



Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ?

Recommandations d'



Remerciements

Avant de débiter ce rapport, Unia tient à remercier très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à sa réalisation.

Unia souligne à quel point il a été particulièrement sensible au regard, lucide, porté par les personnes internées sur leur situation, à leur capacité à se dévoiler et à parler au nom de la collectivité, mais aussi à la solidarité entre pairs ; à l'engagement, aux questionnements et à l'humanité des professionnel·le·s du secteur ; au courage, à la souffrance et au sentiment d'impuissance des proches.

Avis aux lectrices et lecteurs

Le présent rapport donne la voix aux personnes internées et aux personnes qui gravitent dans le champ de l'internement.

Ce rapport reprend les points de vue qui émanent de personnes issues de fonctions, de régions et de secteurs différents. Dès lors, les constats d'Unia ne seront pas toujours partagés par toutes et tous.

Table des matières



1. Introduction	5
2. Méthodologie de travail et déroulement des visites	8
3. L'internement, un parcours sinueux	12
3.1 Prévention	14
3.1.1 Cadre légal	14
3.1.2 Dans les faits	14
3.1.3 Recommandations d'Unia	15
3.2 Les faits	17
3.2.1 Cadre légal	17
3.2.2 Dans les faits	17
3.2.3 Recommandations d'Unia	17
3.3 Ouverture de l'enquête judiciaire	19
3.3.1 Cadre légal	19
3.3.2 Dans les faits	19
3.3.3 Recommandations d'Unia	20
3.4 Expertise psychiatrique / Mise en observation	21
3.4.1 Cadre légal	21
3.4.2 Dans les faits	21
3.4.3 Recommandations d'Unia	23
3.5 Décision judiciaire de l'internement	24
3.5.1 Cadre légal	24
3.5.2 Dans les faits	24
3.5.3 Recommandations d'Unia	26
3.6 Questions transversales au trajet de soins internés (TSI) ...	28
3.6.1 Les traces d'un passage par la prison.....	28
3.6.2 Les difficultés dans la continuité du soin et la transmis- sion des informations	32
3.6.3 Un parcours long et pas toujours adapté	33
3.6.4 Implication du réseau	34
3.6.5 Statut juridique interne des personnes internées.....	35
3.6.6 Conseils des usagers, mécanismes de plainte et méca- nisme de prévention	36
3.6.7 Femmes internées	37
Recommandations d'Unia	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37
3.7 Attente d'audience et première audience	38
3.7.1 Cadre légal	38
3.7.2 Dans les faits	38
3.7.3 Recommandations d'Unia	38
3.8 Placement	39
3.8.1 Cadre légal	39
3.8.2 Dans les faits	39
3.8.3 Recommandations d'Unia	43
3.9 Libération à l'essai	44
3.9.1 Cadre légal	44
3.9.2 Dans les faits	44
3.9.3 Recommandations d'Unia	51
3.10 Libération définitive et enjeux de la réinsertion	53
3.10.1 Cadre légal	53
3.10.2 Dans les faits	53
3.10.3 Recommandations d'Unia	54
4. Conclusion	55
5. Annexes	57

Abréviations

- **AICS** : Auteur d'infraction à caractère sexuel
- **Art.** : Article
- **AVIQ** : Agence pour une Vie de Qualité (Agence wallonne pour les personnes handicapées)
- **CCSP** : Conseil central de surveillance pénitentiaire
- **CEDH** : Cour européenne des droits de l'Homme
- **COCS** : Centre d'observation clinique sécurisé
- **Comité ONU** : Comité des droits des personnes handicapées
- **Convention ONU** : Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
- **Coordinateurs CSEI** : Coordinateurs circuit de soins externe internés (Justice)
- **Coordinateurs TSI** : Coordinateurs Trajet de soins internés (Santé)
- **CPAS** : Centre public d'action sociale
- **CPL** : Centre de psychiatrie légale
- **CPS** : Chambre de protection sociale
- **CPT** : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
- **DG EPI** : Direction générale des Établissements pénitentiaires
- **EDS** : Établissement de défense sociale
- **ETP** : Equivalent temps plein
- **IFDH** : Institut Fédéral des Droits Humains
- **IHP** : Initiative d'habitation protégée
- **INCC** : Institut National de Criminalistique et de Criminologie
- **« La loi »** : Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement
- **MNP OPCAT** : Mécanisme national de prévention à mettre en place dans le cadre du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la Torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradant.
- **MSP** : Maison de soins psychiatriques
- **PHARE** : Personne Handicapée Autonomie Recherchée (Agence bruxelloise pour les personnes handicapées)
- **SDS** : Section de défense sociale
- **SHNA** : Structure d'hébergement non agréée
- **SPF** : Service public fédéral
- **SPS** : Service psychosocial
- **SSSP** : Service des soins de santé en prison
- **TAP** : Tribunal de l'application des peines
- **TSI** : Trajet de soins internés
- **VAPH** : Agence flamande pour les personnes handicapées (Flandre)

1. Introduction

Unia, institution publique indépendante de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité, agit en sa qualité de mécanisme indépendant chargé du suivi de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (Convention ONU).

En effet, les Nations Unies promeuvent une définition systémique et évolutive du handicap. En ce sens, les personnes présentant des troubles psychiques et/ou une déficience intellectuelle, parmi lesquelles les personnes internées, sont bien en situation de handicap et bénéficient des droits garantis par la Convention ONU. À ce titre, Unia a évalué l'accès à des conditions, des services et des ressources favorables à l'autonomie et à la réinsertion des personnes internées au cours de leur trajet de soins.

Ce rapport est le fruit de 36 jours de visites réalisées dans différents lieux de séjour depuis début 2021. Il est ainsi nourri et inspiré de rencontres et d'entretiens menés auprès de personnes internées, de professionnel·le·s du secteur et de proches. Il n'a pas la prétention de fournir une information exhaustive, ni même complète, de la question de l'internement en Belgique.

Par ailleurs, nos visites ont mis en lumière une série de problématiques qui n'entraient pas stricto sensu dans le champ de notre monitoring. Il s'agit notamment de [la santé mentale des détenu·e·s de droit commun](#), du recours à la détention préventive, des problématiques d'assuétudes. Ces sujets méritent une attention et une action tout aussi urgentes et nécessaires.

1.1 Pourquoi un rapport sur l'internement et avec quelle approche ?

Depuis des années, Unia reçoit et traite, au niveau individuel et structurel, des signalements de personnes internées en provenance de différents lieux d'internement. Ces signalements portent sur divers motifs : conditions de détention; accès à la vie affective et sexuelle; accès aux soins ou aux procédures concernant leur trajet d'internement; retrait du permis de conduire... La répétition de certains constats, partagés par de nombreux acteurs du champ de l'internement, a motivé la réalisation d'un travail plus large de monitoring en ces lieux.

La mesure d'internement est une mesure de sûreté qui vise à protéger la société et à offrir du soin à la personne en vue de sa réinsertion. En juin 2023, la Belgique comptait 4 198 personnes internées, dont 891 séjournaient en milieu carcéral.¹ Le nombre de personnes internées n'a cessé d'augmenter ces dernières années, alors que [la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement](#) avait notamment pour intention de circonscrire la mesure aux cas les plus graves.

La mesure d'internement questionne à bien des égards. Notre État fait, aujourd'hui encore, l'objet de condamnations par la Cour européenne des droits de l'Homme. En 2016, la Cour européenne des droits de l'Homme a rendu un arrêt dit pilote² au sujet du sort qu'il réserve à une partie de cette population déclarée juridiquement « irresponsable » de ses actes.

Cet arrêt a permis des avancées favorables sur le plan structurel. À titre d'exemples, saluons la réforme de la loi de défense sociale qui restreint le champ d'application de la mesure aux situations les plus graves et met l'accent sur le soin dans le parcours de l'internement. De même l'augmentation du nombre de places dans le secteur du soin régulier et le développement des équipes mobiles TSI (Trajets de soins internés) facilitent la sortie des personnes internées des prisons et leur intégration dans le circuit de soins classique.

1 Chiffres de la DGEPI, datés du mois de juin 2023, et communiqués par le cabinet Justice à Unia en septembre 2023.

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

Toutefois, à ce jour, le sujet occupe et préoccupe encore : nous constatons que la mesure telle qu'elle est mise en œuvre dans le système belge ne répond pas, en tous points, aux droits fondamentaux des personnes auxquelles elle s'applique.

Ce rapport s'inscrit dans le contexte sociétal actuel, à savoir un contexte de plus en plus sécuritaire, qui table sur de nouveaux lieux d'enfermement pour tenter d'endiguer une série de problèmes sociétaux. Si, dans une démarche d'égalité de traitement, le Comité des droits des personnes handicapées plaide pour un régime de responsabilité pénale applicable à toutes et tous, le contexte carcéral actuel ne permet pas d'envisager des recommandations allant en ce sens. Aussi, Unia souligne avec force que la prison, telle qu'elle s'offre à nous, a des conséquences délétères sur le bien-être des personnes quelles qu'elles soient et est inenvisageable pour les personnes avec un trouble psychique ou une déficience intellectuelle.

Par ce rapport, Unia souhaite remettre les droits humains protégés notamment par la Convention ONU (droit à l'inclusion et à l'autonomie de vie) au cœur de la mesure de l'internement. Tout l'enjeu sera de faire interagir les articles 14 (droit à la liberté et la sécurité) et 19 de la Convention ONU (droit à la vie autonome) en vue de favoriser l'objectif de réinsertion de la personne. Les droits fondamentaux étant des droits interdépendants et indivisibles, d'autres articles (art. 24, 25 et 26 de la [Convention ONU](#) notamment) ont été mobilisés à titre subsidiaire.

Ce rapport s'attèle à présenter brièvement la Convention ONU avant d'exposer la méthodologie sur laquelle repose le monitoring. Il présentera ensuite les étapes qui ponctuent le parcours de l'internement en se référant à la ligne du temps. Chaque étape sera abordée de la façon suivante : le cadre légal, les faits observés (et souvent confirmés par la littérature sur laquelle Unia s'est aussi basé).

Inspirées des propos et expériences vécues par les personnes concernées, ces recommandations sont traduites à la lumière des principes transversaux de la Convention ONU, notamment le droit à participer aux décisions, le droit à l'inclusion, le droit à l'égalité de traitement.

Notons que lorsque le rapport parle de « la loi » ou évoque des articles, sans plus de précision, sont visés la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement et les articles qu'elle contient.

Une annexe précise plus avant le contexte général de l'internement en Belgique et la position de certains organes de contrôle internationaux en la matière. Le rapport est ponctué de citations anonymisées des personnes rencontrées.

1.2 À qui s'adresse ce rapport ?

Compte tenu du double objectif qu'il poursuit, l'internement comporte des étapes et des problématiques qui relèvent tantôt du volet judiciaire, tantôt du volet médical. L'exécution de la mesure, quant à elle, fait intervenir des instances et acteur·trice·s relevant de différents niveaux de pouvoir.

Ce rapport invite à une approche transversale et collaborative. Partant, il s'adresse à l'ensemble des autorités compétentes dans le domaine de l'internement et plus spécifiquement aux Ministres de la Justice et de la Santé (fédéral et entités fédérées) et à titre subsidiaire, à la Ministre de l'Intérieur.

Ce rapport est également destiné à nourrir les contributions adressées aux différents organes nationaux et internationaux des droits humains (Comité des droits des personnes handicapées, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Comité des Ministres du Conseil de l'Europe...). Le rapport sera disponible sur le site internet d'Unia et porté à la connaissance des personnes et établissements rencontré·e·s.

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

[La Convention ONU](#) a été adoptée par les Nations Unies le 13 décembre 2006. La Belgique l'ayant ratifiée le 2 juillet 2009, la Convention est entrée en vigueur le 1^{er} août 2009 sur le territoire belge. En 2011, Unia a été désigné comme mécanisme indépendant chargé de promouvoir et de protéger les droits garantis par la Convention ONU, de même que de suivre les politiques, législations et pratiques mises en place par les autorités belges en matière de handicap afin de vérifier leur conformité aux prescrits de cette Convention.

La Convention ONU a la particularité d'introduire un changement de paradigme sur deux points spécifiques :

- elle adopte une **approche** environnementale et **sociale** du handicap : le handicap est un concept évolutif et systémique. Il est le résultat d'une interaction entre la/les limitation/s de l'individu et les obstacles développés par une société non inclusive ;
- ce faisant, la personne handicapée n'est plus une personne présentant une incapacité demandant de l'aide ou la charité, mais bien une **personne sujet de droits**, au même titre que les autres.

La Convention ONU rassemble et rappelle les standards internationaux et les principes inhérents aux droits fondamentaux des personnes handicapées. Ces principes incluent le respect de la dignité, de l'autonomie, de la liberté de choix, de l'indépendance, de la non-discrimination, de la participation pleine et effective dans la société, de la différence et de l'égalité des chances.

La Convention ONU ne consacre pas de nouveaux droits. Elle précise et concrétise leur contenu pour permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier et d'exercer effectivement les mêmes droits que tout être humain.

En sa qualité de **mécanisme de suivi** de la Convention ONU, et spécifiquement en matière d'internement, Unia a pour missions de :

- **la promouvoir** : en faisant connaître la Convention ONU comme un instrument qui protège les droits des personnes internées dans les lieux où elles séjournent ;
- **la protéger** : en se rendant dans différents lieux d'internement afin de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes internées. Notamment le droit à la sécurité (art. 14 – voir annexe) et, au même titre que toute autre personne, le droit de réaliser leur choix pour une vie inclusive et autonome (art. 19 – voir annexe) ;
- **en assurer le suivi** : en remettant des avis au niveau national (sur [des projets de loi](#), sur la réforme du livre I du Code pénal...), mais aussi international, par exemple dans le cadre [de l'examen périodique universel](#), [du rapport parallèle](#) adressé au Comité des droits des personnes handicapées lors de l'évaluation de la Belgique, du [plan d'action révisé de la Belgique](#)... (pour plus d'info, voir annexe).

Ces trois missions sont indissociables. Elles visent une mise en œuvre de la mesure, à travers les réglementations, les politiques et les pratiques, qui soit conforme aux prescrits de la Convention ONU. Enfin, ces missions soutiennent activement les progrès en faveur de l'inclusion.

2. Méthodologie de travail et déroulement des visites

La préparation de ce rapport a débuté fin 2019 avec une démarche préparatoire faite de lectures et de rencontres d'intervenant·e·s concerné·e·s par la question et actif·ve·s dans le milieu carcéral, associatif et hospitalier.

Ces rencontres ont donné lieu à un compte-rendu qui a permis à Unia d'une part, de constater que la Convention ONU était très peu connue et mobilisée par le secteur et d'autre part, de se positionner en tant qu'organe de monitoring en faisant interagir l'article 19 (droit à l'autonomie de vie) et l'article 14 (droit à la liberté et à la sécurité) de la Convention ONU.

Les visites de monitoring, à proprement parler, ont débuté fin de l'année 2021. Elles portaient sur les conditions de séjour des personnes internées dans les lieux collectifs et sur le trajet de soins, en vue de leur réinsertion. Peu de personnes internées en état de liberté ont pu être rencontrées, celles-ci étant, par définition, plus difficiles d'accès.

Afin de mener à bien notre mission de monitoring dans les différents lieux d'internement, la Direction générale des Établissements Pénitentiaires (DGEPI) a octroyé à plusieurs membres du personnel d'Unia un droit d'accès à ses établissements.

L'ensemble des visites ont eu lieu essentiellement en binôme. Elles se sont étalées, en moyenne, sur deux à trois journées par établissement. Durant les visites, Unia s'est systématiquement adressé aux personnes internées et aux membres du personnel. Les entretiens avec les patients·e·s se sont généralement déroulés dans un local mis à disposition par le personnel, exceptionnellement en cellule.

Les rencontres avaient lieu en présence de la personne internée seule ou, dans de rares cas, accompagnée d'une personne de confiance lorsque telle était sa demande. À l'inverse, les rencontres avec les professionnel·le·s se déroulaient soit en individuel, soit en groupe et toujours dans une salle de réunion ou un bureau.

Chaque rencontre durait environ une heure et suivait un même canevas fait de questions ouvertes et fermées. Les questions portaient sur les droits des personnes internées au regard de la Convention ONU, à savoir notamment le droit à la liberté et la sécurité, de même que le droit à la vie autonome, envisagé sous l'angle de la réinsertion (notamment le regard porté sur le parcours, l'identification des leviers et obstacles à la réinsertion, l'usage de la sanction, le recours à la contention, l'organisation des activités...).

Le consentement exprès des personnes internées a été recueilli par écrit préalablement à nos échanges. La personne avait la liberté de ne pas répondre à nos questions. Les informations fournies lors de l'ensemble de nos échanges ont été consignées par écrit. Aucune rencontre n'a été enregistrée.

Le monitoring s'est déroulé selon un échantillonnage d'établissements sélectionnés en fonction de certains critères de représentativité (tutelle·s fédérale et/ou régionale, équilibre hommes-femmes, zone rurale et urbaine, tissu associatif plus ou moins dense, nombre de personnes internées y séjournant, étape dans le trajet de soins internement...).

Notons que les recommandations qui portent sur la phase « prévention », « ouverture de l'enquête judiciaire » et « libération définitive » sont aussi issues de rencontres hors monitoring à proprement parler, avec les professionnel·le·s, les familles, ou des personnes internées qui ont témoigné de leur vécu, de même que de nos différentes lectures sur le sujet.

Unia a ainsi pu se rendre dans :

4 annexes psychiatriques de prison ; 2 quartiers femmes de prison ; 1 établissement de défense sociale (EDS) ; 4 sections de défense sociale (SDS) ; 1 Centre de psychiatrie légale (CPL) ; 3 Centres Hospitaliers Psychiatriques (sections ouvertes et fermées) ; 1 Maison de soins psychiatrique (MSP) ; 1 Initiative d'habitation protégée (IHP) ; 1 hébergement médico-légal de l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH).

En ces lieux, Unia s'est entretenu avec 91 personnes internées (28 femmes et 63 hommes) ainsi que 113 professionnel·le·s.

Outre ces rencontres, Unia s'est également entretenu, extra muros (en présentiel ou via visioconférence), avec une multitude d'autres protagonistes :

- des personnes internées résidant chez elles (pendant ou après la mesure d'internement) ;
- des acteur·trice·s de la Santé (dont des équipes mobiles, coordinateur·trice·e trajet de soins internés...) ;
- des acteur·trice·s de la Justice (assistant·e·s de justice, avocat·e·s, magistrat·e·s, DGEPI, coordinateur·trice·s Circuit de Soins Externe Internés (CSEI...) ;
- des proches de la personne internée (parents ou fratrie) ;
- des associations de la société civile (représentantes des familles, des détenu·e·s, des personnes avec un trouble psychique...) ;
- des expert·e·s académiques.

