



Isabelle Hachez et Nicolas Marquis (dir.)

Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap
Actes de la Conférence Alter 2022

Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles

L'internement « pénal » en Belgique à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation

Yves Cartuyvels, Sophie De Spiegeleir, Mathieu Galmart, Tarik Oudghiri Idrissi et Ciska Wittouk

DOI : 10.4000/books.pusl.30651

Éditeur : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles

Lieu d'édition : Bruxelles

Année d'édition : 2024

Date de mise en ligne : 25 mars 2024

Collection : Collection générale

EAN électronique : 978-2-8028-0287-7



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

CARTUYVELS, Yves ; et al. *L'internement « pénal » en Belgique à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation* In : *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap : Actes de la Conférence Alter 2022* [en ligne]. Bruxelles : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2024 (généré le 04 avril 2024). Disponible sur Internet : <<https://books.openedition.org/pusl/30651>>. ISBN : 978-2-8028-0287-7. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pusl.30651>.

Le texte seul est utilisable sous licence . Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

*L'internement
« pénal »
en Belgique
à l'épreuve
du handicap
et de la désinstitu-
tionnalisation*

*L'internement « pénal » en Belgique
à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation*

Yves Cartuyvels,
professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)
Sophie De Spiegeleir,
doctorante, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)
Mathieu Galmart et Tarik Oudghiri Idrissi,
référénts des antennes Eolia et Sila de l'équipe mobile
du trajet de soins internés de la Cour d'appel de
Bruxelles- Brabant-Wallon (Belgique)
Ciska Wittouk,
junior postdoctoral researcher FWO (1290922N),
Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP),
Ghent University (Belgium)

1. LA PRIVATION DE LIBERTÉ DES AUTEURS D'INFRACTION EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL À L'AUNE DES DROITS FONDAMENTAUX

1.1. *Le système de l'internement en Belgique,
héritage d'une logique de défense sociale.*

1.2. *La jurisprudence de la Cr.EDH :
le « niveau de soin » comme critère de régularité
d'une privation de liberté.*

1.3. *La CDPH et la privation de liberté des internés :
un retour paradoxal à la case prison ?*

1.4. *Conclusion : de la prison à l'asile... et retour ?*

2. L'INTERNEMENT : DE L'INSTITUTION À LA DÉSINSTITUTIONNALISATION... ET VICE VERSA ?

2.1. *Terrain et méthodologie.*

2.2. *L'internement : « trajet de soins » et réforme 107.*

2.3. *Désinstitutionnaliser... pour mieux ré-institutionnaliser ?*

2.4. *Et pendant ce temps-là...
des efforts en cours pour moderniser l'hôpital psychiatrique.*

3. LES ÉQUIPES MOBILES DU TRAJET DE SOINS INTERNÉS. LA DÉSINSTITUTIONNALISATION COMME SEULE PERSPECTIVE ?

3.1. *Les équipes mobiles « Trajet de Soins Internés » :
une histoire, une philosophie, une offre de soins.*

3.2. *Une compétence territorialement limitée*

3.3. *Une intervention consentie et soumise à de multiples temporalités*

3.4. *Une entreprise de dé-coïncidence temporelle*

3.5. *La désinstitutionnalisation : des questions préalables
et des réponses issues de l'histoire des équipes mobiles TSI*

3.6. *Conclusion : un décalage critique pour rouvrir la question
de la désinstitutionnalisation ?*

4. LIVED-EXPERIENCE-AND-STRENGTHS-BASED STRATEGIES FOR PERSONS WITH AND INTERNMENT MEASURE AND THEIR FAMILIES

4.1. *Theoretical background and study methods in a nutshell*

4.2. *Multidisciplinary, lived-experience
and strengths-based recommendations*

4.3. *Conclusion*

Résumé :

La fin du XX^e siècle et le début du XXI^e sont marqués par une remise en cause de l'institution psychiatrique et de la prise en charge résidentielle des personnes malades mentales. La Belgique, traversée par ce mouvement, connaît un certain nombre de réformes encourageant l'offre ambulatoire des soins en santé mentale. La tendance est à la fermeture des lits psychiatriques en milieu hospitalier pour en ouvrir d'autres au sein de structures extrahospitalières, en milieu ouvert. Une des dernières réformes, communément appelée « Réforme 107 », vise la création de réseaux

et circuits de soins. Son objectif est de prodiguer des soins au patient dans son environnement de vie et d'engager de nombreux acteurs, issus de disciplines professionnelles différentes, dans la continuité des soins, ainsi que le patient lui-même et sa famille.

Dans ce pays, le régime de l'internement des auteurs d'infraction pénale atteints d'un trouble mental est lui aussi concerné par cette remise en question de l'institutionnalisation comme mode privilégié de prise en charge. Jusqu'au début du XXI^e siècle, le régime de l'internement était régi en Belgique par une loi de défense sociale de 1930, légèrement révisée en 1964, dont le pivot restait une mesure d'internement en institution souvent fermée. Une loi de 2014, qui réforme le système, modifie en principe cette approche : si elle ne supprime pas le recours au placement en institution, elle inscrit la notion de « trajet de soins » au cœur d'un dispositif qui vise à encourager une prise en charge plus rapide en ambulatoire, dans le cadre de la libération à l'essai, dernier sas avant une libération définitive. Le concept de « trajet de soins » entre en résonance avec les objectifs et fonctions de la Réforme 107 citée plus haut : dans le

cadre de cette réforme, des équipes mobiles pluridisciplinaires « Trajets de Soins Internés » (TSI) sont ainsi créées au côté des équipes mobiles générales « 107 ». La mission principale des équipes TSI est d'accompagner les personnes faisant l'objet d'une mesure d'internement tout au long de leur « trajet de soins », depuis les institutions fermées à leur parcours ambulatoire et, si nécessaire, jusqu'à 6 mois après leur libération définitive.

Dans le même temps, la question du traitement des personnes atteintes d'un trouble mental fait l'objet d'une nouvelle lecture à partir du prisme du handicap. Abordant la question des personnes en situation de handicap mental, la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de 2006 fait clairement référence aux personnes internées et son organe de contrôle, le Comité des droits des personnes handicapées, s'est montré fortement critique à l'égard de la politique d'institutionnalisation maintenue en Belgique par la loi de 2014. Au nom d'une lecture « sociale » du handicap, cet acteur semble plaider, dans son interprétation de l'article 14, pour une prise en charge accrue des personnes

en situation de handicap mental en milieu ouvert et pour une interdiction de leur institutionnalisation sous contrainte. Il apparaît toutefois que la lecture de l'article 14 autorise une autre interprétation, paradoxalement plus répressive, dès lors que la personne en situation de handicap mental a commis une infraction pénale.

Dans ce contexte, le présent panel a discuté des efforts et pratiques de désinstitutionnalisation sur la scène de l'internement pénal. Comment cette désinstitutionnalisation est-elle envisagée par deux textes majeurs du droit des droits fondamentaux, la Convention européenne des droits de l'homme et la Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées ? De quelle façon et sous quelles formes concrètes se décline la désinstitutionnalisation sur cette scène ? Comment prendre en charge *hors les murs* des personnes sous mesure d'internement ? En quoi consiste le travail des équipes mobiles TSI, chargées de suivre les personnes internées tout au long de leur « trajet de soins » ? Quel(s) rôle(s) jouent les acteurs divers entourant les personnes internées libérées à l'essai dans leur milieu de vie (parents,

proches, amis, associations, etc.) ?
Comment penser une trajectoire
hors de l'institution qui favorise
l'autonomie de la personne internée
et sa réinsertion dans la société ?

Mots-clés:

**INTERNEMENT • MALADIE MENTALE • PRISON
• TRAJECTS DE SOINS • ÉQUIPES MOBILES**

Le panel comprend quatre contributions :

1. LA PRIVATION DE LIBERTÉ DES AUTEURS D'INFRACTION
EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL À L'AUNE DES
DROITS FONDAMENTAUX

Yves Cartuyvels,

Professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)

2. L'INTERNEMENT : DE L'INSTITUTION À LA
DÉSINSTITUTIONNALISATION... ET VICE VERSA ?

Sophie De Spiegeleir,

Doctorante en sociologie-anthropologie,

UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)

3. LES ÉQUIPES MOBILES DU TRAJET DE SOINS INTERNÉS.
LA DÉSINSTITUTIONNALISATION COMME SEULE
PERSPECTIVE ?

Mathieu Galmart et Tarik Oudghiri Idrissi,

Référents des antennes Eolia et Sila de l'équipe mobile

du trajet de soins internés de la Cour d'appel de

Bruxelles- Brabant-Wallon (Belgique)

4. LIVED-EXPERIENCE-AND-STRENGTHS-BASED
STRATEGIES FOR PERSONS WITH AN INTERNMENT
MEASURE AND THEIR FAMILIES

Ciska Wittouk,

Junior postdoctoral researcher FWO (1290922N),

Institute for International Research on Criminal Policy

(IRCP), Ghent University (Belgium)

1. LA PRIVATION DE LIBERTÉ DES AUTEURS D'INFRACTION EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL À L'AUNE DES DROITS FONDAMENTAUX

Yves Cartuyvels,

Professeur, UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)

En Belgique, les auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental peuvent faire l'objet d'une mesure d'internement prévue par une loi relative à l'internement de 2014, dont les fondements remontent à une logique de défense sociale introduite au tournant des XIX^e et XX^e siècle¹. Fortement critiquée depuis la fin du XX^e siècle, la mesure d'internement démarre classiquement par une mesure de privation de liberté à durée indéterminée, alternative à la peine. Ce type de privation de liberté fait l'objet de critiques fortes au regard des standards de régularité de la privation de liberté promus par deux textes clés du droit des droits fondamentaux : la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) d'une part (2), la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) d'autre part (3). Et si la tonalité est critique des deux côtés, ce n'est pas nécessairement pour les mêmes raisons.

1.1. *Le système de l'internement en Belgique, héritage d'une logique de défense sociale.*

En Belgique, les auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental peuvent être privés de liberté à certaines conditions définies dans une loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Cette loi est l'héritière d'un système de défense sociale introduit dans ce domaine par une loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude du 9 avril 1930. Dès le départ, ce système de défense sociale pose le principe suivant : pour protéger la société contre des individus « anormaux » considérés comme « dangereux », il faut combler les lacunes de la répression pénale qui laisse échapper à la logique punitive des infracteurs « irresponsables » et prévoir pour ces derniers une mesure d'internement. Cette « mesure de sécurité et de soin », alternative au prononcé d'une peine, est à durée indéterminée, une durée qui sera fonction de l'évolution de la santé mentale de la personne et de sa dangerosité². L'internement doit normalement avoir lieu dans des établissements spécifiques, les Etablissements de défense sociale (EDS), que l'on se donne dès 1930 pour mission de créer. En pratique, le nombre très restreint d'EDS aura pour effet le maintien de nombreux internés en annexe psychiatrique de prison, dans un cadre carcéral *a priori* non prévu à cet effet.

1 — On trouvera une version plus élaborée des arguments présentés ici dans Y. Cartuyvels, La privation de liberté des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH *versus* CDPH, *Archives de Politique Criminelle*, 2022, 44, 87-103.

