

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 14 mars 2013**

**DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Section "Programmation et Agrément"**

**Réf. : CNEH/D/PSY/424-2 (\*)**

**Avis concernant les réflexions sur la loi du 21 avril 2007 relative  
à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 14 mars 2013

La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental contient une multitude de lacunes. Via cet avis le CNEH souhaite proposer des modifications - certaines radicales, d'autres pas 'avant que la loi n'entre en vigueur<sup>(1)</sup>,. S'il fallait appliquer la nouvelle loi relative à l'internement dans sa forme actuelle, il serait difficile de mettre le trajet de soins en œuvre pour les internés. En annexe de cette note se trouve un schéma concernant la structure proposée qui offre le cadre pour les réseaux et le trajet de soins.

**a. Angles d'approche de la loi**

- La loi envisage toujours trop l'internement sous l'angle de la sûreté et de la protection (article 2).
- Elle met l'accent sur le besoin de soins de la personne internée (article 2). Le besoin d'un interné doit toutefois s'envisager dans un contexte plus large, tout en donnant une place essentielle à l'accompagnement et/ou au traitement.
- La loi part du principe que tout interné peut se réinsérer dans la société (article 2). La réinsertion de personnes internées dans la société est cependant un objectif qu'il nous faut poursuivre autant que possible. Si l'insertion dans la société est impossible, une existence conforme à la dignité humaine doit pouvoir être menée dans un environnement sécurisé et adapté.

**b. L'expertise psychiatrique (articles 5, 6 et 7)**

- Nous plaidons en faveur d'une expertise psychiatrique obligatoire. Or, la loi ne précise rien quant au caractère obligatoire ou facultatif de cette expertise psychiatrique. L'article 5, § 1er, donne à penser qu'elle ne serait pas obligatoire, alors qu'elle l'est aux termes de l'article 8, § 2.
- Il est conseillé que l'expertise psychiatrique se prononce sur la responsabilité (ou irresponsabilité) de la personne, la capacité de celle-ci à bénéficier d'un traitement, le risque de rechute, ainsi que le risque que la personne représente pour sa propre sécurité et pour la société.
- Le nombre de psychiatres en mesure de réaliser l'expertise psychiatrique est insuffisant. On pourrait réfléchir aux possibilités de faire y participer des psychologues médico-légaux, en soutien au psychiatre. Il faudrait délimiter clairement les tâches des psychiatres et celles des psychologues, notamment en ce qui concerne le diagnostic et le traitement préconisé. À cet égard, nous plaidons en faveur d'un statut distinct pour le psychiatre médico-légal d'une part, et le psychologue médico-légal d'autre part, statut qui s'accompagnerait d'une formation et d'un agrément spécifiques. Pour cela, il est essentiel de définir des critères d'agrément. La rémunération de l'expert, qui est actuellement insuffisante, doit elle aussi être intégrée à cette réflexion. Une rémunération plus importante est une des options qui peuvent rendre la mission plus attrayante. Il y a bien entendu d'autres facteurs déterminants, comme la motivation.
- On peut inférer de l'article 7 que toutes les informations recueillies dans le cadre de l'expertise ne sont pas transmises au (futur) médecin personnel de l'interné si ce dernier n'en fait pas la demande. Il est souhaitable que la loi prévoit que les informations pertinentes soient transmises à ce(s) médecin(s) en vue d'assurer la continuité des soins et l'efficacité du (début du) traitement.

---

<sup>(1)</sup> Et donc avant que la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels ne soit remplacée.

- Une expertise psychiatrique doit être réalisée par une équipe spécialisée, composée d'au moins un psychiatre médico-légal et un psychologue médico-légal. Il est indispensable de prévoir à cet effet un endroit spécifique et isolé.

