

ANAHM (Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux)
Similes (association de familles et amis de personnes souffrant de troubles psychiques)
Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

Vendredi 25 février 2011

LA POLITIQUE DES OUBLIETTES
Internement des personnes
handicapées mentales et/ou
malades mentales

DOSSIER

PRÉAMBULE

La place des personnes handicapées mentales et malades mentales internées n'est pas en prison. Ces personnes doivent avoir accès aux apprentissages et aux soins adaptés à leur état et ce, en vue de leur réinsertion progressive dans la société. Nous demandons aux responsables politiques de prendre enfin ce problème à bras le corps !

Associations partenaires

1. Association nationale d'aide aux handicapés mentaux (ANAHM)

Notre association est à l'origine de la création de plus de 90 services et de l'adoption de mesures législatives en faveur des personnes handicapées mentales en Belgique. Elle est aussi le précurseur du mouvement européen et international actuel qui regroupe plus de 200 associations nationales : Inclusion Europe et Inclusion International.

Qui sommes-nous ?

Pluraliste, l'Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux asbl ANAHM – a été créée en 1959 à l'initiative de parents dans le but de venir en aide aux personnes présentant un handicap mental, quels que soient l'origine et le degré de gravité de leur handicap.

L'asbl ANAHM est un organe de vigilance se consacrant à la promotion et à la défense des intérêts et des droits des personnes avec un handicap mental et de leurs familles.

L'ANAHM travaille en lien étroit avec l'Association Francophone d'Aide aux Handicapés Mentaux asbl – AFrAHM – et Inclusie Vlaanderen vzw, deux associations qui en sont issues. Celles-ci poursuivent les mêmes objectifs que l'ANAHM mais aux niveaux communautaire et régional. Elles ont en outre développé divers services aux familles et aux personnes présentant un handicap mental.

Que faisons-nous ?

- dénoncer les injustices et faire changer les lois : actions de lobbying auprès des décideurs politiques
- encourager la participation des personnes handicapées mentales elles-mêmes à tous les aspects de la vie sociale
- organiser des journées d'étude pour les parents et les professionnels
- organiser des séminaires et des formations
- mettre à disposition pour tous un Centre de documentation avec plus de 6000 ouvrages : livres, revues, mémoires, vidéos (FR-NL-EN)
- assurer une permanence sociale, juridique et psychologique
- garantir l'accompagnement de la personne handicapée mentale adulte isolée via le service « Après Parents »

2. Similes

Similes a été créée officiellement fin 1967 pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que leurs familles.

Par cette appellation (*Similes* est un mot latin qui veut dire "semblables") *Similes* refuse la discrimination entre bien-portants et personnes atteintes de maladie mentale, recherche ce qui nous rapproche, et témoigne aux familles concernées qu'elles ne sont pas seules. Son action, qui se situe au-delà de toute distinction philosophique, politique et ethnique, est importante parce que l'organisation des soins en santé mentale est complexe et qu'elle comporte des aspects juridiques et sociaux.

Nos objectifs :

- **Aider** et soutenir les familles éprouvées dans la défense des intérêts matériels et moraux de leurs malades.
- **Soutenir** les personnes atteintes de troubles psychiques dans leur légitime désir de réintégration dans la société
- **Informier** et aider à la diffusion de l'information concernant les problèmes de santé mentale et de psychiatrie.
- **Susciter** la mise en place de mesures sociales en faveur des personnes malades, au niveau régional, national et international.
- **Collaborer** à la recherche scientifique.

3. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

1 Centre

En Belgique, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme intervient comme 'equality body' pour la promotion de l'égalité des chances et pour la lutte contre les discriminations. Le Centre est une institution publique, mais exerce ses activités en toute indépendance.

2 piliers

Le Centre a pour mission de promouvoir l'égalité des chances et de combattre toute forme de distinction, d'exclusion, de restriction ou de préférence fondée sur : la nationalité, la prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, l'âge, la conviction religieuse ou philosophique, l'état de santé actuel ou futur, le handicap, la conviction politique, la caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.

Le Centre a également pour mission de veiller au respect des droits fondamentaux des étrangers, d'éclairer les pouvoirs publics sur la nature et l'ampleur des flux migratoires et de développer la concertation et le dialogue avec tous les acteurs publics et privés concernés par les politiques d'accueil et d'intégration des immigrés. Le Centre est en outre chargé de stimuler la lutte contre la traite et le trafic des êtres humains.

3 métiers

Le Centre traite les signalements qui lui sont adressés et essaie d'arriver à une solution rapide via la conciliation, l'accompagnement juridique et, si besoin est, par des démarches judiciaires. En plus, il diffuse différentes informations et propose des sensibilisations et formations en vue de solutions structurelles.

Enfin, il fournit aussi des avis et des recommandations, sur demande ou sur sa propre initiative, pour arriver via une réglementation adaptée à des solutions pour les situations sociales récurrentes.

1. CADRE LÉGAL

Droits fondamentaux et non discrimination des personnes handicapées mentales ou malades mentales en milieu carcéral – décembre 2010

En vertu de **la loi du 15 février 1993**, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme est chargé de traiter des discriminations basées, notamment, sur le handicap et l'état de santé¹.

La discrimination est définie comme une distinction basée sur l'un de ces critères et qui ne peut être justifiée de manière objective et raisonnable.

Le champ d'application de la loi antidiscrimination du 10 mai 2007 s'étend au secteur des biens et services, qu'ils soient publics ou privés. La loi s'applique donc aux services publics tels les tribunaux et les établissements pénitentiaires relevant de la Justice.

La notion d'« **aménagements raisonnables** » pour les personnes handicapées est essentielle dans la législation antidiscrimination.

Les aménagements raisonnables y sont définis comme des « *mesures appropriées, prises en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder, de participer et progresser dans les domaines pour lesquels cette loi est d'application, sauf si ces mesures imposent à l'égard de la personne qui doit les adopter une charge disproportionnée.* » (art.4-12⁹)

Le refus de mettre en place des aménagements raisonnables en faveur d'une personne handicapée constitue une discrimination au sens de la loi.

Par exemple, une personne avec une déficience intellectuelle aura besoin de consignes claires, qu'on lui parle avec des mots simples et concrets.

A titre d'illustration, un procès avec une personne handicapée mentale a été organisé en Angleterre dans une petite salle, moins impressionnante que celle habituellement occupée, le langage a été adapté à la personne, des explications lui ont été données avant le déroulement du procès.

En Belgique, suite à l'intervention du Centre, une personne souffrant d'un handicap physique, a obtenu une chaise ergonomique dans sa cellule.

Ainsi les personnes handicapées, qu'elles soient en prison, en annexe psychiatrique ou en Établissement de Défense sociale, ont droit à des aménagements raisonnables répondant à leurs besoins spécifiques.

Les mesures prises à l'encontre des personnes handicapées incarcérées ou internées doivent être proportionnés : les exigences sécuritaires de ces mesures doivent trouver un juste équilibre afin de respecter les besoins liés au handicap de ces personnes.

« *L'objectif de protection de la société ne doit pas se faire au détriment de l'apport des soins adaptés* » dénoncent l'ANAHM et Similes.

D'autres situations peuvent être désignées comme discriminatoires au sens de la loi du 10 mai 2007. Ce sont les cas de **harcèlement** à l'encontre de personnes handicapées mentales ou malades mentales en prison. On ne peut ignorer ce type de comportement, lié aux préjugés et à la stigmatisation de ces groupes.

¹ La notion de handicap n'est pas définie dans la loi belge (10 mai 2007). On peut toutefois affirmer que le législateur belge a opté pour une approche large de la notion de handicap incluant tout trouble ou toute déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique qui peut entraver la participation équivalente aux domaines d'application de la loi.

Un harcèlement est considéré comme discriminatoire s'il est lié à l'un des critères protégés par la loi antidiscrimination, ici le handicap ou l'état de santé.

