violation de divers droits fondamentaux dans le chef des internés ; les lacunes du soin réduits à de la médication et le manque de personnel soignant ; un déséquilibre entre les deux pôles du système, sécurité et soin. La recherche souligne, tant en Belgique francophone que néerlandophone, les mêmes difficultés (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010 ; Cosijns, Goethaels, 2013). La jurisprudence belge condamne l'État belge à transférer les internés de prisons vers des lieux de soins adaptés[2]. Les organes de contrôle des prisons ne sont pas en reste : le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) dénonce la situation au cours de nombreuses visites effectuées à partir de 1993, au point de faire à l'égard de la Belgique une déclaration publique en 2017[3]. La Cour européenne n'est pas moins critique, condamnant la Belgique avec une belle régularité ces dernières années pour le problème « structurel » que constitue le régime réservé aux internés[4]. En ce début de XX[e] siècle, le constat est unanime : le traitement réservé en Belgique aux internés dans un système institutionnel principalement carcéral n'est clairement pas adapté à leur état.

2. La loi de 2014 relative à l'internement des personnes : entre désinstitutionnalisation et transinstitutionnalisation

Soumise à une forte pression, que renforce le train de condamnations par la Cr.EDH à partir de 1998 (Cartuyvels, 2023), les autorités belges entament une réforme substantielle du régime de l'internement. Après un premier essai non transformé en 2007[5], le régime légal de 1930 est

[2] Voy, e.a. : Mons, 26 décembre 2006; Civ. Liège (réf.), 17 septembre 2007; Civ. Liège, 27 avril 2009; Liège, 11 janvier 2010. Pour des décisions plus récentes, voyez les décisions recensées dans la chronique de jurisprudence en matière d'exécution des peines et des mesures, *Rev. dr. pén. crim.*, 2023/7-8, p. 834-837.

[3] CPT, Flash info concernant la déclaration publique relative à la Belgique : http://www.coe.int/fr/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-issues-public-statement-on-belgium ; CPT, Déclaration publique relative à la Belgique, CPT/Inf (2017)18, Strasbourg, 13 juillet 2017 (le texte complet de la déclaration en français est disponible à ce lien : https://rm.coe.int/pdf/1680731787).

[4] Notamment en adoptant un arrêt pilote en date du 6 septembre 2016 (arrêt W.D. c. Belgique) ; voy. à cet égard N. COLETTE-BASECQZ et O. NEDERLANDT, «l'arrêt pilote W.D. contre Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons ?», obs. sous Cour eur. dr.h., arrêt *W.D. c. Belgique*, 6 septembre 2016, *Rev. trim. dr. h.*, 2018, pp. 213 – 239.

[5] Une loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes n'entrera jamais en vigueur.

privée (hôpital psychiatrique). L'annexe psychiatrique de prison n'est plus reprise parmi les lieux de placement mais la loi prévoit toutefois un nombre limité d'hypothèses dans lesquelles une personne internée peut être contrainte de patienter de manière provisoire et pour une durée limitée dans cette annexe[7]. S'il fait l'objet d'une mesure de libération à l'essai, en pratique la dernière étape avant la libération définitive, l'interné peut également être envoyé dans une structure de soins régulière, à caractère ouvert ou semi-ouvert, voire être seulement soumis à un traitement et suivi ambulatoire.

Une autre innovation de la loi de 2014 est l'introduction de la notion de « trajet de soins ». L'objectif est de flexibiliser le parcours de l'interné en fonction des exigences d'un trajet de soins qui doit le mener à la libération définitive. Autrement dit, la trajectoire de l'interné n'est – sur papier – plus nécessairement soumise à un parcours par étapes successives, commençant par le placement en institution fermée, suivi par un placement dans des institutions ouvertes ou semi-ouvertes, pour se terminer par un suivi ambulatoire en milieu ouvert avant de pouvoir bénéficier d'une libération définitive. Le trajet de soins suppose que la trajectoire de l'interné soit en fonction de son état mental et de ses besoins de soin, que ce dernier puisse « sauter des étapes » et, par exemple, être placé directement dans un cadre institutionnel de soins « régulier », voire ambulatoire si cette option semble d'entrée de jeu adéquate.

