Juin 2025

64a

Chercheuses
Dr. Sophie De Spiegeleir
Dr. Petra Habets
Sophie Verschueren

Promoteur.rices/Coordinatrice
Dr. Alexia Jonckheere
Dr. Eric Maes
Prof. Dr. Inge Jeandarme

Augmentation du nombre de personnes internées en Belgique : état des savoirs

Rapport de recherche

NICC INCC

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem

Table des matières

Table des matières 1
Table des tableaux 3
Tables des figures 3
Remerciements 4
Liste des acronymes 5
Glossaire 7

1. INTRODUCTION 15

1.1. Cadre (légal) de l'internement, lieux de prise en charge et initiatives de l'Etat fédéral 15

1.2. Contexte et objet de la recherche 19

1.3. Structuration du projet de recherche et objectifs 21

2. MÉTHODOLOGIE 23

2.1. Réalisation d'une cartographie (janvier 2024 – mars 2024) 24

2.2. Analyse de la littérature grise et scientifique (mars 2024 – novembre 2024) 25
2.2.1. La littérature néerlandophone, rédigée en néerlandais ou en anglais 25
2.2.2. La littérature francophone, rédigée en français ou en anglais 28

2.3. Identifier les (bases de) données disponibles : entretiens, questionnaire et inventaire (janvier 2024 – mai 2025) 29
2.3.1. Démarches auprès d'acteurs de la chaine pénale 29
2.3.2. Démarches auprès d'acteurs participant à l'offre de soins médico-légale 31
2.3.3. Autres démarches 33
2.3.4. Inventaire de bases de données 33
2.3.5. Utilisation et partage des données 34

3. SCHÉMA DU PROCESSUS D'INTERNEMENT 35

4. LA LISTE DES HYPOTHÈSES 47

5. ETAT DES SAVOIRS PAR HYPOTHÈSE 48
Hypothèse 1. Dégradation de la santé mentale de la population générale et manque de prise en charge 49
Hypothèse 2. Nouvelles pratiques professionnelles de certains acteurs de la justice 58
Hypothèse 3. Maintien (souvent illégal) des personnes internées en prison et manque de places d'accueil extérieures à la prison (avant la première audience) 70
Hypothèse 4. Augmentation du nombre d'internement de personnes condamnées détenues 77
Hypothèse 5. Surutilisation et/ou mauvaise occupation des places résidentielles au détriment de l'ambulatoire (notamment au moment de la première audience) 82

Hypothèse 6. Augmentation du nombre de places (lits) au sein des structures pour personnes internées (effet d'aspiration ; offre et demande) 88
Hypothèse 7. Augmentation du refus de la libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise 90
Hypothèse 8. Diminution de l'octroi de la libération à l'essai et/ou augmentation du délai avant l'octroi 94
Hypothèse 9. Augmentation du nombre d'arrestations provisoires ainsi que des suspensions et des révocations de la libération à l'essai et autres modalités d'exécution 98
Hypothèse 10. Augmentation du rejet de la libération définitive 102
Hypothèse 11. Recours insuffisants et/ou inadaptés aux équipes mobiles TSI 106

6. LES BASES DE DONNÉES INSTITUTIONNELLES 109

6.1. Les bases de données relatives à la justice 109
6.1.1. Le casier judiciaire central (CJC) 109
6.1.2. La base de données de l'administration pénitentiaire (SIDIS-Suite) 113
6.1.3. La base de données du ministère public (MaCH) 117
6.1.4. Les bases de données des maisons de justice (SIPAR) 118

6.2. Les bases de données des institutions de soin 121
6.2.1. Analyse des bases de données existantes dans les institutions de la Région flamande et les institutions néerlandophones de la région de Bruxelles-Capitale 121
6.2.2. Analyse des bases de données existantes dans les institutions de la Région wallonne et les institutions francophones de la région de Bruxelles-Capitale 129
6.2.3. Conclusion transversale de l'analyse par questionnaire 135
6.2.4. Exemplaire du questionnaire utilisé dans l'enquête 137

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 140

7.1. Les principaux constats de la recherche 140

7.2. Recommandations pour la politique criminelle et la recherche scientifique 143

8. BIBLIOGRAPHIE 147

Table des tableaux

Tableau 1. Nombre d'études trouvées par type de recherche 26
Tableau 2. Groupes de recherche et nombre d'études par type de recherche 27
Tableau 3. Institutions participantes 32
Tableau 4. Institutions participantes 32
Tableau 5. Etablissements ayant participé à l'enquête 121

Tables des figures

Figure 1. Unités de compte SIDIS-GREFFE 114
Figure 2. Enregistrement des données des personnes internées dans une base de données 122
Figure 3. Services qui enregistrent les données relatives aux personnes internées dans une base de données 122
Figure 4. Enregistrement des données démographiques par les institutions médico-légales 123
Figure 5. Enregistrement des données relatives aux traitements par les services médico-légaux 124
Figure 6. Enregistrement des données juridiques par les services médico-légaux 126
Figure 7. Enregistrement des diagnostics et des évaluations des risques par les institutions médico-légales 127
Figure 8. Taille de la base de données 127
Figure 9. Durée de la période d'enregistrement 128
Figure 10. Données démographiques 130
Figure 11. Données relatives au traitement 132
Figure 12. Données juridiques 133
Figure 13. Données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques 134

Remerciements

Les équipes de recherche remercient vivement Romy Sneyers et Frédérique De Booseré qui ont participé partiellement à la réalisation du projet.

Nous remercions également les membres du comité de suivi scientifique : Denis Delannoy, Inge Jeandarme, Johan Kalonji Ditunga, Olivia Nederlandt, Thierry Pham et Ciska Wittouck. Leurs commentaires et suggestions, à différentes étapes du projet, nous ont été d'une aide précieuse !

Nous souhaitons également remercier les nombreuses personnes rencontrées dans le cadre du projet, pour les informations qu'elles nous ont transmises, les documents et autres questionnaires qu'elles ont communiqués, les avis et suggestions dont elles nous ont fait part.

Liste des acronymes

ABEX	Association belge des experts
AGMJ	Administration générale des maisons de justice de la FWB
AICS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel
AJ	Assistant de justice
APA	American Psychiatric Association
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
CCSP	Conseil central de surveillance pénitentiaire
CDPH	Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées
CDS	Commission de défense sociale
CHP	Centre Hospitalier Psychiatrique
CrEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CJC	Casier judiciaire central
CJCS	Casier Judiciaire Centra(a)l Strafregister
Coordinateur.trices CSEI	Coordinateur.trices du circuit de soins externe internés (Justice)
Coordinateur.trices TSI	Coordinateurs.trices du trajet de soins internés (Santé)
CPL	Centre de psychiatrie légale
CPS	Chambre de protection sociale
COCS	Centre d'observation clinique sécurisé
CRDS	Centre de recherche en défense sociale
DD	Double diagnostic
DGEPI	Direction générale des établissements pénitentiaires
DGGS	Direction Générale Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
DL	Détention limitée
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDS	Établissement de défense sociale
EM	Équipe mobile
FWB	Fédération Wallonie Bruxelles
GCSD	Gespecialiseerd centrum voor seksuele delinquenten (centre spécialisé pour délinquants sexuels)
HP	Hôpital psychiatrique
HPS	Hôpital psychiatrique sécurisé
IFDH	L'Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains
IHP	Initiatives d'habitations protégées
INCC	Institut National de Criminalistique et de Criminologie
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
LAE	Libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou de la remise
LE	Libération à l'essai

LD	Libération définitive
MEO	Mise en observation
MJ	Maison de justice
MSP	Maisons de soins psychiatriques
OIP	Observatoire international des prisons
OPZC	Openbaar psychiatrisch zorgcentrum
PE	Période d'essai
QI	Quotient intellectuel
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SDS	Section de défense sociale (en prison)
SE	Surveillance électronique
SIDIS	Système Informatique de Détention
SPAD	Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile
SPF	Service public fédéral
SPS	Service psychosocial d'un établissement pénitentiaire
SSM	Service de santé mentale
TAP	Tribunal de l'application des peines
TR	Table ronde
TSI	Trajet de Soins Internés
UPML	Unité psychiatrique médico-légale (principalement pour les libérés à l'essai à l'hôpital psychiatrique)
USIP	Unité de soins intensifs psychiatriques (à l'hôpital psychiatrique)
UNIA	Institution publique interfédérale indépendante qui lutte contre la discrimination et promeut l'égalité
USPS	Unité sécurisée de protection sociale
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (agence flamande pour les personnes handicapées)

Glossaire

Nous proposons dans ce glossaire de définir une série de termes, de notions, voire d'expressions utilisés dans ce rapport ; il s'agit de participer ainsi à un effort de vulgarisation, en prenant quelques libertés avec une approche purement juridique ou médicale.

Concept	**Définition**
Effet d'aspiration	Phénomène dans lequel la mise en place d'un dispositif ou d'une mesure d'assistance particulière entraîne un afflux de patients ou de demandes plus important que prévu.
Établissements de soins ambulatoires	Les structures ambulatoires fournissent des soins aux patients sans qu'ils soient obligés de séjourner dans l'institution. Ces soins comprennent des thérapies, un suivi médical ou des conseils, et visent à maintenir l'indépendance et l'intégration sociale.
BelRAI	Un ensemble d'instruments scientifiques développés au niveau international visant à améliorer la qualité des soins, tous les instruments étant basés sur le principe interRAI (voir ci-dessous), mais appliqués à la situation belge.
Détention limitée	La détention limitée signifie que la personne est autorisée à quitter l'institution pendant un maximum de 16 heures par jour dans un but spécifique, comme le suivi d'une thérapie ou d'une formation.
Niveau de sécurité	Un niveau de sécurité indique le degré de sécurité matérielle, procédurale et relationnelle nécessaire dans un cadre médico-légal ou pénitentiaire, en fonction du profil de risque de la personne concernée (risque de fuite, risque de récidive et problématique). Les critères relatifs aux niveaux de sécurité sont décrits dans la matrice DUNDRUM récemment élaborée.
Comorbidité	La comorbidité désigne la manifestation simultanée de plusieurs troubles.

Libération définitive	Fin de la mesure d'internement, à condition que les troubles mentaux soient suffisamment stabilisés de telle sorte qu'il soit raisonnable de ne pas craindre que la personne internée, que ce soit en raison de ses troubles mentaux ou non, éventuellement en conjonction avec d'autres facteurs de risque, commette à nouveau des infractions visées à l'article 9, § 1, 1°.
Recherche Delphi	Méthode de recherche qui consiste à solliciter l'avis d'un grand nombre d'experts sur un sujet qui ne fait pas l'objet d'un consensus. En renvoyant les réponses des autres experts (de manière anonyme), on tente de parvenir à un consensus en plusieurs tours.
Dommage en détention	Les dommages causés par la détention comprennent les effets négatifs que la détention peut avoir sur le fonctionnement psychosocial d'un individu. Il peut s'agir de dommages émotionnels, d'un déclin cognitif, de la perte de réseaux sociaux, d'un risque accru de récidive ou de problèmes psychiatriques.
Rapport d'expert	Un expert est désigné en vertu de l'article 5 de la loi sur l'internement sur ordre du procureur, du juge d'instruction, des juridictions d'instruction ou de jugement. Le rapport d'expertise répond aux questions du juge. Depuis la modification de la loi, le rapport d'expert est obligatoire et doit être préparé par un psychiatre forensique selon un format établi par la loi.
Entretiens approfondis	Les entretiens approfondis constituent une méthode de recherche qualitative par laquelle le chercheur mène des entretiens ouverts et semi-structurés avec les personnes interrogées, dans le but de mieux comprendre leurs expériences, leurs perceptions, leurs croyances et leurs motivations. Cette méthode est souvent utilisée dans la recherche en sciences sociales pour cartographier des phénomènes complexes du point de vue des personnes concernées.
Trajectoire	La trajectoire décrit le processus de passage d'une personne (internée) par différents contextes de détention ou de soins.

DUNDRUM	Le Manuel de compréhension de la dangerosité, de rétablissement et d'urgence est un outil d'évaluation clinique structuré permettant de déterminer le besoin de sécurité d'une personne présentant un profil psychiatrique légal.
Première audience	Au cours de la première audience, les débats porte sur le lieu d'exécution de la mesure d'internement et/ou la manière selon laquelle elle sera exécutée.
Offre de soins extra-pénitentiaires	Les soins extra-pénitentiaires comprennent toutes les formes de soins de santé mentale et de traitement des dépendances qui sont proposés en dehors des murs de la prison.
FORACT	Il s'agit d'une forme de traitement intensif, multidisciplinaire et visant la sensibilisation pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et ayant des antécédents judiciaires. Le modèle est basé sur le modèle original ACT (Assertive Community Treatment), mais se concentre spécifiquement sur la prévention de la récidive en assurant la continuité des soins dans un contexte médico-légal.
FORCARE	Projet de recherche (2016-2019) visant à classer les soins psychiatriques médico-légaux belges en fonction des niveaux de sécurité (niveaux macro, méso et micro), afin de cartographier le paysage des soins, d'améliorer les parcours de soins et de promouvoir un traitement approprié et humain dans un contexte de sécurité des personnes ayant un statut d'interné.
Critère de dangerosité	Condition légale établissant qu'il existe un danger pour la personne concernée de commettre à nouveau une infraction en raison de ses troubles mentaux, le cas échéant en lien avec d'autres facteurs de risque, conformément à l'article 9, § 1, 1°.
Révocation	Décision judiciaire révoquant une mesure précédemment accordée, telle que la libération à l'essai. Les cas dans lesquels cela peut se produire sont décrits à l'article 59.

Haute sécurité (*high security*)	Niveau de sécurité avec un contrôle maximal et une liberté de mouvement minimale, obtenu grâce à des mesures physiques, technologiques et organisationnelles intensives, visant à contrôler les situations à haut risque. En Flandre, dans le cadre du traitement résidentiel, les CPL d'Anvers et de Gand entrent dans cette catégorie. En Belgique francophone sont concernés l'EDS de Paifve, l'HPS Les Marronniers et l'unité Claudel du CHP Chêne Aux Haies.
HoNOS	Instrument standardisé qui permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et fonctionnel des personnes souffrant de problèmes psychiatriques à l'aide de 12 items. Il est utilisé pour mesurer les résultats des traitements et évaluer les besoins en matière de soins.
HoNOS- Sécurisé	Outil d'évaluation standardisé qui estime les besoins en matière de sécurité et de soins des personnes souffrant de problèmes psychiatriques médico-légaux, en complément du HoNOS. Il comprend 7 items supplémentaires notés parallèlement au HoNOS en rapport avec le risque, le besoin de sécurité et le contexte du traitement, et soutient la prise de décision clinique sur les niveaux de soins dans des environnements sécurisés.
Fiabilité inter-évaluateurs	Méthode statistique permettant d'évaluer la cohérence et l'accord entre deux ou plusieurs évaluateurs concernant un phénomène ou un comportement donné.
Internement	Mesure de protection juridique prise à l'égard de personnes ayant commis une infraction et ayant été par ailleurs reconnues irresponsables pénalement, en raison d'un trouble mental ayant, au moment des faits, annulé ou gravement altéré leur capacité de jugement ou de contrôle de leurs actes ou à l'égard desquelles il a été constaté, au moment de l'expertise, qu'elles souffraient d'un trouble mental ayant détruit ou gravement altéré leur jugement ou le contrôle de leurs actes. La mesure vise à traiter plutôt qu'à punir, dans le but de sécuriser la société et de fournir à la personne des soins appropriés.

Libération à l’essai	Il s'agit d'une modalité de mise en œuvre de la décision d'internement, par laquelle la personne internée subit la mesure de sécurité qui lui est imposée dans le cadre d'un parcours de soins résidentiel ou ambulatoire, à condition qu'elle respecte les conditions qui lui sont imposées pendant la période probatoire.
interRAi	Le système d'évaluation de la qualité des soins est un ensemble international d'instruments d'évaluation standardisés et validés qui identifient le fonctionnement et les besoins de soins de personnes sur le plan physique, cognitif, psychologique et social, dans différents secteurs de soins et groupes cibles.
CPS	Chambre de protection sociale : une chambre spécialisée du tribunal de l’application des peines qui est compétente pour statuer sur l'exécution, la prolongation ou la fin d’une mesure d'internement imposée à une personne ayant le statut d'internée.
Recherche qualitative	La recherche qualitative vise à l'acquisition d'une connaissance approfondie de la manière dont les individus font l’expérience du monde qui les entoure. Elle implique la collecte et l'interprétation de données autres que numériques dans le but de comprendre les concepts, les perceptions et les expériences par le biais d'entretiens, d'observations, de recherches ethnographiques, entre autres.
Recherche quantitative	La recherche quantitative se concentre sur la vérification de théories et d'hypothèses par la collecte systématique et l'analyse statistique de données numériques. L'objectif est d'identifier des corrélations, des différences ou des relations (causales) mesurables.
Recherche longitudinale	Il s'agit d'une méthode de recherche par laquelle des données relatives à une même population (comme un ensemble d’individus, des groupes ou des organisations) sont collectées à plusieurs moments afin d'examiner les changements et les relations de cause à effet au fil du temps.