2 — J. CORNIL, « La loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude du 9 avril 1930 », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1930, 837-879 ; 1019-1069.

La loi de 2014 maintient ce principe : s'ils sont atteints d'un trouble mental de nature à exclure leur responsabilité pénale, les auteurs d'un crime ou d'un délit portant atteinte ou menaçant l'intégrité physique ou psychique d'un tiers, échappent au procès pénal³. Ils sortent donc de la filière pénale. Si, au moment du jugement, ils se trouvent toujours dans un état de trouble mental grave, soit un état qui « *abolit ou altère gravement leur capacité de discernement ou de contrôle de leurs actes* » (art. 9) et qu'ils présentent un risque de récidive, ils peuvent faire l'objet d'une mesure « d'internement » toujours à durée indéterminée, articulée autour d'un « trajet de soins ». Dans cette hypothèse, les internés sont, en règle générale, d'abord privés de leur liberté, avant de bénéficier d'un régime de libération à l'essai, stade préalable obligatoire à toute libération définitive⁴.

Les conditions de détention ou de privation de liberté imposées aux personnes internées ont fait l'objet de nombreuses critiques par les tribunaux belges⁵, par des acteurs de la société civile comme la Ligue belge des droits humains, l'Observatoire international des prisons⁶ ou encore par des chercheurs⁷. Sont épinglés, entre autres, le maintien des internés dans un cadre carcéral au sein des annexes psychiatriques de prison ; la violation, dans le chef des internés, de divers droits fondamentaux ; le manque criant de personnel de soins ou encore les lacunes du soin réduit à de la médication, distribuée souvent de manière automatisée ; des taux de surpopulation dans les annexes supérieurs à ceux, déjà problématiques, que l'on connaît dans les quartiers de droit commun en prison.

La Cour européenne des droits de l'homme (Cr.EDH) est également intervenue, condamnant régulièrement l'État belge, sur la base des articles 3 (traitement inhumain et dégradant) et 5 (détention irrégulière) de la *Convention Européenne des droits de l'homme*, parfois aussi sur la base de son article 2 (droit à la vie)⁸. La Convention constitue

3 — Art. 71 du Code pénal. Pour une analyse du concept de non-imputabilité tel que prévu par cet article, voy. N. COLETTE-BASECQZ, « La décision de la mesure d'internement », in O. NEDERLANDT, N. COLETTE-BASECQZ, F. VANSILLETTE, Y. CARTUYVELS (dir.), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?*, *Les dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie*, 2018, n° 26, 9-84.

4 — Pour une analyse détaillée, voy. O. NEDERLANDT, N. COLETTE-BASECQZ, F. VANSILLETTE, Y. CARTUYVELS (dir.), « La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ? », *Les dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie*, 2018, n° 26.

5 — Voy. e.a.: Mons, 26 décembre 2006 ; Civ. Liège (réf.), 17 septembre 2007 ; Civ. Liège, 27 avril 2009 ; Liège, 11 janvier 2010.

6 — Voy. e. a., la Ligue des droits de l'Homme (cf. e. a. la carte blanche du 5 juillet 2013 : « Annexes psychiatriques : dix ans d'extrême urgence », <http://www.liguedh.be/espace-presse/123-communiqués-de-presse-2012/1769-annexes-psychiatriques-dix-ans-d'extrême-urgence>); Observatoire International des Prisons, *Notice 2016 – Pour le droit à la dignité des personnes détenues*, p. 196).

7 — Cf. notamment Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER, A. WYVEKENS, *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, USL-B, 2010 ; P. COSYNS, J. GOETHAELS, « Penitentiary mental health care in Belgium », in B. KONRAD, B. VÖLMM (dir.), *Ethical issues in prison psychiatry*, Doordrecht, Springer, 2013, p. 145 à 151.

8 — Pour une analyse, voy. Y. CARTUYVELS, « La privation de liberté des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH », *Archives de Politique Criminelle*, 2022, 44, 87-103.

donc, en Belgique comme ailleurs en Europe, un repère fondamental en matière de régularité de la privation de liberté des internés. Mais il est un autre texte du « droit des droits fondamentaux », moins connu dans les milieux de l'internement, qui traite la même question : la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* de 2006 énonce elle aussi, en son article 14, à quelles conditions la privation de liberté des personnes atteintes d'un handicap mental peut être envisagée. Son organe de contrôle, le Comité des droits des personnes handicapées, basé à Genève, s'est lui aussi montré critique à l'égard du système belge de l'internement. Mais ni pour les mêmes raisons, ni sur les mêmes bases que la Cr.EDH. Ce sont donc ces deux positions contrastées, que je voudrais brièvement éclairer ici.

1.2. *La jurisprudence de la Cr.EDH :
le « niveau de soin » comme critère de régularité
d'une privation de liberté.*

Après divers arrêts rendus depuis 1998, la Cr. EDH rédige en 2016, sur une requête introduite par un interné, ce qu'on appelle un « arrêt-pilote »⁹ : à partir du cas dont elle est saisie, la Cour souligne l'existence d'un problème « structurel » et adresse à l'Etat belge des recommandations sur les moyens à mettre en œuvre pour y remédier. Le problème « structurel » identifié, ici à partir du cas d'une personne internée souffrant d'un « handicap mental », est celui de la détention des internés dans un cadre carcéral, soit pour la Belgique, en annexe psychiatrique de prison¹⁰.

Dans son arrêt, la Cour rappelle que l'internement ne peut être une mesure purement sécuritaire : il doit aussi avoir une dimension de soin. La Cour constate, qu'en Belgique, ce n'est « structurellement » pas le cas en annexe psychiatrique de prison. Elle accorde un délai de deux ans à l'État belge pour mettre fin à la détention prolongée des internés dans un cadre carcéral et, plus précisément, dans ces annexes psychiatriques de prison où, au vu des conditions de vie qui y règnent, les internés n'ont pas leur place.

Trois ans plus tard, en 2019, dans un autre arrêt, *Rooman contre Belgique*, la Cour condamne à nouveau la Belgique, toujours pour une insuffisance des soins dispensés à une personne internée. Toutefois – et c'est la différence avec l'arrêt précédent –, Mr. Rooman se trouvait placé non pas en annexe psychiatrique de prison, mais bien dans un Etablissement de défense sociale, en principe adapté à sa situation. Le message des juges de Strasbourg, ici encore, est limpide : placer les internés dans une institution psychiatrique, c'est mieux, mais cela ne suffit pas en soi. Pour être régulier, le placement contraint, quelle que soit l'institution, doit offrir réellement un niveau de soin suffisant et adapté à la situation de l'interné¹¹.

9 — La procédure de l'arrêt-pilote permet à la Cour d'identifier des problèmes structurels sous-jacents aux affaires qu'elle doit juger et d'adresser aux États des recommandations sur les moyens à mettre en œuvre pour y remédier.

10 — Cr.E.D.H., *arrêt W.D. c. Belgique*, 6 septembre 2016.

11 — Cr.E.D.H., *arrêt Rooman C. Belgique*, 31 janvier 2019, §208.

La jurisprudence de la Cr. EDH peut donc se résumer comme suit : d'une part, la Convention européenne des droits de l'homme ne s'oppose pas à l'octroi d'un statut d'impunité pénale aux auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental. Ces derniers peuvent être orientés vers la filière « para-pénale » d'un internement de sûreté et y faire l'objet d'une privation de liberté. Mais leur détention dans ce cadre « hospitalo-sécuritaire » ne sera régulière que si elle s'accompagne, où que ce soit, d'un niveau de soin suffisant. D'autre part, la Cour considère, qu'en Belgique, cette condition de « soin suffisant » n'est « structurellement » pas rencontrée dans un cadre carcéral. Elle se montre dès lors favorable à l'internement dans un cadre psychiatrique, au motif que les chances d'y obtenir un traitement adapté sont plus grandes qu'en prison. Entre la *prison-asile* (l'annexe psychiatrique de prison) et l'*asile-prison* (l'hôpital psychiatrique à sécurité renforcée/EDS), la Cour fait le choix pragmatique de l'*asile-prison* quand la privation de liberté paraît nécessaire¹².

1.3. La CDPH et la privation de liberté des internés : un retour paradoxal à la case prison ?

La Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006, est mal connue en Belgique dans les milieux de l'internement. Elle y est largement éclipsée par la Convention européenne des droits de l'homme et la jurisprudence de la Cr.EDH, son organe de contrôle. L'auteur de ces lignes a découvert ce texte récemment et en propose la lecture qui suit sous bénéfice d'inventaire, une lecture qui a évolué en regard d'une première approche proposée en 2020¹³.

Fruit d'un travail de *lobbying* intense effectué par divers acteurs du « *Disability movement* »¹⁴, la Convention de 2006 privilégie une lecture sociale du handicap : elle défend que le handicap est surtout le résultat de barrières comportementales et environnementales qui empêchent des personnes en situation de handicap de vivre en société sur une base d'égalité avec les autres (préambule de la Convention).

Porteuse d'une logique d'inclusion et de non-discrimination, la Convention et son interprète autorisé (le Comité des droits des personnes handicapées) posent un regard critique sur toute forme d'institutionnalisation des personnes en situation de handicap : une institution, avec ses règles et ses contraintes, empêche par définition de mener une vie autonome, digne et indépendante.

12 — Sur l'évolution de la jurisprudence de la Cour en ce sens, voyez Fr. TULKENS, Cl. DUBOIS-HAMDI, Prison et santé mentale. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, *Criminologie*, 2015, 48, 77-99.

13 — Pour le contraste entre ces deux approches, voy. I. HACHEZ, Y. CARTUYVELS, O. NEDERLANDT, « Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental », in I. HACHEZ, J. VRIELINK (dir.), *Les grands arrêts en matière de handicap*, Bruxelles, Larcier, 2020, pp. 750-781 et Y. CARTUYVELS, « La privation de liberté des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH », *Archives de Politique Criminelle*, op. cit., pp. 87-103.

14 — J. MORRIS, 'Independent living : the role of the disability movement in the development of government policy', in C. GLENDINNING, P. A. KEMP (eds.), *Cash and Care. Policy challenges in the welfare state*, The Policy Press, 2006, pp. 235-247.

Tel qu'interprété, l'article 19 de la Convention encourage dès lors, au nom de l'*independent living* (vie autonome), la fermeture des institutions et l'accompagnement dans le milieu de vie.