Selon le gouvernement belge, la philosophie du trajet de soins « fait prévaloir l'offre en circuit régulier et en autonomie, dans un souci d'intégration, tout en offrant des possibilités de soins larges allant jusqu'aux établissements sécurisés » (Plan d'action, 2022, 16). Le concept semble donc traduire une volonté de désinstitutionnalisation, puisqu'elle entend favoriser une forme de désescalade dans la prise en charge institutionnelle : le traitement en autonomie et la prise en charge dans le circuit régulier des soins ont vocation à être privilégiés sur l'internement en institution fermée. De même, l'intégration de l'internement dans la réforme des soins en santé mentale (réforme 107) et la création, à partir de 2014, d'équipes mobiles trajets de soins internés (TSI) chargées d'accompagner l'interné tout au long de sa trajectoire, vont dans le même sens[8] : favoriser le plus possible les liens entre

[7] Voy. les art. 10-12 et 60-61 de la loi du 5 mai 2014.

[8] Sur ce point, voir 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*

institutionnel médico-légal plus adapté ; d'autre part, dans l'extension de l'offre de soin dans le secteur des soins réguliers.

II. État des lieux de la prise en charge institutionnelle en matière d'internement

Depuis 2008, l'État belge s'est attelé à accroître une offre de soins sécurisés comme de soins réguliers en complément des structures existantes (1). En pratique, cette offre supplémentaire axée sur le soin n'a pas absorbé la prise en charge dans des structures à caractère carcéral, ni répondu au problème des internés séjournant en prison (qu'ils soient en section de défense sociale, en annexe psychiatrique, voire même, en régime ordinaire) (2).

1. La création d'une offre de soin institutionnelle supplémentaire

En réponse aux diverses condamnations de la Cour européenne des droits de l'homme, l'État belge a entamé en 2008 un programme de construction ou de redéploiement d'institutions de soins sécurisées pour la prise en charge extra-pénitentiaire des internés.

Trois *Masterplans pour une infrastructure carcérale plus humaine* en 2008, 2012 et 2016, ont donné lieu à la création de deux Centre de psychiatrie légale en Région flamande, à Gand (264 places) en 2014 et à Anvers (182 places) en 2017. Ces deux nouveaux établissements spécialisés de haute sécurité, assimilables à « un hôpital psychiatrique mais bénéficiant d'un niveau élevé de sécurisation » (Plan d'action 2022, 19), sont prévus pour des internés *high risk*, avec vocation à se substituer à la prise en charge en annexe psychiatrique de prison de ce type de profils d'internés. D'autres établissements du même type sont prévus à l'horizon 2027 : en Région flamande, un établissement de haute sécurité de 120 places à Alost ; en Région Wallonne, un CPL à Wavre, de 250 places et un à Paifve, de 250 places, remplaçant l'actuel établissement de défense sociale d'une capacité de 205 places. En outre, le Centre régional de soins psychiatriques *Les Marronniers* à Tournai, actuel hôpital psychiatrique sécurisé de 370 places, doit être réorganisé, avec un CPL de 250 places et un centre de soins psychiatriques régulier « long séjour » de 120 places (Plan d'action 2022, 19).

Par ailleurs, dans le cadre de « Plans pluri-annuels », les autorités fédérales ont développé à partir de 2007 au sein du réseau de soins réguliers une offre hospitalière ou résidentielle de 591 places supplémentaires en hôpital psychiatrique (HP), en maisons de soins psychiatriques (MSP) et en initiatives d'habitations protégées (IHP). Cette offre visait *à priori* des interné *medium-risk* ou *low-risk* (Plan d'action Révisé, 2022, 22). La Région flamande a en outre créé des places spécifiques pour les internés en situation de handicap au seins du réseau de l'Agence Flamande pour les personnes en situation de handicap (VAPH). Enfin, dans son plan d'action de 2022, le gouvernement souligne qu'il envisage encore un élargissement des soins mobiles pour « favoriser le maintien dans le milieu de vie et la sortie (des institutions ?) via des projets à partir de la prison » (Plan d'action, 2022, 24).

Le programme confirme le constat fait ci-dessus : dressé en réponse aux critiques de la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt W.D. contre Belgique de 2016, le Plan d'action révisé des autorités belges de 2022 pose comme objectif principal la construction de nouvelles institutions de soin sécurisées ou l'extension du réseau de soin institutionnel existant. Même si elle n'est pas totalement absente, la perspective de la désinstitutionnalisation n'est pas prioritaire, ce que confirme les chiffres de placement actuels en institution.