Malgré l'absence de réactions de certaines MSP ou d'hôpitaux du secteur régulier que nous avons sollicité·e·s, il est à souligner que les établissements nous ont facilement octroyé l'accès en leurs lieux. Nous les en remercions.

Les échanges étaient constructifs et Unia a constaté que plus l'établissement était qualifié de « fermé et sécurisé », plus son accès était facilité.

Plus précisément, le monitoring d'Unia s'est déroulé de la manière suivante :

1. Réalisation de plusieurs **journées de visite dans un même lieu**, dont la première était d'ordre général (rencontre avec la direction, prise de connaissance de l'établissement, de son fonctionnement, mise en contact avec certaines personnes au sein du personnel...). Les suivantes prenaient la forme d'entretiens avec le personnel soignant, les personnes internées, les agent·e·s...
2. Rédaction, pour chaque établissement soumis à un monitoring, d'**un compte-rendu** de visites à caractère confidentiel. Ce compte-rendu comprenait 7 parties distinctes :
 - a. les observations du personnel ;
 - b. le vécu des patient·e·s ;
 - c. le suivi des projets annoncés ou en cours au sein de l'établissement ;
 - d. les recommandations d'Unia à l'établissement ;
 - e. les questions ouvertes/réflexions thématiques d'Unia d'un point de vue systémique/sociétal (partie collaborative) ;
 - f. les recommandations générales aux autorités (partie collaborative) ;
 - g. les bonnes pratiques.

Les propos tenus respectivement par les membres du personnel et par les personnes internées ont été anonymisés.

3. Dialogue constructif avec l'établissement afin de permettre au personnel de réagir, de compléter (voire de rectifier en cas d'incompréhension) l'information rapportée, et, le cas échéant, de répondre à nos différentes questions. Ces précisions ou informations complémentaires ont été intégrées dans le **rapport final**.

Lorsque des témoignages nous ont interpellés, Unia a immédiatement **saisi** la direction de l'établissement et/ou est entré en contact avec les commissaires de surveillance ou autre organe compétent habilité à traiter la situation.

4. En 2024, Unia organisera des **visites de suivi** auprès des établissements afin d'échanger sur la mise en œuvre des recommandations qui leur ont été adressées.

2.1 Les biais

Nos entretiens n'ont pas échappé à certains biais, notamment d'ordre méthodologique et émotionnel.

Tout d'abord, toutes les personnes internées rencontrées nous ont été désignées par l'établissement, selon des critères de représentativité fixés par Unia (durée dans l'établissement, âge, statut...). Par conséquent, il est très probable que nous n'ayons pas parlé aux personnes internées les plus vulnérables (les personnes qui ne parlent pas une des langues nationales, qui vivent un moment de crise, qui sont isolées...).

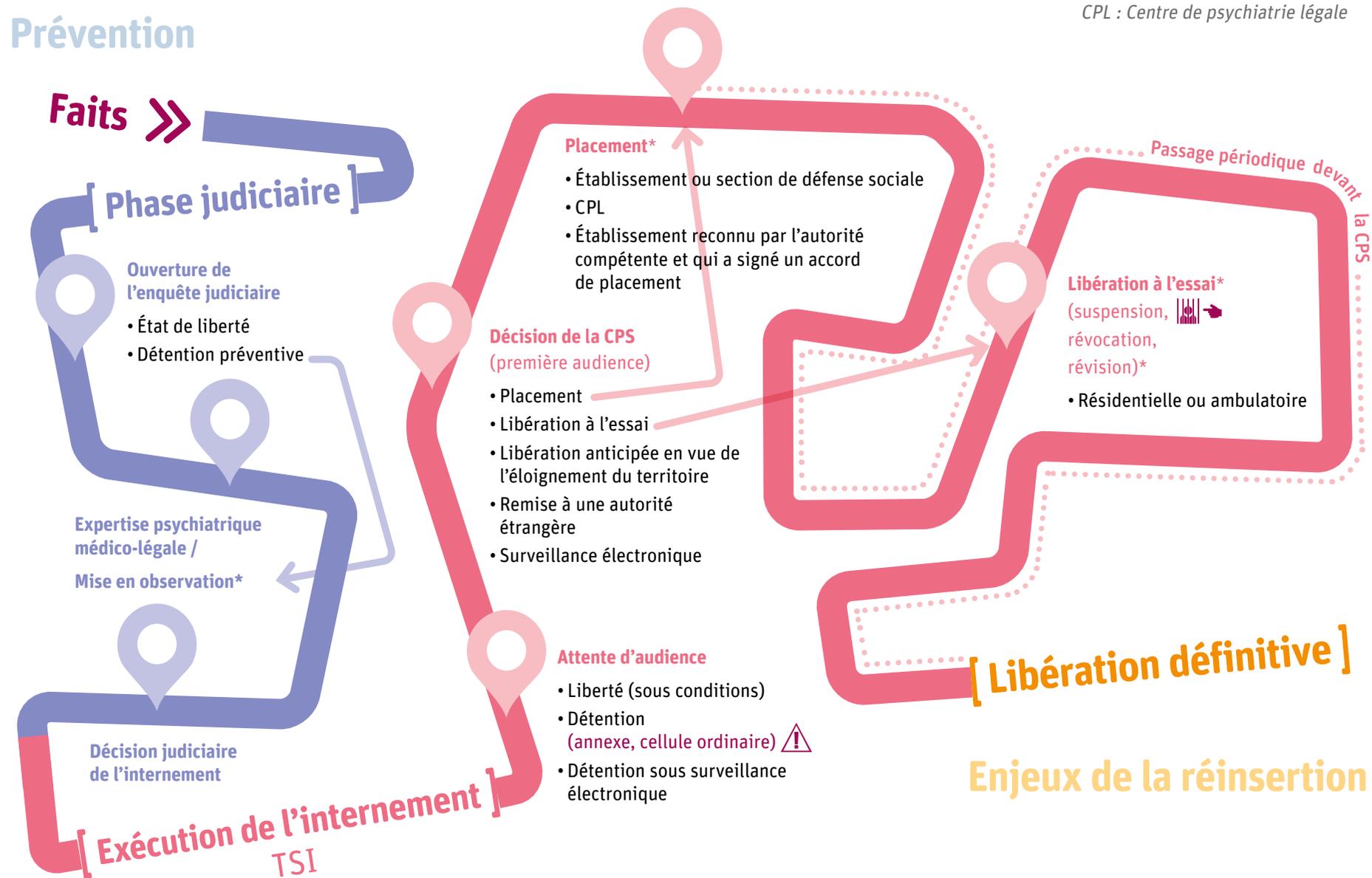
Ensuite, les motivations qui animaient les personnes internées ayant accepté de nous rencontrer et de se confier à Unia sont probablement variables et indéterminées : répondre favorablement à une demande émanant de « l'autorité » sans en avoir le désir ; passer du temps hors de sa cellule ou de sa chambre ; espérer un changement dans leur situation personnelle... Quoi qu'il en soit, nous avons toujours eu la sensation que les personnes rencontrées étaient bel et bien « présentes », dans l'interaction, et en confiance. À une seule reprise, il fut compliqué d'établir le dialogue, pour des raisons liées à l'état psychologique de la personne.

Avec les moyens et les effectifs à disposition, il n'a pas été possible de couvrir tous les lieux et les régions de la même manière, en particulier le circuit de soins régulier bruxellois et germanophone. Aussi, les recommandations formulées ici ne sont en aucun cas exhaustives.

Enfin, lors de la rédaction de ce présent rapport, il fut parfois difficile de relayer les propos et préoccupations de certaines personnes rencontrées tout en garantissant qu'elles ne soient pas identifiées, voire mises en difficulté. Unia a toujours veillé à préserver autant que possible l'anonymat des répondant·e·s et à rapporter les propos fidèlement.

TSI : Trajet de soins internés
 CPS : Chambre de protection sociale
 CPL : Centre de psychiatrie légale

Prévention



* Étape optionnelle

3. L'internement, un parcours sinueux

La ligne du temps ci-dessus représente de façon schématique le parcours de l'internement en Belgique. Un parcours sinueux, souvent fracturé.

L'objectif du schéma est de présenter des informations factuelles (étapes prévues par la loi) tout en mettant en lumière les points d'attention d'Unia. La démarche n'est pas aisée, mais tente toutefois de montrer la complexité du trajet et de ses différentes étapes.

Si le parcours de l'internement est propre à chacun-e, Unia observe néanmoins certaines récurrences. C'est pourquoi, dans les chapitres suivants, nous examinerons chronologiquement les différentes phases du parcours. Dans les grandes lignes, il se compose d'une **phase judiciaire** (de l'ouverture de l'enquête judiciaire à la décision d'internement) et d'une **phase d'exécution de l'internement** (de la première audience devant la chambre de protection sociale (CPS) à la libération définitive). Unia aborde également certaines circonstances sociétales en amont (**prévention**) et en aval (**réinsertion**) de l'internement.



3.1 Prévention

3.1.1 Cadre légal

Dans ce chapitre, la prévention s'entend de façon générique pour désigner le contexte social et le processus préalable aux faits qui font basculer la personne dans une mesure d'internement.

Ce chapitre mobilise principalement [la loi du 22 août 2022 relative aux droits du patient](#), notamment le droit à des soins de qualité qui respectent sa dignité et son autonomie (article 5 de la loi relative aux droits du patient).

Préalablement à leur internement, certaines personnes ont déjà été en contact avec la justice pénale ou la psychiatrie. Certaines ont également fait l'objet d'une mise en observation civile telle qu'organisée par [la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux](#). Cette législation définit les conditions et les procédures en vue de l'admission contrainte d'une personne dont l'état psychique justifie la mesure.

Enfin, la situation actuelle des prises en charge psychiatriques doit être également appréhendée sous l'angle de l'article 107 de la [loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins](#). La réforme dite « psy 107 » vise à créer un réseau et circuit de soins de proximité en privilégiant le soin et la prise en charge dans le milieu de vie. Cette réforme entraîne une fermeture (partielle) de lits psychiatriques et affecte une partie du personnel du secteur hospitalier à des soins ambulatoires.

3.1.2 Dans les faits

Préalablement à la mesure d'internement, de nombreuses personnes internées auraient eu besoin d'une aide psychosociale. Pour diverses raisons, elles n'y ont pas eu accès ou y ont eu accès trop tardivement.



« Je cherchais une prise en charge, pour avoir un peu de sérénité. Mais ça n'a pas marché. Et puis les choses ont mal tourné. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)

Plusieurs membres du personnel, ainsi que des personnes internées, font état d'un manque de dispositifs accessibles en matière de prévention et de prise en charge : manque d'accès à des psychologues ou des psychiatres, places limitées pour des admissions volontaires en cas de crise, etc. Ce vide contribue à accroître le recours à la psychiatrie médico-légale.

Les soins ambulatoires, promus dans le cadre de la réforme belge des soins de santé mentale dite « psy 107 », s'avèrent eux aussi insuffisants.



« Les lits psychiatriques du circuit régulier ont été progressivement supprimés, mais entre-temps, nous devons créer des lits médico-légaux pour les internés. »
(Expert académique - NL)

En outre, Unia souhaite mettre en évidence les inégalités qui concernent l'accès au droit à la santé au sein de la population belge. [Une recherche quantitative menée par la Mutualité chrétienne](#) démontre que les personnes ayant un statut socio-économique plus faible sont davantage exposées aux problèmes de santé mentale et moins susceptibles de trouver la voie vers des soins préventifs et de première ligne.

Plus largement, Unia constate que les problèmes à dimension multiple reçoivent une réponse de plus en plus médicale. Reste ancrée l'idée selon laquelle des risques liés à un comportement « déviant » ou à un trouble psychique doivent faire l'objet d'un traitement médical. Dans la lignée de la Convention ONU, Unia soulève la pertinence d'une approche globale et pérenne qui mobilise davantage le bien-être au sens large et le contexte de la personne.

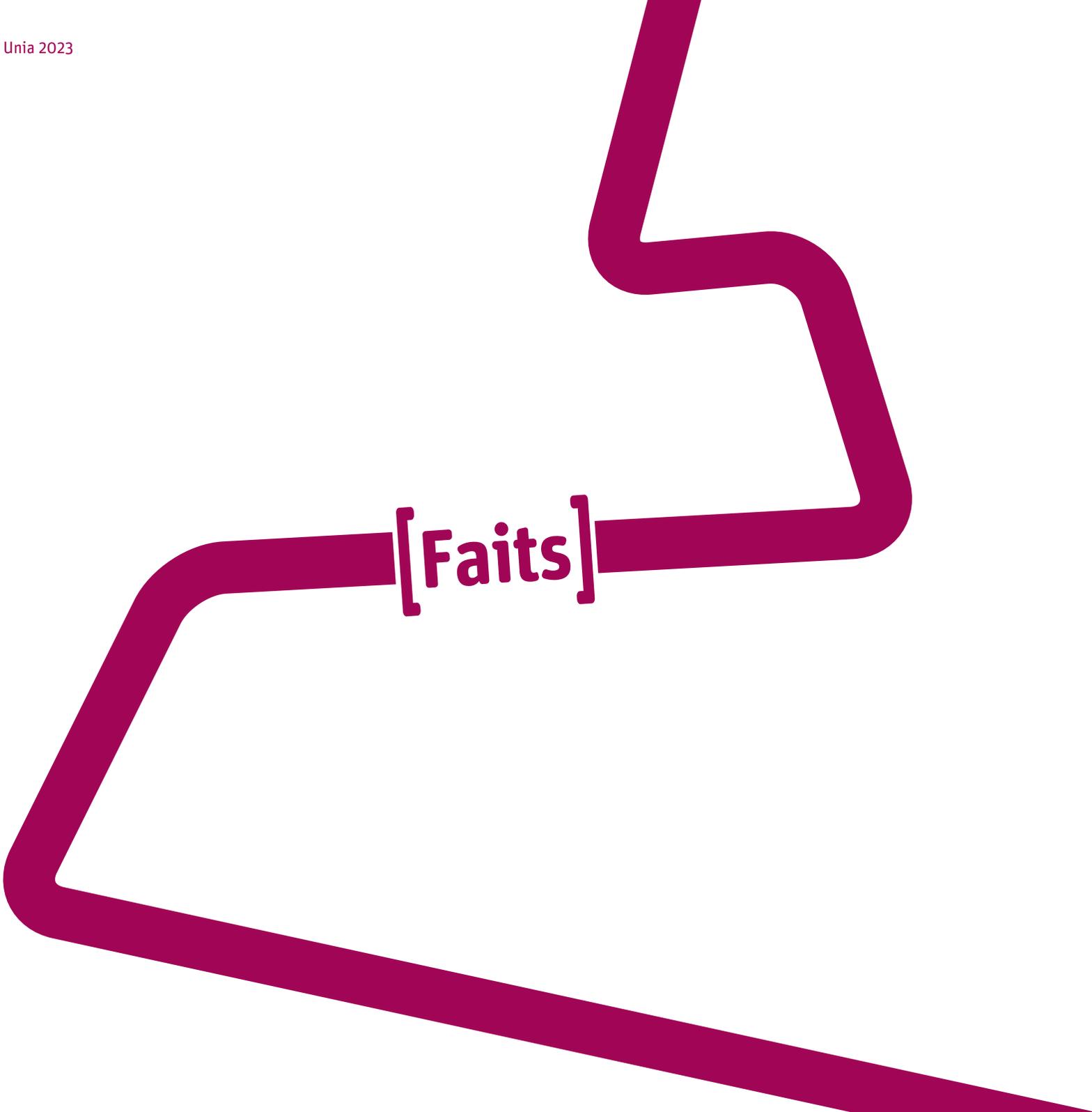


« Nous constatons une tendance sociétale qui met davantage l'accent sur l'idée de traitement. On se concentre trop sur le traitement à partir d'une approche individuelle : il y a quelque chose qui ne va pas chez la personne et qui doit trouver une solution. Mais nous devons aussi appréhender la société dans son ensemble. »

(Expert académique - NL)

3.1.3 Recommandations d'Unia

- Augmenter le budget fédéral dédié à la santé mentale de 6 à 12 % d'ici 2030, conformément à la [Résolution du 2 juillet 2020 adoptée par la Chambre visant à promouvoir des soins de santé mentale facilement accessibles durant \(et après\) la crise du coronavirus](#).
- Agir sur les facteurs déterminants de la santé mentale identifiés par les études scientifiques en mettant l'accent sur la détection précoce et agir sur le développement d'une politique de santé mentale qui tienne compte prioritairement de l'environnement de la personne. Une attention particulière doit être accordée aux enfants et aux jeunes (écoles, loisirs...), sachant que 75 % des maladies psychiatriques surviennent avant l'âge de 27 ans.
- Renforcer le travail de sensibilisation de la population en matière de santé mentale, via la diffusion d'informations accessibles sur le sujet.
- Garantir l'accessibilité (financière, physique...) et la disponibilité des services de santé mentale et de psychiatrie de première ligne.
- Examiner l'impact de la « réforme psy 107 » sur l'offre des soins psychiatriques résidentiels.



[Faits]

3.2 Les faits

3.2.1 Cadre légal

Sera susceptible de faire l'objet d'un internement la personne qui commet un fait qualifié de crime ou de délit portant atteinte ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers. La possibilité d'un lien causal entre le trouble et le fait, de même que le risque qu'elle commette de nouvelles infractions, doivent être attestés dans le cadre de l'expertise psychiatrique ultérieure (art. 5). L'expert·e psychiatre, sollicité·e dans le cadre de la procédure judiciaire, devra notamment attester qu'au moment des faits la personne présentait un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré son discernement et qu'un lien causal entre ce trouble et les faits est possible (art. 5 1^o et 2^o).

L'existence, au moment des faits, de ce lien causal entre le trouble et les faits est crucial car il pourra permettre, dans certains cas³, l'acquittement de la personne plutôt que son internement (art. 71).

3.2.2 Dans les faits

Ces dernières années, [la santé mentale de la population s'est détériorée](#). Les acteur·trice·s de terrain, parmi lesquels les fonctionnaires de police, y sont directement confrontés mais n'y sont pas pour autant formés et outillés.

En effet, dans la pratique, l'aiguillage des auteurs d'infraction avec trouble psychique peut varier. Dans certains cas, le ministère public mobilisera plutôt [la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux](#) afin d'orienter l'auteur des faits vers une mise en observation civile. Cette alternative épargne le recours à la détention préventive et peut, à terme, éviter la mesure d'internement.

Interpellante aussi est la situation de personnes qui basculent vers la mesure d'internement en raison de faits commis durant leur mise en observation civile.