Pour rappel, le harcèlement est défini par un « *comportement indésirable et qui a pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité de la personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant* ».

Ces cas doivent être analysés individuellement dans le cadre de la législation antidiscrimination.

Enfin, un nouveau texte législatif, récemment ratifié par la Belgique, renforce et rappelle les droits fondamentaux des personnes handicapées : il s'agit de la **Convention internationale des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées**².

Cette convention rappelle que les personnes handicapées doivent pouvoir jouir de tous les droits civiques et politiques, économiques, sociaux et culturels, tels que déjà énoncés dans les Pactes et Conventions relatifs aux droits humains signés au niveau des Nations Unies.

La non-discrimination est un de ses principes généraux (art.3).

Elle reprend également le concept d'aménagements raisonnables pour les personnes handicapées et ce, dans tous les domaines visés par la Convention : « *on entend par « aménagement raisonnable » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales* » (art.2).

Les situations que connaissent certaines personnes handicapées en prison pourraient contrevenir à plusieurs articles de la Convention, notamment :

L'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.

Enfin l'article 15 pourrait s'appliquer à différentes situations dont sont victimes les personnes handicapées mentales et malades mentales en prison : harcèlement, manque de soins appropriés, négligences, durées particulièrement longues d'internement dans un lieu inapproprié (annexe psychiatrique, cellule de prison).

Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

² Ratifiée par la Belgique le 2 juillet 2009, elle est entrée en vigueur le 1^{er} août 2009.

1. *Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.*
2. *Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*

Ainsi, le Centre, préoccupé par la situation des personnes handicapées internées (ou incarcérées), soutient la démarche et les recommandations de l'ANAHM et de Similes.

En vertu des textes législatifs luttant contre les discriminations et promouvant les droits fondamentaux, le Centre demande qu'une attention particulière soit garantie aux besoins spécifiques de ces personnes lors de leur internement.

Enfin, le Centre demande la cessation des internements des personnes handicapées mentales et malades mentales **en prison**. Elles ont besoin d'un accès à des soins spécifiques, à des programmes, à un environnement et un encadrement adaptés à leur état.

2. REVENDICATIONS COMMUNES

A. La problématique

1. Ce que dit la loi

Lorsqu'une personne handicapée mentale ou malade mentale commet un crime ou un délit, le juge d'instruction (pendant l'enquête) ou le juge de fond (après l'instruction) doit déterminer si, au moment des faits, elle était responsable ou irresponsable de ses actes. Pour fonder sa décision, le juge peut « ordonner une expertise psychiatrique avec mise en observation ». **Selon la loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964, la personne déclarée « irresponsable de ses actes », fait l'objet d'une mesure d'internement, c'est-à-dire qu'elle doit être placée dans un Établissement de Défense sociale (EDS) ou, pour des raisons thérapeutiques, « dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner » (art.14).**

Les modalités d'exécution de l'internement sont fixées par les Commissions de défense sociale (CDS) réparties localement sur le territoire belge. Ces commissions sont composées d'un magistrat (Président), un psychiatre et un avocat. Sur base du dossier de l'interné et du résultat de l'expertise, la CDS désigne l'établissement dans lequel il devra séjourner.

Contrairement à la durée d'une condamnation, celle de l'internement est indéterminée.

Les internés sont évalués tous les six mois par la Commission de défense sociale qui statue sur les modalités d'application de la mesure ainsi que sur une hypothétique libération à l'essai. Cette modalité d'exécution permet à l'interné de poursuivre l'internement soit en dehors d'un établissement, soit dans un établissement, moyennant le respect de conditions durant un délai d'épreuve. « ... Dans le dernier cas, il peut s'agir d'un traitement ambulatoire en centre de jour ou dans un établissement de soins qui n'est pas reconnu pour accueillir des internés » (accueil en milieu ouvert).

La loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964 a été récemment remplacée par la « loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental ».

Le projet de loi s'est largement inspiré des travaux de la Commission « internement » (avril 1997) qui a réuni de nombreux experts en la matière. La nouvelle loi, initiative de Laurette Onkelinx, Ministre de la Justice de l'époque, a pour objet d'adapter celle de 1964 « *aux critiques émises notamment suite à l'affaire dite Dutroux, à l'évolution des connaissances scientifiques en matière de psychiatrie et à la réforme du droit de l'exécution des peines.*¹ »

L'objectif du législateur est double : d'une part, la protection de la société et d'autre part, un soutien thérapeutique adapté à la personne internée en vue de sa réinsertion dans la société. « *Suivant le législateur, il s'agit de développer, autour des Établissements de défense sociale, des structures d'accueil et de prise en charge thérapeutique adéquates afin que l'interné qui ne doit pas absolument rester dans une institution de défense sociale puisse trouver une solution adaptée à ses besoins, dans une structure plus souple et évoluer progressivement vers une réintégration totale dans la société...* ».³

Cependant, suite à de nombreuses critiques et interrogations, l'application de la nouvelle loi a été reportée au 1^{er} janvier 2012. Par conséquent, c'est toujours la loi de 1964 qui est d'application aujourd'hui.

³ Damien Vandermeersch, Magistrat, Professeur à l'U.C.L. et aux F.U.S.L., colloque du 9 novembre 2007 aux FUNDP de Namur.

2. La réalité sur le terrain

• Les annexes psychiatriques

La loi de défense sociale de 1964 prévoit dans son article 1^{er} que la mise en observation de l'inculpé « s'exécute dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire ». La mise en observation est une mesure d'instruction préparatoire s'apparentant à la détention préventive. La procédure de mise en observation a pour objectif d'établir un diagnostic sur l'état mental d'un inculpé et la décision de mise en observation peut être prise à toutes les phases de la procédure jusqu'à la décision définitive.

Conformément à l'article 6 de la loi de défense sociale, la durée du placement en observation est d'un mois au plus, prolongeable de mois en mois mais ne pouvant excéder six mois. Lorsque la mise en observation prend fin et que l'internement n'est pas immédiatement prononcé, l'inculpé reste sous les liens du mandat d'arrêt et le droit commun de la détention préventive lui est applicable.

Lorsque l'internement est ordonné, les articles 7 et suivants de la loi de défense sociale sont d'application. L'article 14 de la loi dispose que « l'internement a lieu dans l'établissement désigné par la Commission de défense sociale (...). Au moment où l'internement est ordonné, si l'inculpé se trouve en observation, il est maintenu à l'annexe psychiatrique en attendant la désignation d'un établissement par la Commission de défense sociale. Si au moment où l'internement est ordonné, l'inculpé est détenu dans un centre pénitentiaire, l'internement a lieu provisoirement dans l'annexe psychiatrique de ce centre ou à défaut de celle-ci, dans l'annexe désignée par la juridiction qui ordonne la mesure. »

L'article 14 de la loi de défense sociale induit des situations dans lesquelles les internés sont « parqués » momentanément dans les annexes psychiatriques, en attendant qu'ils puissent être transférés dans un Établissement de défense sociale (EDS). Par conséquent et en raison d'un manque de places dans les EDS, des personnes internées sont maintenues en milieu carcéral alors qu'elles n'y ont pas leur place. Selon le dossier du *Standaard* des 30 et 31 janvier 2010, **le total des internés séjournant dans les prisons belges a atteint 1094 personnes, ce qui représente environ 10% de la population carcérale.**

Le scénario d'une libération après six mois est extrêmement rare, voire improbable, de sorte que le séjour en prison des internés peut parfois s'étaler sur plusieurs années.

Équipes multidisciplinaires

En juin 2007, le Ministère de la Justice a mis en place des équipes multidisciplinaires dans les annexes et dans les Établissements de défense sociale. Ces équipes sont généralement composées des postes d'infirmier psychiatrique, psychologue coordinateur, assistant social, éducateur spécialisé, ergothérapeute et psychiatre.

La circulaire de 2007 prévoyait également la mise en place au sein des annexes de personnel pénitentiaire spécialement sélectionné et formé.