Faible sécurité (*low security*)	Niveau de sécurité avec des mesures de contrôle minimales, destiné aux personnes ou aux institutions présentant un profil de risque faible. Il y a plus de liberté et une supervision limitée. En Flandre, il s'agit principalement des soins subventionnés dans le cadre de la psychiatrie ordinaire, des soins en matière d'assuétudes et de la prise en charge assurée par le VAPH, l'agence flamande pour les personnes handicapées. En Belgique francophone, il s'agit principalement des MSP et des IHP.
Médiane	La médiane est une mesure statistique indiquant la valeur centrale d'un ensemble de données. Lorsque l'on classe les valeurs, la médiane est le nombre qui se situe au milieu, avec 50 % des valeurs au-dessus et 50 % en-dessous.
Moyenne sécurité (*medium security*)	Niveau de sécurité intermédiaire qui offre un équilibre entre le contrôle et la liberté de mouvement, visant à gérer un risque moyen pour la personne et la société. En Flandre, il s'agit des unités psychiatriques médico-légales de Rekem, Zelzate et Bierbeek. En Belgique francophone, il s'agit principalement des unités psychiatriques médico-légales (UPML) suivantes : Hegoa (Centre Hospitalier Jean Titeca, à Bruxelles), Phileas (Centre neuropsychiatrique Saint-Martin à Dave), Baobab (Forêt de Soignes Psychiatrie à Wavre), Canopée (Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers, à Tournai) et Baudelaire (Centre Hospitalier Psychiatrique Chêne Aux Haies, à Mons).
Internement ministériel	Terme désuet qui désigne une forme exceptionnelle d'internement imposée à une personne détenue non par un juge, mais par une décision du ministre, parce que cette personne est « en état de démence ou dans un état grave de trouble mental ou de faiblesse d'esprit la rendant inapte au contrôle de ses actes ». On parle alors d'internement administratif.
Équipes mobiles et équipes de liaison	Des équipes de soins pluridisciplinaires accompagnent les personnes internées dans le cadre des soins ambulatoires en leur proposant des parcours de soins individualisés, en identifiant les risques, en renforçant les réseaux et en collaborant avec les partenaires de la justice et des soins. Les équipes de liaison (en Flandre) n'existent plus et ont été intégrées aux équipes mobiles.

Évaluation par les pairs	Les articles soumis à des revues scientifiques évaluées par des pairs sont soumis à des critères stricts. Un groupe d'experts décide si un article peut être publié. Grâce à cet examen, les articles évalués par des pairs sont considérés comme des sources scientifiques plus fiables que les sources qui n'ont pas fait l'objet d'un examen par des pairs.
Centres d'hébergement	Les établissements résidentiels sont des institutions où les clients séjournent pour recevoir des soins ou des traitements intensifs. Dans le domaine de la santé mentale légale, il s'agit souvent d'institutions sécurisées ou fermées, adaptées au profil de risque du patient.
SCIENSANO	Institution scientifique fédérale et centre de recherche fédéral belge pour la santé publique, la santé animale et la sécurité alimentaire.
Échantillon boule de neige	Méthode de recherche ciblée dans le cadre d'une analyse documentaire, qui consiste à sélectionner de nouvelles références pertinentes à partir d'une référence trouvée, puis à répéter ce processus pour trouver d'autres sources.
Titeca	Le Centre Hospitalier Jean Titeca est un hôpital bruxellois spécialisé dans la santé mentale et la psychiatrie légale.
Unia	Institution publique belge indépendante et interfédérale qui lutte contre les discriminations et promeut l'égalité.

1. Introduction

Le présent rapport porte sur le nombre conséquent - et en augmentation ces dernières années - des personnes internées au sein de diverses institutions ; il vise à renforcer la compréhension de cette situation. Dans cette introduction, nous rappellerons tout d'abord la législation relative à l'internement et en particulier, les conditions requises pour l'adoption de la mesure et son application. Nous donnerons également un aperçu de la diversité des institutions qui accueillent actuellement certaines personnes internées, ainsi que des initiatives prises par l'Etat fédéral pour accroître le nombre de ces institutions (1.1.). Nous aborderons ensuite l'objet de la recherche, précisant le cadre dans lequel elle a été commanditée (1.2.). Enfin, nous préciserons sa structuration, en identifiant les objectifs poursuivis (1.3.).

1.1. Cadre (légal) de l'internement, lieux de prise en charge et initiatives de l'Etat fédéral

En Belgique, l'internement[1] est une mesure de sûreté à durée indéterminée, actuellement régie par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1er octobre 2016[2]. Alors que cette problématique a longtemps été encadrée par la loi dite de défense sociale du 9 avril 1930[3], une nouvelle législation a été adoptée en 2014 dans un contexte alarmant, lié aux conditions de détention des personnes internées notamment dans les annexes psychiatriques des prisons, ce qui a entraîné de nombreuses condamnations de l'Etat belge par la Cour européenne des droits de l'homme (Nederlandt, Colette-Basecqz, 2018) (voir *infra*).

Le régime actuel prévoit que les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent ordonner une mesure d'internement à condition que trois critères soient réunis : la personne a commis un fait qualifié infraction (crime ou délit) portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers ; au moment de la décision, la personne est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ; et il existe un danger de récidive, en raison du trouble mental, éventuellement combiné à des facteurs de risque (art. 9). Toute décision d'internement est précédée d'une expertise psychiatrique médico-légale[4] qui peut être ordonnée par le procureur du Roi, le juge d'instruction ainsi que les juridictions d'instruction ou de jugement (art. 5).

Héritière de la philosophie de la défense sociale animée par un double principe d'irresponsabilité pénale et de dangerosité sociale (Cartuyvels, 2017), la mesure s'articule aujourd'hui autour d'un trajet

[1] Dans la littérature et le langage commun, l'expression « internement pénal » ou « de défense sociale » est parfois utilisée en référence à l'internement prévu par la loi du 5 mai 2014. Dans ce rapport, par souci de clarté, nous utilisons l'expression simplifiée « internement ».

[2] Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014. Notons que cette loi a fait l'objet de modifications, voy. notamment la loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *M.B.,* 13 mai 2016.

[3] Loi du 9 avril 1930, modifiée par la loi du 1 juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.,* 17 juillet 1964.

[4] La première version francophone de la loi du 5 mai 2014 prévoyait également qu'une expertise psychologique médico-légale soit réalisée. Les modifications apportées par la loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, dite « pot-pourri III », ne gardent que l'expertise psychiatrique médico-légale, en adéquation avec la version néerlandophone. L'article 5, §2, al.2, de la loi précise par ailleurs que l'expertise peut également être réalisée en collège ou avec l'assistance d'autres spécialistes en sciences comportementales, toujours sous la conduite de l'expert psychiatre.

de soins (TSI) et vise un double objectif : protéger la société des personnes considérées dangereuses et dispenser les soins nécessaires à ces personnes en vue de leur réinsertion sociale. Le TSI doit permettre à la personne internée de se réinsérer socialement, en s'adaptant aux besoins de la personne et en prenant en compte le risque qu'elle représente pour la sécurité publique (art. 2).

Tout au long du TSI, la personne internée est amenée à intégrer (le cas échéant) diverses institutions[5], qui se structurent en différents niveaux de sécurité, allant du *high security* au *low security*, en passant par le *medium security* (voir glossaire).

Une fois la mesure d'internement prononcée, la chambre de protection sociale (CPS) du tribunal de l'application des peines (TAP), en tant qu'organe de contrôle de l'exécution de la mesure[6], peut ainsi décider lors d'une première audience de placer la personne internée au sein de plusieurs types d'établissements prévus par la loi (art. 19 et art. 3, 4°, b, c, d), qui présentent un niveau élevé de sécurité (*high security*)[7]. En pratique, il peut s'agir :

- d'un établissement ou d'une section de défense sociale organisé par l'autorité fédérale comme par exemple, l'établissement de défense sociale de Paifve (EDS),
- d'un centre de psychiatrie légale organisé par l'autorité fédérale comme par exemple, les centres de psychiatrie légale (CPL) de Gand et d'Anvers, ou
- d'un établissement reconnu, qui est organisé par une institution privée, une Communauté ou une Région ou par une autorité locale, et qui est en mesure de dispenser les soins appropriés à la personne internée à la suite d'un accord de placement. Cet accord de placement est conclu entre l'établissement de soins et le ministre de la Justice ainsi que le ministre compétent pour la politique en matière de dispensation de soins dans ces établissements. Il détermine le nombre minimum de personnes internées que l'établissement peut accueillir, leurs profils, la procédure à suivre avant tout placement et le cas échéant, l'intervention financière de l'Etat fédéral pour des frais liés à la sécurité. Il s'agit par exemple de l'Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) « Les Marronniers » et de l'Unité Sécurisée de Protection Sociale (USPS) « Unité Claudel – Le Chêne aux Haies »[8].

En pratique, dans l'attente d'une place disponible au sein des lieux de placement prévus par la loi ou d'une admission dans le cas de la libération à l'essai, un nombre conséquent de personnes internées sont détenues dans les annexes psychiatriques des prisons pour une durée indéterminée[9], alors que ces annexes ne sont pas officiellement considérées comme des lieux de placement (l'article 19 de la loi de 2014 relatif au placement ne renvoyant qu'aux 3 types d'établissement mentionnés *supra*, à

[5] Dans ce rapport, le terme « institution » renvoie à « des espaces relativement clos, organisés autour de règles et de critères précis, qui justifient l'entrée dans et la sortie de ces lieux » (Cartuyvels, De Spiegeleir *et al*., 2024, p. 1057).
[6] Il existe six TAP en Belgique, répartis entre les cinq ressorts des Cours d'appel situées à Gand et à Anvers pour la Flandre, à Liège et à Mons pour la Wallonie et à Bruxelles où il y a deux tribunaux, l'un francophone, l'autre néerlandophone.
[7] La CPS peut aussi choisir d'autres modalités d'exécution de l'internement que le placement si elle estime que ces modalités sont plus conformes au trajet de soins : une mesure de détention limitée, de surveillance électronique ou de libération à l'essai (art. 23 et suiv. de la loi de 2014).
[8] Voir https://www.internement.be/lieux-securises/dispositifs-soins-securises/ (consulté le 26 février 2025).
[9] A titre d'exemple, en date du 2 août 2022, 220 personnes internées pour lesquelles un placement a été prononcé se trouvaient « placées » dans l'annexe psychiatrique d'une prison (117 personnes internées francophones sur 182 et 103 personnes internées néerlandophones sur 204), selon les chiffres présentés par les coordinateurs.trices justice (CSEI) lors de la table ronde organisée par le SPF Justice le 21 octobre 2022.

l'exclusion donc des annexes psychiatriques des prisons visés à l'art. 3, 4°, a de la même loi)[10]. La loi n'exclut toutefois pas totalement un placement dans ces annexes. Un tel placement est en effet, en théorie, envisagé de manière provisoire et limitée dans les quatre cas de figure suivants (Derouaux, Nederlandt, Servais, 2022, p. 174) :

1) Si le juge ordonne l'internement avec incarcération immédiate ou qu'au moment où l'internement est ordonné, la personne était déjà détenue, dans l'attente de la première audience de la CPS (art. 10 et art. 11) ;
2) Si le parquet ordonne l'arrestation provisoire de la personne internée ayant bénéficié d'une mesure comme une permission de sortie ou d'une modalité d'exécution comme une libération à l'essai, dans l'attente de la décision de la CPS sur l'éventuelle suspension de cette modalité (et en cas de suspension, sur la révision ou la révocation de la mesure octroyée) (art. 65) ;
3) Si la libération à l'essai (ou la surveillance électronique) octroyée est suspendue, le temps de la suspension étant d'un mois maximum (art. 61) ;
4) Si la CPS prononce l'internement d'une personne condamnée détenue, en attendant que sa décision passe en force de chose jugée (art. 77/5).

Comme signalé *supra*, l'Etat belge a fait l'objet de nombreuses condamnations par la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH)[11] en raison de la façon selon laquelle il organise la privation de liberté des personnes internées, en particulier au sein des annexes psychiatriques des prisons. La CrEDH a rendu un arrêt pilote en 2016 concernant la détention des personnes internées dans ces annexes[12], soulignant par là un problème d'ordre structurel (Nederlandt, Colette-Basecqz, 2018).

Les différentes condamnations de la Belgique et les mesures adoptées par l'Etat belge n'auront pas suffi à endiguer le nombre de personnes internées dans un contexte pénitentiaire. Ce nombre ne cesse d'augmenter. En date du 23 septembre 2024, on dénombrait 1.009 personnes internées dans un contexte pénitentiaire[13], contre 960 en date du 2 décembre 2023 et 529 en 2018[14]. Le nombre de personnes internées a donc presque doublé en six ans.

Pour tenter de réduire le nombre de personnes internées présentes dans les prisons, le gouvernement belge a pris plusieurs initiatives qui se traduisent principalement par la création de « lits psychiatriques » extra-pénitentiaires, exclusivement destinés aux personnes internées[15]. Par exemple, un « master plan » a été élaboré en 2016 dans le but « de sortir tous les internés des annexes

[10] Il arrive parfois que les annexes psychiatriques des prisons soient surpeuplées. Les personnes internées peuvent dès lors se retrouver en régime ordinaire. Voy. à ce propos, Conseil central de surveillance pénitentiaire, commission de recours, décision BC/23-0128 du 13 novembre 2023, p. 1 ; disponible ici : BC-23-0128.pdf

[11] La Belgique est condamnée pour la première fois en 1998. Voy. Cour eur. dr. h., arrêt *Aerts c. Belgique*, 25357/94, 30 juillet 1998.

[12] Voy. Cour eur. dr. h., arrêt *W.D. c. Belgique*, 73548/13, 6 septembre 2016.

[13] Le nombre est issu de la Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique du 18 octobre 2024, rédigée par Unia, le CCSP et l'IFDH, p. 6.

[14] Les chiffres sont issus d'une réponse à la question parlementaire (référencée 55-2-002259) concernant « Les chiffres de l'internement en Belgique » posée au ministre de la Justice par Claire Hugon le 6 décembre 2023.

[15] Il est à noter que ces dernières années, le secteur pénitentiaire a également connu de nombreux changements, avec des initiatives dans le cadre de la réforme en cours des soins de santé dans les prisons (et le transfert de compétences du SPF Justice vers le SPF Santé publique) et l'affiliation des détenus/internés placés à l'assurance maladie, avec une intervention financière qui y est liée pour la prestation de soins médicaux en dehors de la prison.

psychiatriques des prisons d'ici 2019 » (Nederlandt *et al.,* 2018, p. 115)[16]. Ce *master plan* prévoit diverses mesures et souligne l'importance d'intégrer les personnes internées au régime général de soins de santé mentale. Le rapport annuel de la direction générale des établissements pénitentiaires (DGEPI) de l'administration de la justice (SPF Justice) de 2016 insiste par ailleurs sur le fait que « le passage de ceux-ci [les personnes internées en milieu pénitentiaire] vers le circuit de soins externes reste une gageure » et précise que des équipes mobiles Trajet de Soins Internés (EM TSI) ont également été mises sur pied afin de « promouvoir la transition vers le circuit de soins classique et offrir un soutien aux internés » (rapport DGEPI 2016, p. 28-29).

Ceci permet de souligner un enjeu majeur dans la prise en charge des personnes internées, celui de l'articulation entre les services des administrations de la justice et de la santé publique. Un lien doit ainsi être fait avec la réforme 107, dernière réforme des soins de santé mentale, qui vise à la création de réseaux et de circuits de soins réguliers (Jacob *et al.*, 2016).

Le *master plan* souligné *supra* a également prévu la création de deux centres de psychiatrie légale en Flandre, à Gand et à Anvers, qui sont aujourd'hui fonctionnels, dans le but de dispenser des soins aux personnes internées dans un cadre hautement sécuritaire. La construction de deux autres centres de psychiatrie légale est prévue en Wallonie (à Wavre et à Paifve) pour la fin 2028. Un autre établissement de haute sécurité était prévu à Alost, mais a été abandonné en juin 2024 dans l'attente d'une proposition pour un nouveau site de construction (Plan d'action – exécution de l'arrêt Vasilescu c. Belgique, 2024, p. 33)[17]. De tels centres, nous dit le rapport de la DGEPI (2016), visent à « préparer au mieux une transition efficace des internés vers le circuit de soins externes » (rapport DGEPI 2016*,* p. 28).

L'offre de soins externe médico-légale pour les personnes internées s'est également élargie. Un appel à projet du SPF Santé Publique en 2022 a permis l'augmentation de 87 places (« lits internés ») au sein d'unités psychiatriques médico-légales rattachées à des hôpitaux psychiatriques (UPML), d'initiatives d'habitation protégée (IHP)[18] et de maisons de soins psychiatriques (MSP)[19], ainsi que d'autres logements alternatifs[20]. A la différence des lieux de placement cités précédemment, ces derniers accueillent principalement des personnes internées en libération à l'essai.

A côté du placement, la chambre de protection sociale du TAP peut octroyer une libération à l'essai comme modalité d'exécution de la mesure d'internement. La personne internée entame alors une

[16] Plus récemment (2025), le gouvernement Arizona prévoit l'élaboration d'un nouveau *master plan* qui envisage d'augmenter la capacité des prisons et la fluidification de sa population, dont les personnes internées. A ce propos, *voy*. Le Gouvernement Arizona : ses projets de politique pénitentiaire et Peines plus rapidement effectuées et alourdies pour certaines infractions et augmentation de la capacité des prisons au programme de l'Arizona - La Libre.

[17] L'accord de coalition fédérale 2025-2029 (du 31 janvier 2025) prévoit à ce sujet que « En collaboration avec la Régie des bâtiments, nous examinons dans ce cadre si de nouveaux CPL peuvent être aménagés dans des bâtiments déjà existants et pour lesquels il existe déjà un permis d'environnement » (p. 161).

[18] Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques du 10 juillet 1990, *M.B.*, 26 juillet 1990. La liste des IHP en Belgique qui accueillent des personnes internées est disponible dans la cartographie : Cartographie réalisée dans le cadre du projet "internement" mené à l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) (1er janvier 2024 - 30 juin 2025)

[19] Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques du 10 juillet 1990, *M.B.*, 26 juillet 1990. La liste des MSP en Belgique francophone qui accueillent des personnes internées est disponible ici : Les offres de soins spécifiques pour les internés

[20] On comptait 1.299 lits internés au sein des UPML, MSP, IHP en 2023. Ces chiffres sont issus du Plan d'action révisé sur l'exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 1475ème réunion du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, 21 juin 2023, p. 29.

période probatoire dans le cadre d'un trajet de soins résidentiel ou ambulatoire[21] au cours duquel il est attendu qu'elle se réinsère progressivement dans la société. Une fois libérée à l'essai, la personne internée est amenée à devoir respecter des conditions, à la fois générales (autrement dit, communes à toute personne internée bénéficiant de la mesure) et spécifiques (c'est-à-dire, adaptées à sa situation particulière), pendant un délai d'épreuve. La libération à l'essai est ordonnée pour une période de trois ans, chaque fois renouvelable pour une période de deux ans au maximum (art. 42, §1er). Les conditions imposées peuvent être suspendues, précisées ou adaptées, selon l'art. 58, §1er de la loi du 5 mai 2014. La mesure de libération à l'essai peut être suspendue, revue ou révoquée par la CPS en cas de non-respect des conditions imposées (art. 59 et suiv.).