« La précarité augmente, de plus en plus de personnes sont internées. Alors, la solution miracle, c'est la taule. Or, des gens sont en situation de crise et ne sont pas mis en observation faute de place, alors ils continuent à cumuler des infractions, puis on les arrête et on les place à Saint-Gilles. La prise en charge de la santé psychique de la population, c'est essentiel. »

(Avocat - FR)

3.2.3 Recommandations d'Unia

- Outiller les fonctionnaires de police qui sont régulièrement confrontés à des situations de vulnérabilité en leur fournissant des formations liées à la santé mentale et en leur permettant d'être accompagné·e·s de travailleurs sociaux, ces derniers étant plus à même d'aiguiller la personne vers une prise en charge adéquate.



³ En cas d'abolition des facultés mentales et pour autant que la personne ne réponde pas aux conditions de l'internement au moment du jugement.

[Phase judiciaire]



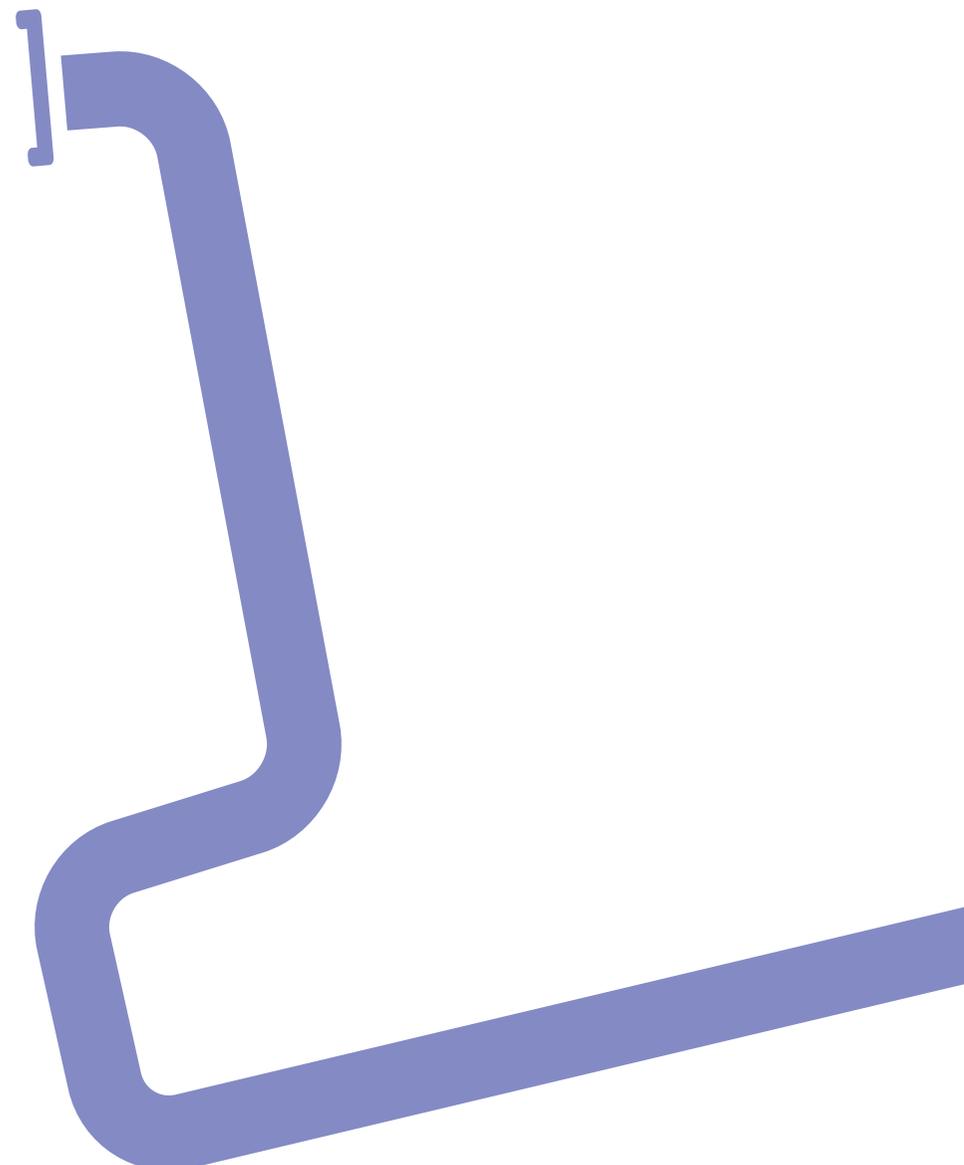
Ouverture de l'enquête judiciaire



**Expertise psychiatrique médico-légale /
Mise en observation**



Décision judiciaire de l'internement



3.3 Ouverture de l'enquête judiciaire

3.3.1 Cadre légal

Le ministère public (ou parquet) met en mouvement l'action publique en matière répressive. Selon la gravité des faits ou s'il souhaite que s'accomplissent certains actes particulièrement attentatoires aux libertés (ex : perquisition ou délivrance d'un mandat d'arrêt), il saisit un juge d'instruction dont la particularité est l'indépendance par rapport au pouvoir exécutif. On parle alors d'une instruction. Dans ce cas, le-la juge d'instruction prend à sa charge la gestion du dossier qu'il-elle instruira à charge et à décharge.

Le-la juge d'instruction dispose du pouvoir d'accomplir tous les actes d'enquête autorisés par la loi qui sont utiles à la manifestation de la vérité. Dans le cadre de ce pouvoir, il-elle peut décider d'entendre un-e suspect-e et faire le choix de le-la libérer (éventuellement sous conditions), ou, en cas d'absolue nécessité pour la sécurité publique, de délivrer à son encontre un mandat d'arrêt.

Le mandat d'arrêt est exécuté en maison d'arrêt (prison) ou à une adresse fixe, par le biais de la détention sous la modalité de la surveillance électronique (art. 16 §1 de la [loi relative à la détention préventive](#)).

Si les faits dont est saisi le-la juge d'instruction sont punissables d'une peine de réclusion de plus de 15 ans, l'absolue nécessité pour la sécurité publique suffit comme seul critère pour justifier la délivrance d'un mandat d'arrêt.

Dans les autres cas, le mandat d'arrêt ne pourra être décerné qu'en présence du risque que l'inculpé commette de nouvelles infractions, qu'il se soustraie à la justice, qu'il fasse disparaître des preuves ou entre en collusion avec des tiers (art. 16 §1 de la loi relative à la détention préventive).

3.3.2 Dans les faits

De façon générale, les directions de prison dénoncent un [recours abusif à la détention préventive](#) (uniquement en néerlandais). En juin 2023, le Conseil central de surveillance pénitentiaire soulignait qu'[environ un tiers des détenu-e-s se trouvaient sous le statut de la détention préventive](#).

La personne fera alors l'objet d'une détention préventive pour des raisons qui dépassent l'absolue nécessité pour la sécurité publique. La détention préventive s'avère une « solution par défaut », par exemple lorsque les faits se sont produits dans la sphère familiale et que la personne ne peut y retourner ou lorsque la personne n'a pas de domicile fixe ou de droit de séjour.

Les prévenu-e-s avec un trouble psychique intégreront l'annexe et y séjourneront aux côtés des détenu-e-s de droit commun avec des troubles psychiques et des personnes internées (en attente de l'audience devant la CPS, en attente d'une place dans un lieu de placement, révoquées ou condamnées internées).

Le manque de places pour accueillir ces différents profils appelle le transfert de certain-e-s au sein du cellulaire.

En outre, il apparaît que la majorité des personnes incarcérées avant la première audience devant la CPS feront l'objet, par la suite, d'une mesure de placement. À l'inverse, les personnes en état de liberté dans la phase qui précède cette première audience auront plus de chance de bénéficier directement d'une libération à l'essai.



« L'orientation de la personne va dépendre de sa dangerosité, de l'émoi de la société, de sa conscience morbide, de sa compliance. »
(Avocat - FR)

3.3.3 Recommandations d'Unia

- Prendre urgemment des mesures pour limiter le recours à la détention préventive et la durée de la détention préventive.
- Analyser dans quelle mesure le recours à la détention préventive se fait dans le respect strict des conditions prévues par la loi.
- Analyser et objectiver l'impact de la détention préventive sur la suite du parcours de l'internement, à la fois en termes de décisions qui seront prises ultérieurement et en termes de conséquences psychiques sur la personne qui en fait l'objet.



3.4 Expertise psychiatrique / Mise en observation

3.4.1 Cadre légal

Lorsqu'il y a des raisons de considérer qu'une personne se trouve dans une situation visée à l'article 9 de la loi sur l'internement, un·e expert·e, porteur·euse d'un titre professionnel de psychiatre médico-légal est désigné·e pour procéder à une expertise psychiatrique médico-légale. L'expertise peut être sollicitée par le·la juge d'instruction, le ministère public ou la juridiction de fond. La loi précise le contenu de la mission de l'expert·e (art. 5). [L'arrêté royal du 25 septembre 2018](#) fournit un modèle d'expertise. De même, [l'arrêté ministériel du 28 octobre 2015](#) fixe les critères d'agrément pour obtenir le titre professionnel d'expert·e médico-légal.

Dans le souci du caractère contradictoire de l'expertise, la loi permet à la personne inculpée soit de se faire assister par un·e médecin de son choix ou par un·e avocat·e, soit de communiquer par écrit aux expert·e·s judiciaires toutes les informations utiles fournies par un médecin ou un·e psychologue de son choix (art. 7et 8). L'expert·e judiciaire doit se prononcer sur les informations reçues et les joindre à son rapport (art. 7).

La loi prévoit également la possibilité pour le·la juge de fond ou d'instruction d'ordonner une mise en observation dans un Centre d'observation clinique sécurisé (COCS), en vue d'une évaluation réalisée sur une période qui ne peut pas excéder deux mois (art. 6).

L'avis de l'expert·e ne lie pas le juge, mais doit lui permettre de prendre la décision la plus appropriée.⁴

⁴ [Doc. parl., n° 54-1590/001](#), p. 97.

⁵ O. Nederlandt, en collaboration avec S.Berbutto, A. De Brouwer, C. Deveux, P. Jaspis, J-G Malchair, J. Moreau, D. Paci, H. Sax, F. Vansillette, « Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 2023/11, p. 1045.

3.4.2 Dans les faits

Dans la partie francophone du pays, le programme de formation des expert·e·s médico-légaux n'est pas élaboré et, de ce fait, l'organe habilité à agréer les expert·e·s n'est pas mis en place non plus.⁵

En Belgique, le nombre d'expert·e·s disponibles pour exercer cette fonction manque cruellement et le temps consacré à l'expertise est particulièrement court.



« J'ai répondu aux questions sur un ordinateur. Je me suis demandé comment on pouvait évaluer quelqu'un sur base de questions standards. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)



« Vous ne pouvez pas juger une personne en 10, 15 minutes. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)



« Le psychiatre m'a vu alors que j'étais encore aux soins intensifs, tout groggy sous anesthésie après une opération. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)

La profession est peu valorisée dans le cursus académique. La formation spécifique au secteur médico-légal est sommaire et les stages y sont peu accessibles.

Dans le cas d'une personne en liberté, l'expertise se déroule au cabinet du psychiatre. Si la personne est détenue, l'expertise a souvent lieu au sein de la prison, dans des conditions peu propices. Bien souvent, les personnes soumises à l'expertise n'en comprennent pas l'enjeu.

En outre, les points⁶ sur lesquels l'expert·e est amené·e à se prononcer ne sont pas suffisamment étayés et argumentés. Par conséquent, les rapports d'expertise psychiatrique sont de qualité variable⁷ et peuvent manquer de précisions, notamment sur le lien entre le trouble mental et les faits.

Bien que le trouble psychique évolue dans le temps, l'expertise psychiatrique n'est que rarement réactualisée à un moment qui précède de près le jugement au fond. Parmi les conditions de l'internement, la loi exige pourtant la présence d'un trouble mental au moment de la décision de l'internement (art. 9 §1). Or, le prononcé de l'internement repose sur une expertise parfois « dépassée ».

Si les articles 7 et 8 de la loi tendent à renforcer le caractère contradictoire de l'expertise, ils ne permettent pas pour autant d'en garantir effectivement le respect : certain·e·s expert·e·s se contentent d'annexer les rapports des

contre-experts, sans se prononcer à leur sujet. La loi ne sanctionne pas une expertise qui fait fi des observations du·de la deuxième expert·e, ni ne prévoit une obligation de motivation à charge du juge qui s'en écarte. Enfin, le coût de cette démarche, à charge de l'inculpé·e, en compromet l'accès.

L'expert·e psychiatre doit notamment évaluer la présence d'un trouble mental, lequel n'est pas défini par la loi. Les interprétations peuvent donc différencier selon les expert·e·s, mais également selon qu'on se situe au Nord ou au Sud du pays. En Flandre, la notion de trouble psychique englobe davantage les troubles de la personnalité. En Wallonie, la notion porte davantage sur les troubles psychotiques.⁸

Dans les faits, le recours à la mise en observation est très peu fréquent.

À l'heure où ce document est rédigé, le COCS est toujours situé à Saint-Gilles, au sein de l'annexe psychiatrique et sans distinction spécifique de régime. En théorie, une équipe y est affectée, en pratique infiniment peu, voire aucun·e patient·e n'y séjourne.



« Le personnel qui était affecté au COCS n'avait rien à faire, faute de patient, et il a été déplacé vers l'annexe. »
(Personnel - Établissement pénitentiaire - FR)

6 Ces points sont repris à l'article 5 de la loi relative à l'internement, à savoir : Établir, à tout le moins :

1° si, au moment des faits, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et si, au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;

2° s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;

3° si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions, comme prévu à l'article 9, § 1, 1° ;

4° si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ;

5° si, dans le cas où la prévention porterait sur des faits visés aux articles 371/1 à 378 du Code pénal ou sur des faits visés aux articles 379 à 387 du même Code, commis sur des mineurs ou avec leur participation, il est nécessaire d'imposer une guidance ou un traitement spécialisé.

7 Sur le caractère variable de la qualité de l'expertise et sa durée de validité, voir notamment l'article de presse disponible sur ['Te veel mensen die zorg nodig hebben, belanden in de cel' – Achtergrond – Sociaal.Net](#) et O. Nederlandt et autres, *op. cit.*, p.1045 et s.

8 L. De Page et K. Goethals, « Le diagnostic des internés : Y-a-t-il des différences de part et d'autre de la frontière linguistique ? » *Acta Psychiatrica Belgica*, 2019, p. 118, 3-7.

Le nouveau COCS, situé au sein du village pénitentiaire de Haren, est en mesure d'accueillir 30 personnes. Cependant, faute de personnel (le recrutement est en cours, mais il y a peu ou pas de candidat·e·s), ce lieu d'observation est, au jour de la rédaction de ce rapport, inopérant. Les professionnel·le·s du secteur craignent que cette situation ne se prolonge un certain temps encore.

Il est par ailleurs regrettable que ce nouveau centre d'observation ait pris place au sein d'une prison, lieu peu propice à l'observation, au bien-être, à l'autonomie des personnes et aux interactions.

3.4.3 Recommandations d'Unia

- Augmenter la disponibilité des psychiatres et leur nombre.
- Augmenter le temps consacré à l'expertise.
- Mettre à charge de l'État le coût du deuxième avis médical (contre-expertise) par exemple, dans le cadre de l'aide juridique pour les personnes qui peuvent en bénéficier.
- Garantir le recours, par les juges de fond, à une expertise actualisée dans le temps (durée de validité des expertises, ...).
- Harmoniser les pratiques au niveau national quant à l'agrément et la formation des expert·e·s médico-légaux.
- Créer un « comité de suivi externe des expertises psychiatriques » dans le but d'assurer un contrôle qualitatif de l'expertise et de veiller à une interprétation uniforme des critères (notamment une vision partagée de la notion de « trouble psychique »).

3.5 Décision judiciaire de l'internement

3.5.1 Cadre légal

L'internement est prononcé par une juridiction d'instruction ou de jugement. Dans la première hypothèse, les débats se déroulent à huis clos (art. 13, § 4, et 14, § 2, de la loi), tandis que dans la deuxième, les débats sont publics.

Pour être internée, la personne doit répondre aux conditions suivantes :

- avoir commis un crime ou un délit portant atteinte ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers ;
- présenter, au moment de la décision d'internement, un trouble mental qui abolit ou altère gravement la capacité de discernement ou le contrôle de ses actes ;
- présenter le danger de commettre de nouveaux faits susceptibles de porter atteinte à l'intégrité de tiers, en raison de ce trouble mental, éventuellement combiné à d'autres facteurs de risque (addiction, environnement défaillant...).

L'expertise psychiatrique atteste du respect de ces conditions. La mesure d'internement n'est pas limitée dans le temps, la libération définitive de la personne n'étant prononcée qu'à la condition que l'état mental de la personne soit suffisamment stabilisé (art. 66 de la loi).

La personne devra être assistée ou représentée par un·e avocat·e. À défaut, le·la président·e lui en désigne un·e d'office. La personne placée sous mesure d'internement peut interjeter appel de la décision d'internement dans les trente jours qui suivent le prononcé du jugement.

3.5.2 Dans les faits

À rebours des intentions du législateur de 2014, le nombre de décisions d'internement ne cesse d'augmenter ces dernières années, et de façon variable par Cour d'appel, spécifiquement en Flandre. Alors qu'en 2017, 286 personnes ont été placées sous la mesure d'internement, en 2020 on dénombre 475 décisions d'internement, soit une augmentation de 66 % en trois ans.⁹ Si l'entrée en vigueur de la loi de 2014 a initialement permis la libération définitive d'un grand nombre de personnes internées, la tendance inverse s'opère aujourd'hui : le nombre de prononcés d'internement excède le nombre de libérations définitives.

Une étude devrait être lancée au sein de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) en vue d'analyser les causes à l'origine de l'augmentation du nombre d'internements.¹⁰

⁹ Voir « [Plan d'action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement – Groupe d'affaires L.B./W.D. », 21 juin 2023, p. 32.

¹⁰ Information reçue par mail du Cabinet Justice, juillet 2023.

Entre autres causes possibles identifiées par Unia et d'autres¹¹ :

- Les critères d'application de la mesure d'internement font l'objet d'une interprétation plus ou moins large selon la juridiction amenée à se prononcer sur l'internement. Certain·e·s acteur·trice·s de terrain relatent que des personnes sont mises sous la mesure alors même qu'elles ne répondent pas au seuil de gravité (relatif au fait ou au trouble) prévu par la loi.