Lors de sa visite aux annexes de Lantin et Jamioulx, le Comité européen pour la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (CPT) a constaté que ces deux dispositions avaient été respectées : des équipes spécialisées ont développé un programme d'activités thérapeutiques et occupationnelles ; la sélection et la formation du personnel s'avère fructueuse en termes de motivation, dynamisme et aptitudes à gérer des situations délicates.

Néanmoins, le CPT estime que les équipes de soins - notamment en termes de soins psychiatriques - ainsi que le personnel pénitentiaire restent totalement insuffisants par rapport besoins constatés sur le terrain.

Bien que la situation des internés se soit sensiblement améliorée, des efforts substantiels restent à fournir pour atteindre l'objectif principal énoncé dans la circulaire de juin 2007, à savoir assurer aux internés « des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre ».

Il va sans dire que le séjour en annexe psychiatrique dans ces conditions « insuffisantes » est défavorable à l'amélioration de l'état de santé de l'interné, condition pourtant requise par la loi pour son éventuelle libération à l'essai.

- **Les Établissements de défense sociale**

Il existe trois Établissements de défense sociale (EDS) en Belgique, situés tous les trois en Communauté française : EDS de Paifve, Tournai (C.R.P. Les Marronniers) et Mons (C.H.P. Le Chêne aux Haies). Ces structures médico-légales sont conçues pour accueillir des internés dits « à moyen et à haut risque ». Étant donné l'absence d'établissements similaires en Flandre, le Ministère de la Justice prépare la construction de deux Centres de Psychiatrie Légale (CPL) à Gand (272 places) et à Anvers (180 places). Dans leur conception, ces centres combinent l'aspect sécuritaire (mesures de haute sécurité) à un encadrement thérapeutique approprié, suivant les mêmes critères qu'un hôpital psychiatrique. Selon les autorités compétentes, un partenariat entre les différents niveaux de pouvoir devrait servir ce double objectif : la Justice prendra en charge la sécurité et la gestion générale des deux centres, la Santé publique (niveaux fédéral, régional et communautaire), l'organisation et l'offre de soins. Ces deux structures devraient être opérationnelles en 2014.

En attendant, de nombreux internés continuent leur séjour inadéquat et incertain dans les annexes psychiatriques...

Manque de places et personnel insuffisant

Dans les Établissements de défense sociale existants, la situation en termes de personnel d'encadrement et de soins est similaire à celle des annexes : les équipes multidisciplinaires qui y sont affectées sont qualifiées mais restent insuffisantes. Par ailleurs, le manque de places s'y fait cruellement ressentir. Selon le dernier rapport du CPT, le temps d'attente moyen pour un interné pour rejoindre l'EDS de Paifve est de 4 ans. Le CPT avait été informé d'un projet d'ouverture d'une unité de 40 places à Paifve pour fin octobre 2009. A l'heure actuelle, le CPT s'enquiert de l'évolution de ce projet...

- **Réseaux et circuits de soins**

Après la Conférence interministérielle santé publique de mai 2004, les différents ministres en charge de la Santé ont décidé de soutenir une série de **projets pilotes**. Cette phase expérimentale visait l'organisation future des soins de santé mentale selon le principe des « **réseaux et circuits de soins** ».

L'idée est d'orienter la personne vers une structure adaptée à ses besoins spécifiques, de concevoir des réponses « sur mesure » en veillant à la continuité des soins apportés.

Pour autant que la réinsertion sociale de l'interné soit envisageable, le trajet de soins devrait le mener progressivement à réintégrer son milieu de vie ou du moins à le rapprocher de la vie en société.

Dans cette optique, des projets d'accueil spécifique pour internés ont vu le jour à Bierbeek, Zelzate, Rekem, Titeca (Bruxelles), Tournai et Dave et sont **financés par le SPF Santé publique**. Ils sont prévus pour accueillir des internés libérés à l'essai dits « à moyen risque ». Le type de structure proposée varie en fonction de la situation et des besoins de l'interné : hôpital psychiatrique, Maison de Soins Psychiatrique (MSP), habitation protégée (IHP).

En Flandre, suite à la présentation du rapport de la « Commission internement »⁴ en 1999, la Région flamande a élaboré un plan d'action visant à « ... *tracer un trajet de soins médico-légaux où les internés seront suivis, traités et guidés depuis leur relaxation de la prison jusqu'à et pendant les processus de réintégration dans nos sociétés.* »⁵

Un accueil spécifique est organisé pour les personnes malades mentales (notamment des habitats protégés ou accompagnés à Anvers), les personnes handicapées mentales (St Idesbald, Beernem et Zoersel) et les délinquants sexuels (Beernem, St Nicolas et St Trond). Ces projets sont reconnus et subsidiés par le **ministère flamand de la santé publique et du Bien-être**.

A notre connaissance, il n'existe pas actuellement de projets spécifiques pour les internés qui soient subsidiés par les régions wallonne et bruxelloise.

⁴ Commission mise en place par Stefan de Clerck, Ministre de la Justice en 1996, pour réviser la législation relative à l'internement.

⁵ In « Geen schuld, wel straf (condamné, pas coupable), ouvrage accompagnant le colloque du 20/05/10 au Musée Dr Guislain à Gand, page 90, le soin des internés.

B. Revendications communes

1. La prévention

- Nous demandons aux responsables politiques de reconnaître et de soutenir **de manière substantielle et à long terme** l'ensemble des programmes de prévention des délits ou crimes et ce, tant dans le secteur de la santé mentale que du handicap mental. L'appui de ces initiatives doit viser à la fois les personnes concernées, leur entourage familial et social. Un échantillon de ces projets est largement explicité dans la partie « revendications spécifiques » de notre Livre blanc.
- **La formation des agents publics, du personnel judiciaire et sécuritaire** aux spécificités de la maladie mentale et du handicap mental s'impose également.

2. L'expertise

Actuellement, il n'y a aucun contrôle de la qualité du travail des experts psychiatres. On constate un manque d'information et de formation de ces experts. Cela est dû au fait que cette fonction n'est pas du tout valorisée : les experts judiciaires ne disposent pas du temps et des moyens nécessaires pour accomplir leur mission de manière approfondie.

Les experts peuvent être désignés soit pendant l'enquête par le juge d'instruction (éventuellement sur réquisition du procureur du roi) ou par la juridiction d'instruction, soit à l'issue de l'enquête par la juridiction d'instruction ou de jugement.

Selon le rapport 2008 de l'OIP-Belgique⁶, les magistrats font appel à très peu de psychiatres différents (moins de 5 à Bruxelles) alors qu'ils sont débordés. Ils sont donc dans l'incapacité de répondre à la demande dans un délai raisonnable. La plupart du temps, les psychiatres ne voient les internés qu'une seule fois et ne leur consacrent que très peu de temps.

La mise en place d'une formation à l'expertise judiciaire permettrait une meilleure connaissance du cadre légal : « *Connaissant mieux le cadre où se joue sa partie, l'expert méconnaîtra moins facilement le respect dû à la personne puisque le fondement du droit est en principe ce respect irréductible posé en règle et qui devient l'exception dans toutes les pratiques approximatives* ».⁷

La sous valorisation de la fonction d'expert psychiatre se traduit aussi financièrement : « *Aux Pays-Bas, un expert psychiatre gagne 7 fois plus pour une expertise que ce que gagne son homologue dans notre pays...* »⁸

Le juge n'est pas tenu à l'avis de l'expert. Il fonde sa décision sur tous les éléments du dossier qu'il juge déterminants. Il peut aussi demander une contre-expertise ou faire appel à un collège d'experts pour éclairer son jugement. Néanmoins, la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (cf. point 3) ne confère pas à l'expertise psychiatrique un caractère contradictoire.