2. L'exécution des mesures d'internement : le recours à l'institution prime toujours

Qu'en est-il concrètement de l'institutionnalisation des personnes internées ? Il n'est pas simple de répondre à cette question, les chiffres existants en la matière provenant de sources différentes et étant loin d'être systématiques. Deux choses semblent certaines. La première est que si la loi de 2014, dont on rappelle qu'elle est entrée en vigueur le 1er octobre 2016, visait à diminuer le nombre de mesures d'internement en resserrant les conditions pour prononcer cette mesure ou en la soumettant à « un seuil minimal » de gravité de faits (Wittouck *et al.*, 2022, 467), l'objectif n'est pas atteint. La condition liées aux faits (« portant atteinte ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers ») semble notamment faire l'objet d'une interprétation large par les juridictions, ce qui pourrait en partie expliquer que celle-ci ne joue pas son rôle de frein (Nederlandt *et al.*, 2023, 1039-1041). Toujours est-il qu'après une décrue en 2016 et 2017, le nombre de prononcés de

places pour hommes) mais ~~six~~ SDS pour un total de ~~437~~ places, dont ~~deux~~ créées récemment en 2023 dans les prisons de Namur et de Gand[12]. Ces lieux, gérés par la Direction Générale des Établissements pénitentiaires (DGEPI), globalisent donc ~~642~~ places et ne sont en principe pas assimilables aux annexes psychiatriques de prison tant décriées. En réponse à une question parlementaire, le ministre de la Justice a ainsi précisé qu'« une SDS diffère d'une annexe psychiatrique non seulement en matière d'encadrement mais aussi en matière d'accompagnement des détenus qui y séjournent. Davantage d'infirmiers, de psychologues et d'assistants sociaux sont attachés à une SDS et le nombre d'heures de psychiatrie y est plus élevé. La différence majeure réside toutefois dans le fait qu'une SDS met davantage l'accent sur la thérapie (en association avec un projet thérapeutique) qu'une annexe psychiatrique, généralement axée sur la stabilisation des patients qui y séjournent, en combinaison avec un traitement médicamenteux »[13]. Bien que la Cour de cassation ait récemment rappelé qu'un établissement ou une section de défense sociale visé à l'article 3, paragraphe 4, point b), de la loi relative à l'internement, où un interné peut être placé sur la base de l'article 19 de cette loi, n'est pas une prison[14], il n'en reste pas moins que ce sont des agents pénitentiaires qui y travaillent et que la législation pénitentiaire s'y applique en ce qui compris le régime disciplinaire (Nederlandt, Michiels, 2016). Le régime de ces SDS reste sécuritaire et se trouve régulièrement dénoncé pour ses lacune en soins et son caractère carcéral[15]. La Cour européenne des droits de l'homme

[12] Les SDS et leur capacité sont mentionnées dans une lettre collective n° 140*septies* du 27 avril 2023 de la Direction Générale des Établissements Pénitentiaires intitulée « Instructions relatives à la loi sur l'internement du 5 mai 2014 », entrée en vigueur le 27 avril 2023, non publiée. La répartition actuelle (mai 2024) des SDS est la suivante : Anvers (9 places pour hommes), Bruges (38 places pour femmes), Merksplas (205 places pour hommes), Turnhout (120 places pour hommes), Namur (30 places pour hommes) et Gand (30 places pour hommes et 5 places pour femmes). Une septième SDS est envisagée à la prison de Haren.

[13] Réponse donnée par le vice-premier ministre de la Justice et de la Mer du Nord à la question orale n° 55-2-001619 du 17 janvier 2023 de la députée Claire Hugon, intitulée « La distinction en pratique des annexes psychiatriques de prison et des sections de défense sociale », *Q.R.*, Ch., 9 mars 2023, n° 55-105, p. 263-264.

[14] Cass. (2e ch.), 24 octobre 2023, P.23.1354.N ; Cass. (2e ch.), 19 décembre 2023, RG P.23.1610.N.