« C'est une question de mentalité, mais aussi de méconnaissance. Les juges n'ont parfois pas non plus une vision suffisante de l'impact de la mesure d'internement sur les personnes concernées. »
(Avocat - NL)

- Le critère de la « menace » de porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne ne délimite pas suffisamment le champ d'application de la mesure d'internement. Les personnes sont internées sur la base d'une supposée dangerosité qui est évaluée non pas au regard des faits « susceptibles » d'être commis mais au regard de leurs antécédents judiciaires ou psychiatriques, de leur situation de précarité ou de marginalisation...¹²
- La santé mentale de la population se dégrade de plus en plus, avec davantage de passages à l'acte et/ou de comportements violents.
- La Flandre est dotée d'une plus grande capacité de lits spécifiquement dédiés à l'accueil des personnes internées dans le milieu extra pénitentiaire et nombreux sont les magistrat·e·s qui considèrent l'internement comme une voie possible vers une prise en charge hospitalière.



« L'augmentation du nombre d'internements semble être liée à l'effet pervers de la capacité de soin. L'intention n'est pas d'interner mais d'augmenter l'accès au trajet de soins. »
(Magistrat - NL)

Tout au long de la procédure qui accompagne la phase judiciaire, les personnes internées expriment, de façon régulière, avoir manqué d'information sur les enjeux et les conséquences de la mesure d'internement.

Les avocat·e·s ne disposent pas toujours de temps pour informer leur client·e. Souvent, ils et elles interviennent dans le cadre de l'aide juridique et manquent de formation sur les questions médico-légales (internement et santé mentale).



« L'avocat pro déo ne savait pas bien à quoi servait le psychiatre expertise, ne sachant pas que prison et psychiatrie pouvaient co-exister. Il pensait que c'était juste pour accéder à l'hôpital. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)



« L'avocat a voulu m'interner en disant que c'était pour mon bien. Si j'avais su, je me serais battu pour ne pas l'être. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

11 Voir « [Plan d'action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement – Groupe d'affaires L.B./W.D. », 21 juin 2023, p.30 et s.

12 Voir O. Nederlandt et autres, *op. cit.*, pp. 1039-1045.

Enfin, en ce qui concerne le huis-clos des débats devant la juridiction d'instruction qui prononce une décision d'internement, d'aucuns¹³ y voient un recul par rapport à la situation antérieure régie par la loi de défense sociale. En effet, la publicité des audiences constitue une garantie procédurale essentielle, d'autant plus qu'on se trouve ici en présence d'une personne particulièrement vulnérable (articles 13 §4 et 14§2). D'autres se sentent néanmoins épargnés de l'impact médiatique résultant de la publicité des débats. Notons que les décisions rendues par les juridictions d'instruction font l'objet d'une motivation relativement sommaire eu égard aux décisions des juridictions de fond.

La durée indéterminée de la mesure d'internement leur offre très peu de perspective et de sécurité sur l'avenir qui les attend.



« Ma date de fin est 9999. On ne sait donc jamais quand on sortira. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)



« Je trouve que le plus difficile, c'est l'incertitude. J'aurais préféré être condamné. Là, au moins, tu sais pour combien de temps tu en as, tu peux t'y préparer et reprendre ta vie en mains. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)

3.5.3 Recommandations d'Unia

- Initier l'étude portant sur l'analyse des causes à l'origine de l'augmentation du nombre de personnes internées et assortir les résultats de l'étude d'un plan d'action avec des échéances.
- Mettre en place une formation destinée aux avocat·e-s et magistrat·e-s sur la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, sur les spécificités de la maladie mentale et sur la psychiatrie médico-légale dans le but, notamment, qu'une compréhension sans ambiguïté émerge autour des critères, des concepts, de la finalité et des conséquences de la mesure d'internement.
- Au bureau d'aide juridique, désigner des avocat·e-s spécifiquement formé·e-s et habilité·e-s à traiter les dossiers d'internement.
- Organiser des visites in situ à destination des magistrat·e-s et avocat·e-s afin qu'ils·elles s'enquière·nt, de façon régulière, de l'état de la situation dans les prisons et hôpitaux psychiatriques.
- Harmoniser l'interprétation des critères qui conditionnent le recours à la mesure de l'internement, dans le sens d'une interprétation la plus restrictive possible, conforme aux intentions du législateur.
- Intégrer un facteur temps à la mesure du placement, à l'instar de ce que prévoit la loi pour la libération à l'essai.



13 N. COLETTE-BASECQZ et P. JASPIS, « La réforme de l'internement: regard sur quatre années d'application de la loi du 5 mai 2014 », in H. D.BOSLY et Ch. DE VALKENEER (dir.), *Actualités en droit de l'exécution des peines et de l'internement*, Bruxelles, Larcier, 2021, p.239.

[Exécution de l'internement] TSI



Attente d'audience



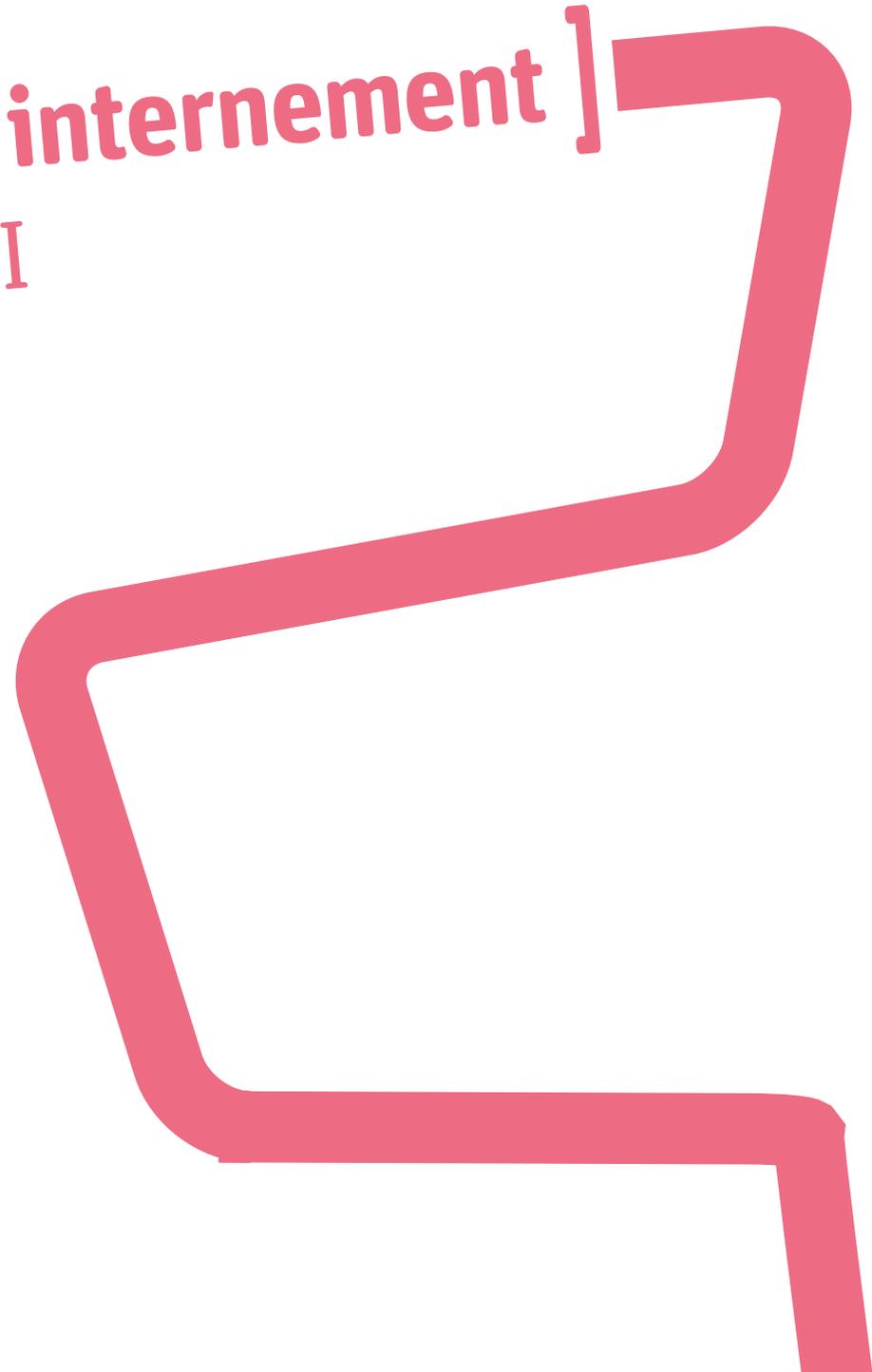
Décision de la CPS (première audience)



Placement



Libération à l'essai



3.6 Questions transversales au trajet de soins internés (TSI)

Avant d'aborder plus avant les différentes étapes qui ponctuent l'exécution de l'internement, nous nous attarderons sur le trajet de soins internés (TSI), concept clé dans le parcours de l'internement.

Le trajet de soins de l'internement a pour but d'inscrire la mesure d'internement dans un circuit de soins adapté aux besoins individuels de la personne, tout en tenant compte du risque qu'elle représente, et tout en garantissant sa pleine réinsertion dans la société (art. 2).

Ce chapitre examine les difficultés structurelles et transversales liées au trajet de soins. En effet, l'internement est un parcours parfois long, dans lequel interviennent une multitude d'acteur·trice·s et de lieux qui varient en termes de sécurité, de niveaux de soins, de tutelle, de fonctionnement. Incrire la mesure dans un trajet de soins qui réponde à tout moment aux besoins, en soin et en réinsertion de la personne, est un réel enjeu.

3.6.1 Les traces d'un passage par la prison

Pour une majorité de personnes internées, le passage par la prison fait partie intégrante de leur parcours, par exemple parce qu'elles ont fait l'objet d'une détention préventive, d'une arrestation provisoire ou d'une suspension.

Le nombre de personnes internées en prison a encore augmenté ces dernières années. En juin 2023, on dénombrait 891 personnes internées séjournant dans un contexte carcéral, soit 21 % du nombre total de personnes internées, contre 14 % en 2018.

La loi prévoit plusieurs hypothèses légales dans lesquelles une personne internée peut séjourner en annexe psychiatrique de prison telle que visée à l'article 3,4^a) :

- lorsque la personne internée est en attente de sa première audience devant la CPS et dans l'hypothèse où elle fait l'objet d'une arrestation provisoire (art. 65 §2) ;
- lorsque la personne internée libérée à l'essai fait l'objet d'une arrestation provisoire, le temps que la CPS se prononce sur la suspension (7 jours maximum)) (art. 65 §1) ;
- lorsque la personne libérée à l'essai fait l'objet d'une suspension, le temps de la suspension (un mois maximum) (art. 61 §2) ;
- lorsque la personne condamnée fait l'objet d'un internement, dans l'attente que la décision d'internement passe en force de chose jugée.

Pourtant, de nombreuses personnes internées demeurent en annexe de prison, en dehors de ces hypothèses légales : les personnes internées qui ont fait l'objet d'une décision de placement et qui attendent qu'une place se libère au sein de l'établissement désigné par la CPS ou encore les personnes internées qui font l'objet d'une révocation de la libération à l'essai, après une suspension qui s'est déroulée en prison.

De façon constante, Unia observe à quel point le passage en prison fracture des parcours de vie déjà très fragiles. La prison est un lieu par essence délétère marqué par des impératifs sécuritaires. Qu'en penser lorsque ce lieu accueille des personnes particulièrement vulnérables, pour lesquelles la responsabilité pénale est écartée ?



« Dès que tu as cette empreinte sur toi, tu ne peux plus t'en débarrasser. Comme le chantait Stromae : tu l'es, tu l'étais et tu le restes. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)



« L'enfermement en prison ne favorise pas le lien : il y a quelque chose de briser à l'intérieur, j'ai du mal à récupérer. Depuis, je ne supporte plus de voir des gens. Ce passage en prison n'est pas facile à gérer dans ma vie de tous les jours. »

(Personne libérée définitivement - FR)



« L'objectif de la loi de 2014 est d'apporter du soin à la personne pour qu'elle ne soit justement plus un danger. Mais là où tout se complique, c'est quand elle passe par la case prison. Cela crée une confusion à la fois pour la personne, mais aussi pour le secteur et les proches (...).

Dans un monde idéal, une fois que la mesure d'internement tombe, la personne devrait immédiatement être transférée dans un centre de psychiatre médico-légale ou autre, mais pas une prison, et y faire l'objet d'une période d'observation clinique. »

(Personnel - Soins ambulatoires - FR)

La scission entre le Soin et l'Expertise, spécifique aux établissements pénitentiaires, a l'avantage d'éviter à un même professionnel d'endosser deux fonctions en tension.

Là où les équipes du Soin (SSSP) sont chargées de la prise en charge thérapeutique du-de la patient-e, les équipes de l'Expertise (SPS) sont chargées de l'évaluation du-de la patient-e, de la rédaction des rapports destinés à éclairer les CPS et du plan de réinsertion de la personne internée. Leur mission de rapportage les expose à une lourde tâche administrative. Les missions de chacune des équipes sont couvertes par le secret professionnel. L'équipe de l'Expertise a accès au dossier judiciaire. Inversement, l'équipe du Soin a accès à toutes les informations, à l'exception des faits commis. L'étanchéité des informations complique la tâche du service de l'Expertise. L'attestation de soins, communiquée au service de l'Expertise avec le consentement du-de la patient-e, permet de rencontrer partiellement cet obstacle. Avec le temps, les équipes du Soin et de l'Expertise ont pu développer un modus operandi de collaboration, nécessaire au projet de réinsertion de la personne.

Le milieu carcéral est constitué de divers établissements aux pratiques variables. Certains points d'attention sont repris ici, à titre d'exemples. Ils n'ont cependant pas toujours été observés de façon récurrente et ne sont donc pas à généraliser.

L'accueil se déroule parfois dans un contexte d'isolement afin de pratiquer une observation. Ce protocole d'accueil est souvent incompris et amplifie les angoisses.



« Quand je suis arrivé, j'ai été mis à l'isolement pendant deux jours. J'ai eu beaucoup de mal à gérer la solitude. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

L'infrastructure carcérale ne favorise pas le soin : les bureaux du personnel soignant sont insuffisants et ne garantissent pas toujours la confidentialité de l'entretien. Ils sont parfois vétustes, voire dégradés.

Les effectifs du personnel soignant, notamment les psychiatres et infirmier·ère·s psychiatriques, sont insuffisants et difficiles à recruter. Les agent·e·s doivent prendre le relais pour la distribution des médicaments. Les psychiatres des annexes sont amené·e·s de plus en plus à dédier une partie de leur temps aux problèmes de santé mentale des détenu·e·s de droit commun au détriment du temps - déjà largement insuffisant - consacré aux personnes internées.

Le traitement médical n'est pas toujours compris et les personnes internées disent ne pas systématiquement y consentir.



« Si vous voyiez le nombre de médicaments que je prends, vous seriez choquées, je suis obligé de prendre des correcteurs, sinon je bave. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Le brassage des pathologies et le manque d'hygiène des codétenu·e·s est difficile à vivre.



« Je manque d'interaction avec des gens sains d'esprit. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Les activités sont insuffisantes, voire compromises en raison d'un manque de personnel ou d'un manque de lieux susceptibles de les accueillir. Elles ne répondent pas spécifiquement aux besoins réels des personnes en termes de valorisation, de réinsertion et d'autonomisation. Les activités sont, de plus, entravées par la procédure des marchés publics qui allonge considérablement les délais d'acquisition de simple matériel.



« En trois semaines, nous n'avons pu faire qu'une seule activité. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Les établissements pénitentiaires ne sont pas toujours accessibles aux personnes à mobilité réduite. Quand ils le sont, l'accessibilité y est souvent partielle (la cellule est accessible, mais pas l'accès au préau ou aux ateliers). L'accès aux activités des personnes en chaise roulante est restreint.



« Avec ma chaise roulante, si je veux aller au potager, je dois faire un long détour. Cela demande la disponibilité d'un agent. Je n'ai plus pris l'air depuis l'hiver. »
(Personne internée - Justice - FR)

Les personnes internées soulignent le repli et l'isolement que vivent les personnes qui ne parlent pas l'une des langues nationales. Les interprètes manquent. Par conséquent, des co-détenu·es ou membres du personnel doivent faire office de traducteur·trice·s en cas de besoin.

En dehors des connaissances acquises sur le terrain, les agent·e·s pénitentiaires ne sont pas suffisamment formé·e·s aux spécificités de la maladie mentale.



« Il y a des agents provocateurs, insultants, c'est le pot de fer contre le pot de terre. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Les sanctions sont prises par la direction. Elles sont parfois vécues comme étant disproportionnées par rapport au fait commis, voire non fondées. L'évaluation de la part de la maladie mentale dans le fait commis appartient au psychiatre et représente une charge et une responsabilité parfois difficiles à endosser. La sanction au cachot se réalise dans des conditions déplorables.

Faute de places en annexe, certain·e·s patient·e·s sont détenu·e·s en régime ordinaire. La prise en charge des personnes internées en annexe psychiatrique de prison s'inscrit dans un contexte global de [surpopulation carcérale](#).

Unia salue l'ensemble des initiatives mises en place dans certaines annexes ou SDS, avec de maigres moyens : repas partagés collectivement avec le personnel ; présence (exceptionnelle) d'animaux domestiques ; désignation d'une personne référente ; participation du personnel aux activités...



« Quand j'ai un problème, je discute avec ma personne référente et elle cherche une solution. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)



« Les agents sont très gentils. Ils viennent dire bonjour le matin en disant votre prénom. Ça casse les barrières relationnelles. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Recommandations d'Unia

- Bannir la prison comme lieu de séjour des personnes internées.

À titre subsidiaire, au vu du contexte normatif et social actuel :

- Adapter les conditions de l'observation au moment de l'arrivée des patient.es dans l'établissement afin de garantir un accueil dans des conditions sereines et dignes, aucunement apparentées à la sanction.
- Adopter une approche globale qui permette une réalisation effective du soin. Au-delà du renforcement du personnel du soin, mettre à disposition un nombre suffisant d'agent·e·s et de lieux propices aux activités et à la relation de soin.
- Offrir l'accès à des activités régulières, qui fassent réellement sens pour la personne internée.
- Offrir aux agent·e·s pénitentiaires l'accès à des formations structurées et continues en lien avec la santé mentale.
- Offrir des interventions régulières aux membres du personnel soignant, aux membres de l'équipe de l'Expertise, aux agent·e·s.
- Permettre le recours à des interprètes dans le cadre de la relation de soin.

3.6.2 Les difficultés dans la continuité du soin et la transmission des informations

Le changement de lieu est souvent vécu, par les personnes elles-mêmes, comme déstabilisant. Il peut d'ailleurs être source de rechute. C'est d'autant plus vrai lorsque la personne passe d'un environnement très sécurisé et structuré (annexe ou CPL, par exemple) vers un lieu plus ouvert du secteur régulier (résidentiel ou ambulatoire).