Or, afin de mieux répartir le pouvoir entre les différents intervenants (juge, expert, contre expert, avocat,...), l'expertise devrait être contradictoire. Le rapport d'expertise devrait pouvoir être soumis à l'avis d'un tiers reconnu. A tout le moins, l'expert agréé devrait être tenu de

⁶ Observatoire International des Prisons

⁷ Thérèse Deman-Mukenge, avocate au Barreau de Bruxelles, entretien avec l'ANAHM le 10-09-2010

⁸ Johan Baecke, expert psychiatre, in « De schandvlek van justitie », *De Standaard* des samedi 30 et dimanche 31 janvier 2010.

communiquer aux parties les préliminaires de son rapport avec la possibilité pour celles-ci d'y répondre.

Enfin, on constate un manque d'homogénéité dans la rédaction du rapport d'expertise. Les modalités de rédaction de ce rapport devraient être davantage précisées en fonction de critères objectifs.

Revendications

- ✓ **Valorisation de la fonction d'expert psychiatre :**
 - Création d'une formation spécialisée à l'expertise judiciaire, complémentaire à la formation de psychiatre, telle que reconnue actuellement aux Pays-Bas
 - Augmentation de la rémunération de l'expert psychiatre en adéquation avec sa formation et avec l'importance de sa mission
 - La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental prévoit la reconnaissance des experts par le Ministre de la Santé publique, ainsi qu'un modèle de rapport d'expertise fixé par le Roi. Ces dispositions doivent être établies en concertation avec les professionnels du secteur.
- ✓ **Création d'un centre d'observation** pour l'examen approfondi des personnes avant toute décision quant à la responsabilité ou l'irresponsabilité de leurs actes. Les personnes handicapées mentales ou malades mentales ayant commis un crime ou un délit doivent être mises en observation durant leur détention préventive et ce pour une durée suffisante. Un tel centre d'observation existe également aux Pays-Bas.
- ✓ **Expertise contradictoire**

3. Réforme de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental

L'entrée en vigueur de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental a été reportée au 1^{er} janvier 2012 (à la place du 1^{er} janvier 2009). Dans ce délai, nous souhaitons vivement le dépôt d'une loi de réforme.

Voici les lacunes que nous détectons à l'étude de la loi susmentionnée.

- **Expertise :** la nouvelle loi ne confère pas à l'expertise psychiatrique un caractère contradictoire. « *L'article 7 prévoit seulement que la personne expertisée peut communiquer par écrit aux experts judiciaires toutes les informations utiles pour l'expertise que lui fournit le médecin de son choix et que les experts sont tenus, avant de formuler leurs conclusions, de se prononcer sur ces informations qu'ils joignent à leur rapport* ». ⁹

Le rapport d'expertise devrait pouvoir être soumis à l'avis d'un tiers reconnu. A tout le moins, l'expert agréé devrait être tenu de communiquer aux parties les préliminaires de son rapport avec la possibilité pour celles-ci d'y répondre. (cf. point 2.)

⁹ Damien Vandermeersch, Magistrat, Professeur invité à l'U.C.L et aux F.U.S.L., colloque du 9/11/2007 au FUNDP de Namur : la nouvelle loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental.

- **Champ d'application de la loi**

La loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964 définit l'inculpé pouvant être « placé en observation » comme étant « soit dans un état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions ». Dans la loi du 21 avril 2007, ces termes ont été remplacés par « atteint d'un trouble mental ».

Selon Thérèse Deman-Mukenge, avocate au Barreau de Bruxelles¹⁰, cette appellation « *multiplie considérablement le nombre de personnes susceptibles d'être sous le coup de la loi, plus qu'auparavant* ». Nous saluons la volonté du législateur d'adapter la terminologie à l'air du temps. Toutefois, nous craignons que ce terme générique n'englobe un trop grand nombre de personnes, recouvrant sans nuance des réalités bien différentes : démence, maladie mentale légère ou grave, handicap mental léger, modéré ou sévère, lésion cérébrale, Alzheimer, ...

L'identification des personnes pouvant faire l'objet d'une mesure d'internement est une question délicate. Si la définition de concepts et de principes protège la personne d'éventuels diagnostics ou décisions arbitraires, il ne faut cependant pas sous-estimer le pouvoir d'appréciation du juge. Pour déterminer le champ d'application de la loi, il convient de trouver un équilibre entre ces deux balises, le juste degré de précision.

- **Confusion entre la notion de peine et de mesure de sûreté.**

La loi supprime les Commissions de défense sociale - ainsi que le psychiatre qui en fait partie - et confie la mise en œuvre de l'internement au Tribunal de l'Application des Peines (TAP) alors que l'internement n'est pas une peine mais une mesure de sûreté :

« ... en transmettant les compétences des anciennes Commissions de défense sociale et de la Commission supérieure de défense sociale au seul Tribunal de l'Application des Peines, le législateur a donné un signe symbolique très fort qui ramène, paradoxalement, les internés dans la communauté des condamnés »¹¹ En effet, « internés » et « condamnés » revêtent des profils bien différents, ce qui implique nécessairement des traitements différenciés et ordonnés par des instances distinctes.

Cette confusion se confirme dans la terminologie utilisée telle que, par exemple, la possibilité d'« internement avec incarcération immédiate » (art. 10).

Revendications

- ✓ **Définition actualisée et claire des personnes pouvant faire l'objet d'une mesure d'internement ;**
- ✓ **Maintien des Commissions de défense sociale actuelles et, a fortiori, de la présence d'un psychiatre en leur sein lequel doit être indépendant du lieu d'internement ;**
- ✓ **Distinction nette entre le traitement réservé aux internés et celui réservé aux condamnés ;**

¹⁰ Entretien avec l'ANAHM le 10-09-2010

¹¹ Réginald de Béco, avocat pénaliste au Barreau de Bruxelles, Président de la Commission Prisons de la Ligue des droits de l'Homme, Ancien membre de la Commission supérieure de défense sociale – colloque du 9/11/2007 au FUNDP de Namur.

- ✓ **Suppression dans la loi des termes pouvant prêter à confusion entre ces deux domaines d'intervention.**

- **Décalage entre la logique judiciaire et la logique médicale**

L'objectif du législateur est double : d'une part, la protection de la société et, d'autre part, un soutien thérapeutique adapté à la personne internée en vue de sa réinsertion dans la société. La mesure d'internement se situe à la croisée des chemins entre la justice et le secteur des soins de santé, ce qui implique une articulation pertinente de ces deux domaines d'intervention. A cet égard, la loi n'est pas sans failles...

« La libération à l'essai ne peut être accordée qu'à l'interné qui a déjà bénéficié d'une des modalités visées aux articles 18 (permission de sortie), 19 (congé), 21 (détention limitée) ou 22 (surveillance électronique)... Or, 40 à 50 % des internés comparaissent libres devant les Commissions de défense sociale sous l'empire de l'ancienne loi toujours en vigueur à l'heure actuelle... »¹¹

De façon plus générale, la loi semble privilégier l'objectif de protection de la société au détriment de l'apport de soins adaptés, alors que ces deux buts vont forcément de pair : *« ... la flexibilité requise par une thérapie appropriée (...) risque de se heurter à la rigidité de la réglementation mise en place, dictée avant tout par un souci de protection de la société reposant sur le constat de la dangerosité du sujet¹² L'exposé des motifs précise pourtant que « la prévention de la récidive et la protection des victimes passent nécessairement par une prise en charge thérapeutique appropriée de l'interné et par l'organisation de son retour progressif dans la société.¹³ »*

Revendications

- ✓ que les **modalités d'exécution** de l'internement incluent la possibilité pour la personne internée de suivre un programme d'activités socio éducatives et/ou psycho éducatives dans un lieu d'accueil adapté (centres de jour ou d'hébergement qui ne sont pas reconnus pour accueillir des internés) et ce au même titre que les autres modalités d'exécution mentionnés dans la loi (permissions de sortie, congés, détention limitée, surveillance électronique ou libération à l'essai).
- ✓ que les **traitements thérapeutiques ambulatoires** (établissements psychiatriques qui ne sont pas reconnus pour accueillir des internés) accordant une liberté plus ou moins grande à l'interné prennent également la forme d'une des modalités d'exécution de l'internement.