Cette phase probatoire de la mesure d'internement peut prendre place au sein de structures hospitalières *medium security* (comme par exemple les unités psychiatriques médico-légales [UPML]) ou *low security,* au sein d'institutions de plus petite taille qui font intervenir un régime d'encadrement plus souple et au sein desquelles les personnes internées bénéficient d'une plus grande liberté de mouvement, comme par exemple les maisons de soins psychiatriques (MSP)[22] ou les initiatives d'habitation protégée (IHP). Elle peut également se dérouler au sein d'une communauté thérapeutique ou au domicile de la personne, *etc*.

La mesure d'internement prend fin dès que la libération définitive est octroyée (art. 66)[23].

Un schéma détaillé du processus décisionnel et du parcours institutionnel de l'internement est présenté au point 3 du présent rapport. Nous reviendrons plus en détails sur les enjeux liés aux différentes institutions du TSI à partir du point 5.

1.2. Contexte et objet de la recherche

Quelques années après l'entrée en vigueur de la loi du 5 mai 2014, le rapport annuel de la DGEPI pour l'année 2017 indique que « deux fois moins d'internés » séjournent dans les prisons belges, contre « plus de 1000 internés » en 2014 (Rapport DGEPI, 2017, p. 15). L'évolution dite « positive », s'explique, selon le rapport, « d'une part, par l'ouverture des CPL et, d'autre part, par les efforts conjoints du SPF Justice et du SPF Santé publique en ce qui concerne le transfert des internés vers des établissements de soins externes » (*Ibid*., p. 15). La tendance est confirmée par d'autres acteurs de terrain qui félicitent certains apports de la nouvelle loi mentionnés *supra* et grâce auxquels le nombre de personnes internées en prison est « en constante diminution depuis 2014, une période durant

[21] La loi du 5 mai 2014 ne définit pas ce qu'elle entend par « résidentiel » ou « ambulatoire » (art. 25). Dans ce rapport, nous opérons une distinction entre l'offre de soins hospitalière destinée aux personnes internées *(medium security* ; UPML) et l'offre de soins organisée au sein des IHP (structures ambulatoires*, low security*) ou des MSP. Il importe de signaler qu'il n'y a pas de consensus sur la question de savoir si les MSP doivent être classées comme des structures ambulatoires ou résidentielles. Bien qu'il s'agisse en pratique de structures résidentielles – les personnes internées y séjournent pendant une certaine période –, elles ne sont pas considérées comme des structures hospitalières et sont donc parfois qualifiées de structures ambulatoires. Mais elles sont parfois aussi décrites comme des structures résidentielles (voir par exemple https://netwerkeninternering.be/zorgaanbod)..

[22] La question reste ouverte de savoir quel est le niveau de sécurité pour les MSP (l*ow* ou *medium security*).

[23] Il arrive que la libération définitive soit accordée avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai ; voy, à ce propos, deux arrêts de la Cour de Cassation (Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RGP.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362). Voy. également Derouaux, Nederlandt et Servais, 2022.

laquelle le nombre de [personnes internées] détenu[e]s a dépassé les 1088 dans nos prisons en Belgique » (Leistedt *et al*., 2021, p. 2, notre traduction).

Toutefois, malgré les nombreuses initiatives prises par les autorités belges afin de créer plus de places au sein de structures de soin qui présentent des niveaux de sécurité plus ou moins élevés, la situation s'est entre-temps à nouveau détériorée. Le nombre de personnes internées et ce, notamment en prison, est reparti à la hausse. L'Etat belge fait face à une véritable « inflation d'internements » (Nederlandt *et al*., 2023, p. 1017). Comment expliquer cette tendance ? C'est pour éclairer cette question que l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) s'est vu confier une recherche.

La présence de personnes internées au sein des établissements pénitentiaires[24] n'est toutefois pas le seul sujet d'inquiétude concernant les prisons. La surpopulation carcérale est également dénoncée depuis de nombreuses années en Belgique. Dans ce contexte, le ministre fédéral de la Justice, Vincent Van Quickenborne, a organisé en 2022-2023 cinq tables rondes autour de cette problématique, avec pour objectif de discuter des améliorations possibles avec des experts et praticiens[25]. La deuxième table ronde s'est tenue le 21 octobre 2022 sur le thème de l'internement ; elle a été organisée en collaboration avec le SPF Santé publique. Le panel d'intervenants, tant francophones que néerlandophones, comportaient des professionnels du secteur de la justice (juge d'instruction, magistrat.e[26] du parquet, assesseur.euse au sein d'une CDS, coordinateurs.trices justice (CSEI)) et des soins de santé (psychiatre au sein du SPS, direction médicale, soignant.e en santé mentale, coordinateurs.trices TSI), ainsi que quelques chercheurs[27].

Dans la continuité de cette table-ronde, le Cabinet du ministre de la Justice a demandé à l'INCC de concevoir un projet de recherche visant à expliquer l'augmentation observée du nombre de personnes internées. De façon exploratoire, il fut décidé d'identifier d'abord les différentes hypothèses pouvant expliquer cette augmentation pour ensuite, dans le cadre du projet, inventorier les données existantes et celles qui devraient encore être recueillies. Une réflexion sur les hypothèses fut ainsi menée au cours d'une seconde table-ronde spécifiquement organisée, par le Cabinet du ministre de la Justice, pour cartographier les différentes hypothèses. Cette seconde table-ronde s'est tenue à huis clos le 15 juin 2023. Elle a réuni à nouveau, aux côtés de chercheurs, des professionnels (francophones et néerlandophones) du secteur de la justice (coordinatrices CSEI, magistrats du siège et assesseurs au sein des TAP, magistrat du parquet, juge d'instruction) et des soins de santé (psychiatres, professionnels de lieux d'internement, coordinateur TSI), ainsi que des représentants des maisons de justice.

Les chercheurs de l'INCC ont ensuite inventorié l'ensemble des hypothèses en présence (voir point 5) et élaboré un dispositif de recherche qui a été validé par le Cabinet.

---

[24] Par établissements pénitentiaires sont concernés les prisons (dont les annexes psychiatriques) ainsi que les sections et établissements de défense sociale.

[25] Voir Tables rondes 'Surpopulation carcérale' | Service public federal Justice

[26] Dans ce rapport, l'écriture inclusive est mobilisée à des fins d'anonymisation des personnes rencontrées.

[27] A cette occasion, des données chiffrées relatives à l'internement ont été présentées et sont consultables en ligne : justice.belgium.be/sites/default/files/PPT Table ronde internement 21 octobre 2022.pdf ;
la table-ronde a par ailleurs été enregistrée et peut être regardée. Voir https://www.youtube.com/watch?v=rPlK1scGEWs

1.3. Structuration du projet de recherche et objectifs

L'objectif principal du projet est d'inventorier les données existantes dans le champ de l'internement, susceptibles d'éclairer les hypothèses relatives à l'augmentation du nombre de personnes internées et, surtout, d'identifier quelles sont les données manquantes qui permettraient de suivre – à court, moyen et long terme – les facteurs influençant, à la hausse ou à la baisse, le nombre de personnes internées. La recherche visait également à identifier, dans un second temps, différents aspects de la problématique appelant un déploiement de recherches davantage ciblées.

Plus précisément, dans l'optique de pouvoir documenter les hypothèses (voir le point 5), trois objectifs précis sont visés :

- **Objectif 1** : Déplier le processus décisionnel et le parcours institutionnel de l'internement afin d'une part, d'identifier les lieux et les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des personnes internées ; et, d'autre part, d'identifier clairement les éventuels points aveugles et « blocages » dans l'avancement du TSI.
- **Objectif 2** : Réaliser un état des savoirs en matière d'internement (notamment par l'analyse de la littérature et des recherches déjà menées s'appuyant sur des données empiriques) afin de mettre en évidence les objets principaux de ces recherches et, *a contrario,* les objets ou les questionnements qui n'ont pas encore été abordés.
- **Objectif 3** : Identifier les données disponibles en matière d'internement et la façon dont elles sont enregistrées et par qui. Ceci implique de dresser un inventaire des rapports d'activités, bases de données, *etc*. contenant des informations sur les personnes internées, que ces sources d'informations soient ou non publiques, voire exploitées à des fins institutionnelles ou scientifiques.

Le présent rapport est une version intégrée de deux rapports, l'un établi en français par l'INCC et l'autre en néerlandais par le Kefor. Certains passages de ce rapport constituent donc une traduction en français de la version à l'origine rédigée en néerlandais.

2. Méthodologie

Les activités de recherche dont il est rendu compte dans le présent rapport ont été menées entre le 1er janvier 2024 et le 30 juin 2025, grâce à un financement du Cabinet du ministre de la Justice, octroyé à l'INCC. Initialement conçu pour une période d'un an (jusqu'au 31 décembre 2024), le projet a été prolongé pour une période de six mois.

L'équipe de recherche comptait à l'origine deux chercheuses engagées à mi-temps à l'INCC, Sophie De Spiegeleir pour le volet francophone et Romy Sneyers pour le volet néerlandophone, la direction de la recherche étant assurée par Eric Maes et Alexia Jonckheere. En mars 2024, Romy Sneyers n'a pu poursuivre son travail au sein de l'INCC ; une convention de collaboration a dès lors été signée avec le KeFor, pour le volet néerlandophone du projet. A partir de septembre 2024, le KeFor (OPZC Rekem) a donc repris le volet néerlandophone de l'enquête. Deux chercheuses du KeFor, Petra Habets et Sophie Verschueren ont ainsi - avec la participation de Frédérique De Booseré - réalisé l'enquête sous la supervision du Prof. Dr. Inge Jeandarme.

Un comité de suivi scientifique du projet a été établi, composé de Denis Delannoy, Inge Jeandarme Johan Kalonji Ditunga, Olivia Nederlandt, Thierry Pham et Ciska Wittouck. Il s'est réuni une première fois le 14 février 2024 pour dresser les contours du projet. Une réunion d'étape était prévue en septembre 2024 mais elle a été annulée en raison du retard pris dans le projet à la suite des changements intervenus dans l'équipe. Une seconde réunion a eu lieu le 2 avril 2025, à l'occasion de laquelle les premiers résultats du rapport – alors scindé en deux rapports distincts, l'un francophone, l'autre néerlandophone – ont été présentés.

Pour rappel, le projet de recherche a pris naissance au vu de l'urgence à laquelle l'Etat belge est confronté dans la gestion des personnes internées (voir l'introduction de ce rapport). La question sous-jacente à l'analyse scientifique demandée à l'INCC était dès lors la suivante : que faire pour endiguer le nombre de personnes internées, et en particulier le nombre de personnes internées présentes dans les établissements pénitentiaires malgré les condamnations récurrentes de la Belgique ?

Les tables-rondes ont permis d'identifier certains facteurs de nature à pouvoir expliquer l'augmentation du nombre de personnes internées, ces facteurs constituant autant de leviers d'action pour tenter de réduire le nombre de décisions d'internement (diminution du flux entrant) ou pour tenter de diminuer la durée de la mesure (accélération du flux sortant). Mais elles ont également montré que si certains facteurs énoncés par les acteurs sont déjà bien documentés, d'autres ne sont encore que des hypothèses qui appellent à être davantage clarifiées, voire objectivées. Le contexte particulier dans lequel se situe l'internement appelle à être ici souligné : la mesure s'inscrit au croisement d'une réaction sociale tant pénale que socio-médicale ; autrement dit, d'une intervention concomitante de diverses administrations, en particulier du SPF Justice et du SPF Santé publique, ce qui ne facilite pas toujours l'échange des savoirs entre les services concernés.

Le projet de recherche mené par l'INCC a donc consisté, de façon essentiellement exploratoire, à réaliser un état général des savoirs, à partir des hypothèses pouvant expliquer la forte hausse du nombre d'internements et des personnes internées et ce, principalement dans les prisons.

Pour ce faire, une étape préliminaire a consisté à finaliser la liste d'hypothèses préalablement énoncées par les acteurs et/ou chercheurs des deux côtés de la frontière linguistique. En effet, certaines hypothèses étaient uniquement formulées par certains acteurs et/ou chercheurs, tandis que d'autres faisaient l'unanimité et ce, bien qu'elles aient parfois été formulées différemment. Il a donc fallu opérer un travail de mise en commun. Finalement, 11 hypothèses ont été retenues pour

l'ensemble de la Belgique (voir la liste des hypothèses au point 4). Si chacune des hypothèses peut être un facteur explicatif du nombre croissant d'internements et de personnes internées, elles n'ont cependant pas le même impact quantitatif sur la population de personnes internées. Ensuite, pour répondre aux trois objectifs précités (voir *supra*), la recherche s'est articulée autour de trois grandes étapes, faisant intervenir différentes méthodologies de travail.

2.1. Réalisation d'une cartographie (janvier 2024 – mars 2024)

Dans le cadre de l'objectif 1 (voir introduction, *supra*), nous avons réalisé une cartographie des différents services résidentiels susceptibles d'accueillir des personnes internées, en prenant soin d'y inscrire systématiquement le « nombre de lits »[28] exclusivement disponibles pour les personnes internées et d'y préciser, de façon synthétique, le profil-type des personnes internées admises au sein de ces lieux. Les sites web www.internement.be et www.netwerkeninternering.be ont été une des principales sources dans l'élaboration de la cartographie[29]. Les récents travaux empiriques francophones qui traitent du parcours d'internement (Cartuyvels *et al*., 2010 ; Nederlandt, Colette-Basecqz *et al.,* 2018 ; Nederlandt *et al.,* 2023 ; De Spiegeleir, 2023 ; rapport Unia 2023 ; *etc*.) ont également servi de base à la création de la cartographie. Cette centralisation des informations relatives aux lieux d'hébergement, leur schématisation et leur mise à jour nous ont permis d'identifier les institutions qui disposent d'informations relatives à la prise en charge actuelle des personnes internées en Belgique (voir le point 2.3.2. relatif à l'envoi d'un questionnaire à certaines de ces institutions). Réalisées à l'aide de l'application Google Maps, la cartographie est publique et disponible ici : Cartographie réalisée dans le cadre du projet "internement" mené à l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) (1er janvier 2024 - 30 juin 2025)

Nous avons également réalisé un schéma qui déplie en 7 étapes tout le processus décisionnel ainsi que le parcours institutionnel de l'internement : de la commission des faits qui mènent à une décision d'internement jusqu'à la libération définitive, en passant par la phase décisionnelle et l'exécution de la mesure, ainsi que le détail du trajet de soins. Le schéma (réalisé à partir du programme Canva) et une explication détaillée de celui-ci sont disponibles au point 3 du rapport.

L'intérêt de cette double cartographie et schématisation réside dans l'identification précise des acteurs et des lieux de l'internement, ainsi que des nœuds qui surgissent à différents moments (par exemple, liés à la phase de décision ou d'exécution) ou à partir de différents lieux de la trajectoire d'internement (lieux de placement, lieux prévus pour la libération à l'essai, *etc*.), qui empêchent la fluidité du TSI et la sortie de la mesure.

[28] Le « lit psychiatrique » est devenu, depuis plusieurs décennies, une unité de mesure à part entière, en ceci qu'il « sert à exprimer la dimension d'un hôpital » (Majerus, 2011, p. 105).

[29] Confectionné par les coordinateurs.trices TSI et CSEI, ce site centralise les informations relatives à la loi du 5 mai 2014, à l'offre de soins pour les personnes internées dans le cadre de leur TSI, tel que disponible en Belgique et financée par le SPF Santé Publique, ainsi qu'aux lieux de placement qui dépendent de la DGEPI. Figurent également les coordonnées des acteurs et institutions pertinents pour les personnes internées et leurs proches, ainsi qu'une série de ressources scientifiques en la matière.

2.2. Analyse de la littérature grise et scientifique (mars 2024 – novembre 2024)

Pour atteindre l'objectif 2, nous avons procédé à une analyse de la littérature grise et de la littérature scientifique belge francophone, néerlandophone et anglophone[30].

2.2.1. La littérature néerlandophone, rédigée en néerlandais ou en anglais

Pour identifier les recherches pertinentes menées en Belgique néerlandophone et rédigées en néerlandais ou en anglais, nous avons réalisé une revue de la littérature à partir de recherches empiriques publiées depuis 2009 (jusqu'à 15 ans d'ancienneté) et qui proposent des pistes d'explication concernant l'augmentation du nombre de personnes internées sur le territoire belge néerlandophone. Les bases de données Ovid, PsycINFO, PubMed et Web of Science ont été consultées entre septembre et novembre 2024, ainsi que Google et Google Scholar. Les critères de recherche suivants ont été utilisés en néerlandais et en anglais : Forensisch AND (psychiatr* OR psycholog*) AND (België OR Belgisch OR Vlaanderen OR Vlaams) AND (internering OR geïnterneerd*). Une technique d'échantillonnage boule de neige a également été utilisée pour identifier des références dans des récents rapports de recherche sur le thème de l'internement. Pour les hypothèses portant sur les expertises psychiatriques en Belgique, des bases de données universitaires belges provenant des facultés concernées ont été consultées (par exemple, Biblio de l'UGent avec le filtre « Recht en Criminologie », Lirias de la KULeuven avec le filtre « Droit et Criminologie » et VUB Research Output), ainsi que la base de données « Maklu Online », avec les termes de recherche suivants : « Ontoerekeningsvatbaar » OR « Forensic report » OR deskundige* OR examination OR evaluation OR « forensisch onderzoek » OR expert*. Une recherche complémentaire par identification successive de sources via les références relevées et échantillonnage boule de neige a permis d'identifier de nouvelles sources empiriques pertinentes. Les universités flamandes ont été contactées pour obtenir un aperçu des thèses de doctorat qui traitent de l'internement.