« Il faut chaque fois repartir à zéro, chaque lieu a des règles différentes. »

(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)

Autre difficulté : la transmission, entre deux lieux, des informations médicales nécessaires à la prise en charge et la continuité du traitement du/de la patient-e. C'est d'autant plus vrai lorsque la transition s'effectue entre des lieux qui ont des tutelles différentes (SPF Justice, SPF Santé, tutelle des entités fédérées) et qui ne consignent pas toujours les informations dans les mêmes registres/programmes. Cette recherche d'informations est par ailleurs extrêmement chronophage pour le personnel soignant.

Les équipes mobiles TSI jouent un rôle très important : soutien de la personne dans la réalisation de son trajet de soins, construction de son projet de réinsertion, consolidation ou construction d'un réseau entre différents lieux de vie ... Elles favorisent le flux des personnes internées entre les différentes structures. Elles contribuent également à réduire la méfiance du secteur de soins régulier vis à vis des personnes internées.¹⁴ La personne internée marque son accord au suivi de l'équipe mobile TSI qui intervient donc en-dehors de tout mandat judiciaire. D'autres initiatives positives sont à souligner

car elles améliorent la coordination de l'ensemble du trajet de soins des personnes internées, telles la désignation d'un-e coordinateur-trice CSEI (SPF Justice) et d'un-e coordinateur-trice TSI (SPF Santé) ainsi que l'organisation de plateformes de concertation en santé mentale qui s'adressent aux différentes structures de soins.

Recommandations d'Unia

- Fluidifier le transfert d'informations médicales entre deux établissements afin d'éviter la fragmentation de l'information et une perte de temps au détriment du soin.
- Augmenter le financement des équipes mobiles TSI afin qu'elles puissent augmenter le nombre de leurs bénéficiaires et intervenir tout au long du parcours de soin.



¹⁴ Voir Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, « La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime », *R.I.E.J.*, 2022, pp. 98-99.

3.6.3 Un parcours long et pas toujours adapté

La difficulté liée au flux du trajet de soins peut entraîner une perte de temps considérable pour les personnes internées. Elles doivent attendre longtemps avant de pouvoir intégrer un établissement plus adapté à leurs besoins, voire un autre service/pavillon au sein du même établissement. En ce sens, le temps du soin et le temps de la procédure judiciaire ne se chevauchent pas toujours. Souvent, la personne internée est prête à quitter un établissement, mais reste dépendante de la disponibilité des places externes et du feu vert des autorités judiciaires, avec l'impact qui en résulte sur la motivation et les perspectives de la personne internée.



« Même si vous voulez prendre votre vie en mains, vous devez attendre comme un mouton, dans une situation qui rend tout le monde fou. Et quand une fois ou l'autre, il y a un débordement car la coupe est pleine, ça joue en votre défaveur dans votre dossier. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)



« Le temps de la Justice est trop long. Les patients restent trop longtemps ici, car la procédure judiciaire prend du temps et il n'y a pas assez de places en hôpital. »

(Personnel - Etablissement pénitentiaire - FR)

En découle un nombre important de personnes internées qui séjournent dans des établissements qui ne correspondent pas à leurs besoins et à leur profil, ni en termes de soins, ni en termes de sécurité. Nombreuses sont celles qui pourraient bénéficier d'un soin inscrit dans un régime de sécurité plus ouvert, mais qui n'y ont tout simplement pas accès.

Recommandations d'Unia

- Garantir, en priorité, que les personnes internées séjournent dans des lieux qui répondent à leurs besoins et à leur profil de risque.
- Du côté néerlandophone, développer davantage les initiatives entreprises en lien avec le [cadre de référence pour les soins de santé médico-légaux](#) et garantir l'utilisation partagée d'instruments d'évaluation des risques.
- Garantir une analyse régulière, indépendante et étayée du flux entrant et sortant de la mesure d'internement, afin de déterminer les besoins de la population internée et d'adapter la politique en conséquence.



3.6.4 Implication du réseau

Le succès d'une réinsertion repose bien souvent sur la présence d'un réseau de soutien solide et outillé (famille, équipes mobiles, avocat-e...). Or, le réseau privé de la personne internée, lorsqu'il existe, n'est pas assez impliqué au cours du trajet de soins. Particulièrement, le respect du secret professionnel, certes incontournable dans la relation thérapeutique, impacte les proches qui se sentent désarmés et impuissants face au silence des acteur·trice·s du soin.



« Nous ne recevons tout simplement aucune information. On ne peut se cacher derrière le secret professionnel et ne pas avoir à en répondre. »

(Famille d'une personne internée - NL)



« Tout est sur demande. Personne ne vient d'initiative. Les familles ne sont pas impliquées. »

(Famille d'une personne internée - FR)

Or, dans de nombreux cas, le réseau est inexistant ou les familles sont elles-mêmes victimes des faits commis. Et lorsque ce soutien existe, la mesure d'internement met l'entourage de la personne sous tension : gérer les faits commis, visiter la personne internée dans des lieux parfois géographiquement très éloignés, éventuellement soutenir financièrement ou héberger la personne à un moment donné...

Recommandations d'Unia

- Encourager les bonnes pratiques telles que la désignation d'un membre du personnel référent-e « famille ».
- Développer et encourager les initiatives de soutien aux proches, à l'instar des groupes de parole mis en place par l'asbl Similes.



3.6.5 Statut juridique interne des personnes internées

Les personnes internées qui résident dans le circuit carcéral sont soumises à l'application de la [loi du 12 janvier 2005 dite loi de principes](#).

Cette législation définit un statut juridique propre aux détenu·e·s. En son chapitre VII, elle prévoit, notamment pour le·la détenu·e, le droit à des soins équivalents aux soins prestés dans la société libre (art. 88 de la loi de principes).

Elle prévoit également qu'elle est d'application aux personnes internées en attendant qu'une loi détermine un statut juridique propre à ces personnes (art. 167 §1 de la loi de principes).

Dans les autres lieux, les droits des personnes internées sont garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

À ce jour, aucune loi n'a encore été adoptée en vue de fournir un cadre juridique définissant un statut juridique interne des personnes internées en milieu fermé. Aussi, les législations qui protègent les droits des personnes internées (loi de principes et loi relative aux droits du patient) se heurtent à la spécificité de l'internement. Face à ce vide juridique, les établissements ont parfois recours à des réglementations internes, via leur règlement d'ordre intérieur. Les pratiques diffèrent alors (notamment en ce qui concerne le recours à la contention et l'isolement) et la sécurité juridique est mise à mal.



« Au début, on était souvent mis à l'isolement. Si vous aviez la langue bien pendue, vous pouviez déjà être emmené et médiqué de force. C'est très dur, vous avez déjà si peu de contrôle sur votre vie et là, vous vous retrouvez de nouveau paralysé. Aujourd'hui, ils ne font plus ça aussi vite. »
(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)

Recommandations d'Unia

- Réglementer le statut juridique interne des personnes internées en milieu fermé, afin d'harmoniser les pratiques, limiter la marge de manœuvre des établissements et renforcer la sécurité juridique.
- Aligner, sur les standards internationaux, le cadre juridique relatif aux mesures restrictives de liberté, en particulier dans le cadre du recours aux mesures plus extrêmes telles que l'isolement et la contention.¹⁵ En ce sens, systématiser la mise à disposition d'une chambre à faibles stimuli.



¹⁵ Voir [l'avis conjoint du DGDE et d'Unia contenant des recommandations sur les Mesures de contention et/ou d'isolement](#) : Recommandations générales, février 2014.

3.6.6 Conseils des usagers, mécanismes de plainte et mécanisme de prévention

Souvent, les personnes internées expriment leur besoin d'être entendues et d'avoir un impact sur le fonctionnement communautaire et sur leurs conditions de séjour.

La présence d'un conseil des usagers ou de réunions communautaires est plus ou moins forte en fonction des lieux. Mais les patient·e·s ont régulièrement fait part d'un dispositif de participation insuffisant à leurs yeux.

Le personnel questionne plus facilement la pertinence de ce dispositif lorsque le lieu est confronté à un turn-over important de ses résident·e·s.

Plus directement, lorsqu'elles ont une plainte à formuler, les personnes internées peuvent également activer les dispositifs légalement institués : commissions de surveillance pour les lieux sous la tutelle de la Justice et médiation des droits du patient (service de médiation de l'hôpital lui-même ou de la plateforme de concertation en santé mentale), dans les lieux sous la tutelle de la Santé.

Les personnes internées ont pu faire part d'un découragement à saisir ces organes de plaintes, ne voyant pas toujours leur situation s'améliorer. La tâche de ces organes est rendue difficile lorsqu'en réponse, ils font face à des arguments médicaux, à un manque de budgets des établissements, aux contraintes de la vie collective...

Parfois, le statut même du médiateur, en fonction du lien hiérarchique qui l'unit à la structure (par exemple lorsqu'il est employé par l'établissement), questionne.

En outre, la Belgique est l'un des derniers pays de l'Union européenne à n'avoir toujours pas mis en place un mécanisme national de prévention (MNP) dans le cadre de la ratification du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT - Optional Protocol to the Convention Against Torture).

En l'absence d'un tel mécanisme de prévention, Unia souligne l'importance et le rôle d'autant plus crucial qu'endossent les dispositifs de plainte actuellement en place.

Recommandations d'Unia

- Renforcer l'indépendance de la fonction de médiateur dans les hôpitaux. À cette fin, mettre en œuvre [l'avis de la Commission fédérale "Droits du patient" du 19 mai 2017](#) intitulée « vers une professionnalisation, un statut, une harmonisation des pratiques dans l'intérêt de la qualité des soins ».
- Instaurer urgemment un MNP afin de garantir un contrôle externe indépendant, interfédéral et impartial de tous les lieux de privation de liberté.
- Garantir une interprétation large du domaine d'application du MNP. Il s'agit d'inclure dans son champ d'intervention tous les lieux où résident des personnes internées dès lors qu'elles peuvent, à tout moment, faire l'objet d'une privation de liberté au sens large (contention, isolement...).

3.6.7 Femmes internées

Avec 342 femmes internées pour 3 856 hommes internés¹⁶, les femmes constituent un groupe minoritaire au sein de la population internée.

Elles sont confrontées à des défis spécifiques, dont un manque chronique de lits psychiatriques pour les femmes internées dites « à haut risque » et à un risque de discrimination (pouvant être dans ce cas intersectionnelle ou multiple) en raison de différents facteurs de vulnérabilité (genre, problèmes psychiatriques, statut d'interné, mère).

Unia identifie comme l'une des principales problématiques la présence de femmes internées détenues dans le régime ordinaire faute de places prévues pour elles en annexe ou en SDS. Elles n'y reçoivent généralement pas les mêmes soins et ne bénéficient pas des mêmes activités que les hommes séjournant en annexe. De plus, elles se trouvent dans une situation de vulnérabilité qui nécessite une attention et des mesures spécifiques.



« C'est une codétenue qui s'occupe de moi quand je me lave. Elle me pousse un peu dans la douche. Ça me gêne dans mon intimité. Je lui ai déjà dit. Elle me dit qu'elle fait son travail. Je trouve qu'elle me dévalorise, ce n'est pas le but. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Si Unia salue le [nouveau projet visant à distribuer gratuitement des protections menstruelles aux femmes détenues](#), il est à espérer que ces protections périodiques soient suffisantes et adaptées aux spécificités de chacune.



« Normalement, je mets des tampax mais là je n'en reçois pas, ça fait des taches et ça me dérange. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Enfin, relevons qu'une fois libérées à l'essai, des femmes intègrent des lieux souvent mixtes. Si la cohabitation entre hommes et femmes ne pose généralement pas de problèmes, elle peut aussi venir exacerber une vulnérabilité.



« La libération à l'essai est très difficile pour moi parce qu'il y a aussi des hommes et que j'ai eu de mauvaises relations dans le passé. »
(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)

Recommandations d'Unia

- Côté néerlandophone, créer des places pour les femmes qui ont un profil à haut risque.
- Garantir aux femmes internées l'accès aux mêmes soins et activités que ceux dont bénéficient les détenues de l'annexe ou de la SDS.
- Garantir aux femmes la possibilité de bénéficier des protections menstruelles qui soient le plus adaptées à leurs besoins.



¹⁶ Chiffres de la DGEPI, datés du mois de juin 2023, et communiqués par le cabinet Justice à Unia en septembre 2023.

3.7 Attente d'audience et première audience

3.7.1 Cadre légal

Après la décision d'internement, la personne peut se trouver soit en état de liberté, soit en détention.

Dans la première hypothèse, les juridictions d'instruction ou de jugement qui ont ordonné l'internement peuvent, sur réquisition du procureur-e du Roi, ordonner son incarcération immédiate s'il est à craindre qu'elle se soustraie à l'exécution de l'internement ou qu'elle représente un danger sérieux et immédiat pour l'intégrité physique ou psychique de tiers ou pour elle-même (art. 9 et 10).

Dans la deuxième hypothèse ou dans le cas où la personne fait l'objet d'une arrestation provisoire, l'internement se déroule provisoirement dans la section psychiatrique d'une prison.

Enfin, la juridiction qui prononce l'internement peut également, laisser - ou remettre - la personne en liberté, en lui imposant ou non de respecter une ou plusieurs conditions.

Les conditions imposées seront d'application au plus tard jusqu'à la première audience devant la CPS (Chambre du tribunal de l'application des peines composée d'un-e magistrat-e président-e et de deux assesseur-seuse-s).

En outre, au plus tard dans les trois mois qui suivent la décision définitive d'internement, la CPS examine l'affaire (art. 29, §2). Durant ces trois mois, le ministère public constitue le dossier de la personne et l'envoie, en fonction du lieu où se trouve la personne, au directeur-trice ou au responsable des soins ou au service des Communautés, qui sera tenu-e de remettre un avis. Dans l'hypothèse où la personne réside en annexe ou en EDS, l'avis du directeur-trice contient notamment un rapport du service psychosocial et son avis sur l'octroi d'une permission de sortie, d'un congé ou d'une détention limitée.

Le rapport est ensuite communiqué au ministère public près le tribunal de l'application des peines (TAP), qui remet ensuite un avis sur l'exécution de l'internement (art. 29 §3).

La CPS est compétente pour se prononcer sur la phase d'exécution de l'internement. Elle décide du lieu où l'internement a lieu, des modalités d'exécution à octroyer, des conditions à respecter et in fine de l'octroi de la libération définitive. Dès la première audience, la CPS peut octroyer une libération à l'essai. Dans l'hypothèse où elle opte pour un placement, elle désignera l'établissement dans lequel celui-ci sera exécuté.

Un pourvoi en cassation peut être formé (par le ministère public ou l'avocat-e de la personne internée) contre les décisions de la CPS relatives à l'octroi ou au refus d'une détention limitée, d'une surveillance électronique, d'une libération à l'essai ou d'une libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou en vue de la remise (pas d'un placement donc).

3.7.2 Dans les faits

En ce qui concerne la procédure, les délais fixés par la loi ne sont pas respectés, a fortiori lorsque la décision d'internement est prise par une juridiction d'appel. La première audience de la CPS a lieu au-delà des trois mois qui suivent le moment où la décision d'internement est devenue définitive. Durant ce temps, la personne internée qui n'est pas en état de liberté séjournera à l'annexe psychiatrique de la prison.

3.7.3 Recommandations d'Unia

- Modifier la loi du 5 mai 2014 en vue de prévoir l'obligation pour le ministère public de saisir la CPS après trois mois, sous peine d'astreintes ou de libération de la personne.

3.8 Placement

3.8.1 Cadre légal

Est reconnu comme lieu légal de placement l'établissement ou la section de défense sociale organisé-e par l'autorité fédérale (Anvers, Gand, Bruges - pour femmes -, Merksplas, Namur, Paifve et Turnhout), le CPL organisé par l'autorité fédérale (Gand et Anvers) ou l'établissement reconnu par l'autorité compétente et qui conclut un accord concernant le placement (art. 19 et 3, 4^o, b), c) et d).

Un accord de placement fixe :

- le nombre minimum de personnes internées que l'établissement est prêt à accueillir dans le cadre d'un placement ;
- les profils qui peuvent donner lieu à un placement ;
- la procédure à suivre en vue d'un placement et, le cas échéant, l'intervention financière de l'autorité fédérale pour des frais liés à la sécurité.

À contrario, l'annexe psychiatrique d'une prison est légalement interdite pour accueillir des personnes internées placées.

La CPS désigne l'établissement dans lequel la personne sera placée (art. 35). Elle peut également assortir le placement de modalités d'exécution supplémentaires telles que des permissions de sortie, des congés ou une détention limitée.

Dans le cadre de l'organisation ultérieure de l'internement, la CPS détermine, dans chacune de ses décisions, la date à laquelle le-la directeur·trice ou la personne responsable des soins doit rendre un avis (dans un délai maximum d'un an).

Cet avis contient un rapport multidisciplinaire psychiatrique et psychosocial actualisé et une proposition motivée d'octroi ou de refus du transfèrement ou d'une permission de sortie, d'un congé ou d'une détention limitée (art. 47). Le ministère public présente également un avis motivé au greffe du TAP dans un délai d'un mois à compter de la réception de l'avis du directeur ou responsable des soins (art. 49).

Au plus tard deux mois après la réception de l'avis du·de la directeur·trice ou du·de la responsable des soins, la CPS se réunit pour décider du (maintien du) placement et des éventuelles modalités d'exécution (art. 49-52).

En cas d'urgence, la CPS peut, par ordonnance motivée, décider d'octroyer une (autre) modalité d'exécution de l'internement (art. 54) tandis que le-la juge de protection sociale peut, dans des circonstances exceptionnelles, décider d'octroyer une permission de sortie (art. 53 et 20 §2).

3.8.2 Dans les faits

En juin 2023, 1 493 personnes internées faisaient l'objet d'un placement, soit 35 % du nombre total de personnes internées.¹⁷

Si à ce jour, les accords concernant le placement n'ont pas encore été conclus, des places sont bien spécifiquement dédiées à l'accueil des personnes internées placées au sein d'établissements de soins sécurisés.

Parmi les personnes internées placées, 523 personnes résidaient dans le circuit carcéral et 970 dans des établissements de soins sécurisés, CPL compris. Selon le lieu où la personne se trouve, les conditions de séjour varient considérablement (loi mobilisable, régime de plainte, régime de sanction, acteur·trice·s de surveillance, intervention de l'équipe de l'Expertise...).

¹⁷ Chiffres de la DGEPI, datés du mois de juin 2023, et communiqués par le cabinet Justice à Unia en septembre 2023.