[15] Voyez, e.a., les rapports annuels des commissions de surveillance de ces établissements et le rapport du CCSP suite à sa visite à Paifve : https://ccsp.belgium.be/publications-page/. Voyez également le documentaire « 9999 » d'Ellen Vermeulen réalisé à Merksplas, 2014, http://www.9999themovie.com.

internés se trouvent de manière illégale dans ces annexes, que l'on trouve aujourd'hui au sein des prisons de Saint-Gilles, Haren, Anvers, Gand, Jamioulx, Lantin, Louvain secondaire, Mons et Namur[20]. Ils y restent parfois de manière prolongée, dans l'attente qu'une place se libère dans l'institution de placement désignée par la Chambre de protection sociale, soit dans le cadre d'une première décision, soit dans le cadre d'une décision de révocation d'une libération à l'essai. Enfin, des personnes internées se retrouvent encore au sein du régime ordinaire de certaines prisons, soit parce que ces prisons sont dépourvues d'annexe psychiatrique, soit parce que l'annexe est complète ou que l'interné ne peut y être détenu pour diverses raisons (conflits interpersonnels avec d'autres détenus…). La place des femmes internées est à cet égard particulièrement problématique : minoritaires en nombre et détenues séparément des hommes, elles se retrouvent quasiment toujours en régime ordinaire, au vu du nombre réduit de places prévues pour elles dans les SDS (38 places à Bruges et 5 à Gand) ou dans les annexes psychiatriques (10 places à la prison de Haren) (Nederlandt, Gauthier, 2023).

Par ailleurs, il faut rappeler que la mesure d'internement ne suppose pas nécessairement un placement en institution fermée, avec privation de liberté à la clé. Dans le cadre de la libération à l'essai – qui peut être prononcée d'emblée par la CPS –, l'interné peut être orienté vers un « circuit de soins » comprenant hôpitaux psychiatriques (HP), maisons de soins psychiatriques (MSP), initiatives d'habitation protégée (IHP), ou encore communautés thérapeutiques, voire renvoyé à son domicile avec un régime moins rigide de restriction plutôt que de privation de liberté. 739 places sont ici prévues pour la Région Flamande et Bruxelles Néerlandophone (avec en outre 37 lits de crise) et 333 pour la Wallonie et Bruxelles francophone (avec en outre 32 lits de crise), soit 1141 places au total.

3) la libération à l'essai ou la surveillance électronique de l'interné est suspendue : l'interné peut alors être détenu en annexe psychiatrique le temps de la suspension, qui peut durer maximum un mois ; 4) la CPS prononce l'internement d'un condamné, dans l'attente que sa décision passe en force de chose jugée.

[20] Les annexes psychiatriques sont énumérées dans la lettre collective n° 140*septies* du 27 avril 2023 susmentionnée et dans l'article 4 de l'arrêté royal du 17 août 2019 portant exécution des dispositions de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, relatives à la destination des prisons et au placement et transfèrement des détenus, *M.B.*, 29 août 2019.

Tableau 2. Nombre de places pour internés en libération à l'essai dans circuit de soins en juin 2021[21]

	Flandre – Bruxelles NDLS	**Wallonie – Bruxelles FR**
HP (hôpital psychiatrique)	366	197
MSP (maisons de soins psychiatriques)	193	64
IHP (initiatives d'habitation protégée)	180	72
Total des places/lits	739	333
+ lits de crise/*time out*[22]	37	32
+ offres mobiles/ ambulatoires	60,13 ETP	51,10 ETP[23]

Qu'en est-il maintenant de la répartition effective des internés entre ces différentes structures et régimes ? Établi à partir des chiffres communiqués par les différentes Chambres de Protection Sociale du pays pour juin 2022, un tableau repris par le Plan d'action révisé du gouvernement de 2022 donne les informations suivantes :

[21] Ces chiffres sont issus d'une Table ronde du 21 octobre 2022 sur l'internement organisée par le cabinet du ministre de la Justice https://justice.belgium.be/sites/default/files/PPT%20Table%20ronde%20internement%2021%20octobre%202022.pdf.

[22] Lit crise time out = lits utilisés d'une manière temporaire en cas de difficulté.

[23] On notera que ce chiffre fait référence à l'offre des équipes mobiles TSI (et leur équivalent temps-plein) qui interviennent dans plus de la moitié des cas dès la décision d'internement, y compris donc lorsque l'interné fait l'objet d'un placement en institution (et ne se trouve donc pas dans un cadre ambulatoire).