- **Séjour provisoire dans la section psychiatrique des prisons**

Lorsque les juridictions d'instruction ou de jugement ordonnent une *« expertise psychiatrique avec mise en observation... ils désignent la section psychiatrique de la prison dans laquelle l'inculpé doit être transféré pour mise en observation »*. (article 6)

De même, si les inculpés, prévenus ou accusés qui sont internés, sont déjà détenus ou font l'objet d'une décision d'internement avec *« incarcération immédiate »*, *« l'internement se*

¹² Damien Vandermeersch, Magistrat, Professeur invité à l'U.C.L et aux F.U.S.L., colloque du 9/11/2007 au FUNDP de Namur : la nouvelle loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental.

¹³ cfr Exposé des motifs, Doc. Parl., Chambre, S.O. 2006-2007, 2841/1, p.6

déroule provisoirement dans la section psychiatrique d'une prison désignée par la juridiction d'instruction ou de jugement » (art.10), jusqu'à leur transfert, souvent très tardif, dans un « établissement ou une section de défense sociale » ou un « établissement en mesure de dispenser les soins appropriés » désigné par le TAP (art.17).

Selon Réginald de Béco, ces dispositions constituent une violation de l'article 5 § 1 al. e) de la Convention européenne des droits de l'Homme et est en contradiction avec l'arrêt « Aerts c. Belgique » du 30 juillet 1998 de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Recueil des arrêts et décisions 1998-V, § 46). La Cour stipule, notamment, qu'« *il doit exister un certain lien entre, d'une part, le motif invoqué pour la privation de liberté autorisée et, de l'autre, le lieu et le régime de détention. En principe, la « détention » d'une personne comme malade mental ne sera « régulière » au regard de l'alinéa e) du § 1 (de l'article 5) que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié (arrêt Ashingdane c. Royaume-Uni du 28 mai 1985, série A n°93, p. 21, § 4).*

Revendication

✓ Toute disposition relative au placement des personnes internées dans un établissement pénitentiaire - et ce même dans les annexes psychiatriques – doit être **supprimée de la loi du 21 avril 2007.**

- **Conditions matérielles et financières pour la réinsertion sociale des internés**

La nouvelle loi doit fournir des garanties quant aux conditions matérielles et financières de réinsertion sociale des internés : maintien d'un minimum de droits sociaux pendant l'internement, réactivation rapide des allocations sociales au moment de la libération, accessibilité au logement,... (cf. point 6. « Réseaux et circuits de soins »)

4. Homogénéité de traitement selon les différentes Commissions de défense sociale

« L'internement est une loterie » titre le quotidien flamand *De Standaard* dans son dossier « De schandvlek van Justitie »¹⁴ (« La honte de la justice »).

Selon Johan Baeke, expert psychiatre interviewé par *De Standaard*, on constate une inégalité de traitement selon la Commission de défense sociale (CDS) en charge du dossier : «*Pour un même délit, vous pouvez être interné dans la province d'Anvers ou condamné dans la province de Flandre occidentale* ».

Comme développé au point a) al. 1^{er}, une définition plus claire des personnes pouvant faire l'objet d'une mesure d'internement permettrait une interprétation plus homogène de la loi.

Par ailleurs, nous déplorons que l'absence d'évaluation du travail des CDS donne lieu à des décisions subjectives et arbitraires dans le chef de certaines commissions. L'influence du président, magistrat, sur ses assesseurs, un psychiatre et un avocat, est parfois trop prépondérante.

Revendications

- ✓ une législation qui permette une application homogène du traitement des internés ;
- ✓ une évaluation régulière et un contrôle accru du travail effectué par les différentes CDS locales.

5. Pour une approche globale et différenciée de la personne

L'accueil, l'accompagnement et le traitement des personnes internées doivent envisager la personne **dans sa globalité, en lien avec son environnement familial et social**. Améliorer le cadre et la qualité de leur vie, tenir compte de leur situation et de leurs besoins spécifiques garantissent l'efficacité du traitement ainsi que l'acquisition de compétences « socialisantes ».

Plus particulièrement, les personnes handicapées mentales et/ou malades mentales internées doivent disposer d'un encadrement spécifique c'est-à-dire adapté non seulement à leur état de santé mais aussi à la particularité du handicap mental ou de la maladie mentale. Les personnes présentant un handicap mental n'ont pas les mêmes besoins que les personnes malades mentales : **ces deux publics doivent être traités de manière différenciée**.

Revendications

- ✓ Prise en compte de la parole et du vécu des internés, en ce compris leur contexte familial et social ;
- ✓ Continuité des soins à chaque étape du parcours ;
- ✓ Promotion du Plan d'Accompagnement thérapeutique Individualisé (PAI)

Propositions concrètes par rapport à la Commission de défense sociale :

- ✓ assurer une communication réelle entre, d'une part la CDS et, d'autre part l'interné et son entourage ;

¹⁴ Edition des 30 et 31 janvier 2010

- ✓ prévoir la possibilité de désigner, avec l'accord de l'interné, un référent psychosocial stable et spécialement formé, rémunéré par la collectivité. Ce référent sera chargé de le soutenir en vue d'assurer la continuité de ses soins et une aide psychosociale adaptée et ce, quels que soient sa situation et son lieu de vie ;
- ✓ tenir compte, dans les décisions à prendre le concernant, de la répercussion de celles-ci sur sa situation familiale et sur ses proches ;
- ✓ si l'état mental de l'interné le permet, préparer sa sortie en collaboration avec tous les intervenants de son réseau social (proches, administrateur provisoire,...), une attention étant portée à tous les éléments nécessaires à la réussite de sa réinsertion (sécurité sociale, logement, soutien affectif, capacités concrètes, occupations, suivi médical et psychosocial, activités socio éducatives...) et en facilitant les contacts requis à cet effet.

6. Sortir du carcéral et être dignement soigné

La place des personnes internées n'est pas en milieu carcéral. Ces personnes doivent être prises en charge par le secteur de la Santé et avoir accès à des soins et des programmes socioéducatifs adaptés à leur état.

Dans le cadre de la mise en œuvre du **Pacte international relatif aux droits civils et politiques**, le Comité des droits de l'Homme des Nations Unies a récemment publié ses observations finales après avoir examiné les rapports soumis par les États parties. Parmi les recommandations adressées à la Belgique, on peut lire « ... *L'État partie devrait veiller, ainsi que le Comité l'a recommandé dans ses précédentes observations finales, à mettre fin à la pratique de détention des malades mentaux dans les prisons et les annexes psychiatriques. Il devrait également accroître les places d'internement dans les Établissements de défense sociale et les conditions de vie des malades.* »¹⁵

Question : selon le dernier rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT), le temps d'attente moyen pour un interné pour rejoindre l'EDS de Paifve est de 4 ans. Le CPT avait été informé d'un projet d'ouverture d'une unité de 40 places à Paifve pour fin octobre 2009. Dans son rapport soumis au Comité des droits de l'Homme des Nations Unies en mars 2010, l'État belge affirme que les travaux ont débuté en mars 2008. Nous souhaitons connaître l'état d'avancement de ce projet...

Les annexes psychiatriques

a) Conditions d'hébergement

Dans son rapport d'activités de 2008, l'OIP affirme que les annexes sont les lieux les plus surpeuplés des prisons belges. A tel point que l'on relègue parfois des internés vers le cellulaire « normal ». De plus, la plupart des annexes accueillent non seulement des internés mais aussi des détenus présentant des troubles mentaux (suicidaires, toxicomanes...). Le mélange des pathologies aggrave l'état de santé des détenus, qui sont souvent parqués à trois 23h/24h dans une même cellule prévue pour 1 ou 2 personnes ...