En réalité, le placement dans l'un ou l'autre établissement dépend principalement de critères extérieurs aux besoins du·de la patient·e (critères géographiques, critères de disponibilité de places...) et la fréquentation d'un lieu plutôt qu'un autre sera déterminante pour la suite du trajet de soins et de vie de la personne.

Nous développons ci-dessous les défis à relever, en termes de soins et de réinsertion, au sein des différents lieux où le placement est exécuté.

Intrapénitentiaire : Annexes (lieu de séjour illégal)

Dans la pratique, de nombreuses personnes¹⁸ internées ayant fait l'objet d'un placement séjournent encore en annexe psychiatrique, dans l'attente qu'une place se libère dans le lieu désigné par la CPS. En toute illégalité donc. En découle une détresse psychologique accentuée par le fait qu'elles n'y reçoivent pas les soins requis, qu'elles y sont parfois stigmatisées et qu'elles ignorent l'issue de leur incarcération.



« Les personnes dont la maladie psychiatrique est attestée sont ensuite enfermées dans un endroit où les choses empirent. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)



« Ici, nous sommes considérés comme des “fous”, nous devons marcher séparément des autres détenus. »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)

Intrapénitentiaire : EDS et SDS

En réponse à la situation désastreuse des personnes internées dans les annexes psychiatriques, le gouvernement fédéral a adopté des mesures en vue de réformer les soins de santé dans les établissements pénitentiaires¹⁹ : le cadre des équipes de soins est étendu, des SDS sont créées, de nouveaux concepts qui orientent le soin vers la réinsertion sont instaurés²⁰, les détenus bénéficient de l'assurance maladie obligatoire.

Dans les faits, la réforme ne rencontre que partiellement les enjeux.

Si, en certains lieux, Unia a pu observer une augmentation du personnel soignant et des activités proposées, la réforme s'inscrit dans un contexte de pénurie de personnels soignants et éducateur·trice·s. Les procédures de recrutement peinent à aboutir.

Bien souvent, aucune infrastructure spécifique n'est dédiée aux SDS. Elles sont faites de cellules logées au sein même des annexes.

De façon générale, les établissements pénitentiaires manquent de bureaux disponibles à la relation de soin, de locaux pour les activités, d'interventions à l'attention du personnel soignant et d'agent·e·s pour la réalisation effective de ce soin.

Par ailleurs, les nouveaux concepts de soin font l'objet d'une application différenciée selon les lieux (sections ou établissement de défense sociale). Certaines SDS ne proposent d'ailleurs pas de régime distinct de celui de l'annexe.

18 En août 2022, 220 personnes internées avec une décision de placement résidaient toujours en annexe psychiatrique de prison en attendant qu'une place se libère. Chiffres disponibles via [Présentation PowerPoint \(belgium.be\)](#), p. 16.

19 Voir '[Plan d'Action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juin 2023, pp.39-40.

20 *Ibidem*, pp.42-44.



« Ils disent qu'il y aura plus de soins, donc tout ira bien. Mais cela ne devrait pas conduire à l'augmentation du nombre de personnes dans les prisons. Cela ne restera pas un soin adapté, cela ne deviendra pas pour autant une institution psychiatrique. »

(Personnel d'un centre de placement - NL)

Si les personnes internées reconnaissent le travail réalisé par le personnel soignant qui essaie de leur rendre la vie en détention la moins pénible possible (discussions informelles, disponibilité...), la mission du soin se heurte par essence au contexte pénitentiaire (elle n'est soumise à aucun critère d'agrément, comme c'est pourtant le cas des hôpitaux psychiatriques) et s'exerce de façon distincte d'un établissement pénitentiaire à l'autre.



« Ce qui pour certains est une punition devrait être une aide pour nous ? »
(Personne internée - Établissement pénitentiaire - NL)



« La thérapie n'est pas effective. Le travail du soin en prison est limité. La prison sert de sanction, elle n'est pas réparatrice, on ne peut pas prendre de responsabilités en prison. »
(Personnel - Établissement pénitentiaire - NL)



« Les nouveaux établissements pénitentiaires, s'ils offrent un cadre de vie somme toute plus respectueux des personnes internées, manquent d'humanité et gangrènent le lien social pourtant essentiel à leur santé mentale. »
(Personnel - Établissement pénitentiaire - FR)

Bien qu'en 2020, le Ministre de la Justice ait déclaré que les personnes internées n'avaient pas leur place en prison²¹, le nombre de places en détention continue d'augmenter pour atteindre 642 personnes²² à ce jour en 2023.

21 [Doc. Parl. 55-1610/015](#), p. 26.

22 Anvers (9 places pour hommes), Bruges (38 places pour femmes), Gand (30 places pour hommes et 5 pour femmes), Merksplas (205 places pour hommes), Namur (30 places pour hommes), Paifve (205 places pour hommes) et Turnhout (120 places pour hommes).

Extra-pénitentiaire : les CPL et les hôpitaux psychiatriques sécurisés avec accord de placement

En réponse au séjour illégal des personnes internées en annexe, et parallèlement à la mise en place des SDS, les autorités belges investissent dans la prise en charge extra-pénitentiaire, soit dans les CPL (en Flandre), soit dans les hôpitaux psychiatriques « long stay ». Dans les années à venir, deux nouveaux CPL devraient également voir le jour en Wallonie et un CPL « long stay » en Flandre.²³

À ce jour, les personnes internées quittent difficilement les lieux de placement extra-pénitentiaires.²⁴ Un nombre plus important de libérations à l'essai a été octroyé au départ des établissements de la DGEPI (annexes et EDS) comparativement aux libérations à l'essai octroyées au départ des lieux de placement extra-pénitentiaires (CPL).²⁵ En conséquence, tant les CPL que les structures psychiatriques sécurisées font l'objet de longues listes d'attente qui s'étalent parfois sur plusieurs années. En interne, le changement de service ou de pavillon peut lui aussi durer longtemps.



« Beaucoup de patients n'ont plus de raison d'être hospitalisés d'un point de vue psychiatrique, mais c'est le projet de sortie qui pose problème. »
(Personnel - Établissement hospitalier - FR)

En outre, la catégorie de personnes internées qui ne remplit pas les conditions requises pour être orientée vers le circuit de soins extérieur ou qui n'est pas conforme au soin demeure profondément problématique. Parmi elles, les personnes avec un profil à haut risque (« long stay »), qui nécessitent un accueil et une prise en charge spécifiques, pour lesquelles les possibilités thérapeutiques actuelles n'ont pas fait leur preuve, et qui présentent un trouble sévère de la personnalité.²⁶

Concernant les CPL, les [rapports d'inspection réalisés par la Zorginspectie](#) (uniquement en néerlandais) laissent apparaître que ces centres dispensent des soins qualitatifs, pluridisciplinaires et individualisés. Néanmoins, la qualité du soin est mise à mal pour différentes raisons. Les CPL souffrent d'une grave pénurie de personnel et le taux élevé de rotation au sein du personnel entrave le développement de l'expertise acquise par les équipes de soins.

L'infrastructure des CPL, en plus de n'être pas suffisamment adaptée aux conditions du soin, présente des problèmes aigus et persistants (portes défectueuses, moisissures...).

Enfin, l'engagement en faveur de la sécurité et de la gestion des risques prédomine dans les lieux de haute sécurité. Les journées sont rythmées par des horaires stricts et les choix sont posés à la place de la personne. Si de fait, une catégorie non négligeable de personnes internées nécessite un cadre sécurisé, la population qui réside dans les lieux de placement dépasse de loin cette catégorie.²⁷ Aussi, la construction des futurs CPL apportera-t-elle vraiment une réponse à la hauteur de l'enjeu qui est d'offrir à chaque individu une place qui correspond à ses besoins et à son réel profil de risque ?

23 Voir ['Plan d'Action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juin 2023, p.23.

24 *Ibidem*, p. 34

25 *Ibidem*, p. 34

26 Voir notamment : I. Jeandarme, G. Goktas, J. Boucké, I. Dekkers, L. De Boel, G. Verbeke. [High Security Settings in Flanders: An Analysis of Discharged and Long-Term Forensic Psychiatric Patients](#), 2022.

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



« Les hôpitaux et les centres hautement sécurisés sont un prolongement de la prison : des murs élevés, tu ne peux pas en sortir. Ils nous tirent de la prison et nous collent ici, mais nous sommes toujours mis à part, pourquoi est-ce nécessaire ? »
(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)



« Lorsque vous séjournez dans un environnement hautement sécurisé, vous êtes complètement en dehors de la société. Vous n'avez pas à décider ou à organiser quoi que ce soit par vous-même. Il est alors très difficile d'accéder à une liberté totale. Même aller au magasin est un défi. »
(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)

3.8.3 Recommandations d'Unia

Intra-pénitentiaire

Unia réitère ses préoccupations déjà formulées plus haut concernant le séjour des personnes internées en prison. Le renforcement du soin en prison ne légitime pas le séjour des personnes internées dans les établissements pénitentiaires.

Extra-pénitentiaire

- Augmenter la norme de personnel (0,7 équivalent temps plein /lit) fixée par l'arrêté royal du 19 décembre 2014.
- Veiller à ce que l'infrastructure des nouveaux CPL de Wavre, Paifve et Alost soit discutée et mise en place en concertation avec les prestataires de soins afin qu'elle soit adaptée aux nécessités du soin.
- Questionner, à la lumière des principes démocratiques de l'État de droit, le principe même du séjour de longue durée dans des structures fermées dites "long-stay".
- Veiller à ce que les investissements des futurs CPL wallons ne mettent pas en péril les investissements actuels affectés au secteur régulier et ambulatoire.

3.9 Libération à l'essai

3.9.1 Cadre légal

La libération à l'essai (IOP) est une modalité d'exécution de la mesure d'internement où la personne internée exécute la mesure d'internement dans le cadre d'un trajet de soins résidentiels ou ambulatoires, moyennant le respect de conditions qui lui sont imposées par la CPS (art. 25).

La CPS peut, dès la première audience, octroyer la libération à l'essai à la personne, sans la soumettre préalablement à une mesure de placement.

Si la personne ne respecte pas les conditions de la libération à l'essai, celle-ci peut être révoquée (art. 59 et 60) ou suspendue (art. 61). Dans ces hypothèses, la personne intègre un établissement de placement. La suspension est également possible en annexe psychiatrique de prison, compte tenu de sa courte durée (un mois au maximum). La suspension peut également être précédée d'une arrestation provisoire lorsque la personne met gravement en péril l'intégrité physique ou psychique de tiers. La CPS compétente se prononce sur la suspension de la modalité dans les sept jours ouvrables qui suivent l'incarcération de la personne internée (art. 65).

La libération à l'essai expire au terme d'une durée de trois ans et la libération devient alors définitive.

La CPS peut néanmoins prolonger la libération à l'essai, pour une durée de deux ans, renouvelable (art. 42§1).

3.9.2 Dans les faits

La libération à l'essai vise la réinsertion progressive de la personne dans la société. Elle peut être résidentielle ou ambulatoire, avec une prise en charge ou un accompagnement du secteur régulier.

En juin 2023, environ la moitié des personnes internées bénéficiaient d'une libération à l'essai.

Selon le SPF Santé, une offre de soins résidentiels est financée au profit des personnes internées à hauteur de 1 299 lits : hôpitaux psychiatriques (757 places), MSP (265 places), IHP (246 places) et autres logements (31 places).²⁸

De plus, le SPF Santé finance une offre ambulatoire pour les personnes internées qui comprend, entre autres, les équipes mobiles TSI (96 ETP) et les services ambulatoires (31 ETP).

En Flandre, la VAPH (agence flamande pour le handicap) a également créé 50 places spécifiquement dédiées à la prise en charge des personnes internées avec une déficience intellectuelle.

Début 2019, dans la partie néerlandophone du pays, un nouveau financement direct a vu le jour. Ce budget est destiné aux personnes internées avec un handicap reconnu par l'agence et qui sont prêtes pour intégrer le circuit régulier de la VAPH.

Unia salue ces initiatives et déplore qu'aucun projet ou financement de ce type n'existe à Bruxelles (PHARE) ou en Wallonie (AVIQ).

Le circuit de soins régulier reste cependant confronté à plusieurs difficultés d'ordre structurels que nous développons ci-dessous.

²⁸ Voir [Plan d'Action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juin 2023, pp.29-30.

Listes d'attente et manque de places dans les établissements psychiatriques résidentiels

En dépit des importants investissements réalisés, les structures psychiatriques résidentielles manquent de places pour accueillir les personnes internées. Le flux du parcours de soins de l'ensemble de la population internée s'en trouve entravé.

Du côté francophone (PHARE et AVIQ), Unia observe également un manque criant de places dans les structures destinées à l'accueil des personnes internées avec une déficience intellectuelle, avec un double diagnostic ou des personnes âgées. En 2023, ces profils spécifiques occupent encore des lits dans des structures de placement qui ne leur sont pas destinées alors qu'ils sont, dans les faits, recevables à une libération à l'essai.

Du côté néerlandophone, ces dernières décennies, un réseau d'établissements du secteur médico-légal de moyenne sécurité (hôpital psychiatrique, MSP, IHP) s'est développé. Ce réseau vise différents groupes cibles (troubles de la personnalité, personnes handicapées, profils AICS...). L'accès à ce réseau est lui aussi sous pression et soumis à des temps d'attente.

Critères d'exclusion et refus

Alors qu'en ce qui concerne le placement, il est question d'un accord conclu entre les ministres compétents et l'établissement de placement, l'accueil des personnes internées libérées à l'essai a lieu sur base strictement volontaire. Dans le cadre de leur candidature, les personnes internées se heurtent donc parfois à des critères d'exclusion, voire à des refus de la part des établissements. Les refus seront motivés, par exemple, par un manque de motivation, une interaction difficile avec le groupe, la psychopathie, un profil d'auteur d'infraction à caractère sexuel (AICS), la pyromanie ou encore la déficience intellectuelle sévère.



« Il y a encore beaucoup de décisions d'exclusion : “non, il ne peut pas parce qu'il a déjà commis ce délit”, mais ils ne sont pas très transparents sur leurs critères. »

(Personnel - Établissement pénitentiaire - NL)



« Certains dossiers sont très difficiles et se heurtent à des refus de la part des établissements. Par exemple, si le dossier mentionne une agression envers le personnel ou un incendie criminel. Même si ces cas n'ont pas eu lieu depuis des années et que la personne est tout à fait stable. »

(Personnel - Établissement hospitalier - NL)

Compte tenu de la spécificité de la psychiatrie médico-légale, notamment sur les questions juridiques, les professionnel·le·s du circuit régulier expriment un besoin en accompagnement et en formation quant à la gestion des risques, à la législation relative à l'internement...

Entretiens préalables et période d'essai

Dans le cadre de sa candidature pour une libération à l'essai, le·la patient·e réalise des entretiens et/ou une période d'essai, qui peut éventuellement encore se solder par un refus.

Compte tenu de l'enjeu, ces entretiens préalables sont source de pression et d'angoisse pour les personnes internées. De plus, il n'est pas rare que l'entretien se déroule en une seule rencontre, parfois de courte durée et ne suffise donc pas, d'après le personnel, à évaluer adéquatement la personne.



« Ces entretiens d'admission, les personnes internées ne peuvent pas les gérer. Et pourtant, c'est là que réside tout leur espoir. »
(Personnel - Établissement pénitentiaire - NL)

La période d'essai quant à elle équivaut à environ un mois (soit deux congés pénitentiaires cumulés). Cette durée est trop courte pour permettre à l'équipe de se positionner, introduire la demande de libération à l'essai auprès de la CPS et in fine, permettre à la CPS de prendre une décision d'octroi ou de refus.

À l'issue de la période d'essai, la personne réintègre alors le lieu de placement dans l'attente d'une décision d'octroi ou de refus d'admission. Le retour dans le lieu d'origine angoisse et les décisions de refus sont particulièrement difficiles à vivre.



« Quand j'ai dû retourner en prison, après ma période d'essai, je me suis senti abandonné. »
(Personne internée - Établissement hospitalier - FR)

Les professionnel·le·s mettent néanmoins en avant la nécessité de cette procédure pour apprendre à connaître la personne, évaluer ses capacités à intégrer le lieu et favoriser une prise en charge dans les meilleures conditions. Cette procédure permet aussi de lever les résistances que pourrait d'emblée opposer l'établissement à l'accueil d'une personne internée.

Pression thérapeutique

Les patient·e·s se sentent soumis·e·s à une forte pression thérapeutique : les traitements sont lourds, les prestataires de soins sont nombreux, les activités y sont obligatoires et les contraintes parfois pesantes (pas de télévision en chambre, pas de cigarette en chambre, accès limité à la chambre en journée...).

Régulièrement évalué·e·s, certain·e·s patient·e·s s'adaptent et se conforment à ce qui est attendu d'eux-elles, à fortiori lorsqu'on sait qu'en ces lieux, le psychiatre endosse la mission du soin et de l'expertise.

Certain·e·s patient·e·s disent regretter la vie en prison où le mode de vie leur paraît plus souple.



« Le changement est difficile, c'est ce qui m'a mis en tension au début, et aujourd'hui encore. Être constamment jugé. Cela reste marqué dans votre corps. »
(Personne internée - Établissement hospitalier - NL)



« Vous commencez à nuancer vos pensées et à dire des choses socialement acceptables. Les personnes qui ne peuvent pas le faire, par exemple parce qu'elles ont un QI plus faible, reçoivent des évaluations plus négatives. »
(Personne internée - Soins ambulatoires - NL)



« En tant que personne internée, nous avons toujours "l'inconvénient du doute". »
(Personne internée - Soins ambulatoires - NL)

Néanmoins, les personnes internées et/ou leur famille reconnaissent aussi l'impact positif que peut avoir le traitement. Elles font part également du rôle important que joue leur·e référent·e lorsqu'elles sont en difficulté ou ont besoin de parler.



« J'éprouve un double sentiment à l'égard de mon parcours. D'un côté, le traitement m'a sauvé la vie. Mais d'un autre côté, on est gardé plus longtemps que nécessaire et il faut souvent tout recommencer. »
(Personne internée - Soins ambulatoires - NL)



« Je suis très reconnaissant. L'État fait son job dans ces établissements (de soins), mais pas quand il détient ces personnes en prison. »
(Famille d'une personne internée - FR)



« Ma libération à l'essai a dérapé lorsque j'ai commencé à vivre seul pendant la période Covid. Le manque de contacts m'a rendu dépressif et mes fusibles ont sauté. Mon psychiatre ne répondait pas, il n'avait pas le temps. »
(Personne internée - Soins ambulatoires - NL)



« Le traitement d'une personne internée implique beaucoup de choses. Nous devons faire des rapports sur la fréquence à laquelle la personne vient, si elle est effectivement présente...»
(Personnel - Soins ambulatoires - NL)

Sous-financement et fragmentation de l'offre de soins ambulatoires

L'offre de soins ambulatoires est cruciale dans le projet de réinsertion de la personne, car elle favorise son autonomie. Pourtant, la prise en charge hospitalière demeure souvent la seule option possible pour les personnes libérées à l'essai éligibles à un parcours ambulatoire.