Au total, 61 sources ont été identifiées comme se référant à des recherches empiriques menées sur les personnes internées en Flandre (voir tableau 1). De plus, neuf thèses de doctorat traitant de cette population ont été recensées. Parmi celles-ci, une thèse portait principalement sur la législation et ne constituait pas une recherche empirique, elle a donc été exclue de l'échantillon.

[30] La littérature anglophone concerne les articles scientifiques publiés par des chercheurs belges sur l'internement et qui ont initialement été rédigés en anglais.

Tableau 1. Nombre d'études trouvées par type de recherche

Type de recherche	Nombre d'études
Quantitative	39
Qualitative	7
Combinée	3
Rapport	5
Doctorat	8

Comme on peut le voir, la majorité des recherches sont de nature quantitative. En parallèle, plusieurs études qualitatives et rapports non évalués par des pairs rendent compte de recherches portant sur divers aspects de la population internée. Les thèses de doctorat sont principalement qualitatives. Il existe également un chevauchement entre les articles et les doctorats identifiés, les chapitres de ces thèses étant souvent publiés sous forme d'articles scientifiques. Les mémoires n'ont pas été inclus dans l'analyse en raison de l'absence d'évaluation par les pairs et des incertitudes concernant la fiabilité des résultats.

Sur la base des auteurs des recherches identifiées, on peut conclure que plusieurs groupes de recherche sont actifs en Flandre dans l'étude de la population internée. Le tableau 2 donne un aperçu de ces groupes et du nombre d'études par groupe et type de recherche.

Le KeFor a réalisé le plus grand nombre d'études quantitatives, tandis que le groupe de recherche de l'Université de Gand (UGent) s'est principalement concentré sur la recherche qualitative. La majorité des recherches sont menées en milieux résidentiels. Chaque groupe de recherche adopte une approche différente :

- Le **KeFor** se focalise sur les profils cliniques et les profils de risque, les besoins en sécurité et la récidive des personnes internées.
- L'**UGent** met l'accent sur l'expérience des personnes internées et leur entourage, notamment les personnes âgées internées, celles ayant une déficience intellectuelle, leurs familles, et les professionnels de la santé mentale en milieu judiciaire.
- Les **CPL** analysent le profil, les caractéristiques du traitement, les facteurs de risque et le potentiel de sortie des personnes internées placées en haute sécurité.
- **Titeca** examine les trajectoires entre les institutions médico-légales et compare les diagnostics entre les communautés linguistiques en Belgique.
- **Zelzate** explore les caractéristiques des femmes internées et compare les diagnostics psychiatriques entre les expertises médico-légales et les institutions de soins psychiatriques.
- **Bierbeek** décrit le profil des personnes internées en séjour prolongé et évalue les soins axés sur la communauté.
- **La KUL** étudie la politique en matière de sexualité en psychiatrie médico-légale.
- Les **coordinateurs.trices TSI** réalisent des études à visée politique sur la base de données internes, dressant un tableau général de la population ciblée.
- **Unia** évalue la réinsertion des personnes internées ainsi que les défis législatifs et pratiques.

- Trois rapports sont issus de collaborations entre plusieurs groupes de recherche (**KeFor et CRDS** sur les difficultés de transition ; **UGent, VUB, UCL, Université de Liège** dans le cadre du projet **For-Care** ; Le ***Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*** sur les instruments BeIRAI GGZ et le système **DUNDRUM**).

Tableau 2. Groupes de recherche et nombre d'études par type de recherche

Groupes de recherche	Quantitatif (*n*)	Qualitatif (*n*)	Combine (n)	Rapports (*n*)	Doctorats (*n)*	Total (*n*)
KeFor	15	-	1	-	1	17
UGent	4	7	1	-	7	19
Coordinateurs.trices TSI	4	-	-	1		5
Zelzate	3	-	-	-		3
TITECA	3	-	-	-		3
FPC	6	-	-	-		6
Bierbeek	3	-	-	-		3
KUL	1	-	1	-	1	3
Unia	-	-	-	1		1
Collaboration	-	-	-	3		3
Total	38	7	3	5	9	61

Il ressort de la littérature disponible un manque de grands ensembles de données représentatives. De nombreuses études quantitatives reposent sur un échantillon restreint, la plus petite contenant seulement 25 personnes. Une exception notable est la recherche menée par Jeandarme *et al*. (2016 ; 2022), qui s'est appuyée sur un large ensemble de données concernant des personnes internées en milieu *medium security* (n = 531) entre 2001 et 2010, ainsi que sur la base de données du CPL (n = 654).

On relève plusieurs tentatives pour combiner des bases de données afin d'obtenir une image plus représentative de la population internée. Par exemple :

- Le **KeFor et** le **CRDS** ont fusionné leurs données, complétant l'ensemble de Jeandarme avec des informations sur 434 personnes internées en haute sécurité, originaires de Wallonie.
- **Titeca** a mené une étude comparative de part et d'autre de la frontière linguistique, combinant des données issues des différentes communautés linguistiques (bien que sur un petit échantillon).

Toutefois, ces initiatives de fusion de données sont restées limitées et n'ont pas permis de résoudre entièrement la fragmentation dans la collecte des données.

2.2.2. La littérature francophone, rédigée en français ou en anglais

Pour identifier les recherches pertinentes menées en Belgique francophone et dont les publications relatives ont été rédigées en français ou en anglais, quatre critères de sélection ont été utilisés : les articles et/ou ouvrages publiés ces 15 dernières années (2009-2024), traitant de la mesure d'internement telle qu'elle est conçue en Belgique, s'appuyant sur des données empiriques, que celles-ci aient été récoltées par le biais d'une méthode qualitative, quantitative ou combinée et permettant de documenter une ou plusieurs des hypothèse(s) identifiées[31]. Des articles de doctrine juridique[32] ou directement liés à une pratique professionnelle[33] ont parfois également été retenus dans la mesure où ils éclairaient une réalité de terrain[34]. La démarche permet également de situer les façons dont l'internement, ses lieux et ses acteurs, ont été étudiés par la recherche scientifique. L'exercice a également permis d'identifier les disciplines concernées (le droit pénal, le droit des étrangers, les droits fondamentaux, la criminologie, la psychologie légale, la psychiatrie légale, la sociologie et l'anthropologie) ainsi que les principaux chercheurs (Cartuyvels, Nederlandt, Jeandarme, De Page, Pham, *etc.*).

Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage « boule de neige » en commençant par identifier les principaux auteurs et, à partir d'un petit nombre d'articles et/ou d'ouvrages et leur bibliographie, nous avons pu, de fil en aiguille, trouver d'autres ressources scientifiques pertinentes et ainsi de suite. Afin d'affiner la recherche, nous nous sommes également aidés de Google Scholar (utilisant principalement les mots-clés « internement » et/ou « psychiatrie/psychologie légale » et/ou « Belgique ») et de la plateforme cairn[35]. Nous avons divisé la littérature selon deux catégories de discipline : d'une part, la littérature issue du champ des sciences humaines et sociales, en ce compris le droit (essentiellement le droit pénal, les droits fondamentaux et le droit des étrangers), la criminologie, la sociologie et l'anthropologie ; et, d'autre part, la littérature issue du champ de la psychologie légale et de la psychiatrie légale. Nous avons sélectionné 26 contributions pour la catégorie « sciences humaines et sociales » et 20 pour la catégorie « psychologie et psychiatrie légale », rédigées en français. La littérature scientifique rédigée en anglais couvre, quant à elle, 26 contributions. Toutes les références bibliographiques sont disponibles au point 8 de ce rapport.

Nous avons aussi procédé à une revue de la littérature « grise », c'est-à-dire des documents et des rapports produits par des associations[36], des organes de contrôle ou de surveillance nationaux[37] et

[31] On retrouvera néanmoins deux contributions qui ne traitent pas directement de l'internement tel qu'il est conçu en Belgique en raison de l'éclairage qu'elles permettent d'apporter pour l'hypothèse. Voir par exemple l'hypothèse 6.
[32] Par exemple, concernant la pratique des avocats de la défense.
[33] Il arrive que des professionnels en psychologie et/ou psychiatrie légale rendent compte des activités de l'institution dans laquelle ils exercent et qui accueillent des personnes internées au moyen de données empiriques (par exemple, des analyses statistiques).
[34] Notons qu'il existe tout un pan de la littérature scientifique qui traite des conditions de détention ou encore de l'organisation et des traitements prévus dans les institutions psychiatriques en général, mais ces sources n'ont pas été prises en compte dans l'analyse car elles ne permettent pas directement de documenter les hypothèses ici analysées.
[35] https://shs.cairn.info/
[36] Par exemple, l'asbl I.Care qui œuvre pour l'amélioration de la prise en charge des détenus et de la santé en prison https://www.i-careasbl.be/qui-sommes-nous
[37] Par exemple, le Conseil central de surveillance pénitentiaire qui veille à garantir les droits et la dignité humaine des personnes détenues ; https://ccsp.belgium.be ; ou, par exemple, Unia en tant qu'agence publique indépendante de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité. En charge du suivi de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), Unia a mené une recherche afin d'évaluer « l'accès à des conditions, des services et des ressources favorables à l'autonomie et à la réinsertion des personnes internées au cours de leur trajet de soins » (rapport 2023, p. 5). Ce faisant, Unia a visité différents lieux d'internement et rencontré divers acteurs dans le champ.

européens[38], des centres de recherche non-académiques[39], les administrations de la justice[40] et de la santé publique[41], l'administration générale des maisons de justice[42] ou encore par des lieux d'internement[43]. La lecture de ces documents a permis de mieux saisir les enjeux et les défis contemporains liés à la mesure d'internement et de retracer toute une série de données chiffrées et statistiques produites en la matière (voir *supra*, l'objectif 3).

La documentation des hypothèses prend également appui sur des articles de presse[44] qui font état de la situation d'inflation dans le domaine de l'internement, ainsi que des questions parlementaires qui concernent ce domaine et, en particulier, le nombre de personnes internées en prison.

2.3. Identifier les (bases de) données disponibles : entretiens, questionnaire et inventaire (janvier 2024 – mai 2025)

Pour l'objectif 3, nous avons réalisé un état des lieux des (bases de) données existantes et de la manière dont l'enregistrement des données est opéré. Ce faisant, nous avons divisé la tâche entre, d'un côté, les données produites par les acteurs de la justice, c'est-à-dire ceux et celles qui participent à la chaine pénale et, de l'autre, celles produites par les acteurs de la santé mentale, qui interviennent dans l'offre de soins médico-légale pour les personnes internées dans le cadre de leur TSI. Enfin, des contacts supplémentaires ont été pris avec d'autres professionnels susceptibles d'intervenir dans le processus d'internement et d'enregistrer des données en la matière.

2.3.1. Démarches auprès d'acteurs de la chaine pénale

D'abord, pour les données produites par les acteurs de la justice, nous avons échangé avec des acteurs clés par écrit et par le biais d'entretiens exploratoires.

Nous avons contacté le service d'appui du Collège des Cours et tribunaux, responsable de l'élaboration et de la publication des statistiques d'activité du siège. Une des questions qui leur a été adressée portait sur l'enregistrement éventuel, dans la base de données du siège, des demandes d'expertise psychiatrique formulées par les juges ou les juridictions d'instruction en vue d'un éventuel

[38] Par exemple, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) ; Le CPT et la Belgique - CPT
[39] Par exemple, le Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) ; https://kce.fgov.be/fr/home-fr
[40] Par exemple, les éditions de « Justice en chiffres » et les rapports de la DGEPI (jusqu'en 2017), puis les Chiffres annuels des Établissements Pénitentiaires ; https://justice.belgium.be/fr/publications
[41] Par exemple, le rapport du DGGS Soins de Santé (SPF Santé Publique), « Mise en observation dans les HP et SPHG » ; https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2024-07-02_-_rapport_mises_en_observation_rpm2022_fr.pdf
[42] Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les maisons de justice publient annuellement des statistiques relatives aux peines et aux mesures s'exécutant dans la communauté (surveillance électronique, probation, peine de travail, libération conditionnelle, libération à l'essai, *etc.*) ; voir pour la Communauté française https://statistiques.cfwb.be/maisons-de-justice/activites-des-maisons-de-justice/ et pour la Communauté flamande https://www.vlaanderen.be/agentschap-justitie-en-handhaving/cijfers
[43] Par exemple, les rapports d'activités d'institutions susceptibles d'offrir des soins médico-légaux aux personnes internées (comme les UPML).
[44] Par exemple, un article de La Libre Belgique du 2 décembre 2023, « Le nombre d'internés en forte hausse dans les prisons », Le nombre d'internés en forte hausse dans les prisons : "L'interné type est un quadragénaire belge qui a au moins un antécédent judiciaire" - La Libre

internement. Il s'agissait également de savoir si les ordonnances d'internement prises par les juridictions d'instruction sont enregistrées et font l'objet de statistiques. Après un premier échange par mail, un entretien avec deux attachés statistiques a été organisé le 11 mars 2024.

Nous avons contacté les analystes statistiques du Ministère Public qui, à l'aide de leurs analyses statistiques, fournissent un appui au Collège des Procureurs généraux. La demande qui leur a été adressée concernait également les demandes d'expertise psychiatrique en vue d'un internement, mais formulées cette fois par le parquet. Après un échange de mails, des entretiens avec deux analystes ont été organisés le 19 avril 2024 et le 13 novembre 2024. Les analystes nous ont envoyé une note le 12 décembre 2024, qui détaille les analyses statistiques réalisées à la suite de notre demande et rend compte d'une enquête menée auprès des bureaux des Procureurs. La note des analystes (dont un résumé est disponible au point 6.1.3) éclaire dans quelle mesure les chiffres disponibles permettent de répondre de manière fiable à la question des données enregistrées quant aux expertises demandées par les parquets.

Nous avons également contacté le service des frais de justice et subside (DG Team Support du Service Partners du SPF Justice) le 16 février 2024, afin de savoir s'il existait des données enregistrées qui permettraient de connaitre le nombre d'experts sollicités et le nombre d'experts payés annuellement, dans le cadre d'une expertise en vue d'un internement. Un échange de mails nous a informés que ce service ne pourrait communiquer des statistiques que sur le nombre d'états de frais soumis par des experts psychiatres (ou des psychologues), mais sans pouvoir préciser si les expertises en question auront abouti ou non à un internement. Il nous a été dès lors suggéré de nous adresser à la DGEPI ainsi qu'au Service d'appui du Collège des cours et tribunaux déjà sollicité.

Nous avons par ailleurs contacté, le 8 avril 2024, l'association belge des experts (ABEX), qui rassemble une série d'experts issus de différents secteurs (par exemple, dans le domaine du patrimoine, des transports, de la criminologie, *etc.*) dans le but d'obtenir d'éventuelles informations quant au nombre d'experts sollicités dans le cadre d'une expertise médico-légale psychiatrique en vue d'un internement. L'ABEX n'est donc pas à proprement parlé un acteur de la chaine pénale mais ses membres sont susceptibles d'intervenir au cours de celle-ci. De nos échanges, il ressort toutefois qu'aucun expert susceptible d'intervenir dans le cadre de l'internement ne fait partie de l'association.

Il existe par ailleurs un registre national des experts auxquels peuvent faire appel les autorités judiciaires ; nous l'avons également consulté[45]. Nous détaillons le contenu et la portée de celui-ci au point 5 de ce rapport (hypothèse 2).

Enfin, le 2 septembre 2024, nous avons eu une entrevue avec deux coordinateurs.trices « justice » (CSEI) (déjà rencontré.es à de nombreuses reprises au cours de la phase préparatoire du projet), qui traitent annuellement les données liées aux décisions rendues par les chambres de protection sociale (CPS) et ce, afin de recueillir de plus amples informations quant à l'enregistrement de ces données, les bases de données dont elles sont issues et dans quelle mesure celles-ci sont utilisées et par qui.

[45] Voir https://justice.belgium.be/fr/services_en_ligne/registre_national_et_frais_de_justice/registre_national

2.3.2. Démarches auprès d'acteurs participant à l'offre de soins médico-légale

Dans le but de collecter des informations relatives aux données enregistrées dans les lieux de soins de santé mentale qui prennent en charge des personnes internées en résidentiel, nous avons envoyé un questionnaire à ces différentes institutions. Ce questionnaire a été initialement réalisé en néerlandais par les chercheuses du KeFor (OPZC Rekem) et traduit ensuite en français par l'INCC. Il contenait 6 questions relatives à l'existence de l'enregistrement des données de la patientèle internée et, le cas échéant, au type de données enregistrées (des données démographiques, des données liées au traitement, des données juridiques, des données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques). Enfin, le questionnaire s'intéressait à la temporalité de l'enregistrement, le nombre de personnes enregistrées dans la base de données et l'exploitation de celle-ci à des fins de recherche. Les analyses des résultats du questionnaire, ainsi qu'un exemplaire de celui-ci sont disponibles au point 6 de ce rapport.

En amont de l'envoi du questionnaire, il a d'abord fallu identifier les institutions pertinentes. Nous avons opté pour une répartition basée sur un critère régional et linguistique. Nous avons ainsi envoyé le questionnaire à des institutions situées en Région wallonne, aux institutions de la région de Bruxelles-Capitale et aux institutions situées en Région flamande.

Pour **la version francophone du questionnaire**, nous avons catégorisé trois types d'institutions, en nous appuyant sur la cartographie préalablement réalisée (voir *supra*) : les hôpitaux psychiatriques (composés de différentes unités de soins), les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, ainsi qu'un centre d'hébergement n'appartenant pas aux catégories précitées. Ces diverses institutions sont celles qui hébergent principalement des personnes internées. Nous y avons ajouté les six antennes d'équipes mobiles TSI.