Se pose alors une question : peut-on, quand cela semble nécessaire, priver de leur liberté des personnes en situation de handicap mental et les « institutionnaliser » contre leur gré pour des motifs jugés impérieux ? L'article 14 de la CDPH aborde cette question et le Comité du droit des personnes handicapées en propose une lecture à double détente :

- a. L'article 14§1er pose d'abord un principe général, conforme à l'idéal de la désinstitutionnalisation porté par la Convention : la privation de liberté d'une personne sur la base du handicap est radicalement interdite, même si cette personne est dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Plutôt que d'institutionnaliser sous contrainte, les États doivent prévoir d'autres modes de prise en charge et d'accompagnement en milieu ouvert.
- b. Toutefois, l'article 14§2 semble bien prévoir une exception à ce principe lorsqu'une infraction pénale a été commise : si la personne en situation de handicap a commis une infraction pénale, la privation de liberté peut être régulièrement imposée pour autant qu'elle soit ordonnée au terme d'un jugement pénal, dans le respect des principes protecteurs du procès et du droit pénal (présomption d'innocence, droits de la défense, droit à un procès équitable, peine proportionnée à l'infraction et limitée dans le temps)¹⁵. Ceci se défend au nom des principes d'égalité formelle et de non-discrimination, voire d'un principe de symétrie assez classique entre droits et obligations : dès lors que l'on revendique l'octroi de droits ou d'une capacité juridique pour des personnes en situation de handicap mental (art. 12 de la Convention), il apparaît logique de leur reconnaître aussi une responsabilité pour les actes infractionnels qu'ils poseraient.

Dès lors, le Comité des droits des personnes handicapées recommande à la Belgique de réviser sa loi de 2014 relative à l'internement, au motif non pas tant qu'elle introduit une privation de liberté, mais bien que « 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 »¹⁶.

15 — Comité du droit des personnes handicapées, *Directives relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées*, 2015, §16 et 20.

16 — *Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées du 28 octobre 2014 concernant le rapport initial de la Belgique*, §27-28.

Autrement dit, si cette lecture est correcte, le Comité condamne l'internement à la belge, comme la Cr.EDH, mais pas pour les mêmes raisons. Ce n'est pas ici l'insuffisance du « niveau de soin » qui est mis en cause, mais le principe même d'un internement de sûreté, produit d'une filière « para-pénale » qui ne respecte pas les principes fondamentaux du procès pénal, avec ses garanties procédurales et une peine proportionnée à l'acte. Pour le comité, une logique d'égalité, d'inclusion et de non-discrimination amène à revenir sur un très vieux principe clé du droit pénal occidental, depuis le droit romain : celui de « l'insanity defense » ou de non imputabilité pénale pour cause de trouble mental, qui amène régulièrement à prévoir un système de prise en charge différent pour les auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental. Pour le Comité, les auteurs d'infraction en situation de handicap mental ont « droit », eux aussi, au procès pénal, avec ses garanties, la prison fût-elle au bout du chemin. C'est, dans l'abstrait, cohérent avec une bataille que mène le Comité pour la reconnaissance maximale de la capacité juridique à ces personnes (droit de vote, etc.).

1.4. Conclusion : de la prison à l'asile... et retour ?

En matière d'internement, le débat entre la *prison-asile* et l'*asile-prison* est ancien. Il a alimenté la discussion lors de l'adoption de la première loi belge de 1930 instaurant le régime de l'internement. A travers les positions contrastées des juges de Strasbourg et du Comité de Genève, le débat semble bien faire son retour aujourd'hui.

Entérinant une approche médicale du trouble mental, les juges de Strasbourg admettent le système « para-pénal » de l'internement, pour autant qu'il procure un niveau de soins suffisant aux personnes internées. Strasbourg privilégie l'asile-prison.

À l'inverse, le Comité des droits des personnes handicapées semble rejeter ce système « para-pénal » et le principe de non imputabilité pénale sur lequel il repose. Il faut juger au pénal les auteurs d'infraction en situation de handicap mental. Et voilà, indirectement, la prison-asile réhabilitée. A titre d'exception bien sûr, mais quand même...

2. L'INTERNEMENT : DE L'INSTITUTION À LA DÉSINSTITUTIONNALISATION... ET VICE VERSA ?

Sophie De Spiegeleir,

Doctorante en sociologie-anthropologie,
UCLouvain Saint-Louis Bruxelles (Belgique)

L'intervention est issue d'une recherche doctorale¹⁷, qui porte sur la prise en charge des personnes internées, c'est-à-dire des personnes ayant commis une infraction pénale reconnues irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental. Sur la base d'une sociologie des professions¹⁸ et d'une sociologie de la santé mentale¹⁹ et par le biais d'une enquête ethnographique, je m'intéresse aux pratiques des équipes professionnelles qui interviennent auprès de personnes internées et, en particulier, pendant la libération à l'essai, étape intermédiaire avant la libération définitive et la réinsertion sociale. Dans le cadre des actes de la conférence Alter 2022, *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*, j'interroge la place de l'institution²⁰ et son phénomène contraire, la désinstitutionnalisation, sur la scène de l'internement. Si pendant longtemps « internement » a souvent rimé avec « enfermement », qu'en est-il aujourd'hui ?

Je procèderai en trois temps. D'abord, je donne brièvement le contexte juridique et socio-historique de l'internement, mettant l'accent sur les dernières réformes du XXI^e siècle (1). Ensuite, je présente le chemin institutionnel des personnes internées, qui traduit une volonté de faire sortir l'internement des murs de l'institution (2). Enfin, je montre qu'à l'heure où la tendance est plutôt à la « désinstitutionnalisation », l'hôpital psychiatrique (et en particulier dans le contexte de l'internement) n'a, quant à lui, pas dit son dernier mot... (3).

2.1. Terrain et méthodologie.

Les données empiriques ici mobilisées sont issues d'une enquête ethnographique, menée en Belgique francophone dans le cadre de ma thèse de doctorat. L'enquête s'est déroulée auprès de deux dispositifs de

17 — La recherche s'inscrit dans le projet collectif interdisciplinaire (2019-2024) « AutonomiCap : l'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie », www.autonomicap-usaintlouis.org

18 — Voy. par exemple, Champy, F. (2012). *La sociologie des professions*. Presses universitaires de France. ; Ravon, B., et Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, 67(1), 74-81.

19 — Voy. par exemple, Velpy, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin. ; Velpy, L., Vidal-Naquet, P. A. et Eyraud, B. (Eds.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale: forcer, influencer, coopérer*. Presses universitaires de Rennes. ; Marquis, N. (2022). Des vies en dépendances. Pragmatique de la folie en institution psychiatrique. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, (76), 84-103.

20 — Par « institution », je fais référence ici à des espaces relativement clos, organisés autour de règles et de critères précis, qui justifient l'entrée dans et la sortie de ces lieux. Voy. Eyraud B., Velpy, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique*, ENA, p. 207-222. ; Lourau, R. (1970). L'analyse institutionnelle, Paris, *Les Éditions de Minuit*, 1970

prise en charge des personnes internées, et s'est étalée du mois d'août 2020 au mois de mars 2022 (à raison d'une moyenne de deux jours par semaine). D'une part, j'ai suivi une *antenne d'équipe mobile Trajet de Soins Internés* et, d'autre part, j'ai observé en immersion le quotidien de deux *unités psychiatriques médico-légales*. Pour chacun de ces dispositifs, j'ai tenté d'analyser, à partir d'une approche pragmatique, la façon dont les équipes professionnelles justifient, tout au long de leurs actions et discussions, leur cadre de travail et la façon dont elles évaluent une personne internée. Pour ce faire, j'ai observé leurs réunions d'équipe et j'ai réalisé des entretiens formels et « informels » avec quelques-uns des professionnels et des patients.

2.2. *L'internement : « trajet de soins » et réforme 107.*

En Belgique, l'internement²¹ est régi par la loi du 5 mai 2014, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016. En tant que mesure de sûreté, l'internement prive de liberté ou restreint la liberté des personnes ayant commis une infraction pénale reconnues irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental présent au moment de la décision judiciaire. Héritier direct de la philosophie de la « défense sociale », qui émerge, quant à elle, au début du XX^e siècle, l'internement vise un double objectif : protéger la société d'individus qui présentent un potentiel de dangerosité, et dispenser les soins nécessaires à ces mêmes individus afin de favoriser leur réinsertion sociale²². Pendant longtemps, la mesure a privilégié la mise à l'écart des personnes internées au sein d'institutions carcérales et/ou psychiatriques, dont il était très difficile, voire impossible, de sortir. Ces lieux d'enfermement peuvent, sans trop de difficultés, être qualifiés d'institutions « totales », au sens goffmanien du terme, car elles « enveloppent les reclus » enfermés « dans un réseau de contrainte » et les coupent du monde extérieur²³.

L'entrée dans le XXI^e siècle est marquée par l'avènement de nouveaux dispositifs de prise en charge pour les personnes internées, qui tendent à remettre en question l'institutionnalisation *forte* (et l'incarcération quasi systématique) dont ont généralement fait l'objet les personnes internées. Le « nouveau » régime légal en vigueur (la loi du 5 mai 2014) prévoit en effet d'articuler la mesure d'internement autour d'un « trajet de soins » (TSI) afin de dynamiser le parcours

21 — Je vise par « internement », auquel on colle parfois l'adjectif « pénal » ou « para-pénal », uniquement le régime réservé aux personnes ayant commis une infraction pénale et atteintes d'un trouble mental. J'exclus donc les personnes tombant sous le régime « civil » de la protection des malades mentaux en Belgique (voy., la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux).

22 — Cartuyvels, Y. (2018). L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre... In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 176, No. 4, pp. 395-403). Elsevier Masson.

23 — Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Éditions de minuit, p. 45-46

d'internement et d'encourager davantage la réinsertion²⁴. Au cours de ce trajet de soins, si les personnes internées passent encore de longues années au sein de structures carcérales et/ou hautement sécurisées (par exemple, l'annexe psychiatrique d'une prison, un Établissement de défense sociale, *etc.*), elles peuvent également être prises en charge, au moment de leur libération à l'essai – étape probatoire de la mesure avant d'accéder à la libération définitive – au sein d'unités psychiatriques médico-légales (UPML).

Mises sur pied à partir des années 2000 suite à un appel à « projet pilote » émis par le ministère de la Santé publique, les UPML sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques. Elles accueillent une petite trentaine de personnes internées en libération à l'essai, qui présentent un risque moyen de récidive (*medium risk*). L'émergence des UPML dans le champ de l'internement permet aux personnes internées de bénéficier de l'offre générale des soins de santé mentale et de se détacher peu à peu de l'étiquette de « personne détenue ».

La volonté d'inclure les personnes internées au régime régulier des soins psychiatriques s'accroît à partir des années 2010 avec l'avènement de la réforme fédérale des soins en santé mentale, communément appelée « psy107 » ou « Réforme 107 »²⁵. Cette réforme vise à créer des réseaux et circuits de soins et à dispenser des soins à toute personne concernée qui en ferait la demande depuis son lieu de vie. Si la réforme n'abolit pas l'hospitalisation ou le placement en institution, elle n'envisage un recours à ces modes de prise en charge qu'en dernière instance seulement. Organisée autour de différentes fonctions, la réforme prévoit notamment la prise en charge mobile et intensive des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et/ou chroniques depuis leur domicile. C'est dans cette logique que sont créées des équipes mobiles pluridisciplinaires TSI²⁶. Celles-ci ont pour mission d'accompagner la personne internée pour son trajet de soins tout au long de son parcours d'internement. Le recours à une équipe mobile TSI s'effectue sur une base volontaire et doit être « activé » par la personne internée. La création de ces équipes traduit une volonté de déstigmatiser la personne internée en assimilant celle-ci à n'importe quel autre usager de soins en santé mentale. Le trajet de soins idéal-typique de l'internement est illustratif à cet égard.

