewerkgesteld kan worden op een ABM, vindt er een selectiegesprek met de geïnteresseerde persoon plaats. Hierin wordt gepeild naar vaardigheden en attitudes inzake het kunnen werken met psychisch kwetsbare profielen;
- Sinds 1 juli 2022 geldt het principe – uitgevaardigd door DG Rudy Vandevoorde – dat alle nieuwe medewerkers starten met het eerste luik van hun basisopleiding (= dit is momenteel 17 dagen opleiding) alvorens aan de slag te kunnen gaan op het terrein. Met uitzondering van de maanden juli, augustus en december, start er een basisopleiding op de 1^e en de 15^e van elke maand. In juli, augustus en december wordt enkel op de 1^e opgestart. Eenmaal op de werkvloer, krijgen de nieuwe penitentiaire bewakingsassistenten een 'on-the-job-training'. Ze leren hierbij de geleerde theorie in de praktijk omzetten in de gevangenis onder begeleiding van een mentor. De nieuwe personeelsleden krijgen relatief snel een sleutel in bezit, maar staan nog enige tijd onder monitoring en opvolging van mentoren en een Penitentiair Assistent;

- het register IBVR is voorhanden in de gevangenis van Turnhout, in tegenstelling tot wat in het rapport is vermeld.