### **c. Modalités d'exécution de l'internement**

- Si les tribunaux d'application des peines désignent une structure chargée des modalités d'exécution, la loi ne dit pas clairement si cela revêt un caractère obligatoire ou facultatif pour la structure en question (article 17; article 30, § 2; article 37, § 2; article 47, article 67 et article 68, § 2). Le tribunal d'application des peines ne doit toutefois pas désigner d'initiative la/les structure(s) et/ou service(s) qui se chargeront de traiter l'interné. Cette décision doit se baser sur un avis rendu par le SPS (service psychosocial de la prison) ou les maisons de justice. L'avis du SPS est le résultat d'une concertation préalable entre le SPS ou la maison de justice et le réseau de structures et services. Le SPS ou les maisons de justice transmettent l'avis au TAP au niveau de cas individuel. Le TAP prend la décision finale en ce qui concerne la désignation de la structure ou service capable de prendre en charge le traitement de l'interné.

Les CPF, les EDS et les établissements de soins sécurisés qui émanent de la Région wallonne sont obligés d'exécuter cette décision. Il n'est toutefois pas souhaitable que les autres structures et services du secteur des soins de santé mentale et du secteur des personnes handicapées soient soumis à une obligation de prise en charge. C'est en effet le réseau de structures et services lui-même qui est le mieux placé pour offrir une réponse adaptée au besoin de traitement de l'interné. On peut également parler ici de décision « négociée ». Cette façon de faire permet de désigner la structure la plus appropriée pour répondre à la demande de soins de l'interné. Par souci de précision, nous renvoyons au schéma en annexe. Le réseau est en revanche ouvert à une déclaration d'engagement (p.ex. un protocole d'accord entre le SPF Justice et les acteurs des soins avec engagement de traitement/soins/accompagnement et mise en œuvre d'un circuit de soins). Les structures et services de soins de santé mentale sont également disposés à assurer le traitement d'un interné à l'intérieur d'une zone déterminée (ressort d'une Cour d'appel), pour autant que le réseau de structures et services existant dans la zone en question dispose des moyens nécessaires à cet effet. On déterminera dans cette zone qui sera le mieux à même de traiter l'interné. Le coordinateur de réseau médico-légal, financé par la Justice ou la Santé publique, a un rôle essentiel à jouer à cet égard (article 120). Ce coordinateur ne déterminera ni les acteurs du réseau qui seront chargés du traitement, des soins et/ou de l'accompagnement de l'interné, ni le contenu du besoin de traitement en question. En revanche, le coordinateur de réseau médico-légal réunira le réseau des structures et services pertinents actifs au sein du ressort afin que le besoin de traitement de l'interné puisse trouver une réponse adéquate. Il/Elle signalera les cas problématiques et dossiers complexes, et fera également office de conseiller en prévention. De plus, le coordinateur de réseau médico-légal assurera la liaison entre la Justice et le réseau si nécessaire.

- Un "placement" suppose une prise en charge résidentielle, alors que celle-ci n'est pas toujours nécessaire (article 17). Nous souhaitons dès lors ne pas utiliser ce terme. Il faut en outre que l'on abandonne l'octroi progressif de modalités d'exécution des peines. La loi suppose qu'un interné doit tout d'abord être passé par une admission et/ou un séjour en prison avant de pouvoir bénéficier d'une modalité de mise en liberté (article 17, article 25 et article 38, § 2). Un accompagnement ambulatoire dès le départ est, par là même, impossible. Cette possibilité d'être accompagné et traité dès le départ en ambulatoire doit encore être intégrée au système! En effet, une prise en charge