24 — Pour plus d'informations sur le contexte sociohistorique de l'internement, voy. la contribution de Yves Cartuyvels dans ce numéro.

25 — Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique: exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, 92(9), 731-745.

26 — Pour plus d'informations sur le travail de ces équipes, voy. la contribution de M. Galmart et T. Oudghiri Idrissi dans ce dossier et voy. De Spiegeleir S. (2022). L'internement à l'épreuve de l'ambulatoire en Belgique : le cas des équipes mobiles Trajet de Soin Internés (TSI), *Archives de Politique criminelle*, 2022, n°44, p. 199-213

2.3. Désinstitutionnaliser... pour mieux ré-institutionnaliser ?

Les observations ethnographiques permettent de rendre compte de la trajectoire « classique » du trajet de soins, autour de laquelle s'organise la mesure d'internement. Cette dernière peut être représentée selon trois stades. À noter que ceci ne constitue pas autant d'étapes successives obligatoires sur le plan légal.

En début de trajectoire, c'est-à-dire dès que l'internement est prononcé, la personne est « placée » et enfermée dans une structure fermée, présentant un haut niveau de sécurité. Par exemple, au sein d'une annexe psychiatrique de prison (quoique de manière temporaire), dans un Établissement de défense sociale ou encore dans un hôpital psychiatrique sécurisé. Ensuite, la personne internée peut entamer sa libération à l'essai, qui dure *a minima* trois ans, et qui peut être renouvelée tous les deux ans. C'est la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines, en tant qu'organe judiciaire en charge de contrôler l'exécution de la mesure, qui peut décider de l'octroi d'une libération à l'essai et des conditions probatoires qui en découlent. En général, la libération à l'essai est d'abord *résidentielle* : la personne intègre des institutions au régime généralement plus souple et semi-ouvert, prévues pour des personnes présentant un risque moyen de récidive. C'est à ce moment-ci de la trajectoire qu'interviennent notamment les unités psychiatriques médico-légales. Enfin, la libération à l'essai peut se poursuivre de façon plus *ambulatoire* (selon les termes de la loi du 5 mai 2014, art. 25) : la personne peut résider au sein de structures plus ouvertes et de plus petite taille, qui nécessitent une moindre intervention professionnelle ; par exemple, au sein d'habitations protégées, de maisons de soins psychiatriques, voire même à domicile.

À chacun de ces trois stades, un suivi par une équipe mobile TSI peut être envisagé. Ces dernières, basées sur un mode de fonctionnement ambulatoire par définition, ne se substituent pas à l'institution psychiatrique ou carcérale pour autant, mais prolongent la prise en charge institutionnelle à l'extérieur des murs. Autrement dit, on peut tout à fait se retrouver interné dans une annexe psychiatrique de prison ou dans une UPML, au moment de la libération à l'essai, et bénéficier d'un accompagnement par une équipe mobile TSI. Les différentes structures tentent de travailler sur un mode collaboratif, faisant généralement de l'équipe mobile TSI un important « partenaire » de soin.

Prenant appui sur cette représentation en trois étapes, le parcours idéal-typique de l'internement traduit le passage d'institutions « totales » vers une prise en charge institutionnelle partielle, qui dégage des possibilités de sortie pour les personnes internées²⁷.

27 — Pour rappel, le trajet de soins, tel que représenté ici, incarne un modèle « simplifié » et généralisé de la trajectoire de l'internement. Il existe de nombreux phénomènes de *revolving doors* (de « portes tournantes ») qui signifient qu'un patient réintègre à plusieurs reprises un même lieu d'internement après l'avoir quitté, suite par exemple à une « rechute » ou à la commission de nouveaux faits illicites.

Il semble, dès lors, que le trajet de soins dépeint un processus de « transinstitutionnalisation »²⁸ ou de désinstitutionnalisation par degrés. Si l'objectif est de désinstitutionnaliser, au sens d'encourager la sortie des personnes internées des institutions de soins, on constate, en pratique, que des formes de ré-institutionnalisation se produisent, ailleurs et autrement. Depuis les dernières réformes en la matière, l'internement semble donc avoir fait l'objet d'une métamorphose institutionnelle, impliquant des progressives désincarcérations et déshospitalisations des personnes internées, afin de les transférer vers d'autres structures, plus adaptées, plus ouvertes et essentiellement axées sur le soin. Si on regarde de plus près le parcours d'internement (2.) et son contexte sociohistorique (1.), on peut repérer au moins deux évolutions :

- a. une volonté de faire sortir l'internement de *l'institution* (pénitentiaire ou hospitalière), renversant progressivement l'idée selon laquelle l'internement correspondrait tout le temps et uniquement à un enfermement pur et dur ;
- b. et une volonté de faire sortir l'internement du *champ pénal* (ou du carcéral) en tentant, dans la mesure du possible, de confondre et de faire cohabiter les personnes internées avec les autres usagers de la psychiatrie, voire même de les associer aux discours et pratiques d'autres champs de l'intervention sociale (comme celui du handicap, par exemple). Le monde carcéral et le monde de la santé mentale deviendraient, dès lors, plus perméables.

2.4. Et pendant ce temps-là... des efforts en cours pour moderniser l'hôpital psychiatrique.

Sur le terrain, se produit, à rebours des efforts de « désinstitutionnalisation », au sens de « sorties des institutions », un processus inverse de revalorisation de l'institution psychiatrique, qui s'accompagne d'un changement de philosophie de soin.

Au moment de l'enquête ethnographique, plusieurs unités psychiatriques médico-légales, et par extension, plusieurs hôpitaux psychiatriques, font l'objet d'importants travaux de rénovation. Dans la même veine, une nouvelle « unité de soins intensifs psychiatriques », prévue exclusivement pour des personnes internées, a également vu le jour à l'automne 2021. Cette dernière a la particularité d'offrir une prise en charge intensive pour les personnes internées « en crise »²⁹. Pour les personnes internées, la tendance générale ne semble donc pas être à la suppression de lits d'hôpitaux, mais à la transformation et à l'amélioration du cadre hospitalier dans son ensemble afin de « moderniser l'hôpital » et d'offrir « un cadre de vie et de travail plus agréable et adapté ».

28 — Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past, *Psychiatric services*, 55(10), p.1112-1115.

29 — Cette nouvelle unité s'inscrit comme un maillon complémentaire du trajet de soins et se place en amont du passage par les UPML « classiques », censées accueillir des personnes plus stabilisées.

L'infrastructure des (futures) nouvelles UPML amène, certes, un vent de fraîcheur à la prise en charge des personnes internées à l'hôpital psychiatrique. Tout est pensé pour le confort et le bien-être des patients : du mobilier neuf aux couleurs apaisantes, de plus larges fenêtres, une salle d'apaisement, des infrastructures sportives, *etc.* Sont également prévues des chambres simples ou de deux lits en vue de respecter l'intimité des patients³⁰. Dans un souci de mettre à la disposition du patient tout ce dont il a besoin, les nouvelles constructions ont tendance à centraliser davantage les activités de la vie quotidienne à l'intérieur des murs de l'institution (machine à laver, petite restauration, possibilité d'acheter des produits de première nécessité). « C'est un hôtel de soin ici ! », ironise l'infirmière d'une nouvelle UPML.

Mais le déménagement des unités n'est pas né de la seule volonté de donner un coup de peinture aux anciens bâtiments. Lors des entretiens et des observations menés auprès des professionnels des UPML, c'est l'argumentaire du « rétablissement »³¹ qui est mis en avant. Pour ces derniers, ce nouveau « paradigme » de soins en santé mentale, signifie qu'on peut « vivre bien » et « vivre avec » le trouble mental. La focale est mise, d'une part, sur les compétences de la personne internée, dont il est désormais attendu qu'elle « participe à la thérapie et prenne part à la prise en charge » et, d'autre part, sur la relation soignant-soigné qu'il faut repenser à l'image d'une « co-construction » : « le personnel doit être au maximum présent dans l'espace de vie avec les patients », m'explique un médecin-psychiatre. Pour ce faire, on favorise l'usage de vitres pour séparer deux pièces ou une partie de pièce, et on évite d'organiser l'espace en couloirs et bureaux fermés : place à « l'ouverture » pour que professionnels et patients puissent se croiser en permanence et « travailler ensemble ».

Depuis les dernières réformes en matière d'internement, des efforts considérables (tant sur le plan humain que financier) sont déployés pour « fluidifier le trajet de soins » et favoriser la réinsertion sociale des personnes internées. Or, la sortie n'est pas (encore) possible pour tout le monde et, qui plus est, dans un contexte sécuritaire et « para-pénal »... En attendant, l'hôpital psychiatrique conserve sa place d'acteur principal dans la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble mental, tout en veillant à garantir un certain niveau de bien-être et, du mieux possible, à placer le patient au centre de l'intervention. L'institution (re)deviendrait-elle alors un lieu pour mieux se rétablir ?

30 — Dans les UPML actuelles (non-rénovées), les patients sont à trois ou quatre par chambre.

31 — Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement: un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, (1), 165-180.

3. LES ÉQUIPES MOBILES DU TRAJET DE SOINS INTERNÉS. LA DÉSINSTITUTIONNALISATION COMME SEULE PERSPECTIVE ?

Mathieu Galmart,

Référent des antennes Eolia et Sila de l'équipe mobile
du trajet de soins internés de la Cour d'appel
de Bruxelles- Brabant-Wallon (Belgique)

Tarik Oudghiri Idrissi,

Référent des antennes Eolia et Sila de l'équipe mobile
du trajet de soins internés de la Cour d'appel
de Bruxelles- Brabant-Wallon (Belgique)

La présente contribution à l'atelier portant sur *l'internement pénal en Belgique à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation* se propose d'aborder, à travers la perception des référents des deux antennes d'une équipe mobile du Trajet de Soins Internés (TSI), la question de la désinstitutionnalisation comme but à atteindre par ce dispositif.

Nous commencerons, dans un premier temps, par présenter succinctement l'histoire de l'équipe mobile du TSI, la philosophie de soins qui l'anime et les missions qui la régissent (1). Le second moment de cette contribution se penchera sur les compétences territoriales de ces dispositifs ambulatoires qui viennent nécessairement circonscrire un champ d'actions et de connaissances assez vaste (2). Nous aborderons ensuite l'importance particulière du consentement dans l'accompagnement proposé. Nous présenterons également une des caractéristiques du suivi, l'ajustement aux différentes temporalités rencontrées par la personne (3). Dans le prolongement de l'articulation des différentes temporalités, nous évoquerons les potentialités thérapeutiques d'une entreprise de « dé-coïncidence » des pratiques cliniques vis-à-vis de la temporalité judiciaire (4). Nous aborderons, enfin, les questions suscitées par la rencontre entre le concept de désinstitutionnalisation et des éléments retrouvés dans l'histoire passée, présente et futur de l'équipe mobile du TSI (5). Nous nous emploierons, dans les conclusions, à revenir sur le réductionnisme critique entourant l'institutionnalisation.