Le secteur ambulatoire met en avant le sous-financement dont il souffre pour travailler avec les personnes internées ainsi que le manque de services et de psychiatres disponibles. Ces dernier·ère·s sont parfois plus difficilement enclin·e·s à assurer le suivi de personnes internées compte tenu de la charge liée au rapportage dans le cadre de la procédure judiciaire.

Enfin, les soins ambulatoires sont souvent fragmentés entre différentes régions. Lorsque le·la patient·e déménage, la continuité des soins en est donc compromise.

Suspension et révocation

Les situations de suspension sont souvent liées à des problématiques de consommations, isolées ou combinées à une autre infraction.

Le nombre de suspensions et de révocations a légèrement augmenté : de 108 suspensions et 179 révocations en 2019, on est passé à 149 suspensions et 201 révocations en 2022.

Dans le cadre d'une suspension ou d'une révocation, lorsque les personnes internées font l'objet d'une arrestation provisoire, l'expérience est traumatisante, pour elle-même mais aussi pour les personnes qui en sont témoins. L'intervention se fait sans annonce pour éviter que la personne ne se soustraie à la mesure et celle-ci ne peut emmener ses effets personnels.



« Quand le patient est révoqué, ils viennent le chercher à l'improviste, et l'arrache d'ici pour le ramener en prison. C'est pour éviter la fugue. Cette manière de faire de la police, c'est honteux, dégueulasse, j'ai été choquée. La personne est menottée et on ne lui permet même pas de prendre un sac à dos. »

(Personne internée - Établissement hospitalier - FR)

En outre, notons que la DGEPI a interdit l'écrou de personnes révoquées en prison. Pourtant, certaines personnes révoquées, à la suite d'une suspension qui s'est déroulée en prison, se trouvent à l'annexe depuis longtemps, en attente d'une place dans un lieu de placement. De façon illégale donc.



« Les personnes qui passent par la prison se positionnent en kaïd, ce qui les préjudicie. Certains développent des stress posttraumatiques suite à leur passage carcéral. Les ordonnances d'arrestation provisoire engendrent parfois de nouveaux retours en prison, et c'est reparti pour un parcours effrayant et destructeur. »

(Personnel - Établissement résidentiel - FR)



« J'ai dû retourner en prison alors que je n'ai pas commis de nouveaux faits. Je me suis disputé avec celui qui partageait ma chambre. Il me tapait vraiment sur les nerfs. »

(Personne internée - Établissement pénitentiaire - FR)

Enfin, les professionnel·le·s formulent que la durée d'un mois, légalement prévue pour la suspension, ne suffit pas à reconstruire un projet valable permettant, in fine, d'éviter la révocation.



« Le temps de la suspension ne permet pas de réajuster la médication et le projet de réinsertion. Cela se transforme en une révocation. »

(Personnel - Établissement pénitentiaire - FR)

Précarité renforcée par la stigmatisation

Les personnes libérées à l'essai qui ne sont pas soutenues financièrement par la famille disposent de maigres revenus : allocations du CPAS (qui varient), allocations pour personnes handicapées, indemnités d'invalidité notamment.

De surcroît, il arrive que les personnes internées soient exposées à des dettes importantes ou à l'obligation d'indemniser les victimes dans le cadre d'une procédure civile.

Cette situation de précarité n'est pas sans conséquence sur le respect des conditions de leur libération à l'essai, lesquelles sont coûteuses : participation aux activités de réinsertion, recherche d'un emploi, recherche d'un logement (particulièrement dans un marché locatif sous pression).



« On doit faire des sorties pour montrer qu'on gagne en autonomie, mais on n'a pas un rond, même pas les moyens de se payer un titre de transport. »

(Personne internée - Établissement hospitalier - FR)



« Je ne participe pas aux activités extérieures. Je n'ai pas l'argent et je préfère offrir un cadeau à mon fils. »

(Personne internée - Établissement hospitalier - FR)

À la difficulté financière s'ajoute la double stigmatisation (liée à la maladie mentale et à la potentielle dangerosité) qui pèse sur les personnes internées et qui les expose à un risque de discrimination.



« Quand je contacte les propriétaires ou les agences pour trouver un logement, je dis que je viens de la psychiatrie, parce qu'ils me demandent si j'ai des revenus et où je vis. La réponse finale est donc souvent négative ! »
(Personne internée - Établissement hospitalier - FR)

Retrait du permis de conduire

Unia a reçu plusieurs signalements concernant la situation des personnes privées du droit de conduire un véhicule motorisé, sur la seule base de leur statut de personne internée. Pour récupérer ce droit, elles doivent entamer des procédures complexes, par l'intermédiaire du médecin traitant ou du Centre d'aptitude à la conduite et à l'adaptation des véhicules (CARA).

Une telle privation automatique de droit, sans examen médical au cas par cas qui tiendrait compte de l'impact de la médication ou du trouble psychique sur les capacités de conduite de la personne, contrevient à [l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire](#) (art. 41 et s.). Elle entrave, sans justification objective, les possibilités d'autonomie et de réinsertion.

Maisons pirates (SHNA)

Dans certains cas, le·la patient·e recourra à une structure d'hébergement non agréée (SHNA) appelée également « maison pirate ». Les SHNA accueillent des personnes vulnérables qui ne trouvent pas de place dans les structures agréées (personnes de grande dépendance ou avec des troubles psychiques, personnes sans abri...).

Dans le cadre de son monitoring et de ses missions de protection des droits en matière de handicap, Unia a été sollicité récemment du côté francophone, par des personnes qui ont été témoins ou victimes de faits de maltraitance psychique et/ou physique en ces lieux.

La difficulté des personnes avec un double diagnostic

Les personnes présentant un double diagnostic se voient parfois refuser une prise en charge dans le secteur de la psychiatrie compte tenu de leur déficience intellectuelle et, dans le secteur du handicap (VAPH, AVIQ, PHARE), compte tenu de leur trouble psychique. La reconnaissance du handicap est difficile à obtenir : les critères sont stricts et les preuves difficiles à apporter.



« Dans le paysage de la VAPH, il y a une réticence à l'égard des internés. Un tel dossier les effraie et c'est dommage car ils n'ont alors aucune chance de réinsertion. En fait, la VAPH devrait recevoir plus de moyens pour répondre aux besoins des doubles diagnostics. »

(Personnel - Établissement hospitalier - NL)



« Il est difficile d'obtenir la reconnaissance de la VAPH : par exemple, elle demande la preuve d'un faible QI avant que la personne n'ait 18 ans, car autrement, ce faible QI peut être mis sur le compte de la toxicomanie ou d'autres facteurs.

C'est un problème, car il n'y a souvent pas de preuve. »

(Personnel - Établissement hospitalier - NL)



« Il n'y a pas de structures qui prennent en mains les doubles diagnostics : il n'y a pas de trajectoires de soins possibles pour ces profils : à Bruxelles, on dénombre seulement deux lits.

Il y a surtout des lieux disponibles pour les personnes qui souffrent de psychose. »

(Personnel - Soins ambulatoires - FR)

Dramatique situation des personnes sans titre de séjour

Les personnes internées sans titre de séjour représentent environ 10 % des personnes internées placées. Elles ne sont pas couvertes par la sécurité sociale et ne peuvent dès lors financer une prise en charge extérieure.

En outre, [le retour dans leur pays d'origine](#) (uniquement en anglais) est rarement une option réaliste, en raison d'une absence de papier d'identité, d'un refus de la part du pays de reprendre son ressortissant, de la présence d'un danger ou encore d'un manque de structures de soins adéquates dans le pays.

Elles sont alors contraintes de séjourner indéfiniment dans des structures de placement fermées, alors qu'elles seraient recevables à une libération à l'essai, voire à une libération définitive. Cette situation enfreint les droits fondamentaux de ce public cible. Elle inquiète, interpelle et scandalise l'ensemble du secteur de l'internement. Le désarroi des professionnel-le-s est immense.

3.9.3 Recommandations d'Unia

- Soutenir les professionnel-le-s du circuit régulier (ambulatoire et résidentiel) dans la prise en charge des personnes internées : offrir les formations aux spécificités du secteur médico-légal, notamment aux aspects juridiques, et renforcer les équipes.
- Développer les structures habilitées à accueillir les personnes internées avec une déficience intellectuelle, les personnes âgées et les personnes présentant un double diagnostic.
- Trouver une solution complémentaire aux incitants financiers (accords à l'instar de ceux concernant le placement, instauration de quotas...) afin de garantir que les personnes recevables à une libération à l'essai trouvent effectivement une place dans le circuit de soins résidentiels ou ambulatoires.
- Prévoir la possibilité de renouveler la durée de la suspension afin de donner à la personne le temps de construire un projet de réinsertion et d'éviter une révocation.
- Agir, y compris au niveau législatif, pour un décloisonnement des réponses à apporter à la prise en charge des personnes avec un double diagnostic.
- Outiller les acteurs-trice-s qui interviennent dans le cadre de la transition vers l'extérieur (équipe mobile, assistant-e-s sociaux-ales...) sur les

questions de discrimination²⁹ afin d'accompagner les patient-e-s dans leur recherche (notamment de logement ou d'emploi) rendue difficile par l'absence de fiches de paie, d'un CV actualisé, par la présence d'une maladie psychique, par l'adresse de domiciliation dans une structure psychiatrique...).

- Organiser un recensement exhaustif des structures d'hébergement non agréées (SHNA) et des profils qu'elles hébergent. Mettre en place un organe de surveillance ([mécanisme OPCAT notamment](#)) de ces structures, afin que ces lieux ne restent pas « hors radar » et ne soient pas des zones de non-droit.
- Trouver urgemment une solution pour permettre aux personnes internées sans titre de séjour d'être libérées à l'essai dans des conditions égales à celles dont ont pu bénéficier les autres personnes internées libérées à l'essai. Élargir davantage la possibilité de mobiliser l'article 9 bis de [la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers](#).
- Interdire tout retrait automatique du droit de conduire sur la base du statut de l'internement.



²⁹ La [législation antidiscrimination fédérale du 10 mai 2007](#) a récemment été réformée. Elle contient depuis lors un nouveau critère protégé de la *condition sociale* (art. 4.4^o) qui protège contre les discriminations notamment les personnes sans abri et les ex-détenus.

[Libération définitive]

[Enjeux de la réinsertion]

3.10 Libération définitive et enjeux de la réinsertion

3.10.1 Cadre légal

En dehors d'une libération en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise, la libération définitive peut être octroyée à la personne internée, à la suite d'une libération à l'essai de minimum 3 ans et à condition que le trouble mental soit suffisamment stabilisé pour qu'il n'y ait raisonnablement plus à craindre que la personne commette de nouveaux faits répondant aux critères de l'internement.

Notons que dans son [arrêt du 9 avril 2019](#) (uniquement en néerlandais), la Cour de cassation a jugé qu'une personne internée, dont le trouble mental est suffisamment stabilisé, doit être libérée définitivement sur base des articles 5.1.e et 5.4 de la Convention européenne des droits de l'Homme (droit à la liberté et à la sûreté), même si la période d'essai de trois ans n'a pas encore expiré.

Dans les trois mois qui précèdent la fin de l'essai, le service compétent des Communautés et le ministère public remettent respectivement un rapport final et un avis motivé à la CPS (art. 67).

Un mois avant la fin de l'essai, la CPS peut éventuellement solliciter une nouvelle expertise médico-légale, soit d'initiative, soit à la demande du ministère public. Dans ce cas, le délai d'essai est prolongé de quatre mois.

Une fois définitif, le jugement de la CPS qui octroie la libération définitive met fin à l'internement.

Inversement, lorsque la libération définitive est refusée, l'essai peut être prolongé pour une durée de deux ans, renouvelable indéfiniment.

3.10.2 Dans les faits

Ces dernières années, le nombre de libérations définitives octroyées reste à peu près stable (de 2019 à 2022 : respectivement 229, 210, 240, 217 personnes internées libérées définitivement).

Toutefois, des différences significatives existent entre les décisions des CPS francophones et néerlandophones. En effet, en 2022, 128 personnes ont été libérées définitivement par les CPS francophones sur un total de 292 dossiers examinés, contre 89 sur un total de 404 dossiers pour les CPS néerlandophones.

Cette différence s'explique, selon le gouvernement fédéral³⁰, par une plus grande propension à intégrer les personnes internées au sein du réseau régulier dans la partie francophone du pays. En d'autres termes, l'offre plus étendue de soins spécialisés (médico-légaux) dans la partie néerlandophone pourrait avoir pour effet secondaire de réduire le nombre de personnes internées qui passent dans les établissements ordinaires.

Se rétablir et se réinsérer dans la société, c'est aussi faire face à de multiples défis, dont celui d'accéder à une stabilité psychique, de détecter les signes avant-coureurs d'une rechute, d'entrer en lien avec l'autre, de vivre avec un passé qui peut nous rattraper médiatiquement, de faire ses propres choix...

En marge de la reconstruction de soi, la recherche d'un logement stable et d'un emploi fait partie des enjeux de la réinsertion et sont interreliés. Toutefois, la recherche d'un emploi peut compliquer la situation financière de la personne en raison de la perte des indemnités d'invalidité et des pièges à l'emploi.

³⁰ Voir [Plan d'Action Révisé](#) : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juin 2023, p. 35.

Une faille apparaît régulièrement lorsque le parcours médico-légal prend fin et que les personnes doivent alors se tourner vers d'autres organismes pour bénéficier de soins et de soutien, sans pouvoir se tourner vers le réseau d'ailleurs en qui elles avaient confiance (par exemple, les équipes mobiles qui ne peuvent intervenir au-delà des six mois qui suivent la libération définitive).



« Très souvent, les personnes internées sont fragilisées par le retour à la liberté. C'est parfois difficile pour nous, équipe mobile, d'arrêter l'accompagnement et de passer le relais, car le niveau d'accompagnement ne sera pas le même. (...) Il arrive qu'après la libération, il y ait de nouvelles mises en observation civiles ou des suicides (2 sur l'année 2021). La vie n'est simple pour personne, mais si vous ajoutez à cela une fragilité contextuelle, médicale... »
(Personnel - Soins ambulatoires - FR)

Beaucoup de personnes internées ont idéalisé leur vie à l'extérieur. Une fois libres, elles sont confrontées au coût de la vie, à la solitude... avec le risque qui en découle de retomber dans la consommation. Certaines d'entre elles disent souffrir longtemps de la stigmatisation d'avoir été un jour internée.

3.10.3 Recommandations d'Unia

- Offrir aux personnes qui quittent la mesure d'internement, la possibilité de prendre activement part au débat sur les questions de l'internement. Ceci afin de questionner/faire évoluer le système de l'internement et de répondre urgemment à la question du « Rien sur nous sans nous », principe incontournable de la Convention ONU.
- Trouver un équilibre entre le droit à l'information et le droit à l'oubli médiatique/numérique, afin de ne plus porter préjudice à la personne qui quitte la mesure d'internement et de respecter son droit à la vie privée.
- Se référer aux recommandations développées dans la partie « prévention » de ce présent rapport. Un budget conséquent devant être octroyé en matière de prévention, mais aussi de promotion de la santé mentale.

4. Conclusion

Depuis son entrée en vigueur sur le territoire belge en 2009, la Convention ONU s'est invitée dans le champ de l'internement pour protéger les droits des personnes internées. Ce traité international y convoque notamment le droit à une vie désinstitutionnalisée (art. 19 : droit à l'autonomie de vie), au-delà des droits civils et politiques déjà protégés par la Convention européenne des droits l'Homme.

Dans le cadre de sa mission de monitoring, Unia a appréhendé ces droits sous l'angle de la réinsertion. Un travail fait de belles rencontres où la parole a été donnée aux personnes situées au cœur de la mesure de l'internement, cependant insuffisamment entendues : les personnes internées, les professionnels, l'entourage.

En ressort un ensemble de recommandations, tantôt substantielles, tantôt plus concrètes à l'attention des autorités compétentes. Les unes amorceront une réflexion sur la pertinence ou l'opportunité des réglementations et pratiques existantes. Les autres veilleront à enclencher de nouvelles initiatives ou à renforcer des projets en cours. En effet, dans le sillage des condamnations de la Belgique par la Cour européenne des droits de l'Homme, de nombreuses avancées sont à saluer. Le cadre légal a été réformé. Les différents niveaux de pouvoir collaborent de façon transversale (avec l'aide, notamment, des coordinateur·trice·s TSI et CSEI). Le nombre de places dédiées à l'accueil des personnes internées en-dehors du circuit carcéral a augmenté. Le suivi des équipes mobiles TSI, tout au long du trajet de soins, facilite la sortie de l'internement et est salué comme une amélioration notable, désormais incontournable.

Et pourtant, malgré un engagement réel de la part des professionnel·le·s, la Belgique reste sous [la vigilance du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe](#) et est confrontée, aujourd'hui encore, à différents enjeux de taille.

Au départ de la mesure, le nombre de personnes qui intègrent le parcours de l'internement est en augmentation constante. Une étude en projet devrait en expliquer les raisons. Mais dès à présent, il convient de se demander si les moyens dédiés à l'expertise psychiatrique médico-légale en font un outil suffisamment solide pour éclairer le·la juge et lui permettre de placer sous la mesure les personnes à qui elle s'adresse réellement.

Tout au long de la mesure, les dispositifs de soins habilités à prendre en charge, de façon adéquate, les personnes internées sont insuffisants et saturés, particulièrement dans le circuit régulier. La fluidité du trajet de soins s'en trouve entravée. Ainsi, certaines personnes internées, pourtant recevables à une libération à l'essai, se retrouvent bloquées dans des lieux privés de liberté : au mieux dans un lieu de placement, au pire en annexe psychiatrique de prison, voire en régime ordinaire. Divers profils de personnes internées en font particulièrement les frais : les personnes avec un double diagnostic, les personnes âgées, les personnes avec une déficience intellectuelle.

En réponse, la tendance est d'augmenter le nombre de places dédiées à l'accueil des personnes internées au sein du circuit carcéral. Or la prison, dans les conditions actuelles, fracture des parcours de vie déjà fragiles. Renforcer le soin ne permettra en aucun cas de légitimer la présence des personnes internées en ces lieux.