1) Les « hôpitaux psychiatriques » (n = 9). Chaque hôpital rassemble plusieurs unités de soins, dont certaines accueillent des personnes internées, en ceci qu'elles disposent de « lits internés ». Ces unités n'ont cependant pas les mêmes critères d'inclusion/d'admission ou d'exclusion : elles ont donc été prises en compte individuellement dans l'analyse. Au total, 19 unités sont concernées.
2) Les « maisons de soins psychiatriques » (n = 4)
3) Les « initiatives d'habitation protégée » (n = 15)
4) Autre (centre d'hébergement n'appartenant pas aux catégories précitées) (n = 1)

Finalement, 29 institutions francophones ont été contactées à la mi-octobre 2024 et la remise des réponses a été clôturée le 2 décembre 2024 (voir tableau 3). Afin de respecter leur anonymat, nous avons codé les noms des institutions selon leur type (H pour hôpitaux psychiatriques, I pour initiatives d'habitation protégée, M pour maisons de soins psychiatriques, A pour autre), en accompagnant ces lettres d'un numéro (par exemple : H1, H2, H3, *etc*.).

- Pour les HP, nous avons obtenu un taux de participation de 55 % (5 HP sur 9 ont répondu)
- 40 % pour les IHP (6/15)

- 25 % pour les MSP (1/4)[46]
- 100 % pour autre (1/1)

Une analyse des réponses au questionnaire est disponible au point 6.2.1 de ce rapport. Nous n'avons pas reçu de réponse de la part des antennes d'équipes mobiles TSI, mais nous formulons l'hypothèse que cette « non-réponse » peut s'expliquer par le fait qu'un.e coordinateur.trice d'antenne d'équipe mobile TSI avait déjà pu nous éclairer sur les données enregistrées par ces équipes. Cet échange avait eu lieu le 13 juin 2024 et a permis de rendre compte de l'enregistrement systématique réalisé par les équipes mobiles TSI, notamment quant au nombre de suivis et de sollicitations reçues par les équipes (voir hypothèse 11).

Tableau 3. Institutions participantes

	N
Hôpitaux psychiatriques	5
Maisons de soins psychiatriques	1
Initiatives d'habitation protégée	6
Autre	1
Equipe mobile TSI	0
TOTAL	**13**

Entre octobre et décembre 2024, **en Flandre et dans la partie néerlandophone de Bruxelles**, 56 institutions de soins résidentiels et ambulatoires en psychiatrie légale ont été contactées. Ces établissements ont été invités à remplir un questionnaire en néerlandais concernant les données qu'ils enregistrent sur les personnes internées prises en charge dans leur structure. En cas de non-réponse par email, un suivi téléphonique a été effectué afin d'encourager la participation. Au total, 52 établissements (93 %) ont répondu à cette demande, comme indiqué dans le tableau 4.

En parallèle, les facultés pertinentes de toutes les universités flamandes ont été interrogées pour savoir si elles tenaient une base de données sur les personnes internées. Aucune de ces universités n'a indiqué disposer d'une telle base de données.

Tableau 4. Institutions participantes

	N
Etablissements high-security	2
Etablissements medium-security	
Unité régulière medium security	3
GCSD	3
Unité médico-légale VAPH	3
Etablissements low-security	
Hôpital psychiatrique général	9
MSP	3

[46] Un hôpital psychiatrique a répondu au questionnaire en prenant en compte les données enregistrées par une MSP, qui avait été contactée séparément et qui se trouve sur le même site que l'hôpital en question. Nous avons donc reçu un questionnaire pour deux institutions distinctes (un HP et une MSP) ; voir le point 6 de ce rapport.

Soin ambulatoire	18
Equipe mobile	
Equipe mobile TSI	4
Equipe mobile régulière	6
TOTAL	**52**

Une analyse des réponses au questionnaire est disponible au point 6.2.2. de ce rapport.

2.3.3. Autres démarches

De façon transversale, des contacts ont également été pris avec d'autres acteurs de terrain, susceptibles d'éclairer une ou plusieurs hypothèses.

Nous avons ainsi contacté l'office des étrangers (OE) le 27 août 2024 afin d'obtenir des informations quant aux données disponibles et enregistrées au sujet du pourcentage de refus de la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire (LAE) et, plus précisément, sur les raisons principales du refus, s'il s'agit en général de non-reprises par le pays d'origine, ainsi que des délais dans le cas où la personne obtient une LAE. L'OE nous a répondu le 5 novembre 2024, indiquant l'état des données disponibles et nous communiquant les chiffres de 2023.

Le 6 juin 2024, nous nous sommes également entretenus au téléphone avec un.e avocat.e pénaliste spécialisé.e en matière d'internement, qui nous a éclairé quant à sa pratique, pointant quelques enjeux, notamment en ce qui concerne la posture de l'avocat.e face au rapport d'expertise médico-légale.

Enfin, le 6 novembre 2024, à la suite d'un échange de mail avec un.e représentant.e d'un hôpital psychiatrique (qui dispose d'une unité de mesure protectrice[47]), il nous a été communiqué qu'aucune donnée n'était systématiquement enregistrée pour cette population, au sein de l'institution concernée à tout le moins.

2.3.4. Inventaire de bases de données

Suites à nos échanges avec les attachés statistiques du service d'appui du Collège des Cours et tribunaux et les analystes statistiques du Ministère Public (voir *supra*), nous avons procédé à l'inventaire de trois bases de données intervenant dans la chaine pénale afin de compléter l'état des lieux des (bases de) données existantes et de l'enregistrement des données liées à l'internement : d'abord, au niveau de la décision judiciaire, nous avons procédé à l'inventaire du Casier judiciaire central ; ensuite, concernant l'exécution de la décision (dans des établissements pénitentiaires), nous avons analysé la base de donnée SIDIS Suite, et pour l'exécution de la libération à l'essai, nous avons analysé les bases de données des maisons de justice francophones, néerlandophones et germanophones, SIPAR[48].

[47] Voir la loi du 26 juin 1990, telle que modifiée par la loi du 16 mai 2024.

[48] La base de données SURTAP, liée aux tribunaux de l'application des peines, a été exclue de l'analyse car elle n'est plus utilisée dans deux tribunaux francophones.

L'analyse de ces bases de données – disponible au point 6.1. de ce rapport – ne vise pas à produire des statistiques mais à dresser un inventaire des données existantes sur l'internement, qui pourraient être exploitées à des fins de politique criminelle et/ou de futures recherches scientifiques. Nous avons tenté de répondre aux questions suivantes : quelles sont les données enregistrées dans ces bases de données, en particulier celles qui concernent l'internement ? Depuis quand sont-elles enregistrées ? Ces données sont-elles exploitées ? Et quelles sont les données qui pourraient permettre d'éclairer l'augmentation du nombre de personnes internées ?

2.3.5. Utilisation et partage des données

En résumé, il existe en Belgique — de part et d'autre des frontières linguistiques, des différents niveaux de pouvoir et des départements — de nombreux ensembles de données pertinentes pouvant offrir de précieux *insights* pour la recherche axée sur les politiques et les pratiques. Toutefois, l'usage et le partage de ces données sont fortement entravés par les réglementations en matière de vie privée et les exigences éthiques. Une première question cruciale est de savoir si les données disponibles ont été collectées de manière conforme au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données, Règlement (UE) 2016/679)) et peuvent être partagées. Ce n'est qu'en respectant les exigences légales en matière de protection des données que le partage ou la réutilisation peut être envisagé. En outre, un accord de partage de données (Data Transfer Agreement — DTA) doit être conclu entre le fournisseur et le destinataire, incluant des engagements clairs sur les objectifs, la sécurité, la durée de conservation et les responsabilités.

Une évaluation éthique est parfois également requise dans le cadre d'une recherche scientifique. Dans certaines institutions, un comité éthique détermine si un consentement éclairé individuel est nécessaire ou si la recherche relève des exceptions prévues par le RGPD et par la loi cadre belge du 30 juillet 2018. Ces exceptions sont permises dans le cadre de la recherche scientifique d'intérêt sociétal majeur (article 89 du RGPD et article 186 de la loi cadre), uniquement si : les objectifs ne peuvent être atteints autrement ; des garanties suffisantes sont mises en place pour protéger les droits des personnes concernées ; l'intérêt public est démontré. Dans le cadre d'enquête prenant appui sur des observation ou des enquêtes en santé publique, le traitement des données sans consentement explicite peut être autorisé à condition que l'utilité sociétale dépasse les risques pour les personnes, et que des mesures comme la pseudonymisation ou le chiffrement soient appliquées.

Un exemple marquant de l'impact du RGPD sur la collecte de données dans les soins médico-légaux est l'ensemble de données B4, jadis utilisé pour enregistrer systématiquement les informations des personnes internées dans les projets avec convention B4. Depuis 2017, ce système enregistrait des données sur les caractéristiques sociodémographiques, les types de délits, les diagnostics et les parcours de soins. Malheureusement, cette collecte a été arrêtée en raison de contraintes liées au RGPD et à l'absence d'un cadre juridique solide pour la réutilisation des données. Cet exemple illustre les difficultés rencontrées lors de la collecte systématique de données ou du partage de données.

Vu la complexité des contrats de gestion des données, des autorisations éthiques et des ajustements juridiques nécessaires, il existe un besoin manifeste d'une collecte de données organisée de manière fédérale, respectant toutes les exigences légales et éthiques, soutenue par les secteurs de la justice, des soins de santé et de la recherche. Elle devrait également répondre aux défis techniques, comme le manque d'interopérabilité entre les systèmes de données judiciaires et sanitaires.

3. Schéma du processus d'internement

Pour rappel, l'internement, prévu par la loi du 5 mai 2014, est une mesure de sûreté à durée indéterminée qui prive de ou restreint la liberté des personnes qui ont commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers, qui sont, au moment de la décision judiciaire, atteintes d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement leur capacité de discernement ou de contrôle de leurs actes et qui présentent un danger de commettre de nouveaux faits en raison de leur trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque (art. 9, §1er). Le juge ne prendra une décision d'internement qu'après la réalisation d'une expertise psychiatrique médico-légale ou l'actualisation d'une expertise antérieure (art. 9, §2).

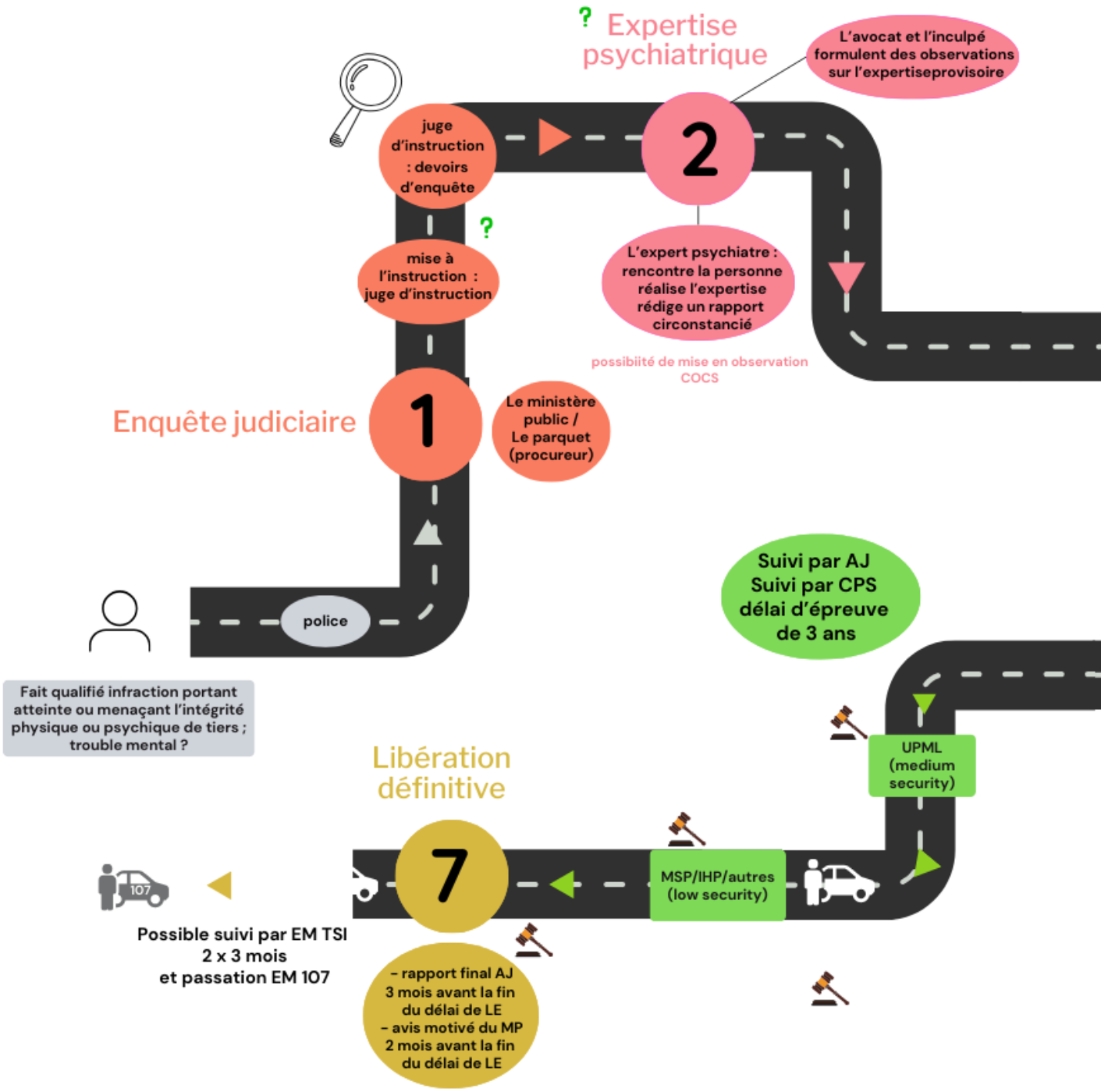
Nous avons résumé le parcours d'internement en introduction de ce rapport, nous déplions à présent tout le processus en détail, tant le parcours judiciaire que le parcours de soins, en prenant appui sur le schéma réalisé (voir page suivante). L'objectif est d'identifier, d'une part les principaux lieux et professionnels qui interviennent dans la prise en charge des personnes internées et, d'autre part de cibler les éventuels points aveugles et points de « blocage » dans la poursuite du trajet de soins (TSI). Ces derniers, mis en avant dans le schéma, seront analysés au fil de la documentation des 11 hypothèses qui pourraient expliquer la hausse du nombre d'internements et de personnes internées et ce, surtout dans les prisons (voir les points 4 et 5 du rapport).

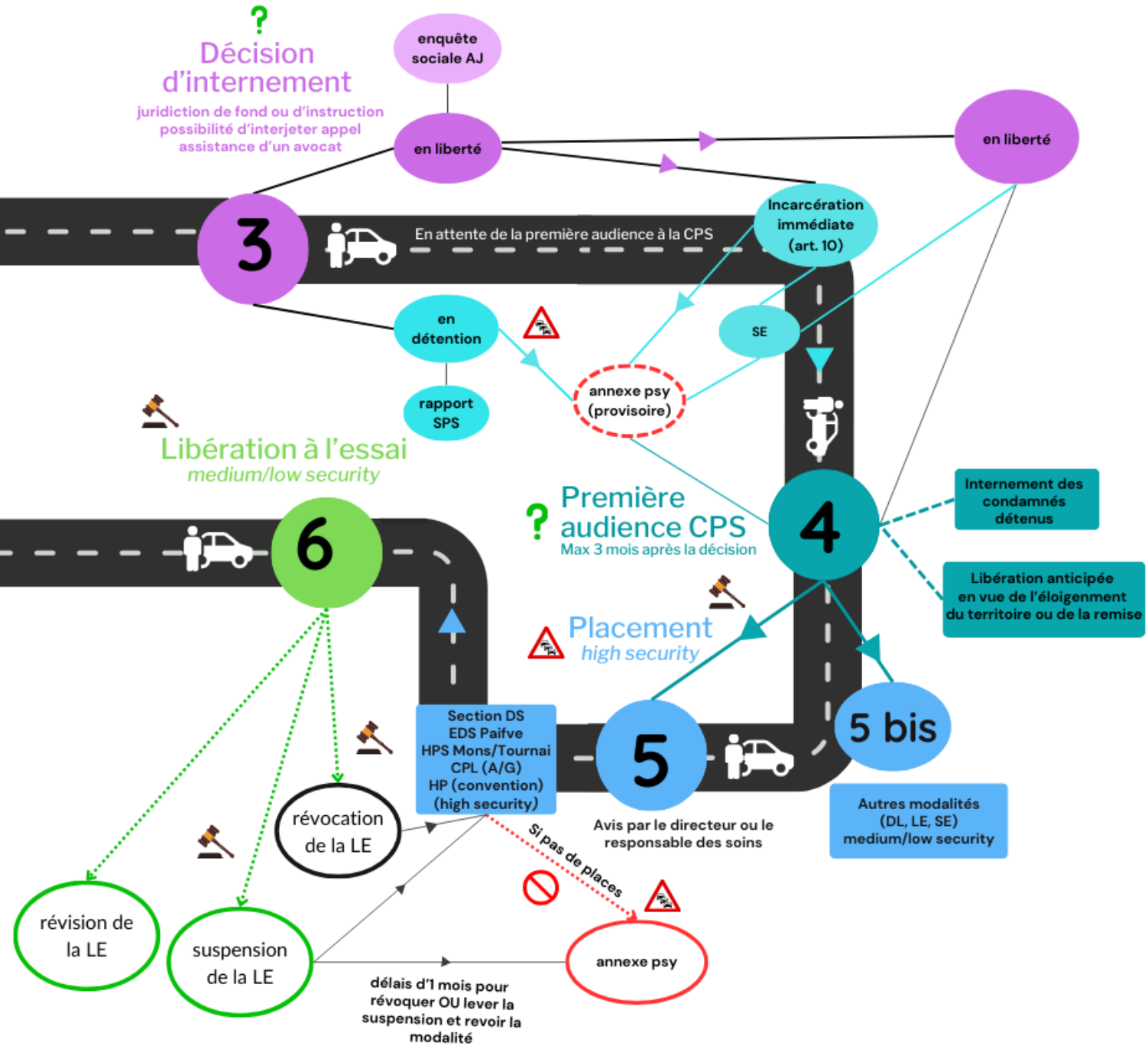
Le processus d'internement s'articule autour de deux phases principales : la phase pré-sentencielle (avant la décision d'internement) et la phase d'exécution de la décision (ou la phase post-sentencielle). A l'articulation entre ces deux phases se situe la décision relative à la mesure d'internement. Dans le cadre de cette recherche, nous avons élaboré un schéma qui rend compte, en 7 étapes, du processus décisionnel et du parcours institutionnel de l'internement. La phase pré-sentencielle comprend les deux premières étapes, à savoir l'enquête judiciaire (1) et l'expertise psychiatrique[49] (2), en suite desquelles se situe la décision d'internement (3). Elle est suivie par la phase de l'exécution de la mesure qui concerne (l'attende de) la première audience à la chambre de protection sociale (CPS) (4), le placement (5), la libération à l'essai[50] (6) et, enfin, la libération définitive (7).