Cette contribution prend appui à la fois sur des éléments d'analyse généraux et sur notre expérience de terrain au sein de deux antennes d'équipe mobile TSI du ressort de la Cour d'appel de Bruxelles. Ceci explique que nous utilisions parfois la première personne du pluriel (« nous ») lorsque nous faisons référence à notre expérience de terrain.

3.1. *Les équipes mobiles « Trajet de Soins Internés » : une histoire, une philosophie, une offre de soins.*

Les équipes mobiles du TSI sont des dispositifs assez jeunes dans l'histoire de l'accompagnement de l'exécution de la mesure d'internement. Depuis 2001, différentes initiatives ont été prises par les ministères, aujourd'hui appelés « Service Public Fédéral, Santé Publique et Justice », pour l'élaboration de dispositifs de soins spécifiques pour les personnes internées.

Au sein de cette configuration, une équipe mobile d'« outreaching » est créée à partir de l'année 2009. Ce dispositif embryonnaire des équipes mobiles du TSI précède la réforme des soins en santé mentale dite projet 107 lancé en 2011. L'équipe mobile du TSI de la Cour d'appel de Bruxelles-Brabant-Wallon voit le jour en 2014. Celle-ci a connu plusieurs extensions de cadre et une réorganisation en deux antennes au cours de l'année 2019 afin de mieux couvrir, en ayant une connaissance spécifique, les territoires de réinsertion des personnes internées.

Aujourd'hui, les antennes Sila (Brabant Wallon) et Eolia (Bruxelles-Capitale) cherchent à faire sortir les personnes sous mesure d'internement des annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires en tentant de les inclure dans des dispositifs de soins spécifiques aux internés. Ces antennes veillent également à intégrer les personnes suivies, dans la mesure de leurs possibilités, au circuit de soins psychiatriques réguliers.

Les deux antennes de cette équipe mobile sont pluridisciplinaires. Elles comprennent en leurs seins des intervenants psycho-sociaux aux formations de base variées (psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, infirmiers, criminologues, ergothérapeutes, etc.) et complémentaires afin de mieux appréhender la multiplicité des problématiques rencontrées par ce public spécifique. Chaque antenne évolue sous la responsabilité médicale d'un médecin psychiatre qui supervise également l'activité clinique de l'équipe. Les référents de chaque antenne sont responsables de la philosophie de soins et de l'organisation du travail. Les antennes sont régies par une note organisationnelle émanant du SPF Santé Publique. Elles collaborent étroitement avec les coordinateurs du trajet de soins internés (TSI, relevant du SPF Santé Publique) ainsi que des coordinateurs du circuit de soins de santé externes internés (CSEI, relevant du SPF Justice). Ces collaborations apportent des facilités réciproques quant à l'accès aux informations sur l'évolution du réseau de soins et sur les attendus liés à la mesure d'internement et plus particulièrement sur la phase de libération à l'essai³².

L'équipe mobile du TSI s'inscrit résolument dans une philosophie de soins qui vise le rétablissement de la personne. Les deux antennes de la Cour d'appel de Bruxelles, ainsi que l'entièreté des équipes mobiles dédiées aux internés, partagent les mêmes missions.

Il s'agit de *construire et/ou de renforcer un trajet de soins adapté à chaque interné, quel que soit son profil*. La formulation de cette première mission présente l'étendue de l'offre de prise en charge. Il n'existe, pour les équipes mobiles du TSI, pas de critère d'exclusion qui porte sur des pathologies mentales particulières ou des passages à l'acte spécifiques. Le champ d'action de ce dispositif est donc important.

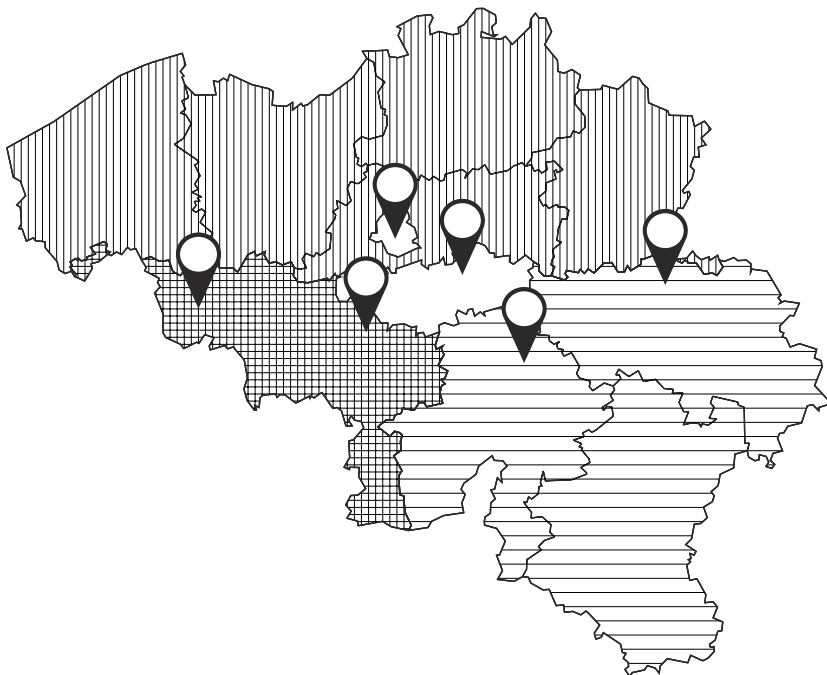
La note organisationnelle relate également les missions *d'octroi de soins en santé mentale dans le milieu de vie* ainsi qu'une mission

32 — La libération à l'essai est une libération sous conditions prononcée par la Chambre de Protection Sociale d'un Tribunal de l'Application des Peines. Cette juridiction chargée de l'exécution des peines (et mesures) est située au sein de chaque Cour d'appel.

de *préparation à une réinsertion dans la société*. Les équipes mobiles du TSI tentent d'éviter un nouveau passage par la prison et elles *s'assurent d'une continuité des soins*. Enfin, dans le cadre de sa mission de support, l'équipe mobile du TSI informe et sensibilise les personnes suivies, leurs proches ainsi que les partenaires du réseau de soins, à la mesure d'internement et à ses implications concrètes. Parallèlement, elle accueille et oriente adéquatement les demandes, qui ne relèveraient pas de ses missions, vers les acteurs pertinents.

3.2. Une compétence territorialement limitée

En Belgique francophone, il existe 3 équipes mobiles, soit une équipe mobile du TSI pour les ressorts territoriaux des Cours d'appel de Bruxelles-Brabant Wallon, Mons et Liège. Chaque équipe mobile est subdivisée en deux antennes.



Chaque antenne veille à assurer un lien avec les établissements pénitentiaires et les lieux de placement présents sur le territoire de leur Cour d'appel. Ces antennes entretiennent de bonnes collaborations avec le réseau de soins résidentiels dédiés aux personnes sous mesure d'internement (Unités d'hôpitaux psychiatriques, Initiative d'Habitations Protégées, Maisons de Soins psychiatriques). Elles construisent des ponts vers des réseaux de soins réguliers locaux et spécialisés dans les problématiques en santé mentale rencontrées par la personne

suivie (addiction, handicap, suivi d'auteurs de violences sexuelles, etc.). Elles cherchent également à établir des relations avec les partenaires nécessaires au suivi socio-administratif de la personne à réinsérer. L'élaboration de ces multiples réseaux nécessite de découvrir les logiques thérapeutiques, de travail ou d'intervention. L'entretien constant de l'interconnaissance entre les partenaires du réseau est primordial. Cette activité de connaissance de l'équipe mobile du TSI nécessitait que les territoires soient clairement délimités.

Les antennes d'équipes mobiles TSI peuvent également être sollicitées pour préparer un projet de réinsertion sur leur ressort territorial, et ce, même si les personnes ne sont pas incarcérées ou placées dans un établissement de la Cour d'appel où elles sont compétentes. À titre d'exemple, il n'est pas rare que les antennes de la Cour d'appel de Bruxelles-Brabant Wallon suivent des personnes incarcérées dans des annexes psychiatriques d'établissements pénitentiaires situés en dehors de celle-ci ainsi qu'à l'établissement de défense sociale de Paifve ou à l'Hôpital psychiatrique sécurisé des Marronniers à Tournai. La localisation de la prochaine étape du projet de réinsertion de la personne incarcérée ou placée permet à l'antenne d'être compétente en regard d'une situation qui se trouve actuellement en dehors de sa zone d'action et de connaissance.

Lorsqu'une personne suivie quitte le territoire d'une Cour d'appel pour les besoins de son projet de réinsertion, les antennes des équipes mobiles (compétentes territorialement) peuvent faire, en présence de la personne suivie, une *passation* de suivi afin que la personne puisse continuer à bénéficier d'un accompagnement par des intervenants qui connaissent les réalités institutionnelles de ces territoires.

3.3. Une intervention consentie et soumise à de multiples temporalités

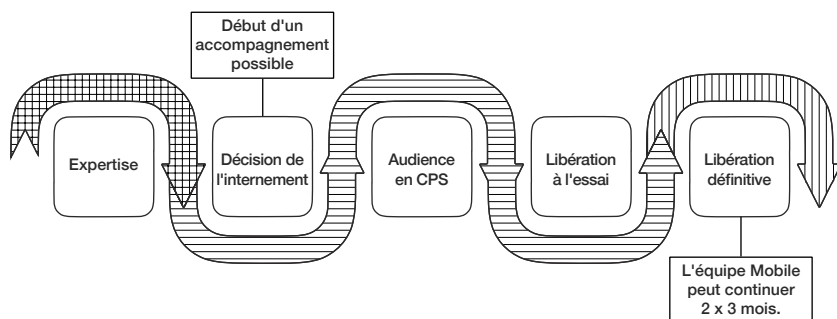
L'accompagnement proposé par l'équipe mobile du TSI est destiné aux personnes faisant l'objet d'une mesure d'internement qui est en cours d'exécution. Le suivi ne peut commencer qu'à partir du moment où l'internement de la personne concernée est prononcé et définitif. Une demande d'accompagnement peut être sollicitée par la personne sous mesure d'internement, mais elle peut également émaner d'un grand nombre d'acteurs impliqués dans la mesure. Nous pensons aux intervenants des services psycho-sociaux des prisons, aux avocats, aux proches de la personne, aux services d'aide aux détenus, aux intervenants hospitaliers, aux assistants de justice, aux médecins psychiatres chargés de la tutelle médicale durant la libération à l'essai, etc.

Lorsque cette demande provient d'un autre acteur, l'équipe mobile requiert généralement la présence de ce dernier lors de la première rencontre dans le but de favoriser notre contact avec la personne. En ce qui nous concerne, nous attachons une importance particulière à ce que notre accompagnement se fasse dans l'adhésion la plus libre possible pour une personne qui est déjà soumise, par ailleurs, à une mesure contraignante. L'accompagnement se fonde sur ce consentement.