La situation des personnes sans titre de séjour est plus préoccupante encore. Faute de mutuelle, elles n'ont tout simplement pas accès aux soins en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Prises en charge par la Justice, elles séjournent à tort en prison ou en EDS, sans perspective de libération à l'essai.

Le secteur est démuné face à ce public. Une nouvelle condamnation de la Belgique, spécifique à la situation des personnes sans titre de séjour, serait-elle la seule voie possible pour espérer que la Belgique s'empare enfin de la question ?

Par ailleurs, les personnes internées s'inscrivent dans un trajet de soins extrêmement sinueux, chargé et interdépendant de facteurs extérieurs (nombre de places disponibles dans le circuit de soins, présence d'un réseau solide, spécificité des CPS, des temps du soin et de la justice qui ne coïncident pas toujours...). Qui plus est, la durée de ce trajet est indéterminée. Cette absence de perspective temporelle décourage et angoisse les personnes. À minima, n'y a-t-il pas lieu d'inscrire le placement dans une durée limitée, éventuellement prolongeable, à l'instar de ce que la loi prévoit pour la libération à l'essai ? A fortiori lorsqu'on sait que le placement induit une privation de liberté.

Enfin, le double objectif (protéger la société et soigner la personne internée en vue de sa réinsertion) au fondement de la mesure fait surgir des questions extrêmement complexes : comment faire respecter les droits des patient·e·s dans le contexte d'un circuit fermé ? Comment lutter contre l'institutionnalisation des personnes internées dans des lieux de vie communautaire ? Comment concilier les fragilités inhérentes à la maladie mentale avec une demande constante d'adaptation ? Comment évaluer et gérer le risque qui découle des addictions ?

Les réponses seront certes plurielles, mais ne pourront en aucun cas s'ancrer dans une approche purement sécuritaire. Notre État de droit démocratique vaut mieux que cela. Il se doit d'abord de repenser l'affectation des moyens vers une pleine et entière effectivité des droits humains (accès à la santé, au logement, à la justice...).

Avant de sécuriser, revenons au bien-être des citoyen·ne·s dans leur globalité en tenant compte des principes d'autonomie, de participation et d'inclusion.

Peut-être alors les personnes internées pourront-elles se réinsérer dans une société responsable.

5. Annexes

La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes et autres projets du Ministre de la Justice

[La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement](#) est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Elle stipule que l'internement est « une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société ».

Cette loi énonce ainsi comme objectif, au même titre que la protection de la société, le soin de la personne internée. Elle met donc clairement l'accent sur le droit opposable des personnes internées à des soins adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, le champ d'application de la mesure d'internement est désormais limité aux infractions les plus graves. L'internement se conçoit désormais à l'égard des personnes atteintes d'un trouble mental et qui, au moment du jugement, remplissent trois conditions : avoir commis un crime ou un délit ayant porté atteinte ou menacé l'intégrité physique ou psychique de tiers³¹ ; l'auteur doit être atteint au moment de la décision d'un trouble qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ; il doit exister un danger que cette personne commette de nouveaux faits en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risques. La décision d'internement doit par ailleurs être précédée d'une expertise psychiatrique médico-légale (art. 9).

Dans le courant de l'année 2022 et 2023, Unia a réagi : à (l'avant-) projet de loi modifiant le livre 1^{er} du Code pénal ; au projet de loi en vue d'instaurer une mesure de sûreté pour la protection de la société ; au plan d'action révisé de 2023 faisant suite aux recommandations de la Belgique par la Cour européenne des droits de l'Homme ; à l'avant-projet de loi déposé en vue de modifier la loi de principes du 12 janvier 2005 et proposer un cadre juridique relatif au statut juridique interne des personnes internées.

Premièrement, l'avis formulé par Unia sur (l'avant-) projet de loi modifiant le livre 1^{er} du Code pénal fut rendu d'initiative. Il portait sur le concept de responsabilité atténuée au sens large, sur le traitement sous privation de liberté (art. 42) et le suivi prolongé (art. 46).

Sous l'angle de la Convention ONU, Unia regrette que ces différentes réformes amènent des dispositifs intrinsèquement liés à la présence d'un trouble psychique. Elles se fondent dès lors sur le critère du handicap et demeurent discriminatoires par nature. Elles répondent d'ailleurs à des objectifs davantage sécuritaires que d'égalité de traitement au sein du système de justice pénale.

Force est de constater par ailleurs que l'introduction du nouveau régime de responsabilité atténuée tend à questionner le lien direct entre irresponsabilité pénale et internement. Les champs d'intervention des différents régimes de responsabilité s'entremêlent et exposent le justiciable à des applications différenciées, pourtant déterminantes dans son parcours judiciaire et de soins.

Deuxièmement, la réaction d'Unia au plan d'action révisé (juillet 2023), fut rédigée conjointement avec le Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP) et l'Institut fédéral des droits de l'homme (FIRM), dans le cadre d'une

31 À défaut de rencontrer ces exigences, les autres infractions se retrouvent de facto exclues du champ d'application de la loi relative à l'internement. Les auteurs de ces infractions et dont les facultés mentales étaient abolies au moment des faits, se retrouvent-elles dans une situation de no man's land juridique dès lors qu'elles ne peuvent faire l'objet ni d'un internement (application faite de la loi de 2014), ni d'une condamnation (application faite de l'article 71 du Code pénal ?). Voir J.-C. Van Den Steen, « Pot-pourri III-internement : fragrances, méfiance et espérances », *J.T.*, 2016, pp.438 et 439. Quant aux personnes dont les facultés mentales étaient altérées (mais non abolies) au moment du fait et au moment du jugement mais pour lesquelles les autres conditions de l'internement ne sont pas réunies (par exemple l'atteinte à l'intégrité physique) rentreront dans la filière pénale classique à défaut de pouvoir bénéficier de l'acquittement prévu par l'article 71 du C.P. Or la gravité de l'acte est-elle nécessairement un indicateur de la gravité d'une pathologie nécessitant le soin ? Voir Y. Cartuyvels, O. Nederlandt., N. Colette-Basecqz., F. Vansillette, « De la loi de défense sociale de 1930 à l'internement de 2014 : remarques conclusives », *La loi du 5 mai relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?*, pp. 225-226.

communication conjointe adressée au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. Ce dernier en assure le suivi. Dans [sa décision](#), le Comité des Ministres tient compte de la communication et prend acte de [l'insuffisance des progrès](#) réalisés par la Belgique en matière de possibilités de soins des personnes internées en prison. Il demande notamment à la Belgique de :

- apporter une solution la plus rapide possible à l'augmentation du nombre de personnes internées et réaliser l'étude sur les causes de l'augmentation du nombre de personnes internées ;
- améliorer immédiatement les soins de santé prodigués aux personnes internées en prison ;
- accélérer la création des nouveaux CPL et élargir le nombre de places au sein du circuit de soins régulier ;
- mettre en place, sans retard, un mécanisme national de prévention de la torture qui pourra contrôler l'ensemble de ces centres et des hôpitaux psychiatriques ;
- renforcer le contrôle des CPS sur la situation des personnes internées.

Le Comité demande surtout à son secrétariat de préparer une résolution intérimaire qui sera adoptée en décembre 2024 en l'absence de progrès tangible d'ici là.

Enfin, la réaction d'Unia à l'avant-projet de loi déposé en vue de modifier la loi de principes du 12 janvier 2005 et de proposer un cadre juridique au statut juridique interne des personnes internées soulignait l'importance d'une solution structurelle garantissant la protection juridique des personnes internées dans le contexte pénitentiaire.

Convention ONU

Article 14 : Liberté et sécurité de la personne

1. Les États parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :
 - a) jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;
 - b) ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.
2. Les États parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables.

Le Comité ONU a rédigé des [directives](#) relatives à l'article 14 (uniquement en anglais). Ces directives 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 (voir infra).

De ce fait, le Comité ONU des droits des personnes handicapées 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 (...). »

En effet, « Toute personne, y compris handicapée, a l'obligation de ne pas causer de préjudice, et les systèmes juridiques fondés sur la règle de droit contiennent des lois pénales et autres pour traiter tout manquement à cette obligation. Les personnes handicapées ne sont souvent pas protégées sur un pied d'égalité avec les autres par ces lois, dans la mesure où elles dépendent d'un ensemble distinct de lois, notamment de lois sur la santé mentale ».

Article 19 : Autonomie de vie et inclusion dans la société

Les États parties reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :

- a) Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier.
- b) Les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation.
- c) Les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins.

Le Comité des Nations unies a rédigé des directives spécifiques sur le contenu et l'application de l'article 19 dans [l'observation générale n° 5](#). Le Comité pose le constat suivant: la Convention déclare que les personnes handicapées ont les mêmes droits que toutes les autres personnes. Pourtant, de nombreuses personnes handicapées font l'objet, depuis longtemps déjà, de discriminations et de limitations de leurs droits. Elles ne sont pas libres dans leurs choix et n'ont pas le contrôle de leur propre vie. On part trop souvent du principe qu'elles ne sont pas capables de vivre de façon autonome. C'est pourquoi les autorités investissent des fonds dans des établissements pour personnes handicapées et non dans des services sociaux. Les conséquences négatives de cette approche sont la ségrégation, la négligence, la dépendance envers la famille, une limitation de la liberté, la maltraitance et l'isolement.

Constats par les organes internationaux de violation des droits fondamentaux

Comité des droits des personnes handicapées

À la suite de l'examen de la Belgique au regard du respect de la Convention ONU, le Comité des droits des personnes handicapées a rendu ses [observations finales](#) le 1^{er} octobre 2014.

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

« de réviser la loi de 2014 (voir infra) (...) ; d'assurer aux personnes handicapées détenues en prison l'accès aux soins de santé sur un pied d'égalité avec les autres et sur la base du consentement libre et éclairé de la personne, (...) ; d'établir un mécanisme officiel d'examen des plaintes, indépendant et accessible à tous les détenus placés dans les prisons ou dans les institutions médico-légales ; de veiller à ce qu'aucun programme d'intervention extrajudiciaire tendant à faire basculer les individus dans des régimes d'internement dans des établissements de santé mentale ou leur imposant de participer à des services de santé mentale ne soit mis en œuvre, ces services devant être fournis sur la base d'un consentement libre et éclairé de la personne. »

Cour européenne des droits de l'Homme

Sous l'égide de l'ancienne loi de défense sociale, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné à plusieurs reprises la Belgique pour violation des droits fondamentaux des personnes internées dans les établissements pénitentiaires.³² L'arrêt pilote du 6 septembre 2016 retient particulièrement notre attention.³³

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

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

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

Faisant application de l'article 46 de la Convention européenne des droits de l'Homme³⁴, la Cour donne aux autorités belges un délai de deux ans pour organiser un système d'internement qui soit conforme à la dignité humaine.

Le 31 janvier 2019, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné la Belgique au sujet d'une personne internée en établissement de défense sociale qui se plaignait de n'avoir pas reçu de soins psychiatriques adéquats dans sa langue.³⁵ En appel, la grande chambre a conclu à une violation de l'art. 5 en raison du « *lien étroit entre la régularité de la détention de personnes atteintes de troubles psychiques et le caractère approprié du traitement de leur état de santé mentale* ». Ce faisant, la Cour subordonne la régularité de la détention à l'administration d'une thérapie adéquate. Elle confère à l'art. 5, §1, e) de la Convention européenne des droits de l'Homme une fonction thérapeutique en plus d'une fonction sociale de protection.³⁶

Outre deux décisions³⁷ rendues en 2023 actant l'accord de l'État d'indemniser les requérants, la Cour européenne des droits de l'Homme a rendu un arrêt ([Venken et autres C. Belgique](#)) le 6 avril 2021. L'affaire concerne cinq requêtes relatives à l'internement de cinq ressortissants belges dans l'aile psychiatrique de prisons ordinaires, et qui font suite à l'arrêt pilote W.D. c. Belgique. Les requérants alléguaient ne pas y avoir bénéficié d'une prise en charge thérapeutique adaptée à leur état de santé mentale et se plaignaient de l'absence d'un recours effectif pour faire évoluer leur situation.

Concernant le séjour dans l'aile psychiatrique d'une prison ordinaire, sans espoir réaliste de changement ni encadrement médical approprié, la Cour a jugé les conditions de la détention contraires aux articles 3 et 5 § 1 de la Convention européenne. En effet, cette longue période de détention a consti-

tué « *une épreuve particulièrement pénible ayant soumis les requérants à une détresse d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérente à la détention* ».

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

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

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

Dans son rapport qui a suivi sa visite, le CPT salue les efforts déployés par les autorités belges dans leur recherche d'une prise en charge adaptée des

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

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

36 I. Hachez, Y. Cartuyvels et O. Nederlandt, « Handicap et lieux privés de liberté », in *Les grands arrêts en matière de handicap*, Larcier, Bruxelles, 2020, p 777.

37 [Decherf et autres, n° 73573/14](#) et [Cuyvers et autres, n°19813/14](#).

personnes internées. De fait, la réforme du système de l'internement vise à terme un meilleur accompagnement des personnes internées dans des établissements spécialisés. Le CPT souligne à ce propos que, dans le CPL de Gand, la qualité des soins était globalement bonne, l'offre thérapeutique variée et menée par des équipes pluridisciplinaires généralement en nombre suffisant. En outre, l'information, l'implication et la participation du patient y sont privilégiées.

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

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

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

Entre autres recommandations, le CPT invite les autorités belges à multiplier les options de prise en charge, notamment au sein du circuit hospitalier, pour répondre aux besoins des personnes dont la place est ailleurs que dans les CPL, à impliquer davantage le SPF Santé dans la prise en charge des per-

sonnes internées en milieu pénitentiaire, à assurer une formation de base au travail en milieu psychiatrique à destination des agents pénitentiaires en contact avec des personnes internées, à renforcer le personnel de soins dans les établissements pénitentiaires et à prendre des mesures visant à revoir en profondeur les protocoles qui encadrent le recours aux pratiques d'isolement, aux moyens de contention mécanique et aux traitements médicamenteux sous contrainte.³⁸

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

En matière d'internement, la Cour européenne des droits de l'Homme et le Comité des droits des personnes handicapées adoptent des positions fondamentalement divergentes.³⁹

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

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

Ainsi, dans son arrêt du 31 janvier 2019, la Cour européenne des droits de l'Homme énonce explicitement que « l'article 5 tel qu'interprété aujourd'hui ne contient pas une interdiction de la détention fondée sur l'incapacité. »⁴⁰

38 Voir « [Rapport au Gouvernement de la Belgique](#) relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 mars au 6 avril 2017 », pp.48-72.

39 Voir I. Hachez, Y. Cartuyvels et O. Nederlandt, *op. cit.*, p 763 et s.

40 Arrêt *Rooman c. Belgique*, grande chambre, 31 janvier 2019.

Il n'en demeure pas moins que, pour être régulière, la privation de liberté doit être assortie de conditions à la fois procédurales et substantielles.⁴¹ Parmi ces conditions, l'article 5 requiert un lien entre le motif de la détention et le lieu et le régime de la détention.⁴² In fine, la détention d'une personne malade mentale ne sera régulière au regard de la Convention européenne, art. 5, 1, e) « que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié. »⁴³

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

Inversement, le système de la Convention ONU interdit toute privation de liberté justifiée par l'existence d'un handicap, ce même si au handicap, se greffe un autre motif de détention : la dangerosité de la personne ou des considérations de santé, par exemple.^{44 45}

Ainsi, les directives du Comité des droits des personnes handicapées relatives à l'article 14 rappellent 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' (...)* ». ⁴⁶

En effet, « Toute personne, y compris handicapée, a l'obligation de ne pas causer de préjudice, et les systèmes juridiques fondés sur la règle de droit contiennent des lois pénales et autres pour traiter tout manquement à cette obligation. Les personnes handicapées ne sont souvent pas protégées sur un pied d'égalité avec les autres par ces lois, dans la mesure où elles dépendent d'un ensemble distinct de lois, notamment de lois sur la santé mentale ». ⁴⁷

Aussi, dans ses [observations finales](#) adressées à la Belgique, le Comité des droits des personnes handicapées demande à la Belgique de réviser son système d'internement. Se prononçant sur la loi de 2014 relative à l'internement, le Comité précise : « Le Comité craint que la nouvelle loi relative à l'internement (...) ne soit pas en conformité avec la Convention. Les mesures de sécurité sont des formes de sanctions sociales qui ne sont pas adoptées sur la base du principe de proportionnalité, mais plutôt sur l'état d'une personne qui est considérée comme « dangereuse ». La procédure utilisée pour établir des mesures de sécurité pour les personnes considérées comme irresponsables de leurs actes est incompatible avec les garanties procédurales établies par le droit international des droits de l'homme, entre autres, la présomption d'innocence, le droit à la défense et le droit à un procès équitable ».

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

42 Voir, l'arrêt Ashingdane c. Royaume-Uni (§44).

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

44 « Cette position du Comité se fonde sur une compréhension sociale du handicap, une lecture formelle du principe d'égalité, une conception universelle de la capacité juridique et un parti pris défavorable à l'institutionnalisation ». Voir I. Isabelle, Y. Cartuyvels et O. Nederlandt, *op. cit.*, p. 766.

45 Notons à ce sujet que le haut-commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme fournit, dans une étude thématique visant à faire mieux connaître et comprendre la Convention ONU, une interprétation plus nuancée de l'article 14 de la Convention ONU (Étude thématique, A/HR/10/48, 26 janvier 2009, §49). Voir I. Hachez, Y. Cartuyvels et O. Nederlandt, *op. cit.*, pp. 767 et 768.

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

47 Directives du Comité des droits des personnes handicapées de septembre 2015 relatives à l'article 14 de la Convention ONU, G §14.

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

*« de réviser la loi de mai 2014 afin d'éliminer le système de mesures de sûreté pour les personnes handicapées qui sont déclarées irresponsables de leurs actes. Les personnes handicapées responsables d'avoir commis un crime doivent être jugées conformément à la procédure pénale ordinaire, sur un pied d'égalité avec les autres, et avec les mêmes garanties, ainsi qu'avec les aménagements procéduraux spécifiques nécessaires pour garantir leur participation égale dans le système de justice pénale ».*⁴⁸

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

48 [Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées](#) portant sur l'évaluation de la Belgique, 2014.

Colophon



Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ?
Recommandations d'Unia - 2023
Bruxelles, décembre 2023

Éditeur : Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances
Place Victor Horta, 40 boîte 40, 1060 Bruxelles
T +32 (0)2 212 30 00

Rédaction : Unia

Mise en page : Unia & studiOrama

Éditeur responsable : Els Keytsman

Nous remercions tous ceux qui ont participé à cette publication.

Plus d'informations auprès de laure.greban@unia.be (FR), quinten.vercruysse@unia.be (NL) ou marie.horlin@unia.be (FR)