- résidentielle et/ou un séjour en prison ne sont pas toujours recommandés. Plus longue est la mise à l'écart de l'interné de la société et plus difficile il est difficile de l'y réinsérer.
- La loi n'établit aucune distinction entre les différents maillons d'un réseau et une approche différenciée, adaptée à la problématique. Les procédures lourdes et complexes ne cadrent pas avec la philosophie de réseau que vise la réforme actuelle des soins de santé mentale. Il n'est pas tenu compte du caractère évolutif de l'état mental de l'interné. Dès qu'une structure ou service a pris la responsabilité du traitement d'un interné, le renvoi vers d'autres intervenants ou modalités d'exécution doit pouvoir être facilité si nécessaire.
  - L'interné doit avoir été pris en charge pendant au moins 10 mois avant que la décision d'octroyer d'autres modalités d'exécution puisse intervenir (article 38, § 2). Une exception à cette règle est toutefois prévue en ce qui concerne le transfèrement en cas d'urgence (article 59). Si l'on veut assurer la continuité des soins, de l'accompagnement et du traitement adaptés qui sont nécessaires, un délai de 10 mois pour certains profils est beaucoup trop long. Cela suppose, du reste, une nouvelle fois de passer d'abord par une prise en charge résidentielle de l'interné, qui n'est pas toujours nécessaire. Enfin, l'efficacité thérapeutique requiert une procédure plus rapide et plus souple permettant de faire face aux situations de crise.
  - Les termes "détention limitée" risquent d'amener à considérer l'internement comme une détention similaire à une peine d'emprisonnement (article 21).
  - Il vaudrait mieux permettre également le transfèrement pour les 6 motifs pouvant donner lieu à la révocation des modalités (cf. article 66).
  - Pour garantir l'efficacité thérapeutique, un suivi de l'interné tout au long du processus juridique et de soins reste recommandé. À l'heure actuelle, le suivi de l'interné est assuré par les maisons de justice. La nouvelle loi sur l'internement doit prévoir une procédure similaire, sans suivi détaillé du traitement par les maisons de justice.
  - En cas de détention limitée et de surveillance électronique, ce sont l'assistant de justice et le Centre national de surveillance électronique qui définissent concrètement la modalité en question (article 53, § 2). Il n'est toutefois pas souhaitable que ce soient ces acteurs qui définissent le contenu des soins, du traitement et/ou de l'accompagnement. C'est la structure qui est l'acteur le mieux placé pour ce faire.
  - Le délai entre la décision désignant la structure ou le service de traitement de l'interné ou la décision de réinsertion dans la société et l'exécution de cette décision doit être porté de 24 à 48 heures, comme signifié initialement
  - Dans l'optique d'une réintégration progressive dans la société après une admission résidentielle, une permission de congé avec une durée maximale pour les internés est possible (article 19). Il est conseillé de ne pas limiter à 7 jours le congé pour les internés qui sont traités par des établissements fonctionnant sur la base d'une admission négociée et donc aussi de ne pas prévoir de durée maximale. Pour un congé dans un établissement fonctionnant sur base d'une réquisition, la restriction peut être maintenue, mais nous conseillons un congé d'une durée de 1 à 14 jours.

#### **d. Les tribunaux d'application des peines (TAP)**

- Il est regrettable que l'expertise des CDS se perde. Il est donc indispensable que la composition du TAP soit adaptée à la matière spécifique qu'est l'internement (au moins, présence permanente d'un psychiatre). Parallèlement à cela, il importe de veiller à ce que la procédure applicable aux internés ne soit pas assimilée à celle qui s'applique aux détenus.
- On l'a vu plus haut, il faut que le TAP se concerte avec (le réseau) des structures et services lorsqu'il s'agit de choisir l'établissement qui sera chargé du traitement de l'interné (article 17, article 30, § 2, et article 37, § 2). Un aperçu de ce réseau se trouve en annexe.

- Selon la nouvelle loi, le tribunal de l'application des peines siège au sein des établissements de défense sociale afin de limiter les risques liés au déplacement des internés (article 127). Il est proposé que le tribunal de l'application des peines puisse également siéger au sein des locaux du CPF.