Le secret professionnel et la concertation préalable (de la personne suivie) à des réunions réseaux sont des éléments protecteurs du lien thérapeutique. L'accompagnement se définit avec la personne suivie. Afin de garantir à la personne suivie une absence de contrainte émanant de ses conditions de libération à l'essai fixée par la Chambre de Protection Sociale, nous avons demandé à ce que notre suivi n'apparaisse pas dans ces conditions.

La place du consentement de la personne est un levier important de notre intervention. Lorsqu'un doute survient sur le maintien de ce consentement, nous reposons à la personne la question de la nécessité du maintien de notre suivi.

Si la personne le souhaite, nous pouvons l'accompagner tout au long de la mesure d'internement. Le schéma ci-dessous montre les quelques étapes judiciaires du temps d'accompagnement.



Ce schéma présente une linéarité de l'évolution d'une personne sous statut d'internement. Les phénomènes de rechute (dues à la maladie mentale), la commission d'une nouvelle infraction ou l'échec d'un projet de réinsertion – ou le cumul de ces différentes composantes – conduisent parfois à une suspension ou à une révocation de la libération à l'essai de la personne internée et à son retour en prison ou dans un établissement de placement. Les étapes de la trajectoire sont donc parfois bien plus répétitives que ne le laisse présager ce schéma.

Il convient également de préciser que la temporalité présentée dans le schéma n'est qu'une temporalité judiciaire. Cette dernière n'est certainement pas superposable avec la temporalité de la maladie dont souffre la personne, ni parfois, avec les opportunités qui s'offrent à elle dans son parcours de réinsertion. L'articulation de ces différents temps représente probablement l'une des spécificités du travail de l'équipe mobile TSI. Au vu de la multiplication de ces temporalités, les périodes de transition sont nombreuses et souvent peu perceptibles de prime abord. Dans les antennes, lorsqu'une ou plusieurs transitions sont attendues, nous augmentons la fréquence des rencontres et, par ce biais, nous intensifions le suivi. Nous passons d'une rencontre toutes les trois semaines – un mois, à des rencontres toutes les deux semaines, voire toutes les semaines si la situation de transition le nécessite.

3.4. Une entreprise de dé-coïncidence temporelle

Notre intervention comme équipe mobile TSI se focalise sur le rétablissement, le maintien d'un équilibre et l'accession à un certain bien-être. Notre suivi n'en reste pas moins attentif aux conditions imposées par la justice. Ces préoccupations ne sont aucunement synonymes d'exclusivité. Il s'agit de suivre, au travers de la situation de la personne, ce qui se joue simultanément, tout en rendant à chaque temporalité (et à chaque point d'attention) l'importance qu'elle requiert. Cette mise en perspective nous amène régulièrement à nous dégager, dans notre suivi, de la temporalité spécifique de la justice. Deux exemples peuvent illustrer notre propos : les moments de suspension ou de révocation d'une libération à l'essai et l'accompagnement qui suit une décision de libération définitive.

D'une part, la suspension ou la révocation de la libération à l'essai d'une personne internée que nous suivons n'entraîne pas nécessairement la fin de notre intervention. Si nous pouvons décider de laisser un peu d'espace à la personne pour prendre le temps d'intégrer ces changements, nous lui témoignons généralement notre présence dans ce moment moins empreint de satisfaction. De même, nous lui expliquons, si le besoin s'en fait sentir, que le suivi n'est pas interrompu.

Ces moments d'échec du projet de réinsertion, qui ne mènent pas toujours à un retour en détention, sont parfois nécessaires pour réorienter un projet de vie qui n'est plus en phase avec l'état de santé de la personne suivie. Ces instants délicats sont aussi des opportunités pour amener des moments de réflexion ou de remise en question dans des situations où les problématiques en santé mentale ne sont pas toujours perçues par la personne qui les vit.

D'autre part, la libération définitive de la mesure d'internement ne met pas, *de facto*, fin à notre accompagnement. Le SPF Santé Publique, au travers de la note organisationnelle qui régit les équipes mobiles du TSI, donne mandat à ces équipes de prolonger leurs suivis jusqu'à six mois (plus exactement 3 mois, une fois renouvelable) après la décision de libération définitive d'une personne ayant fait l'objet d'une mesure d'internement, prononcée par la Chambre de Protection Sociale. Cet espace temporel supplémentaire permet de faire dé-coïncider une injonction de soins (contrainte par la justice) avec le maintien d'une offre de soins en santé mentale souvent fort nécessaire. Si ce mouvement de décalage, entre l'injonction judiciaire et la perception que la personne peut se faire de ses besoins, est travaillé tout au long de l'accompagnement, il prend une autre coloration dans ce moment d'arrêt de la mesure. Nous préférons d'ailleurs parler d'« arrêt de la mesure » plutôt que d'énoncer une « libération définitive » qui pourrait renvoyer intuitivement à la fin de toutes les trajectoires. Pour les équipes mobiles du TSI, la potentialité d'accompagner la personne « au-delà » d'une décision de libération définitive n'est peut-être pas tant une question de temporalité accordée par un SPF qu'une question de dépassement de la

seule contrainte. Le but de notre intervention reste, *in fine*, centré sur le souci d'offrir le soin nécessaire à faire advenir ce qui doit être plus singulièrement recherché par chacun : une vie plus sereine et un entourage/un réseau qui soutiendrait la personne si elle venait à rencontrer des difficultés.

Le processus de ce que nous avons nommé « dé-coïncidence temporelle » contient plusieurs étapes. Dans un premier temps, il requiert une attention pour l'ensemble des temporalités présentes dans la situation d'une personne suivie. Il demande, ensuite, que nous soyons attentifs à ce que l'une de ces temporalités ne prenne pas une ascendance exclusive et constante sur les autres. Enfin, ce processus nous amène à décaler les attentes de chacune de ces temporalités (judiciaire, du soin, de la réinsertion, etc.) pour qu'elles aient chacune l'espace de se déployer et pour en faire advenir d'autres (qui rejoindraient l'épanouissement de la personne). Ce processus représente-t-il la porte d'entrée d'une forme de désinstitutionnalisation ? Nous le pensons. Toutefois, nous développerons, dans la suite de cette contribution, un questionnement sur ce concept et sa rencontre avec nos pratiques.

3.5. *La désinstitutionnalisation : des questions préalables et des réponses issues de l'histoire des équipes mobiles TSI*

Les équipes mobiles sont-elles vectrices de désinstitutionnalisation ? S'il est difficile d'apporter une réponse étayée, nous pouvons témoigner qu'elles sont régulièrement convoquées dans des tentatives de dépassement des structures d'une institution. Néanmoins, plusieurs questions se posent car l'équipe mobile peut être elle-même une institution à part entière. Elle ne peut certainement pas, toujours et complètement, s'extraire des structures institutionnelles avec lesquelles elle cohabite, intervient et s'entend pour faire évoluer des situations. On peut également se demander si la désinstitutionnalisation est un but, une mission attribuée aux équipes mobiles, et plus spécifiquement ici, à celles du TSI. Enfin, nous appartient-il de décider si l'institutionnalisation est irrémédiablement négative ?

Pour répondre à ces questions, nous ferons ici appel à différents moments de l'évolution des équipes mobiles du trajet de soins internés. En l'occurrence, nous allons solliciter ses origines (son passé), les enseignements de pratiques actuelles (son présent), et les défis tout aussi actuels auxquels il faudra répondre à l'avenir (son futur).

Les origines du dispositif remontent à la création d'une équipe mobile d'outreaching « Eolia » à Bruxelles, en 2009. Cette équipe mobile n'est pas encore définie comme une équipe mobile TSI. Elle est, à l'époque, une extension d'une offre hospitalière. Cette création a essentiellement deux sources d'inspiration.

D'une part, l'étude *MacArthur Violence Risk Assessment* qui a été menée entre l'année 1992 et l'année 1995, dans 4 villes des Etats-Unis. Cette étude suivait 951 patients psychiatriques âgés de 18 à 40 ans. Les premiers résultats de cette étude ont été publiés en 1998 dans

les *Archives of General Psychiatry* ³³. Cette étude avait mis en évidence qu'un pourcentage important (60%) des agressions commises par les personnes malades mentales ont lieu dans les 20 semaines qui suivent une sortie de l'hôpital ³⁴.

D'autre part, des expériences nord-américaines d'*assertive outreach* ³⁵ et de *case management* ³⁶ ont également servi de sources d'inspiration, car elles semblaient répondre adéquatement aux difficultés engendrées par la déshospitalisation. Ces expériences ont mis en place des dispositifs ambulatoires sous la forme de petites équipes qui se rendaient au contact direct des usagers et assuraient un suivi thérapeutique et social après l'hospitalisation. Les équipes pluridisciplinaires ici créées étaient actives dans la mise en place de *programmes de coordination des soins et des services* en santé mentale. Dans ces programmes, les soins étaient dispensés quotidiennement durant une longue période, par une équipe pluridisciplinaire en capacité d'agir 24h sur 24. Ce modèle de soins pouvait se prolonger même en l'absence de coopération, voire même en dépit d'une certaine réticence du patient. ³⁷

Ces deux expériences tendent à démontrer que beaucoup d'entreprises de désinstitutionnalisation (et dans ces cas-ci de déshospitalisation), lorsqu'elles ne sont pas accompagnées, entraînent des ruptures de soins et peuvent amener les personnes à rapidement rencontrer des difficultés. Dans la pratique actuelle de l'équipe mobile du TSI, nous retrouvons des traces de cette attention originelle portée à l'accompagnement d'un processus de désinstitutionnalisation : l'action d'*intensification de notre accompagnement dans les moments de transition* ainsi que la mission qui vise à (*s'assurer (de) la continuité des soins* traduit cette préoccupation.

33 — H.J. STEADMAN, E.P. MULVEY, J. MOHANAN, *et al.*, « Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods », *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, 393–401.

34 — J.L. SENON, C. MANZANERA, J.L. DUBREUCQ, F. MILLAUD, « Violence et troubles mentaux », in *Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise.*, Paris, Dunod, 2012, p.166. ; Pour une analyse plus poussée des enseignements de l'étude MacArthur, voy. J. MOHANAN, H. STEADMAN, E., SILVER *et al.*, « Rethinking risk assessment », in *The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*, Oxford University Press, 2001; H. STEADMAN, H. MOHANAN *et al.*, « Designing a new generation of risk assessment research », in J. MOHANAN, H. STEADMAN (dir.), *Violence and Mental disorder*, Chicago, The University of Chicago Press, 1994, 297-318.

35 — La dynamique d'*assertive outreach*, littéralement « aller vers » la personne, renvoie à un modèle de soins à domicile l' *Assertive Community Treatment* développé dans les années 1970 aux États-Unis par les psychiatres Léonard Stein et Mary Ann Test. Cf. L. STEIN, M. A. TEST, « Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation », *Archives of General Psychiatry*, n° 37, 1980, pp.392-397.

36 — L'*Intensive Case Management* - en français la gestion intensive de cas - est un programme de soins relativement proche conceptuellement de l'*Assertive Community Outreach*. La différence entre les deux modèles relève principalement du nombre plus important de patients suivis par les soignants dans le premier.