A ce sujet, le Comité des droits de l'Homme des Nations Unies se montre « préoccupé par les conditions de détention dans les prisons belges, en particulier par la surpopulation carcérale,

¹⁵ Examen des rapport soumis par les États parties conformément à l'article 40 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, projet d'observations finales du Comité des droits de l'Homme des nations Unies (page 5), Centième session, Genève, 11-29 octobre 2010.

dont le taux s'élève à 150 % dans certaines prisons, la vétusté des bâtiments, et par le fait que la séparation entre détenus selon les régimes de détention n'est toujours pas assurée... ».¹⁶

Par ailleurs, nous attirons l'attention sur le risque d'abus des « plus forts » sur « les plus faibles » : le regroupement dans un même lieu de vie (ou faut-il dire « de survie ») de personnes aux réalités si différentes (maladie mentale, toxicomanie, autisme et handicap mental) favorise les mauvais traitements ou abus.

En juillet 2010, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT) publiait un rapport suite à une visite de sa délégation en Belgique du 28 septembre au 7 octobre 2009. Concernant l'annexe psychiatrique de la **prison de Jamioulx**, le CPT dénonce la présence de dortoirs malgré ses précédentes recommandations de les supprimer. Il souligne qu'« un dortoir de grande capacité n'est guère compatible avec les normes de la psychiatrie contemporaine ».

Le CPT recommande que les autorités belges entreprennent sans délai des travaux de restructuration afin d'héberger les patients en chambre à un ou deux lits et d'augmenter les infrastructures sanitaires... Cette restructuration doit être accompagnée d'un accroissement des activités récréatives, socioéducatives ou thérapeutiques.

Par ailleurs, le CPT dénonce l'hébergement, par manque de places dans l'annexe, d'internés dans des cellules classiques, dans les mêmes conditions que les autres détenus.

Paradoxe : il va sans dire que le séjour en annexe psychiatrique dans ces conditions insuffisantes est défavorable à l'amélioration de l'état de santé de l'interné, condition pourtant requise par la loi pour son éventuelle libération à l'essai.

b) Soins et encadrement thérapeutiques

La circulaire n° 1800 du 7/6/2007 prévoyait deux mesures :

- La mise en place d'équipes de soins multidisciplinaires dans les annexes et dans les EDS ;
- La mise en place au sein des annexes de personnel pénitentiaire spécialement sélectionné et formé.

Lors de sa visite aux annexes de Lantin et Jamioulx, le CPT a constaté que ces deux dispositions avaient été respectées : des équipes spécialisées ont développé un programme d'activités thérapeutiques et occupationnelles ; la sélection et la formation du personnel s'avère fructueuse en termes de motivation, dynamisme et aptitudes à gérer des situations délicates.

Les équipes multidisciplinaires sont composées des postes ETP infirmier psychiatrique, psychologue coordinateur/trice, assistant social, éducateur spécialisé, ergothérapeute et d'un mi-temps psychiatre. Le CPT salue cette réelle avancée mais souligne que l'emploi d'un psychiatre à mi-temps est « loin d'être satisfaisant en regard des soins exigés par les internés placés en annexe psychiatrique ». De plus, il constate que les psychiatres et infirmiers psychiatriques consacrent au moins 20 % de leur temps à des consultations et soins au profit du reste de la population pénale qui, sans cela, en serait totalement démunie !

Concernant le personnel pénitentiaire : bien que qualifié, il reste également insuffisant. Ainsi, par exemple, il se voit souvent obligé de placer des détenus en état d'agitation dans la cellule de sécurité de l'annexe ou dans la « cellule nue » de la maison d'arrêt où ils ne sont plus sous la surveillance de personnel spécialement formé.

¹⁶ Idem note n°17, page 5 du rapport, point 18.

Nous appuyons

la recommandation du CPT de recruter au moins un poste temps plein de psychiatre ainsi que la présence permanente (y compris la nuit et les fins de semaine) d'un infirmier psychiatrique dans l'annexe.

Bien que la situation des internés se soit sensiblement améliorée, et sur base des éléments constatés par le CPT, nous estimons que des efforts substantiels restent à fournir pour atteindre l'objectif principal énoncé dans la circulaire 1800, à savoir assurer aux internés « des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre ».

Au-delà de ces considérations, il est certain que les annexes psychiatriques des prisons ne seront jamais des lieux de soins et qu'il est urgent de créer de nouvelles structures spécifiques en défense sociale.

c) Gestion des urgences psychiatriques

De manière générale pour les deux annexes, la principale préoccupation du CPT est la gestion des urgences psychiatriques et, plus particulièrement, les risques de suicide ou d'agressivité.

Il constate que la réponse donnée est généralement de type sécuritaire (utilisation de cellules disciplinaires ou « cellules nues ») étant donné le manque d'alternatives et la réticence des établissements psychiatriques extérieurs à accepter des internés.

L'utilisation des cellules disciplinaires ne devrait jamais se faire à des fins médicales, c'est-à-dire comme « outil » afin de contenir un interné présentant des signes d'urgence psychiatrique. Pour le bien du détenu, il est préférable de privilégier l'hospitalisation dans un établissement de proximité, disposant de lits psychiatriques d'urgence.

Revendications

- ✓ Abolition de l'utilisation des cellules disciplinaires ;
- ✓ Les personnes handicapées mentales et malades mentales doivent être traitées et encadrées de manière **différenciée** selon leurs spécificités respectives ;
- ✓ Renforcement du personnel soignant qualifié dans les annexes et en cellule ;
- ✓ Renforcement conséquent du personnel pénitentiaire qualifié ;
- ✓ Formation du personnel (soignant et pénitentiaire) aux spécificités du handicap mental et de la maladie mentale ainsi qu'à la gestion adéquate de situations de crise ;
- ✓ **Des mesures doivent être prises rapidement pour**
 - assurer à tous les internés séjournant dans les annexes psychiatriques des conditions d'hébergement de qualité, l'accès à des soins adaptés et à des activités psycho et/ou socio éducatives.
 - ET SURTOUT sortir les internés du milieu carcéral et organiser leur accueil dans des dispositifs thérapeutiques et/ou socioéducatifs adaptés.

Nous souhaitons

- ✓ des informations concernant l'avancement des projets d'agrandissement de la capacité d'hébergement à l'EDS de Paifve (cf. supra) ;
- ✓ connaître l'état d'avancement des projets de construction de 450 places à Gand et à Anvers prévue pour 2012 à l'initiative du Ministère de la Justice.

7. Manque d'encadrement en Établissement de défense sociale

Les recommandations énoncées par le CPT dans son dernier rapport (cf. point 4.) concernant les conditions de vie et l'accès aux soins dans les annexes psychiatriques doivent également être appliquées aux Établissements de défense sociale (EDS).

Ces mesures doivent être conçues dans la perspective d'une réorientation de l'interné vers une structure thérapeutique et/ou socioéducative adaptée à son état, voire à terme, dans le but de sa réinsertion progressive dans la société.

Revendications

Au sein des EDS :

- ✓ augmentation substantielle du personnel soignant et encadrant ;
- ✓ formation du personnel soignant et encadrant aux spécificités du handicap mental et de la maladie mentale ainsi qu'à la gestion adéquate de situations de crise ;
- ✓ humanisation des conditions de vie et favoriser les possibilités de contacts avec les proches, en particulier en permettant aux internés d'exprimer leurs points de vue et leurs demandes par le biais de groupes de parole et d'action à créer au sein de l'établissement qui les héberge.

8. Réseaux et Circuits de soins

« En juin 2002, les ministres fédéraux et communautaires de la Santé signent une « **Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins de santé mentale** ». La philosophie fondamentale de cette déclaration est de « *proposer pour chaque patient des soins répondant à ses besoins et qui sont de préférence dispensés dans l'entourage du patient.* »¹⁷

La mise en œuvre de cette politique intégrée débute en 2007 avec le financement par l'INAMI de « projets thérapeutiques » pour une période de 4 ans. Ils visent une meilleure collaboration entre les différents acteurs concernés dans le cadre et en dehors des soins de santé mentale (SSM).