#### e. Les établissements ou services

- Un arrêté d'exécution devra préciser, d'une part, les conditions à appliquer au niveau de la sécurité et, d'autre part, en quoi consistent les soins adaptés. Il faudra, par exemple, clarifier si une structure ou service ordinaire de soins de santé mentale répond aux conditions de sécurité qui s'imposent.
- La définition du "directeur" (article 3, 2.) ne tient pas compte des différences qui existent entre la fonction de directeur de prison et celle de directeur d'un établissement (en termes de responsabilités, de missions, etc.). Le rôle du médecin des structures est en outre méconnu. Les décisions concernant des patients individuels (p.ex. admission, modalités de séjour - en ce compris les mesures de restriction de la liberté - et sortie) sont prises par le médecin (et l'équipe traitante) et non par le management. Dans le contexte du traitement, ces décisions constituent en effet des mesures thérapeutiques et non des sanctions. Or, la loi fait fi de cette réalité. Des zones d'ombre subsistent quant aux différences entre le rôle et les compétences du directeur de la structure et ceux du psychiatre responsable de l'admission. Nous recommandons de chercher une formule dissociant clairement les responsabilités médicale et administrative.
- Il n'est pas souhaitable que les structures et services qui, après une décision négociée désignant l'intervenant responsable de l'exécution de l'internement, assurent les soins, l'accompagnement et/ou le traitement de l'interné, assument également la responsabilité du dossier et de la procédure du TAP (article 42, § 3; article 53, § 4, et article 58, § 3). La loi prévoit par exemple en différents endroits l'obligation d'introduire une demande auprès du secrétariat de "l'établissement" ou la possibilité de consulter le dossier au secrétariat en question. Les établissements fonctionnant sur base d'une réquisition, notamment les centres de psychiatrie médico-légale et les institutions de défense sociale peuvent assurer cette mission.
- Etant donné que la nouvelle loi sur l'internement entrera seulement en vigueur le 1er janvier 2015 il est nécessaire que le statut des CPF soit inscrit dans la loi-programme comme un quatrième type d'institution de la Justice.

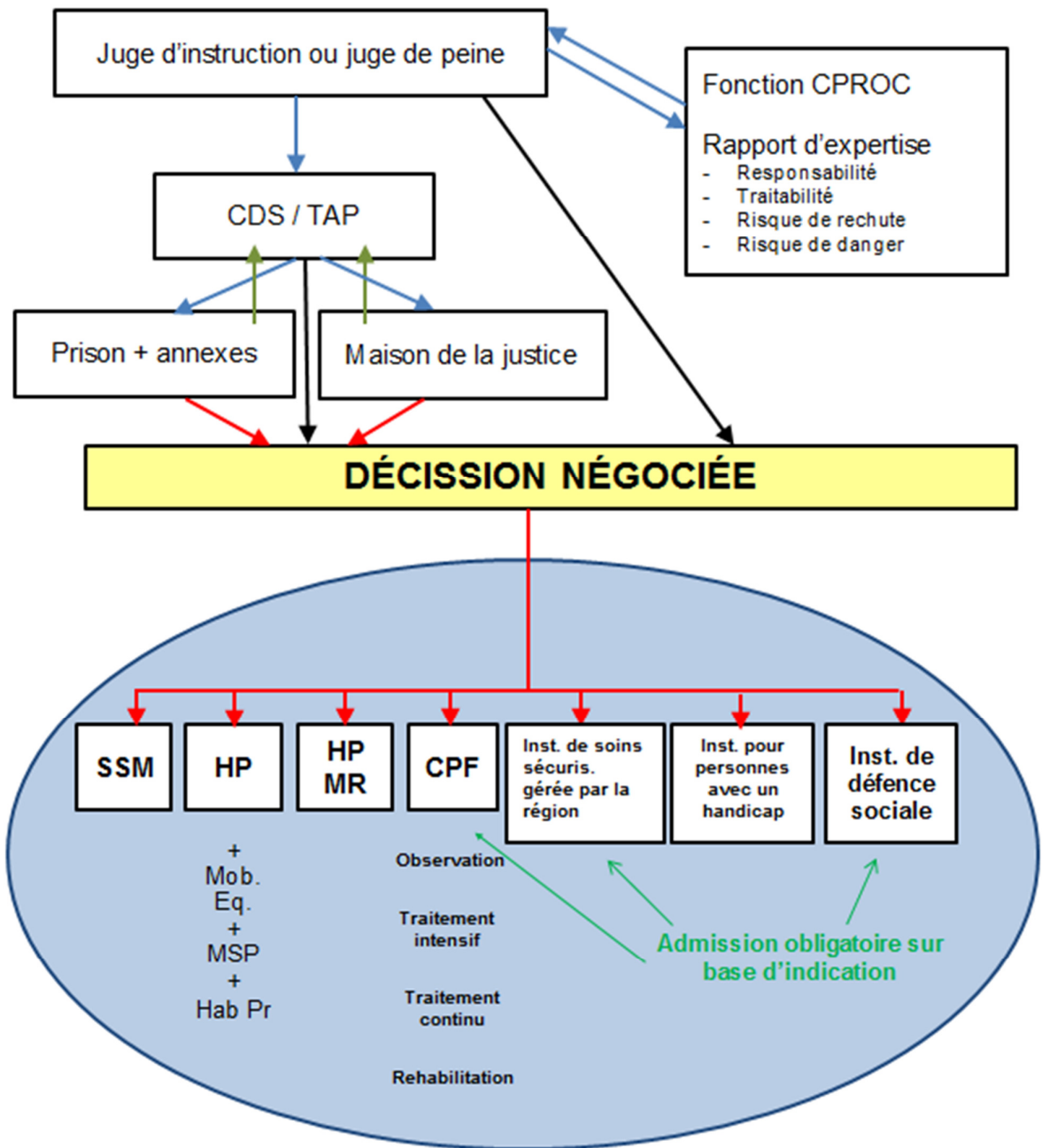
- f. Le rôle du **conseil de l'interné** est insuffisamment reconnu. Il faudrait systématiquement essayer que cette représentation par un conseil soit mise en place, étant donné l'état psychologique de l'interné. À l'heure actuelle, la loi impose à l'interné de comparaître en personne devant le tribunal d'application des peines. Elle n'impose la représentation par un conseil que si des questions médico-psychiatriques sont posées en rapport avec son état et s'il est particulièrement préjudiciable de les examiner en sa présence. (Article 27; article 35; article 43; article 53, § 5; article 58, § 4; article 70, § 3; article 74)