37 — Pour plus d'informations sur ces deux modèles de soins ambulatoires, intensifs et communautaires Cf. M. RAMONET, J.L. ROELANDT, « Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve », *Annales Médico-Psychologiques*, vol.171, 2013, p.526.

Si l'on examine maintenant nos pratiques actuelles, nous remplissons des attendus institutionnels multiples : l'élaboration d'un projet de réinsertion cohérent, la constitution d'un réseau de soins, la réunion et le maintien des conditions nécessaires à une libération à l'essai (soit très sommairement : un logement, un médecin de référence et une activité journalière). Cependant, cette liste trop limitée ne remplirait pas les attendus, tout autres, de notre clinique et de l'accompagnement. Ces derniers nécessitent immanquablement une adaptation aux situations vécues par les personnes suivies. Certaines démarches qui peuvent paraître, au premier abord, insolites (telles qu'accompagner une personne dans un magasin Ikea pour se meubler, aller choisir avec une personne de la literie pour un prochain changement d'institution, trouver du matériel de pêche, trier un frigo, vider un appartement occupé antérieurement par une personne que nous suivons, aller boire un café ou simplement marcher avec une personne cloîtrée chez elle) vont bien au-delà des attendus et sont dictées par l'entretien du lien thérapeutique et la singularité d'une activité clinique que nous souhaitons inclusive, compréhensive, réflexive et évolutive.

Enfin, l'équipe mobile du TSI de la Cour d'appel de Bruxelles-Brabant Wallon s'est engagée depuis plus d'un an dans une réflexion portée sur l'avenir. Ce questionnaire porte sur les possibilités de prises en charge et d'offres de soins à des personnes internées qui ne sont pas en ordre de séjour. Lors d'une prise en charge particulière, nous avons ainsi suivi une personne internée ayant fait l'objet d'une décision de libération définitive qui sortait d'un lieu de placement et qui n'avait pas de titre de séjour. Si cette décision a pu apparaître comme une victoire juridique ou éthique, elle a occasionné des problèmes conséquents concernant l'accès aux soins pour la personne. Elle ne bénéficiait d'aucune couverture mutuelle, ni du réseau de soins dédié au suivi de la mesure d'internement. Nous avons dû, avec le concours de ses avocats, lancer les démarches pour qu'elle soit couverte rapidement par l'aide médicale urgente (AMU), trouver des intervenants de proximité pour suivre de manière hebdomadaire sa situation administrative, dénicher un médecin psychiatre d'accord de suivre ce patient et d'être payé par le système de l'AMU, etc. Cette expérience nous fait penser que derrière certaines libérations, se cachent d'autres entraves qui ne permettent pas aux personnes de s'en sortir seules.

Cette expérience de *désinstitutionnalisation dure*, comme l'énonçait l'étude Mac Arthur, nous a fait penser à un extrait d'une interview d'Howard Becker. Ce sociologue américain, qui est notamment connu pour l'écriture d'*Outsider* et *Écrire les sciences sociales*, est amené dans un entretien de 2012 à se prononcer sur le rôle des criminologues à propos du problème du crime. Durant cette interview, il en vient également à se demander si les sociologues ont eu un effet important sur les tendances sociales majeures. Il répondra, pour l'un et l'autre questionnements, par la négative. Il donnera toutefois un exemple de dommage collatéral pour le moins singulier et généralement méconnu :

« Les gens aiment beaucoup me dire que mon vieux collègue Erving Goffman est responsable de la libération des malades mentaux. Vous le savez : il a écrit Asiles et, d'une manière ou d'une autre, cela a permis que tous les malades mentaux soient libérés. Accessoirement, cela a produit un autre problème, celui dit des « sans domicile fixe », parce que les gens que l'on a laissés quitter l'hôpital n'ont plus d'endroit où dormir. Évidemment, Goffman n'est pas responsable de cela. Il ne s'agit pas non plus de dire que Goffman n'a pas joué un rôle dans cette libération ; mais il s'inscrit dans un lent mouvement de transformation de l'appréhension de ce type de problème »³⁸.

Comme le relève cette citation de Becker, il y a lieu d'accompagner ce lent mouvement de transformation et ses effets collatéraux qui peuvent être beaucoup plus rapides. La fin mise à une mesure d'internement, si elle n'était motivée que par une absence de droit de séjour, est effectivement une évolution intéressante de la jurisprudence. Elle donne une perspective, un espoir, à des personnes qui évoluaient dans une impasse judiciaire. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue les effets directs (et violents) subis par ces personnes libérées. Sans accompagnement, on pourrait penser que ces situations de désinstitutionnalisation dure amèneraient à une rupture de soins dénoncée par l'étude Mac Arthur.

3.6. Conclusion : un décalage critique pour rouvrir la question de la désinstitutionnalisation ?

Cette contribution a été l'occasion d'une présentation succincte des équipes mobiles du TSI. Des explications plus conséquentes ont été apportées sur la nécessaire limitation territoriale et temporelle de l'action de ce dispositif, sur les séquences de temporalité diverses qui retiennent une attention spécifique, sur l'importance accordée au consentement de la personne suivie et, finalement, sur l'entreprise de dé-coïncidence des étapes dans les différentes trajectoires de la réinsertion, de la justice et de la santé mentale. Nous avons également posé quelques questions sur les relations entre désinstitutionnalisation et équipe mobile. Nous avons tenté d'apporter une perception des problèmes amenés par certaines formes de désinstitutionnalisation dans notre champ d'intervention : le trajet de soins internés.

Nous voudrions conclure sur un questionnement portant sur l'institutionnalisation. Énormément d'auteurs critiques ont mis en lumière toute une série de méfaits liés à l'institutionnalisation. Si ces derniers ont eu raison de dénoncer les dégâts occasionnés, il ne s'agirait pas, à notre sens, de tomber dans les méandres d'une perception

38 — H. BECKER, « Les criminologues n'ont jamais rien fait à propos du problème du crime. Entretiens de Howard Becker avec Didier Bigo, Laurent Bonelli et Fabienne Brion (1^{er} octobre 2012) », *Cultures & Conflits*, 2014, 94-95-96, p. 37.

réductionniste. Pour s'en prémunir et opérer un dernier décalage (une critique de la réutilisation superficielle des auteurs critiques), nous souhaiterions utiliser ce que certains auteurs ont nommé le *principe d'irréduction*³⁹. Ce principe « consiste à s'empêcher d'agir ou de penser en ajoutant explicitement ou implicitement la locution adverbiale 'ne que' dans un énoncé qui en perdrait sa validité »⁴⁰. Si l'on n'y prend pas garde, on peut passer d'un énoncé tel que « l'institutionnalisation peut contenir une part de contrainte » à « l'institutionnalisation n'est que la contrainte » ou encore « la désinstitutionnalisation n'est qu'une entreprise empreinte de liberté ». Au risque de nous répéter, des situations désinstitutionnalisées qui ne font pas l'objet d'accompagnements auraient de grandes chances d'emporter un nombre considérable de personnes vers une rupture de soins et de nouvelles difficultés.

Nous pouvons reconnaître que cette perception est située. Elle appartient à des intervenants qui accompagnent des situations où se vivent des violences institutionnelles et/ou des violences créées par la liberté. Ces violences n'ont jamais autant d'effet que lorsqu'elles restent méconnues, insoupçonnées, dans l'ombre.

La désinstitutionnalisation n'est, de ce point de vue, peut-être pas tant un choix qu'une opportunité, voire une chance dont toutes les trajectoires que nous suivons ne peuvent pas tirer profit. Et l'institutionnalisation est également, parfois, le cadre et/ou la condition d'une autonomie possible, d'une liberté accessible pour des sujets qui ne pourraient pas y accéder sans soutien.

39 — Voy. STENGERS I., *L'invention des Sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1995 ; KAMINSKI D., *Pénalité, management, innovation*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2009.

40 — KAMINSKI D., *op.cit.*, p.161.

4. LIVED-EXPERIENCE-AND-STRENGTHS-BASED STRATEGIES FOR PERSONS WITH AND INTERNMENT MEASURE AND THEIR FAMILIES

Ciska Wittouck, Junior postdoctoral researcher FWO
 (1290922N), Institute for International Research on Criminal
 Policy (IRCP), Ghent University (Belgium)

As other forms of judicially supervised treatment, the Belgian internment measure serves a twofold goal: protection of society and care for the individual subjected to the internment measure⁴¹. Reconciling these two goals is however difficult. First, although both care and control are necessary to attain the goals of judicially supervised treatment, their focus, as well as the focus of inter-agency collaboration between the criminal justice system and the mental health system has traditionally been primarily on controlling risk⁴². Second, care and control are intertwined and sometimes difficult to unravel⁴³. Persons subjected to judicially supervised treatment, such as in the case of the internment measure, can experience caring strategies (for instance therapeutic sessions) as controlling, and restrictive measures (such as a return to prison) as caring⁴⁴. Experiential knowledge of experts by experience should thus always be considered when developing theory, policy and practice⁴⁵.

Therefore, a Ghent University-based research team⁴⁶ carried out a five-year “strengths-based multidisciplinary study” in Flanders, the Flemish-speaking part of Belgium, to develop multidisciplinary strengths-based strategies for interned persons and their families specifically taking their voices into account⁴⁷.

41 — T. VANDER BEKEN, *De nieuwe interneringswetgeving*, in P. TRAESE, A. VERHAGE, G. VERMEULEN (dir.), « Strafrecht en strafprocesrecht : doel of middel in een veranderende samenleving? », Mechelen, Wolters Kluwer, 2017, 43, 341-403.

42 — M. BARNAO, P. ROBERTSON, & T. WARD, « Good Lives Model Applied to a Forensic Population », *Psychiatry Psychology and Law*, 2010, 17, 202-217.

43 — L. McGRATH, S. D. BROWN, A. KANYEREDZI, P. REAVEY, I. TUCKER, « Peripheral recovery: ‘Keeping safe’ and ‘keep progressing’ as contradictory modes of ordering in a forensic psychiatric unit », *Environment and Planning D: Society and Space*, 2021, 39, 704-721.

44 — C. WITTOUCK, *Persons with mental illness who offended and procedural justice : giving voice to persons subjected to an internment measure about their interactions with power holders*, Ghent, Ghent University, Faculty of Law and Criminology, 2019.

45 — M. COFFEY, « Researching service user views in forensic mental health: A literature review », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2006, 17, 73-107; J. D. LIVINGSTON, « What Does Success Look Like in the Forensic Mental Health System? Perspectives of Service Users and Service Providers », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2018, 62, 208-228; J. RYCKROFT-MALONE, K. SEERS, A. TITCHEN, G. HARVEY, A. KITSON, B. MCCORMACK, « What counts as evidence in evidence-based practice? », *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 47, 81-90; WORLD HEALTH ORGANIZATION, *European Health Report. Highlights*, Geneva, World Health Organization, 2018.

46 — This project was funded by Ghent University (BOF14/G0A/006). The research team consisted of Tom Vander Beken, Freya Vander Laenen, Kurt Audenaert, Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandeveld, Eric Broekaert, Sofie Van Roeyen, Ciska Wittouck, Natalie Aga and Sara Rowaert. See S. VANDEVELDE, F. VANDER LAENEN, L. VAN DAMME, W. VANDERPLASSCHEN, K. AUDENAERT, E. BROEKAERT, T. VANDER BEKEN, « Dilemmas in applying strengths-based approaches in working with offenders with mental illness: A critical multidisciplinary review. », *Aggression and Violent Behavior*, 2017, 32, 71-79.