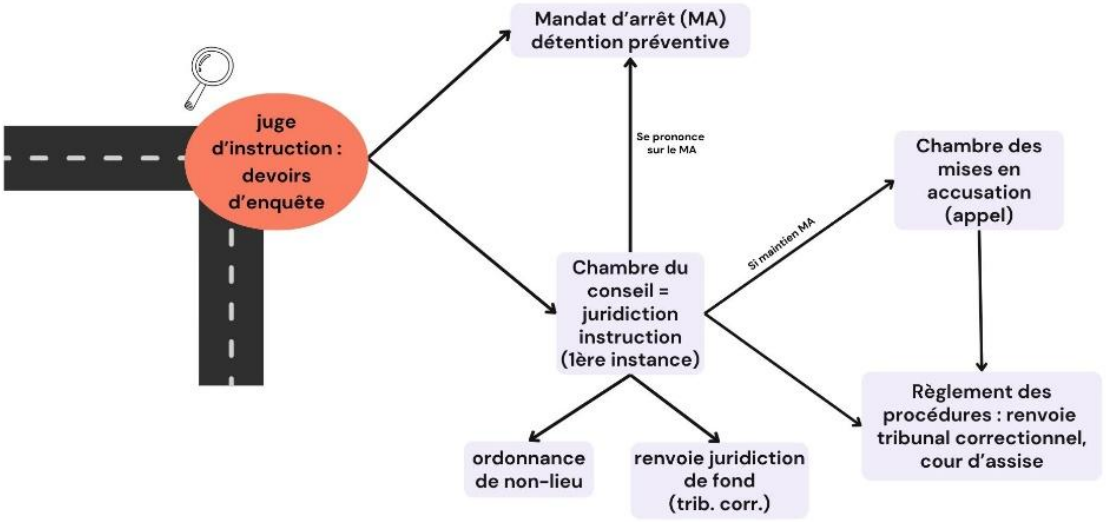
Nous allons ci-après expliciter succinctement chacune de ces étapes et à l'issue de cette explication, nous formulerons quelques questions dont les réponses sont *a priori* de nature à pouvoir expliquer les pratiques actuelles liées à l'internement et à mieux comprendre l'augmentation observée du nombre de personnes internées.

[49] Pour des raisons heuristiques, nous avons opéré un découpage des différentes phases de l'internement qui place l'expertise psychiatrique dans la phase pré-sentencielle, mais il peut arriver qu'au moment de prendre une décision (d'internement) un juge estime qu'une expertise psychiatrique est nécessaire et la requière à ce moment-là. Un juge de fond peut également ordonner une expertise psychiatrique dans le cadre de la procédure d'internement d'une personne condamnée détenue.
[50] La libération à l'essai, en tant que modalité d'exécution de l'internement, peut également avoir lieu sans passer par l'étape du placement. Nous l'abordons ici, à la suite du placement, afin de faciliter la lecture du parcours d'internement.

PROCESSUS D'INTERNEMENT




Décision d'internement
juridiction de fond ou d'instruction
possibilité d'interjeter appel
assistance d'un avocat
enquête sociale AJ
en liberté
en liberté
3
En attente de la première audience à la CPS
Incarcération immédiate (art. 10)
en détention
rapport SPS
annexe psy (provisoire)
SE
Libération à l'essai
medium/low security
6
Première audience CPS
Max 3 mois après la décision
4
Internement des condamnés détenus
Libération anticipée en vue de l'éloigenment du territoire ou de la remise
Placement
high security
5 bis
Section DS
EDS Paifve
HPS Mons/Tournai
CPL (A/G)
HP (convention)
(high security)
5
Avis par le directeur ou le responsable des soins
Autres modalités (DL, LE, SE) medium/low security
révocation de la LE
Si pas de places
révision de la LE
suspension de la LE
annexe psy
délais d'1 mois pour révoquer OU lever la suspension et revoir la modalité



Légende :

- équipe mobile TSI
- audience/décision de la CPS
- zone d'ombre sur les pratiques
- "embouteillage" dans le TSI
- situation illégale

LA PHASE PRE-SENTENCIELLE[51]

1. La commission des faits et l'enquête judiciaire – étape 1

Peut se voir ordonner un internement toute personne qui a commis **un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers** (art. 9, §1er).

A la suite de la commission d'une infraction pénale, la personne concernée est arrêtée par la police. On soupçonne la présence d'un **trouble mental**. Une expertise psychiatrique médico-légale (voir *infra*, point 2) devra déterminer s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits et si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions (art. 5, §1er).

Le **ministère public**, selon la gravité des faits commis, peut mener une information et dans le cadre de celle-ci demander une expertise ou peut aussi procéder à une **mise à l'instruction** et saisir un **juge d'instruction**. Ce dernier instruira le dossier à charge ou à décharge, c'est-à-dire qu'il doit récolter des preuves qui permettent tant de prouver la culpabilité que l'innocence de la personne. Dans le but de découvrir la vérité, le juge d'instruction accomplit différents **devoirs d'enquête** (interroger un suspect, un témoin, procéder à une perquisition, solliciter une expertise psychiatrique – voir *infra* point 2, *etc.*).

En cas d'absolue nécessité, quand la sécurité publique est menacée, le juge d'instruction peut délivrer **un mandat d'arrêt** (voir le symbole « loupe » sur le schéma). La personne sera placée en **détention préventive** qui sera exécutée en maison d'arrêt ou en maison d'arrêt et de peine ou à domicile, sous surveillance électronique. Le juge d'instruction transmet un rapport de l'affaire à la **chambre du conseil** (tribunal de première instance). La chambre examine l'affaire et peut confirmer la décision du juge d'instruction de placer la personne en détention préventive. Une fois l'instruction terminée, le parquet établit un réquisitoire pour saisir la chambre du conseil en vue du règlement de procédure, celle-ci pouvant alors soit prononcer un non-lieu, soit renvoyer la personne vers un tribunal, *etc*.

→ A ce stade du processus, on peut se demander à quelle fréquence le juge d'instruction et le parquet sollicitent une expertise psychiatrique médico-légale ? Selon quels critères ? L'expertise est-elle ordonnée sur réquisition d'un magistrat du parquet ?

2. L'expertise psychiatrique pré-sentencielle – étape 2

Lorsqu'il y a des raisons de considérer qu'une personne se trouve dans une situation qui peut justifier un internement (art. 9), les autorités judiciaires compétentes, à savoir le procureur du Roi, le juge d'instruction ainsi que les juridictions d'instruction ordonnent une **expertise psychiatrique médico-légale** (art. 5, §1). Celle-ci est réalisée par un **expert**, porteur d'un titre professionnel de « psychiatre médicolégal », qui peut être assisté d'autres spécialistes en sciences comportementales, toujours sous la conduite de l'expert précité (art. 5, §2). Il est attendu de l'expert qu'il rédige un **rapport circonstancié**, qui pourra être actualisé à la demande de l'instance requérante (art. 5, §3). La personne qui fait l'objet d'une expertise psychiatrique médicolégale peut, à tout moment, se faire assister par un médecin de son choix et par un **avocat** (art. 7). Les avocats reçoivent le rapport rédigé qui tient lieu d'avis provisoire et doivent **formuler des observations quant à l'expertise** dans un délai raisonnable

[51] Nous schématisons ici la phase pré-sentencielle, sans en présenter toutes les particularités juridiques.

(sauf exception, ce délai est d'au moins 15 jours) avant la validation finale du rapport. La **personne inculpée**, ainsi que d'autres experts désignés par cette personne, peuvent également joindre leurs observations au rapport (art. 8, §1er).

Un arrêté ministériel du 28 octobre 2015[52] fixe les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, nécessaires pour être agréé expert-psychiatre.

Un arrêté royal du 25 septembre 2018[53] offre un modèle d'expertise et précise les questions auxquelles l'expert doit répondre en vue de procéder à l'évaluation de la personne concernée.

Et lorsqu'il y a des raisons de considérer qu'une personne incarcérée en détention préventive se trouve dans une situation qui peut justifier un internement (art. 9) et que l'expert indique dans son rapport qu'une expertise psychiatrie médicolégale avec **mise en observation**[54] est nécessaire, les autorités judiciaires compétentes, à savoir le juge d'instruction et les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent ordonner une mise en observation (art. 6, §1er). La personne sera alors transférée dans **un centre d'observation clinique sécurisé** (COCS)[55] pour une mise en observation qui ne peut excéder 2 mois (art. 6, §2). A l'issue de cette période, la personne réintègre une prison et reste détenue en vertu du mandat d'arrêt, à moins qu'une mesure d'internement, avec arrestation immédiate (art. 10), n'ait été prononcée à son égard.

→ Comment sont réalisées les expertises ? Qui sont les experts ? A quelle fréquence un expert psychiatre est-il assisté d'un expert en sciences comportementales ? A quelle fréquence a-t-on affaire à un collège d'experts ? Et avec quelles conséquences ? Selon quels instruments ou techniques d'évaluation sont menées les expertises ? Les délais de réalisation de l'expertise, de la réception de l'avis provisoire et de l'envoi final du rapport sont-ils respectés en pratique ? Comment les avocats de la défense se saisissent-ils des rapports d'expertise ? Les experts reçoivent-ils en général des observations et est-il d'usage qu'ils adaptent en pratique leur rapport sur la base des observations reçues ?

3. La décision d'internement – étape 3

Les autorités judiciaires compétentes, à savoir une juridiction d'instruction ou de jugement, peuvent ordonner l'internement. Trois conditions, énumérées à l'article 9, sont nécessaires pour pouvoir prononcer un internement : avoir commis un crime ou un délit portant atteinte ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers ; présenter, au moment de la décision judiciaire, un trouble mental qui abolit ou altère gravement la capacité de discernement ou le contrôle de ses actes ; et

[52] Arrêté ministériel du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *M.B.*, 10 novembre 2015.

[53] Arrêté royal du 25 septembre 2018 portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.,* 12 octobre 2018.

[54] La mise en observation dont il est question ici diffère des mises en observation prévues par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990. La loi s'intitule aujourd'hui « loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique » depuis les modifications apportées par la loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux *M.B.*, 27 mai 2024. Cette loi est entrée en vigueur le 1er janvier 2025 (voir l'hypothèse 1, au point 5 du rapport).

[55] Il existe un COCS à la prison de Haren qui contient 30 places (Conseil central de surveillance pénitentiaire 2023, p. 17).

présenter un danger de commettre de nouveaux faits susceptibles de porter atteinte à l'intégrité de tiers, en raison de ce trouble mental, éventuellement combiné à d'autres facteurs de risque (art. 9, § 1er, 1°, 2°, 3°).

L'internement peut être prononcé par une juridiction d'instruction ou de jugement : les débats devant la chambre du conseil (première instance) (art. 13, §4) ou de la chambre de mise en accusation (appel) se déroulent à huis clos et le prononcé est public (art. 14, §2). La personne concernée est toujours **assistée d'un avocat** (art. 13, §3).

Le juge s'appuie sur le rapport d'expertise psychiatrique afin de prendre sa décision, sans qu'il soit cependant obligé de le suivre.

Dès le prononcé d'un internement, **une équipe mobile TSI** (représentée par le symbole d'une voiture et d'un personnage sur le schéma), peut être activée par la personne internée, son avocat, un membre de sa famille, *etc*. A ce stade, la mission de l'équipe serait de préparer un projet de réinsertion dans la perspective d'une libération à l'essai (voir l'étape 6 du schéma).

L'internement peut être également prononcé par la CPS pour une personne condamnée détenue (art. 77/1). Dans cette hypothèse, la personne condamnée doit avoir fait l'objet d'au moins une condamnation (un crime ou un délit tel que visé à l'article 9, §1er, 1°) ; le psychiatre de la prison doit avoir constaté, au cours de la détention, un trouble mental ayant un caractère durable qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ; et elle doit être considérée à risque de commettre de nouvelles infractions en raison de son trouble mental. A ces conditions, la CPS compétente ordonne une expertise psychiatrique médicolégale. La personne condamnée détenue pourra alors être internée, sur demande du directeur de la prison, par la CPS compétente.

→ Le nombre de décisions d'internement aurait énormément augmenté (Plan d'action 2023, p. 32). Il existe néanmoins des zones d'ombre quant à l'attitude des juges qui prononcent ou non un internement. Sur quels critères les juges basent-ils leur décision ? Quel crédit donnent-ils au rapport d'expertise psychiatrique ?

LA PHASE D'EXECUTION

4. (Avant) la première audience au sein de la chambre de protection sociale – de l'étape 3 à l'étape 4

Après qu'un internement ait été prononcé, la personne internée doit comparaitre lors d'une première audience devant la **chambre de protection sociale** (CPS) du tribunal de l'application des peines (TAP), qui est l'organe de contrôle de l'exécution de la mesure d'internement. Dans l'attente de la comparution, la personne peut se trouver **en état de liberté** ou **en détention**, selon la décision prise par l'instance ayant prononcé l'internement, dans la foulée de cette décision. En principe, la personne peut rester en liberté (avec éventuellement l'obligation de respecter une ou plusieurs conditions), sauf s'il y a lieu de craindre qu'elle tente de se soustraire à l'exécution de la mesure ou si elle représente un danger sérieux et immédiat pour l'intégrité physique ou psychique de tiers ou pour elle-même (art. 10). L'internement est alors exécuté provisoirement dans l'annexe psychiatrique d'une prison (art. 11). La personne internée peut également être placée sous surveillance électronique (art. 12). Il revient au

ministère public de saisir la CPS en vue de la première audience (art. 19, §1er, al. 2). Préalablement à celle-ci, différents rapports sont établis.

Dans le premier cas (liberté), la personne internée fait l'objet d'un rapport d'information succinct ou d'une **enquête sociale** établi(e) par **un assistant de justice (AJ)** qui le/la transmet ensuite au ministère public (art. 29, §1er, al. 3).

Dans le second cas (détention), le ministère public reçoit le cas échéant **un rapport du service psychosocial (SPS) de la prison** ainsi que l'avis du directeur ou du responsable des soins selon le lieu où la personne est internée (art. 19, §3, al. 3).

La première audience à la CPS doit avoir lieu dans les trois mois après le prononcé d'une décision d'internement (art. 29, §2) ; une seule remise de l'examen de l'affaire est possible, à deux mois *maximum* (art. 32).

Lors de cette **première audience** (étape 4), la CPS peut décider de placer ou de transférer la personne internée au sein de plusieurs types d'établissements prévus par la loi (art. 3, art. 19 et art. 35), qui présentent un niveau élevé de sécurité (*high security*). La CPS peut également décider d'autres modalités d'exécution de l'internement comme une détention limitée (DL ; art. 23), une surveillance électronique (SE ; art. 24) ou une libération à l'essai (LE ; art. 25), qui correspondent à d'autres niveaux de sécurité (*medium*, *low security*) (voir l'étape 5*bis* sur le schéma). Elle peut aussi octroyer des permissions de sortie (art. 20) et des congés (art. 21)[56] à n'importe quel moment de l'exécution d'une mesure d'internement (art. 22).

→ En introduction de ce rapport, nous avons souligné la forte prévalence de personnes internées en prison. Quelle est la proportion de personnes internées en état de liberté et en détention dans l'attente de la première audience par la CPS ? A quelle fréquence l'incarcération immédiate est-elle prononcée à l'égard des personnes internées ? Les délais entre la décision d'internement et la première audience à la CPS sont-ils respectés en pratique ? Dans quelle mesure l'enquête sociale réalisée par l'AJ influence-t-elle la décision du juge ?

5. Placement, transfèrement et autres modalités – étape 5 et 5 *bis*

Pour le **placement**, la CPS désigne, dans l'urgence ou non, l'un des établissements visés à l'article 3, 4°, b), c) et d). Comme mentionné en introduction, il peut s'agir d'un **établissement** ou d'une **section de défense sociale** organisé par l'autorité fédérale (l'établissement de défense sociale de Paifve (EDS)) ou une des six sections de défense sociale (SDS de Namur, Turnhout, Merksplas, Gand (mixte), Bruges (pour les femmes) et Anvers)[57], d'un **centre de psychiatrie légale** (CPL) organisé par l'autorité fédérale (CPL de Gand et d'Anvers)[58], ou d'un **établissement** habilité à prendre en charge les personnes

[56] Les congés peuvent être par exemple utilisés dans le cadre d'une période d'essai au sein de lieux de soins qui accueillent des personnes internées en libération à l'essai comme les unités psychiatriques médico-légales (UPML).