¹⁷ in *Note d'information* : mise en œuvre de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins dans la réforme des SSM en exécution de la Déclaration interministérielle conjointe de juin 2002 et 2004, document du SPF Santé publique, <https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs>

Projet « psy107 »

Une étape récente dans l'évolution des SSM se fonde sur l'idée qu'il ne s'agit pas seulement d'offrir au patient des soins sur mesure et de préférence dans son entourage mais aussi de lui **présenter toutes les possibilités de réinsertion dans la société.**

Dans cette optique, le secteur de la santé mentale a choisi de réaliser sur base expérimentale des **réseaux et circuits de soins** avec tous les acteurs concernés.

La base légale de l'organisation des circuits et réseaux de soins a été fixée dans les articles 11 et 107 de l'AR portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (M.B. du 7 novembre 2008). »¹⁸

En mai 2010, le SPF Santé publique lance un appel à projets en vue de l'application de l'article 107. Ces projets doivent réunir l'ensemble des intervenants sur un territoire délimité afin de répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire. « *La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.* »¹⁹

Les partenariats ainsi créés doivent remplir 5 fonctions fondamentales :

- 1) Activités en matière de prévention et de promotion des SSM ;
- 2) Équipes mobiles de traitement intensif (problèmes aigus ou chroniques) ;
- 3) Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ;
- 4) Unités intensives de traitement résidentiel lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;
- 5) Formules résidentielles spécifiques.

Ces fonctions impliquent une collaboration entre tous les acteurs concernés ainsi qu'entre les différents niveaux de pouvoir. Cette concertation se déroule au sein de la task force de la Conférence interministérielle Santé publique.

Financement

L'article 107 de la loi sur les hôpitaux, précise qu'un hôpital peut utiliser de manière flexible une partie des moyens disponibles liés aux lits pour la réalisation des fonctions 2, 3 et 4 citées plus haut.

Concrètement, une partie du personnel soignant des services psychiatriques hospitaliers constituera une équipe mobile qui pourra fonctionner de manière flexible afin de dispenser au patient des soins à domicile et non plus à l'hôpital. Le personnel et les moyens doivent toutefois être utilisés pour combler les lacunes dans l'offre de soins en santé mentale actuelle pour un groupe cible d'âge et une zone d'action bien définis.

Des moyens complémentaires seront prévus en matière de formation, coordination et d'accompagnement scientifique pris en charge par le SPF Santé publique.

¹⁸ **Art. 107** : *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axés sur les programmes »*⁹

¹⁹ www.psy107.be

Projets spécifiques « internés »

Les groupes cibles concernés par la réforme des SSM sont : adultes, enfants, adolescents, personnes âgées, toxicomanie et dépendance, psychiatrie légale et personnes handicapées mentales avec troubles psychiatriques graves.¹⁷ Idéalement, un circuit de soins spécifique devrait être créé pour chacun d'eux, ce qui n'exclut pas une collaboration accrue entre les acteurs de ces différents secteurs.

Étant donné la réticence des institutions et services classiques à accueillir des internés, le SPF Santé publique a décidé en 2003 de soutenir des projets pilotes destinés uniquement à ce groupe cible. Ces projets sont situés à Bierbeek, Zelzate, Rekem, Bruxelles (Titeca), Tournai et Dave et sont conçus pour accueillir des internés libérés à l'essai dits « à moyen risque ». Le type de structure proposée varie en fonction de la situation et des besoins de l'interné : hôpital psychiatrique, Maison de Soins Psychiatriques (MSP), habitation protégée (IHP). L'ensemble de ces projets concerne environ 600 personnes.

Les Commissions de défense sociale (ou si la nouvelle loi n'est pas réformée, les Tribunaux de l'Application des Peines) en concertation avec tous les acteurs sociaux, prennent les décisions relatives à l'admission et au parcours de l'interné dans le circuit de soins. Initialement, il était prévu que des coordinateurs issus du secteur de la santé soient désignés, chargés de faire le lien entre la Commission de défense sociale et les institutions de soins psychiatriques. Selon nos informations, ce rôle crucial d'interface n'a pas encore été concrétisé...

Internement, réinsertion et droits sociaux

« La perte de certains droits sociaux (...) et le long chemin à faire pour les réinscrire fragilisent d'autant plus cette population déjà vulnérable. Ces facteurs peuvent être à l'origine des circonstances qui ont amené un malade mental à commettre un fait qualifié d'infraction. »²⁰

Constats

- **La plupart des droits sociaux des internés restent suspendus durant l'internement alors que certains devoirs sont maintenus.**

« En dehors de certaines exceptions comme la pension d'Etat, l'indemnité de mutuelle sous certaines conditions, le salaire lié à un éventuel travail durant l'internement, ... le paiement de tout autre revenu est suspendu durant l'internement, y compris celui de l'allocation aux personnes handicapées et le revenu d'intégration sociale (R.I.S.) (...) Malgré la suspension des revenus, les internés sont toujours redevables des frais de justice, des amendes pénales, du dédommagement aux victimes, de diverses taxes et du paiement des pensions alimentaires... »²¹ Étant donné la durée de l'internement, cette situation entraîne une accumulation de dettes qui rattrapent l'interné au moment de sa libération.

- **La restauration des droits au moment de la libération est très difficile à réaliser**

- Les organismes sociaux (Service des allocations aux handicapés, CPAS, ONEM, mutuelle...) n'ont aucune obligation par rapport à l'interné, pas même celle d'examiner

²⁰ « Soins et réinsertion des internés : perspectives en réseau », projet thérapeutique SSM mené par un réseau d'intervenants bruxellois : hôpitaux psychiatriques, Centres de santé mentale et services de soins de 1^{ère} ligne. Coordination administrative : Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT)

²¹ Groupe de travail Circuit de soins internés (GTCSI), « Problématique sociale des internés », document de mars 2009

sa situation avant sa libération. La plupart d'entre eux n'enregistre la demande que sur base d'une attestation de libération ;

- La mise en ordre du dossier de l'interné (réinscription, domiciliation, ...) retarde la réactivation des allocations sociales ce qui nécessite souvent de demander une avance au CPAS ;
- Le montant des avances octroyées ne dépasse pas le Revenu d'Intégration Sociale (RIS) ;
- En cas de refus d'intervention du CPAS, l'introduction de recours peut prendre plusieurs mois
- En cas de réactivation des allocations de chômage, *l'ONEM octroie le taux minimum, estimant que la personne est responsable de sa situation et a, par conséquent, « décidé » l'arrêt du travail au moment de l'arrestation.*²¹

Si le circuit de soins est une importante avancée en matière de réinsertion sociale, l'octroi rapide des allocations sociales et l'accès direct à la sécurité sociale au moment de la libération sont des conditions indispensables à la réinsertion sociale de l'interné et à l'utilisation optimale du circuit de soins.

• **Droit au logement**

Selon les concepteurs du « Projet 107 Hainaut Occidental »²², l'instabilité résidentielle est le deuxième facteur de rechute dans la maladie mentale. Ils signalent un manque important de logements salubres à prix abordable ou de propriétaires prêts à louer un bien à des patients présentant une pathologie psychiatrique, ce qui a pour effet d'allonger les durées d'hospitalisation.

Le contexte socioéconomique actuel (chômage, surendettement, familles monoparentales, isolement, augmentation spectaculaire du prix des logements...) fragilise davantage la population internée. **Dans la perspective de sa réinsertion sociale, il est indispensable d'ouvrir, ne fut-ce que ponctuellement, les réseaux de soins de santé mentale à d'autres secteurs : jeunes, personnes âgées, handicap mental, organismes sociaux ou socioculturels.**

Revendications

- ✓ **Encourager les structures non judiciaires existantes** à s'ouvrir à certains internés

L'internement est la résultante judiciaire d'une problématique socio médicale plus vaste : la maladie mentale ou les difficultés liées au handicap mental se confrontent à l'environnement social, familial et/ou socioéconomique de la personne.