47 — N. AGA, K. AUDENAERT, L. NOLLET, S. ROWAERT, A. E. SCHIPAANBOORD, T. VANDER BEKEN, F. VANDER LAENEN, W. VANDERPLASSCHEN, S. VANDEVELDE, S. VAN ROEYEN, C. WITTOUCK, *Powerful narratives. The internment measure in a different light*, 2019, Oud-Turnhout/s-Hertogenbosch, Gompel & Svacina.

4.1. *Theoretical background and study methods in a nutshell*

The overall study consisted of four qualitative doctoral studies each starting from a different theoretical paradigm, namely procedural justice⁴⁸, desistance⁴⁹, recovery⁵⁰ and family support⁵¹. These paradigms differ with respect to their substantive focus but share the value they attach to strengths, capabilities, human dignity, participation, connectedness, and (social) inclusion⁵². In total, 33 family members⁵³ and 286 interned persons⁵⁴ participated in the overall study. The family members participated in semi-structured interviews and/or family support groups, and the interned persons participated in focus groups and/or semi-structured interviews.

4.2. *Multidisciplinary, lived-experience and strengths-based recommendations*⁵⁵

The following lived-experienced-and-strengths-based recommendations are based on the results of the abovementioned four qualitative studies.

A humane and high-quality approach

PSIM (for “persons subjected to an internment measure”) and their family members want to be approached as human beings, and not as ‘criminals’ or ‘numbers’. Professionals who treat them with respect, have faith in them and trust them are important. Someone who believes in them would also support them in believing in themselves. Being approached in a humane and high-quality manner can offer an antidote to (self) stigma. A negative approach by professionals can echo previous experiences of stigma and exclusion. PSIM and their family members appreciate professionals who listen actively, show genuine care, make time for them, and are ‘really there’ for them.

48 — C. WITTOUCK, « Persons with mental illness who offended and procedural justice : giving voice to persons subjected to an internment measure about their interactions with power holders », Ghent University, 2019.

49 — S. VAN ROEYEN, « Een ander leven : een belevingsonderzoek rond desistance bij personen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten plegen », Universiteit 2018

50 — N. AGA, « Recovery of persons labeled as not criminally responsible : a qualitative study grounded in lived experiences », Ghent University, 2018.

51 — S. ROWAERT, « Supporting family members of mentally ill offenders : a strengths-based approach », Ghent University, 2018.

52 — S. VANDEVELDE, F. VANDER LAENEN, L. VAN DAMME, W. VANDERPLASSCHEN, K. AUDENAERT, E. BROEKAERT, T. VANDER BEKEN, « Dilemmas in applying strengths-based approaches in working with offenders with mental illness: A critical multidisciplinary review », *Aggression and Violent Behavior*, 2017, 32, 71-79.

53 — Family members were mothers, fathers, brothers, sisters, uncles, antes, and daughters of interned persons.

54 — At the time of the study, these participants were incarcerated, were admitted to forensic or general inpatient psychiatric services, were supported by forensic or general outpatient psychiatric or social services, were supported by in- and outpatient services for persons with a mental disability, or were already definitely released into the community.

55 — This title is a reproduction of C. WITTOUCK, F. VANDER LAENEN, S. VANDEVELDE, S. ROWAERT, N. AGA, S. VAN ROEYEN, K. AUDENAERT, W. VANDERPLASSCHEN, T. VANDER BEKEN, « Lived-experiences-and-strengths-based strategies for persons with mental illness who offended and their family members », *Freedom From Fear*, 2019, 15, 48–57.

In order to fully comprehend PSIM and their family members, formal interactions – such as treatment sessions, appointments with probation officers, and judicial hearings –, should be accompanied by informal and spontaneous interactions. Examples of informal and spontaneous interactions can consist of: going on an excursion together or completing household chores together. Professionals should thus be present around PSIM and their family members. Such daily life activities offer real-life opportunities for learning and positive experiences, which go beyond the impact of formal interactions, which is also recognized in recovery and desistance scholarship.

Active involvement

PSIM and their family members want to be actively involved in court-mandated treatment. They are often not involved in the decision-making processes. It is important to listen actively to what they have to say and initiate true dialogues instead of alternating monologues, and by asking in-depth questions. Family members are often searching for a shared partnership with treatment providers so they can jointly share information and advice.

Listening is important but of equal importance are their needs, desires, concerns, and insights being taken into account. Consequently, (mental health) care and support programs and conditional release conditions can be individually tailored. Participation is important on a substantive level (e.g. the content of a daily schedule, treatment sessions, conditional release conditions) as well as on a formal level (e.g. the different stages and goals of treatment over time).

Transparent communication

Transparency and information sharing are preconditions for active involvement. PSIM and their family members are often not informed about the different aspects of court-mandated treatment. Written information is necessary and useful, however it is insufficient. Oral communication and the possibility to ask questions as well as express concerns are vital. Oral and written communication should focus on both general and personalised information.

In the beginning as well throughout the court-mandated treatment trajectories understandable information should be continuously provided to PSIM and their families. This information should consist of the significance, meaningfulness, usefulness, and continuity of treatment, of conditional release conditions, of ward rules, of treatment agreements, or of any other relevant aspect considered important to PSIM and their families.

Decision-making processes should be transparent, and decisions of professionals should be explicitly motivated. Expectations and concerns of professionals should be clearly communicated so that PSIM and their family members are aware of the requirements for successful completion of court-mandated treatment.

Individualized care and support

A balance should be maintained between giving attention to the individual needs of PSIM and to the societal needs, as well as between care and control. Treatment goals and conditional release conditions should be tailored to the needs of the individual instead of relying on one-size-fits-all goals and conditions. Treatment should cover more subjects than merely criminal offenses and past issues. Themes such as self-reliance and trauma are examples of important topics for PSIM.

The treatment method should also be a meaningful experience for PSIM. First, an appropriated balance between individual and group treatment opportunities should be provided. Second, periods of rest and tranquility should be provided during court-mandated treatment trajectories. During these periods, PSIM can strengthen and perpetuate their recovery. Third, (obligatory) living in shared residencies can be a stressful experience. Living together in smaller groups can bring some relief.

Control does not have to disappear. Some types of control can be helpful for PSIM, as long as control does not become coercion. Examples of 'helpful control' are personalized conditions and shared decision making. Examples of 'coercive control' are high levels of pressure to perform and forced admission to treatment services.

Gradual reintegration

Societal exclusion processes can be repeated on the level of mental health care when all care and support is provided within one facility. This thereby precludes social and professional interactions with persons not affiliated with the facility. Existing social contacts outside of the facility should be retained as much as possible. For instance, by allowing PSIM employment in the community even if they are admitted to a (forensic) psychiatric hospital, or by cooperating with the neighbourhood or community in order to initiate, stimulate or reinforce contacts between neighbourhoods or the community and PSIM.

Working towards re-integration into the community should start as soon as possible during a court-mandated treatment trajectory and not be postponed until the final phase of admission in a (forensic) psychiatric hospital or ward. The reintegration process should be incorporated into every phase of a treatment trajectory. During this trajectory, PSIM should be able to acquire incremental liberties and gradually re-integrate into the community.

A gradual reintegration provides perspective, hope, and incremental progress. It should be supported and guided by professionals. One on one guidance by a professional is preferred over group activities in the community. If possible and if it is deemed to be desirable, along with the consent of PSIM, the family should be involved from the start of the reintegration process as they can play an important role in actual reintegration.

Quality of Life: daily activities, social network, housing and finances

It is important to focus on *high-quality* social contacts, *meaningful* daytime activities and work, and *stable* housing and income because these are often lacking in the lives of PSIM. Targeting these life domains enables reintegration into the community. It should be stressed that the quality of these factors is more important than simply their presence.

Employment and volunteer work have multiple functions: having an occupation and developing and extending a social network. In order to provide meaningful daily activities, consultation and discussion with PSIM are necessary.

Existing social contacts are often lost during (indefinite or lengthy) court-mandated treatment trajectories. Out of necessity, friendships are often only initiated with PSIM. Therefore, treatment providers should encourage and support the development and expansion of the social network of PSIM. Special attention should be paid to getting family members involved, and to including the neighborhood and the community in facilitating social acceptance.

Contact with 'companions by experience' should be encouraged within and across facilities. This companionship should be tailored to the needs and expectations of PSIM. 'Experiential knowledge' and the sense of 'being companions by experience' can emerge from different perspectives: some PSIM feel connected when they are able to exchange experiences about the criminal offences they have committed, others want advice and to discuss their legal status, and others feel connected because they have the same mental illness. However, a social network should not be restricted to contacts with 'companions by experience'.

(Future) housing and finances are also important. Stability, support, consultation, and discussion are as important in terms of these life domains.

Indefinite forensic psychiatric treatment as a mortgage?

An indefinite duration of court-mandated treatment weighs heavily on PSIM and their family members. Two recommendations can counterbalance this experience. First, a target date should be provided together with clear (sub)goals which should be attained by PSIM in order to be definitively released into the community. Second, transferring PSIM back to prison in case of non-crime related incidents should be avoided. If release conditions are violated, figure out why they are breached in discussion with PSIM. In doing so, the underlying causes of breaches can be dealt with.

Doing research with PSIM and their family members

A humane and high-quality approach towards PSIM and their family members is also a recommendation for researchers and academics. With this kind of approach, research participation can be experienced as pleasant, valuable and useful. It fosters the development

of a trusting relationship between a (qualitative) researcher and a participant. Researchers should not be fearful of proximity. As well as being researchers they should also just be human beings have authentic interactions with participants. They should also have an informal chat after the interview.

Researchers should not only approach PSIM and their family members as human beings but also as 'knowledgeable' human beings. Researchers should inherently value their experiential knowledge. In this respect, researchers should also be reflexive regarding their preconceptions and attentive to participants' corrections.

Listening to and confronting the life stories of PSIM and their family members is not always easy. Their narratives were characterized by strength, resilience, combativeness, life wisdom, hope, perseverance, and love. Their life stories, however were also characterized by injustice, powerlessness and hopelessness. Specifically, the lack of informal and formal care and support as well as the excess of trauma and stigma was striking. Therefore, it is also important to provide formal and informal opportunities for researchers to debrief the participants.

4.3. *Conclusion*

The voices of interned persons and their families were centralized in this multidisciplinary study designed to develop multidisciplinary strengths-based strategies for interned persons and their families. The knowledgeability of interned persons and their families is clearly reflected in the recommendations based on their experiential knowledge. Taking these recommendations into consideration can add a holistic and solution-focused approach towards interned persons and their families, and can serve as inspiration for professionals in the mental health system as well as for professionals in the criminal justice system. Doing so, care and control can be reconciled, and 'deinstitutionalization' can transcend a mere physical relocation of people and attain true social inclusion and citizenship, even in residential facilities.