La loi ne prévoit pas davantage la communication systématique de certains documents au conseil. Exemple: l'avis du directeur en cas de décision d'octroi de l'une des modalités d'exécution (prévues au chapitre 3, section 1ère), l'avis du ministère public rendu après celui du directeur (article 40), et le dossier en vue de la libération définitive (article 73, § 3). Or, ce sont des choses qu'il faudrait prévoir.

- g. Gestion de **l'internement des condamnés**: prévoir un autre suivi que juste la loi sur l'admission forcée. (modification de l'article 112 et abrogation des articles 137 à 143). Il faut également que, dans un tel cas de figure, le tribunal d'application des peines ait la faculté d'ordonner le

placement en établissement de défense sociale. La loi continuerait à s'appliquer pour la gestion ultérieure de la mesure. Si le TAP/ministère public renvoie néanmoins le dossier devant le juge de paix et si une admission forcée est ordonnée, rien ne justifie de ne pas laisser s'appliquer l'ensemble des dispositions actuelles de la loi de 1990. Mieux vaudrait abroger les dispositions spécifiques qui s'appliquent à cette catégorie.

- h. Mieux vaudrait rendre **l'arrestation provisoire** également possible pour le 6e motif pouvant donner lieu à la révocation des modalités (en l'occurrence lorsqu'il existe des raisons de penser que l'état mental de l'interné s'est à ce point détérioré que la modalité accordée n'est plus opportune) (article 71).



### Concertation en réseau – Le coordinateur facilite

CPROC : Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique  
 HP MR : Hôpital Psychiatrique Medium Risk  
 CDS : Commission de défense sociale  
 TAP : Tribunaux d'application des peines  
 CPF : Centre de Psychiatrie Forensique