[57] Pour le nombre de places par SDS, voir la Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique du 18 octobre 2024, rédigée par Unia, le CCSP et l'IFDH, p. 6. Notons qu'en date du 24 décembre 2024, il a été annoncé qu'une 7ème section de défense sociale verrait prochainement le jour à Haren, voir : La création d'une section de défense sociale à la prison de Haren inquiète l'OIP - BX1

[58] Deux autres centres de psychiatrie légale sont prévus en Wallonie (à Wavre et à Paifve) pour fin 2028, ainsi qu'un Forensisch Psychiatrisch Centrum voor langverblijf (LFPC) in Aalst ; zie : Forensisch psychiatrisch centrum voor langverblijf Aalst | Vlaanderen.be

internées à la suite d'un accord conclu avec le ministre de la Justice et celui ayant les soins de santé dans ses compétences (art. 3, 4°, b, c, d).

La CPS a également la possibilité de procéder au transfèrement de la personne internée (art. 19), désignant, dans l'urgence ou non, l'un des établissements visés à l'article 3, 4°, b), c) et d) dans lequel la personne internée devra être transférée, pour des raisons liées à la sécurité ou à la dispense de soins appropriés.

Les **huit annexes psychiatriques des prisons** (les annexes de Haren[59], Anvers, Gand, Louvain, Jamioulx, Lantin, Mons et Namur) ne sont pas officiellement considérées comme des lieux de placement (car visés par l'art. 3, 4° a, non visé par l'art. 19). Cependant, en pratique, les lieux de placement prévus par la loi étant souvent saturés, générant de longues listes d'attente, un nombre conséquent de personnes internées sont détenues dans les annexes psychiatriques des prisons pour une durée indéterminée, dans l'attente qu'une place se libère au sein de l'un de ces lieux de placement. La loi n'exclut toutefois pas totalement un placement dans ces annexes : dans quatre situations particulières, un placement à l'annexe est autorisé, pourvu qu'il soit temporaire et limité (voir l'introduction de ce rapport).

Si la CPS ordonne un placement, elle fixe dans son jugement quand **le directeur ou le responsable des soins (selon le type d'institution) doit rendre un avis**, cet avis devant être rendu dans l'année du jugement (art. 43). Il contient un rapport multidisciplinaire psychiatrique et psychosocial actualisé et une proposition motivée d'octroi ou de refus du transfèrement ou d'une permission de sortie (art. 20), d'un congé (art. 21), d'une détention limitée (art. 23), d'une surveillance électronique (art. 24), d'une libération à l'essai (art. 25) ou d'une libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise (art. 28) (art. 47, §2). Dans le mois de la réception de l'avis du directeur ou du responsable des soins, le ministère public rédige un avis motivé, le transmet au greffe du TAP et en communique une copie au directeur ou au responsable des soins (art. 49). La CPS examine le rapport lors de la première audience utile après réception de l'avis du ministère public afin de décider du placement et/ou de son maintien et éventuellement d'autres modalités. Cette audience doit avoir lieu au plus tard deux mois après la réception de l'avis du directeur ou du responsable des soins (art. 50, §1).

Pour **les personnes internées sans droit de séjour**, les lieux de placement hautement sécurisés restent une des seules issues possibles. En effet, ne pouvant pas bénéficier de la sécurité sociale, ces personnes ne sont pas en mesure de financer une prise en charge au sein d'une structure de santé mentale (hospitalière et/ou résidentielle), comme c'est le cas à partir de la libération à l'essai (voir *infra*). La loi prévoit cependant la possibilité d'une **libération anticipée (LAE) en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise** (art. 28). Ceci implique pour la personne internée l'obligation de quitter effectivement la Belgique et de ne pas y revenir pendant le délai d'épreuve sans être en règle avec la législation et la réglementation relative à l'accès au territoire, au séjour ou à l'établissement dans le Royaume et sans l'autorisation préalable de la CPS (art. 36, 4°). La modalité suppose toutefois qu'une décision définitive ait été prononcée quant à l'absence d'un droit de séjour pour la personne internée,

[59] Notons que depuis le 21 avril 2024, l'annexe psychiatrique de Saint-Gilles est fermée. Les personnes y séjournant ont été transférées à l'annexe psychiatrique de la prison de Haren ; voy. la Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique du 18 octobre 2024, rédigée par Unia, le CCSP et l'IFDH, p. 6.

qu'elle est mise à la disposition d'une juridiction étrangère ou qu'elle a exprimé sa volonté de quitter le pays.

A ce stade, **l'équipe mobile TSI** peut être sollicitée pour un suivi ou poursuivre le suivi déjà entamé dès le prononcé de la décision d'internement. Dès que la mesure d'internement est exécutée, l'équipe mobile TSI peut à la fois accompagner la personne internée dans la préparation d'un projet de réinsertion et de libération à l'essai, mais aussi accompagner les professionnels qui prennent en charge la personne internée (par exemple, les équipes du service psychosocial des prisons ou de l'EDS de Paifve ou les équipes psychomédicosociales des établissements de soins psychiatriques, comme les UPML, *etc*.).

→ Des zones d'ombre persistent quant aux logiques décisionnelles des CPS sur la désignation d'un lieu de placement ou d'une autre modalité. Comment les CPS choisissent-elles les modalités d'exécution d'un internement lors de la première audience ? Sur la base de quels critères désignent-elles un lieu de placement ou font-elles le choix d'une autre modalité (DL, SE, LE) : sur la base du « profil de risque » de la personne internée, des disponibilités effectives des lieux de placement, ou encore de la situation de la personne internée avant la première audience, selon qu'elle se trouve en liberté ou en détention ?

6. La libération à l'essai – étape 6

A côté du placement, la chambre de protection sociale peut octroyer une **libération à l'essai** comme modalité d'exécution de la mesure d'internement (étape 5*bis*). Toutefois, la libération à l'essai interviendrait majoritairement à la suite d'un placement dans un cadre hautement sécurisé (voir l'introduction ; étape 6). Elle s'exécute dans le cadre d'un **trajet de soins résidentiel ou ambulatoire**, au cours duquel la personne internée devra **respecter les conditions** qui lui sont imposées pendant un **délai d'épreuve de trois ans,** chaque fois renouvelable pour une période de deux ans au maximum (art. 25 et art. 42, §1er). Une fois libérée à l'essai, la personne internée est amenée à devoir respecter des conditions, à la fois générales (communes à toute personne internée bénéficiant de la mesure[60]) et, le cas échéant, particulières (adaptées à sa situation spécifique).

Un **assistant de justice** est désigné et est chargé du suivi et du contrôle de la modalité. La maison de justice compétente dépend du lieu de résidence de la personne internée. Dans le mois de l'octroi de la libération à l'essai, l'AJ rend un rapport à l'autorité faisant état du déroulement de la modalité. Ensuite, il doit faire rapport au moins une fois tous les 6 mois et ce, soit de sa propre initiative, soit à la demande du ministère public ou de la CPS (art. 57, §4).

La mesure peut être revue ; l'une ou l'autre condition peut être suspendue, précisée ou adaptée, sans toutefois les renforcer ou imposer des conditions complémentaires (voy. l'art. 58, §1er).

Le ministère public peut saisir la chambre de protection sociale en vue de la **révocation** ou de la **suspension** de la libération à l'essai[61] en cas de non-respect des conditions imposées qu'il s'agisse de

[60] Ne pas commettre d'infraction, avoir une adresse de résidence fixe et communiquer tout changement d'adresse et faire suite aux convocations du ministère public, de la CPS et de l'AJ sont autant de conditions générales.
[61] Ceci est également valable pour les autres modalités accordées, comme la détention limitée et la surveillance électronique.

conditions générales ou spécifiques (art. 59 et suiv.). Si la LE est révoquée, la personne internée est placée dans un des lieux de placement prévus par la loi (art. 60, §1er). Si la LE est suspendue, la personne internée est immédiatement hospitalisée dans un des lieux de placement prévus par la loi ou dans **une annexe psychiatrique de prison** (art. 61, §1er). Il est attendu que la CPS lève la suspension ou révoque la LE dans **un délai d'un mois maximum** à compter du jugement de suspension (art. 61, §3). Et si la suspension est levée, la LE peut faire l'objet d'une **révision** (art. 61, §3), si la CPS estime que la révocation n'est pas nécessaire. Dans ce cas, la chambre de protection sociale peut renforcer les conditions imposées, imposer des conditions supplémentaires ou accorder une autre modalité mieux adaptée à la situation (art. 62, §1er).

Si la personne internée met gravement en péril l'intégrité physique ou psychique de tiers, le procureur du roi du lieu où se trouve la personne internée ou le ministère public près du TAP compétent peut ordonner son arrestation provisoire. La CPS compétente se prononce ensuite sur la suspension éventuelle de la modalité dans les sept jours ouvrables qui suivent l'incarcération de la personne internée (art. 65, §1er).

La libération à l'essai peut prendre place au sein de structures hospitalières *medium security* (comme les **unités psychiatriques médico-légales** (UPML)[62] ou *low security,* au sein d'institutions qui font intervenir un régime d'encadrement plus souple et au sein desquelles les personnes internées bénéficient d'une plus grande liberté de mouvement, comme les **maisons de soins psychiatriques** (MSP) ou les **initiatives d'habitation protégée** (IHP). Elle peut également se dérouler au sein d'une communauté thérapeutique ou au domicile de la personne, *etc*. Chaque changement d'institution (par exemple, le passage d'une UPML à une IHP) doit être signalé à la CPS et approuvé par celle-ci.

Les lieux de prise en charge pour les personnes internées libérées à l'essai peuvent choisir leur patient ; ces derniers doivent « candidater » pour y séjourner et y poursuivre leur LE. Une série de critères d'admission sont ainsi déterminées par les lieux de prise en charge[63]. Et dans le cas où la LE se déroule au sein d'une structure résidentielle et/ou hospitalière, les décisions relatives au fait de quitter temporairement l'institution (par exemple, pour un rendez-vous médical extérieur, une visite familiale ou la visite d'un logement) sont prises par le responsable de la structure de prise en charge en question (art. 42, §3).

Trois mois avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai, l'AJ communique à la CPS un rapport final, dont une copie est adressée au ministère public. Deux mois avant la fin du délai d'épreuve, le ministère public rédige un avis motivé, l'adresse au greffe du TAP et en communique une copie à la personne internée et à son avocat (art. 67, §1er).

[62] Ces unités sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques et disposent de lits pour les personnes internées libérées à l'essai.
[63] La psychopathie et/ou la présence d'un trouble de la personnalité, de problématiques sexuelles (« débordements sexuels », « paraphilies », « auteurs d'infractions à caractères sexuels (AICS) », etc.), d'un handicap mental, d'une problématique d'assuétude, ou un comportement violent sont les principaux critères d'exclusion lorsqu'ils se manifestent à l'avant plan (diagnostic primaire). Autrement dit, un patient qui présente un diagnostic primaire de psychose (critère d'inclusion) et qui présente, au second plan, une problématique d'assuétude, répondra aux critères d'admission. A l'inverse, si la problématique d'assuétude est le diagnostic primaire, selon l'évaluation psychiatrique, le patient ne répondra pas aux critères d'admission. Pour plus d'informations sur les critères d'admission par institution, voir le site www.internement.be.

A ce stade, **l'équipe mobile TSI** peut accompagner la personne internée en prévision de sa réinsertion sociale, la soutenant dans ses démarche sociales et administratives, dans la construction d'un réseau et la préparation à la libération définitive, *etc*., tentant d'éviter une révocation de la LE.

7. La libération définitive – étape 7

La mesure d'internement prend fin dès que la **libération définitive** est octroyée (art. 66 et art. 72)[64]. Selon la loi, certaines conditions sont nécessaires pour que cette LD soit octroyée : le trouble mental de la personne doit être stabilisé, le risque de commettre de nouvelles infractions considérablement réduit (art. 66, §1) et elle doit être parvenue au terme de son délai d'épreuve d'une période minimale de trois ans (art. 66, §2 et art. 42, §1er). Toutefois, depuis deux arrêts de la Cour de Cassation rendus en 2019, il est possible que la libération définitive soit accordée avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai[65].

Pour l'examen de la situation de la personne internée, un rapport est rédigé par l'assistant de justice et un avis par le MP (voir *supra*). Si nécessaire, celui-ci peut demander qu'une nouvelle expertise psychiatrique médicolégale soit réalisée, conformément à l'article 5. La CPS se prononce sur la libération définitive un mois avant la fin du délai d'épreuve (art. 67, §1er). L'audience, au cours de laquelle la CPS peut entendre la personne internée, son avocat, le ministère public et la victime, se tient à huis clos (art. 68 et 69). La décision de libération définitive est rendue par la CPS dans les 14 jours de la mise en délibéré (art. 71). Dans le cas où la CPS décide de pas octroyer la libération définitive, le délai d'épreuve de la libération à l'essai peut être prolongé avec les mêmes conditions que précédemment ou des conditions adaptées (sans toutefois les renforcer ou en imposer des supplémentaires) pour une durée de deux ans au maximum, chaque fois renouvelable (art. 73).

Dès que la libération définitive est prononcée, **l'équipe mobile TSI** peut accompagner la personne internée jusqu'à deux fois 3 mois afin de finaliser le suivi et instaurer le réseau de soins[66]. Elle peut opérer une **passation** vers une **équipe mobile 107.**

[64] Et ce, en dehors du cas particulier de la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise : la personne internée est alors libérée définitivement et de plein droit après six ans, à compter de l'exécution du jugement (art. 42, §2).
[65] Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RGP.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362.
[66] Pour plus d'informations sur le fonctionnement des équipes mobiles TSI, voy. De Spiegeleir, 2022.

4. La liste des hypothèses

La hausse du nombre d'internements (autrement dit, du nombre de décisions d'internement) et du nombre de personnes internées (en particulier en prison), lequel dépend tant du nombre d'internements que de la durée de l'internement, peut être expliquée par différentes hypothèses, qui ont trait à différentes étapes du processus d'internement et à différent(e)s (pratiques d') acteurs et de lieux/services. Chaque hypothèse listée ci-dessous est donc directement mise en lien avec une ou plusieurs étape(s) du processus et du parcours d'internement, tel que représenté dans le schéma à la page précédente (voir le point 3).

1) Dégradation de la santé mentale de la population générale et manque de prise en charge
   - Dégradation de la santé mentale de la population générale
   - Manque de prise en charge dans le circuit régulier des soins de santé mentale
   - Manque et difficulté de prise en charge dans le cadre des mesures de protection

Flux d'entrée dans le parcours d'internement (étapes 1, 2, 3, 4 du schéma)

2) Nouvelles pratiques professionnelles de certains acteurs de la justice
   - Les magistrats (du parquet) solliciteraient davantage d'expertises psychiatriques que par le passé **(1)**
   - Les experts-psychiatres évalueraient différemment (évolution dans les conditions de réalisation de l'expertise et les pratiques d'évaluation du diagnostic et du risque) **(2)**
   - Les juges du fond auraient plus recours à l'internement (avec incarcération immédiate) **(3)**
   - Les avocats de la défense seraient plus nombreux à plaider pour un internement **(3)**
3) Maintien (souvent illégal) des personnes internées en prison et manque de places d'accueil extérieures à la prison (avant la première audience) **(3) (4)**
4) Augmentation du nombre de condamnés détenus internés **(4)**

Flux de sortie (étapes 4, 5, 6 et 7 du schéma)

5) Surutilisation et/ou mauvaise occupation des places résidentielles au détriment de l'ambulatoire (notamment au moment de la première audience) **(4)**
6) Augmentation du nombre de places (lits) au sein des structures pour personnes internées (effet d'aspiration ; lien entre l'offre et la demande) **(5) (6)**
7) Augmentation du refus de la libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise **(5)**
8) Diminution du nombre d'octroi de la libération à l'essai et/ou augmentation du délai avant l'octroi **(6)**
9) Augmentation du nombre d'arrestations provisoires ainsi que des suspensions et des révocations de la libération à l'essai et autres modalités d'exécution **(6)**
10) Augmentation du rejet de la libération définitive **(7)**
11) Recours insuffisants et/ou inadaptés aux équipes mobiles TSI (toutes les étapes ;)

5. Etat des savoirs par hypothèse

Dans cette partie, nous reprenons successivement chaque hypothèse listée au point 4, en proposant un bref résumé de son contenu, les questions qu'elle soulève ainsi que les informations disponibles la concernant (tant au niveau de la littérature que des données chiffrées) et celles qui manquent et, si nécessaire, ce qui devrait être fait pour accroître les connaissances en la matière.

Hypothèse 1. Dégradation de la santé mentale de la population générale et manque de prise en charge

La première hypothèse, à la différence des suivantes, dépasse le cadre strict de l'internement (prévu par la loi du 5 mai 2014)[67] et couvre la santé mentale de la population générale ainsi que les mises en observation (prévues par la loi du 26 juin 1990, modifiée notamment par la loi du 16 mai 2024[68]). L'hypothèse se décline en trois sous-hypothèses qui concernent la dégradation de la santé mentale en population générale (1.1.), le manque de prise en charge dans le circuit régulier des soins de santé mentale (1.2.) et le manque de prise en charge et les difficultés liées à celle-ci dans le cadre des mesures de protection (1.3.).

1.1. Dégradation de la santé mentale de la population générale

Lors des tables rondes, il a été mis en avant que la santé mentale des individus en population générale se détériorerait.

- Dispose-t-on de données sur l'état de la santé mentale de la population générale en Belgique ?

i. Données sur l'état de santé mentale de la population générale

Dans un rapport de 2023, Unia fait référence à l'étude BELHEALTH menée par Sciensano[69], qui examine la santé mentale de la population générale depuis 2020. Unia[70] indique dans ce rapport que les chiffres issus de l'étude BELHEALTH révèlent une dégradation de la santé mentale. L'étude a notamment relevé une augmentation du nombre d'adultes déclarant des symptômes d'anxiété et de dépression[71]. Plus précisément, les troubles anxieux ont par exemple connu un pic chez les plus de 18 ans pendant la période du Covid-19 et ont ensuite diminué à partir de 2023, affichant une prévalence de 17,1 % en juin 2024 contre 23 % en avril 2020. Cependant, cette conclusion doit être interprétée avec prudence, l'enquête ne permettant pas clairement d'identifier dans quelle mesure ces résultats diffèrent réellement, dans un sens ou dans l'autre, des années antérieures. En effet, les données disponibles ne couvrent que quatre années, et la première vague de données a été recueillie durant la période Covid.