Tableau 3. Répartition par CPS des internés début juin 2022[24]

	Annexe	EDS/SDS	Placement hors DGEPI	Total placements[25]	LE	Autre[26]	Total
CPS Liège	46	120	105	225	287	27	585
CPS Mons	45	20	218	238	226	30	539
CPS Bruxelles FR	58	56	137	193	210	53	514
Total CPS FR	149	196	460	656	723	110	1638
CPS Gand	77	147	198	345	574	75	1071
CPS Anvers	64	95	229	324	444	54	886
CPS Bruxelles NDLS	17	19	84	103	189	29	338
Total CPS NDLS	158	261	511	772	1207	158	2295
Total 6 CPS	307	457	971	1428	1930	268	3933

En juin 2022, un total de 3933 personnes sont sous mesure d'internement. Sur ce total, 307 se trouvent en annexe, en attente de placement (21,5 %) et 1428 (environ 36 %) font l'objet d'un type de placement institutionnel « sécurisé », dont 457 en EDS ou dans une des 9 SDS de prison et 971 dans des institutions « hors DGEPI » (soit dans les 2 Centres de psychiatrie légale de Gand et Anvers en Flandres ou au sein des hôpitaux psychiatriques réguliers comprenant des ailes sécurisées, type « Les Marronniers » ou « Chênes aux Haies » en Wallonie). On constate que ce premier groupe d'internés, considéré *à priori* comme « high risk », se retrouve majoritairement dans des institutions de soins à sécurité renforcée, mais qu'une minorité très importante continue à être placée dans un cadre carcéral (annexe psychiatrique de prison, EDS, SDS). La tableau fait en outre état de 1930 personnes (49 % du total) bénéficiant d'un régime de libération à l'essai, dont on ne précise pas le type de mesure qui l'accompagne (*à priori*, un séjour en HP, en MSP,

[24] Un plan d'action de 2023 donne des chiffres légèrement différents pour décembre 2022, soulignant une augmentation du nombre de personnes internées dépendantes des CPS (Plans d'Action Révisé, 2023).

[25] Cela concerne les personnes dont le placement est exécuté en EDS, SDS et placement hors DGEPI.

[26] « Autre » renvoie aux internés en liberté dans l'attente de la première audience, en surveillance électronique, en libération (anticipée ?) en vue de l'éloignement ou de la remise ou signalés à rechercher.

santé mentale comme du handicap[31]) contribuent également à freiner le transfert des internés vers des modes de prise en charge institutionnels plus ouverts ou ambulatoires.

Conclusion

La réforme de 2014 visait pour partie à encourager la prise en charge dans le milieu de vie et l'autonomisation des personnes internées. La notion de trajet de soins, la création de liens avec le secteur de soins réguliers et le rôle attribué aux équipes mobiles TSI dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale (réforme 107) allait en ce sens (De Spiegeleir, 2022).

Toutefois, la pratique de l'internement donne une autre image. Quelle que soit la volonté de désinstitutionnaliser, la pratique de l'internement en Belgique reste plus que jamais ancrée sur le placement en institution. Le constat est ici assez net : le maintien de personnes internées en attente de placement en annexe psychiatrique reste important et le nombre de places en sections de défense sociale de prison s'accroit ; des institutions de soins sécurisées ont été créées en complément et d'autres sont prévues, tout comme le nombre de places prévue en institutions de soin réguliers qui grandit également.

Il est difficile, dans ce contexte, de parler de désintitutionnlaisation. Au mieux peut-on évoquer un processus de transinstitutionalisation, qui supposerait toutefois que la création ou le renforcement d'institutions de soins sécurisées ou du circuit de soins régulier se substitue au placement dans un cadre carcéral. Or rien n'est moins sûr, la politique actuelle semblant plus être celle du cumul des institutions que du remplacement des unes par les autres. Ce à quoi l'on assiste est un *institutional net widening effect*, marqué par une extension et une diversification de l'offre. Les chambres de protection sociale se saisissent de cette diversité, sans que l'on sache bien d'ailleurs quels critères guident leur choix d'institution. Il est possible que le critère du trajet de soins et ou celui de la dangerosité soient déterminants. Il est possible aussi, comme on a pu le constater par le passé (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010), que le critère plus pragmatique de la disponibilité des places joue un rôle majeur dans l'orientation de l'interné.

[31] Omblets, 2022.