C'est pour cette raison que nous insistons sur l'importance de mener des actions préventives dans le champ de la santé mentale et/ou du handicap mental.

Ce raisonnement s'applique aussi à la phase de « circuit de soins » et de « sortie » du monde de la défense sociale.

Étant donné la situation particulière de ce public, à l'intersection du médical et du judiciaire, il est nécessaire de prévoir des projets thérapeutiques et/ou socioéducatifs spécifiques. Toutefois, en vue d'optimiser leur réinsertion, il convient de ne pas isoler les internés des

²² Projet de circuit de soins réunissant les acteurs sociaux et de la santé sur le territoire du Hainaut occidental. Coordination : CRP Les Marronniers à Tournai www.marronniers.be, p14 du dossier de candidature.

services généraux de santé mentale ou du secteur du handicap. En ce sens, les projets pilotes destinés aux internés (art.14 ou libérés à l'essai) doivent constituer une passerelle vers les circuits de soins et de services offerts à l'ensemble de la population.

Dans cette optique, nous demandons au politique de **promouvoir l'accueil des internés dans les institutions et services ordinaires** : hôpital psychiatrique, MSP, hébergement protégé communautaire ou individuel, équipes mobiles, centres de jour et d'hébergement pour personnes handicapées mentales, ... Cette **campagne de sensibilisation** ainsi que l'octroi de **moyens supplémentaires** pour l'accueil des internés dans le circuit de soins ordinaire ne peuvent être menés que via une étroite collaboration entre les différents niveaux de pouvoir.

- ✓ **Mise en place de « coordinateurs de circuits de soins externes » par le SPF Santé publique**

Dans le cadre des projets « internés » du SPF Santé publique, les coordinateurs chargés de faire le lien entre les instances judiciaires et les institutions de soins, doivent en principe être désignés par le SPF Justice.

Nous sommes opposés à cette répartition des tâches.

Le rôle du « coordinateur » est déterminant puisqu'il est censé proposer aux décideurs une institution ou un « trajet de soins », en fonction des besoins de l'interné.

Dans le même ordre d'idées que développé plus haut (l'interné doit, à terme, quitter le monde de la défense sociale pour revenir à celui des soins et services sociaux généraux), il est plus cohérent que la mise en place des coordinateurs soit prise en charge par le **SPF Santé publique**.

Dans la mesure où ses difficultés sont inhérentes aux domaines social et médical, il nous paraît essentiel que les conditions de réinsertion de l'interné soient garanties par les secteurs directement concernés, à savoir les professionnels du handicap mental et/ou de la santé mentale et non par les intervenants judiciaires.

Seuls les professionnels de terrain ont une connaissance suffisamment approfondie des services existants, de leur finalité et de leur fonctionnement, pour pouvoir proposer une solution adaptée aux besoins de la personne.

Le travail d'organisation du circuit de soins et de ses multiples acteurs via le projet « psy107" nécessite davantage que le coordinateur appartienne au champ de la santé mentale et participe à cette vaste réforme. Sans quoi, il est fort à craindre que les patients internés ne puissent pleinement bénéficier de cette offre de ré accrochage et de soutien à leur inclusion dans la société.

Par ailleurs, le maintien d'un référent judiciaire pour assurer ce rôle d'interface risque d'entretenir la stigmatisation dont sont déjà victimes les internés et a fortiori, la frilosité de bon nombre d'institutions à l'idée de les accueillir.

- ✓ **Garantir les conditions matérielles de la réinsertion sociale**
 - **Maintenir un minimum de droits sociaux (R.I.S.) durant l'internement** ne fut-ce que pour pouvoir assumer les obligations maintenues (frais de justice, amendes, ...)

- **Inclure la réinsertion des internés dans la politique de sécurité sociale** : en concertation avec le SPF sécurité sociale, sensibiliser les organismes sociaux à la problématique et leur octroyer des moyens supplémentaires afin que les personnes libérées puissent bénéficier rapidement des allocations sociales auxquelles elles ont droit ;
- **Anticiper la libération de l'interné** en concluant des accords avec la structure relais et en concertation avec les organismes sociaux concernés ;
- **Développer des solutions alternatives pour faciliter l'accès au logement** : services intermédiaires entre les propriétaires privés et les patients psychiatriques ou les personnes handicapées mentales, partenariat avec les CPAS, les sociétés de logements sociaux ou les Agences Immobilières Sociales (A.I.S.), recherche de nouveaux partenaires dans le secteur des habitations protégées, ...

9. Cloisonnement des politiques = morcellement de la personne

En Belgique, le secteur des services aux personnes handicapées mentales et celui des soins *ambulatoires* en santé mentale relèvent de la compétence des Régions.

La Justice, le secteur des soins *résidentiels* en santé mentale et la gestion des établissements de type sécuritaire (annexes des prisons, EDS, ...) dépendent du Fédéral.

Les soins et l'encadrement des personnes internées sont à la croisée des chemins entre ces différents secteurs. Selon les professionnels de terrain²³, le manque flagrant de collaboration entre eux entrave la mise en place d'une politique cohérente et adaptée aux besoins spécifiques des internés.

Concernant les services médicaux en détention générale, le CPT évoquait dernièrement la création en 2005 d'un Conseil pénitentiaire de la santé. « Ce Conseil préconise une réforme des soins de santé en prison, notamment par une plus forte implication du Ministère de la Santé, voire par un transfert complet, à terme, de la responsabilité des soins en milieu pénitentiaire aux autorités de santé »²⁴.

Tout comme le CPT, nous saluons cette initiative et souhaitons « recevoir les commentaires des autorités belges sur l'éventuel transfert complet de la responsabilité des soins de santé en prison au Ministère de la Santé ».

Nécessité d'une politique transversale

Vu les compétences morcelées de l'État fédéral, des Communautés et des Régions, une **Commission interministérielle Santé/Justice/affaires sociales** doit être mise sur pied pour favoriser la complémentarité des compétences, la concertation et la collaboration entre les différents niveaux de pouvoir.

Concertation permanente entre les différents acteurs

Nous proposons l'établissement d'une concertation **permanente** des secteurs médical, judiciaire et de l'aide sociale par le biais d'accords de coopération santé/justice, **une place y étant donnée aux organisations représentatives des usagers et des proches.**

²³ Cf. enquête des Professeurs Béa Maes, Johan Goethals et Sarah Verlinden : Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel, Februari 2009, p. 62 4.5: samenwerking tussen Justitie, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

²⁴ Rapport du CPT de juillet 2010, page 52 point 5.

L'objectif est d'harmoniser les points de vue des deux secteurs en vue de mieux assurer à la fois le traitement des internés et la protection de la société.

Ces accords de coopération visent le recensement des besoins, la recherche de solutions et leur mise en œuvre efficace.

Nous recommandons une extension, au moins occasionnelle, de cette concertation à d'autres secteurs impliqués : logement, emploi, formation, enseignement, culture, sécurité sociale, etc., le but ultime étant la mise sur pied de conditions positives à la réinsertion des internés.

Revendications

- ✓ Mise en place d'une Commission interministérielle Santé/Justice/Affaires sociales ;
- ✓ Concertation permanente des secteurs médical et judiciaire ;
- ✓ Concertation élargie à d'autres secteurs impliqués.

C. Conclusion

La problématique des personnes internées doit être envisagée de manière globale et transversale.

La politique en cette matière est à la frontière entre la protection de la société et le soutien thérapeutique de l'interné. A fortiori, elle nécessite une collaboration étroite entre les ministères de la Justice, des Affaires sociales et de la Santé ainsi qu'entre les secteurs professionnels concernés.

Le décloisonnement de ces différents niveaux d'intervention ainsi qu'une meilleure coordination entre l'État fédéral et les autres niveaux de pouvoirs doit conduire à une politique intégrée et préventive.