[67] Dans ce rapport et pour rappel, par « internement », nous faisons uniquement référence à la mesure de sûreté imposée aux auteurs d'infraction pénale atteints d'un trouble mental, prévue par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

[68] La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (*M.B.*, 27 juillet 1990) a récemment été modifiée par la loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.,* 27 mai 2024. Cette loi est entrée en vigueur le 1er janvier 2025. L'intitulé de la loi de 1990 a également été modifié, devenant la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique (art. 2 de la loi du 16 mai 2024).

[69] L'organisme public de recherche Sciensano opère une surveillance au moyen d'enquêtes de l'évolution de la santé et des maladies en Belgique. *Voy* Sciensano. Santé Mentale : Anxiété et dépression, Health Status Report, 25 Nov 2024, Bruxelles, Belgique, Anxiété et dépression - Vers une Belgique en bonne santé

[70] En charge (notamment) du suivi de la Convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), Unia, en tant qu'agence publique indépendante de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité, a mené une recherche afin d'évaluer « l'accès à des conditions, des services et des ressources favorables à l'autonomie et à la réinsertion des personnes internées au cours de leur trajet de soins » (Unia, 2023, p. 5). Ce faisant, Unia a réalisé une enquête qualitative, visitant différents lieux d'internement et rencontrant divers acteurs dans le champ. Il sera fait plusieurs fois référence à leur recherche et rapport dans les pages qui suivent.

[71] Les données de ces recherches sont issues des « enquêtes de Santé COVID-19 » ; Sciensano indique qu'à partir d'octobre 2022, « le même groupe de personnes a été suivi dans l'enquête BELHEALTH pour évaluer l'évolution des troubles anxieux et dépressifs dans le temps, ainsi que les facteurs de risque et de protection potentiels impliqués » (voir l'étude en ligne).

À la suite des nombreuses et récentes réformes des soins de santé mentale en Belgique[72], le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a par ailleurs réalisé une cartographie des acteurs et des dispositifs de l'offre de soins de santé mentale en Belgique. Celle-ci fait l'objet d'un rapport publié en 2019[73]. Toutefois, comme il n'existe pas de chiffres fiables qui permettraient d'objectiver réellement les « besoins en soins de santé mentale »[74], le KCE souligne qu'il est difficile d'établir si l'offre disponible pour les soins de santé mentale correspond à la demande de prise en charge.

Il est également difficile de documenter la prévalence de passages à l'acte causés par des personnes dont la santé mentale s'est détériorée ces dernières années.

Il est finalement impossible de tirer des conclusions définitives concernant la dégradation de la santé mentale globale.

Les chiffres relatifs aux troubles les plus courants – les "troubles mentaux communs" – ne confirment pas qu'ils sont en augmentation (Bruffaerts, 2024).

En réalité, leur présence dans la population générale reste assez stable au fil des années. Si l'on ajoute à ces troubles mentaux communs les troubles psychiatriques graves, on estime qu'environ 15 % des adultes belges répondent aux critères d'un trouble psychiatrique chaque année. Ces chiffres restent donc relativement stables dans le temps. Il existe toutefois une exception : chez les jeunes, un effet dit de cohorte[75] se manifeste. Ce phénomène implique que les cohortes plus récentes présentent un risque accru de développer des troubles psychiatriques, lesquels apparaissent plus tôt (dès l'enseignement primaire) et s'accompagnent d'un glissement vers des pathologies externalisées, telles que les troubles du contrôle des impulsions et les addictions. Une étude de 2023 du Professeur Bruffaerts[76] montre notamment l'existence de cet effet de cohorte chez les jeunes. Cet effet signifie que les cohortes plus récentes ont une probabilité plus élevée de développer des troubles psychiatriques, non seulement à un plus jeune âge, mais aussi avec un changement dans le type de troubles observés, marqué par une augmentation des troubles externalisés tels que les problèmes de contrôle des impulsions et les dépendances. Cette hausse des troubles dans les cohortes plus jeunes pourrait bel et bien avoir un impact sur la population médico-légale en psychiatrie, en raison de la corrélation entre le manque de contrôle des impulsions, la consommation de substances et les comportements violents.

---

[72] Parmi ces réformes, nous pouvons retenir la création des services de santé mentale (SSM) en 1975, la mise sur pied des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des initiatives d'habitation protégée (IHP) en 1989, la création des plateformes de concertation en santé mentale au début des années 1990, la création des soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD) au début des années 2000 et la dernière réforme des soins de santé mentale, la réforme 107, aux tournant des années 2010.

[73] L'enquête a consisté en l'analyse de la littérature scientifique, des bases de données, des sites Internet et des rapports annuels des différentes structures susceptibles de prendre en charge des personnes « en besoin de soins » en santé mentale. L'enquête du KCE s'est également basée sur des focus groupe et des enquêtes en ligne. Une limite de l'enquête repose sur le fait que la majorité des résultats sont fondés sur l'opinion des parties-prenantes et des personnes ayant répondu à l'enquête. Le rapport en anglais, ainsi qu'une synthèse en français, sont disponibles ici : Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique

[74] Voy. à ce propos un communiqué de presse du KCE, publié le 22 octobre 2019 : Soins de santé mentale : il est difficile de savoir si l'offre de soins répond à la demande

[75] Une cohorte désigne un groupe d'individus au sein d'une société partageant une caractéristique commune, comme l'année de naissance ou la période durant laquelle ils ont grandi.

[76] Bruffaerts (2024). De mythes bevraagd Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023, Zorg net Icuro, disponible ici : De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023.pdf ; Voir aussi : art_jovo_bruffaerts.pdf

Unia (2023) avance également que cette dégradation de la santé mentale pourrait avoir des implications pour les groupes vulnérables, tels que celui des personnes internées. Bien qu'aucune preuve empirique ne soit disponible à ce sujet, plusieurs études révèlent que ces personnes sont confrontées à des problématiques psychopathologiques sévères. Par ailleurs, il n'est pas exclu que la « désinstitutionalisation » de la prise en charge, en tant qu'effet secondaire involontaire, fasse en sorte que les profils les plus proches du médico-légal ne reçoivent pas un traitement optimal dans les soins réguliers, voire soient exclus de ces soins dans le pire des cas. Les observations suivantes (développées au point ii.) viennent appuyer cette conclusion.

ii. Dégradation de la santé mentale et besoins en soins des personnes internées

1. Rôle de la psychiatrie générale

Dans leur étude des dossiers des personnes internées hébergées au sein d'établissements de sécurité moyenne et élevée, Jeandarme et ses collègues (2019b) signalent que sept personnes internées sur dix avaient déjà été admises en psychiatrie générale. Cela suggère que les soins psychiatriques réguliers pourraient offrir des opportunités d'intervenir plus tôt et plus efficacement, afin de prévenir une escalade et un transfert vers des soins médico-légaux (Brand *et al*., 2015).

2. Psychopathologie et facteurs de risque

Diverses études (De Varé *et al.,* 2022 ; Deckers *et al.,* 2014 ; Dheedene *et al.,* 2015 ; Geussens *et al.,* 2024 ; Jeandarme *et al.,* 2017a, 2019b, 2019c, 2020, 2022 ; Pham *et al*., 2019) décrivent les caractéristiques psychopathologiques et les facteurs de risque des personnes internées. Toutes ces études fournissent un instantané et ne permettent donc pas de suivre l'évolution de ces facteurs dans le temps. Verschueren *et al.* (2023) ont souligné l'hétérogénéité chez les personnes placées dans des institutions *high security* néerlandophones concernant la psychopathologie, les antécédents délictueux et les facteurs de risque. En moyenne, on relève 1,1 diagnostic de l'Axe I et 0,8 diagnostic de l'Axe II[77] chez les personnes dans des institutions *medium security* néerlandophones et *high security* francophones (Jeandarme *et al*., 2019b)[78], et 3,6 diagnostics chez celles en *high security* (Jeandarme *et al.,* 2022). On constate une forte prévalence de troubles de la personnalité comorbides (63,8 % en *high security* et 55,2 % en *medium security*) ainsi qu'un taux élevé d'abus de substances (59,8 % en *high security* et 56,7 % en *mediu -security*) en Flandre. Un nombre significatif de personnes internées en Flandre présentent également une déficience intellectuelle (22,5 % en *high security*, selon Jeandarme *et al.,* 2022, et 23,0 % en *medium security*, selon Jeandarme *et al*., 2019b). Selon une étude de Jeandarme (2016), environ un tiers (38,4 %) des personnes en milieu de sécurité moyenne en

[77] Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), rédigé par *l'American Psychiatric Association* (APA), est le système de classification le plus utilisé pour les troubles psychiatriques. Dans les éditions antérieures, comme le DSM-IV, on utilisait un système dit à cinq axes : l'axe I comprenait les troubles cliniques, tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés à l'usage de substances ; l'axe II, les troubles plus persistants, notamment les troubles de la personnalité et les déficiences intellectuelles ; l'axe III, les affections médicales pouvant influencer l'état psychique, l'axe IV, les problèmes psychosociaux et environnementaux et l'axe V, l'évaluation globale du fonctionnement (score GAF). Ce système a été abandonné dans le DSM-5 (2013), car jugé trop rigide et artificiel dans sa distinction entre les différents types de troubles. Il ne reflétait pas suffisamment la complexité et l'interdépendance des problématiques psychiques chez un individu.

[78] Nous attirons l'attention sur une éventuelle sous-estimation de ces chiffres. En vue d'une comparaison des données, seuls les diagnostics psychiatriques évalués par le MINI ont été inclus tandis que les troubles de la personnalité non spécifiés ont été exclus.

Flandre sont classées à haut risque de récidive, 47,5 % à risque modéré et 14,1 % à faible risque. Dans la population *high security* en Flandre, le profil de risque a été jugé élevé chez 86,8 % des patients (Jeandarme *et al*., 2022). Jeandarme *et al*. (2020) ont identifié une sous-population dans des institutions *high security* néerlandophones présentant de nombreux troubles de la personnalité et des traits psychopathiques, nécessitant souvent une hospitalisation prolongée. Les personnes présentant un fort degré de psychopathie étaient plus souvent impliquées dans des incidents pendant le traitement (Jeandarme *et al.,* 2017b).

Une autre étude menée par De Page et Titeca (2021) a analysé les profils de 129 patients en milieu de sécurité moyenne (UPML) francophone, présentant un diagnostic principal de psychose sur une période de dix ans. L'objectif poursuivi par l'étude était d'examiner empiriquement l'impression clinique selon laquelle les patients en psychiatrie médico-légale en Belgique auraient développé, ces dernières années, des besoins plus complexes en matière de soins et de gestion des risques qu'auparavant. Leurs résultats ont montré que les patients des années récentes présentaient des scores de risque plus élevés, davantage de traits antisociaux ou psychopathiques et des capacités cognitives et fonctionnelles plus faibles. Bien que le niveau moyen des symptômes psychotiques et des facteurs de protection n'ait pas significativement évolué, la complexification des besoins de soins et des facteurs de risque semble indiquer une dégradation de la santé mentale globale dans cette population. Cependant, il est important de préciser qu'il s'agit d'une étude de cohorte, comparant différents groupes de patients issus d'années successives. Il n'y a donc pas eu de suivi longitudinal des mêmes individus, ce qui limite l'interprétation des tendances en matière de déclin individuel.

3. Facteurs somatiques et psychosociaux

Jeandarme *et al.* (2024b) ont montré que les personnes internées placées en établissements néerlandophones de haute sécurité souffraient fréquemment de pathologies somatiques, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur santé mentale. Par exemple, près de quatre personnes internées sur dix présentent un problème cardiovasculaire, l'hypertension étant la pathologie la plus fréquente. Dans une autre étude menée par Jeandarme *et al*. (2024a), il est apparu que près de huit personnes sur dix dans les établissements de haute sécurité fument, et que sept sur dix sont en situation de surpoids ou d'obésité. Des thèmes comme l'expérience de la sexualité sont souvent évités dans un milieu de psychiatrie légale, ce qui pourrait contribuer à une détérioration du bien-être mental. Ce constat a été mis en évidence par une enquête menée auprès de 32 services médico-légaux en Flandre, révélant que seule la moitié des établissements disposaient de documents de politique sur ce sujet. En complément, 15 entretiens approfondis réalisés avec des patients ont montré une forte insatisfaction concernant leur vécu de la sexualité (Boons *et al*., 2024).

1.2. Manque de prise en charge dans le circuit régulier des soins de santé mentale

À côté d'une détérioration de la santé mentale de la population générale, l'offre régulière de soins de santé mentale serait également insuffisante. Lors de la table ronde du 21 octobre 2022, il a été souligné que les structures ordinaires de soins de santé mentale ne seraient pas en mesure d'aider la population en demande d'aide. Ceci aurait pour conséquence une pénalisation de la problématique essentiellement médicale de cette population, qui se traduit par un transfert de la prise en charge du social vers le pénal. Autrement dit, nombre de personnes en crise, présentant un besoin urgent de

soins de santé mentale, ne seraient pas prises en charge, et risqueraient, dès lors, de passer à l'acte ; ce qui pourrait entrainer un basculement vers l'internement.

- Dispose-t-on de données quant à l'étendue de l'offre régulière de soins en santé mentale et quant au nombre de demandes de prise en charge (à distinguer de l'offre médico-légale et de l'internement) ?

La cartographie réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), mentionnée *supra* (1.1.), donne un descriptif très complet des différents acteurs et dispositifs impliqués dans l'offre de soins de santé mentale en Belgique. Cependant, **l**a cartographie datant de 2019, elle gagnerait à être actualisée.

La thèse de doctorat en sociologie de Sophie Thunus (2015) retrace la genèse des réformes du système de santé mentale en Belgique et donne un aperçu des évolutions sociohistoriques en la matière, se focalisant sur la dernière réforme des soins en santé mentale, « la réforme 107 », et sur les dispositifs mis en place comme les initiatives d'habitation protégée (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP) – qui interviennent par ailleurs dans le parcours d'internement au moment de la libération à l'essai. La thèse de doctorat en sociologie de Sophie Pesesse (UCLouvain Saint-Louis Bruxelles), en cours de réalisation, et qui vise à identifier les parcours de soins de santé mentale en Belgique, à partir d'une méthodologie combinée recueillant des données qualitatives et quantitatives, sera susceptible d'apporter des informations et des données pertinentes sur l'offre et la demande de prise en charge dans le circuit régulier des soins de santé mentale.

1.3. Manque et difficulté de prise en charge dans le cadre des mesures de protection

L'augmentation du nombre de personnes internées pourrait découler d'une moindre prise en charge dans le cadre des mesures de protection (anciennement appelées mises en observation)[79]. Avant de détailler la sous-hypothèse, nous revenons sur le régime légal des mesures de protection.

En Belgique, la privation ou la restriction de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental connait deux voies : d'une part, une mesure de sûreté consacrée par la loi du 5 mai 2014 (l'internement ; objet central de ce rapport) et, d'autre part, des mesures de protection encadrées par la loi du 26 juin 1990, telle que modifiée par la loi du 16 mai 2024 (ci-après « la loi de 1990 modifiée en 2024 »)[80]. Pour que soit imposée une mesure de protection, la loi de 1990 modifiée en 2024 exige la réunion de trois conditions : la personne est atteinte d'un trouble psychiatrique et son état requiert une mesure protectrice ; la personne met gravement en péril sa santé et sa sécurité et/ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ; et il n'existe pas d'autre traitement approprié (art. 2). Si les conditions sont réunies, deux mesures sont envisagées : une mesure d'observation protectrice, anciennement appelée mises en observation, et son maintien, ainsi qu'un traitement volontaire sous conditions (art. 4). Ces mesures peuvent avoir lieu via deux procédures : une procédure

[79] L'expression « mise en observation » a été remplacée par les termes « mesure d'observation protectrice » suite aux modifications de la loi du 26 juin 1990 apportées par la loi du 16 mai 2024. Notons également que les mises en observations/mesures d'observation protectrices correspondent à l'expression « internement civil », parfois encore mobilisée dans le langage courant.

[80] Comme précisé en introduction de l'hypothèse 1, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (*M.B.*, 27 juillet 1990) a récemment été modifiée par la loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux (*M.B.,* 27 mai 2024). Cette loi est entrée en vigueur le 1er janvier 2025.

d'urgence (voir *infra*) et une procédure ordinaire (art. 5 à 8), lors de laquelle le juge de paix accepte ou refuse la demande de mesure protectrice, après avoir entendu la personne concernée, son avocat, et toutes autres personnes dont le juge estime l'audition utile. La requête adressée au juge peut l'être par toute personne intéressée et doit être accompagnée d'un « rapport médical circonstancié » (article 5, §2), rédigé par un médecin. En cas d'urgence, une procédure (art. 9) permet que le procureur du Roi, qu'il se saisisse d'office ou qu'il soit saisi par une personne intéressée, puisse décider d'une mesure protectrice, pour autant qu'il dispose d'un rapport médical circonstancié justifiant l'urgence (art. 5 et art. 9). Le procureur peut décider qu'une évaluation clinique d'une durée maximale de 48 heures ait lieu préalablement à la décision d'une mesure protectrice (art. 9). Dans les faits, la procédure d'urgence est la règle, la procédure ordinaire l'exception (Leistedt, 2013 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022)[81].

La période des mesures de protection est limitée à une durée initiale de quarante jours (art. 12/1). Elle peut prendre fin avant-terme, par une décision du juge ou du procureur du Roi compétent, ainsi que du médecin-chef de service ou du responsable de l'exécution du traitement volontaire sous conditions (art. 19, §1er, 2 et 3). Elle peut également être prolongée à l'issue des quarante jours, par le juge qui fixe la durée de la prolongation de la mesure, laquelle ne peut à chaque fois dépasser un an (art. 13).

Ces dernières années, le nombre de recours aux mesures de protection (mises en observation) aurait également fortement augmenté mais la durée des séjours hospitaliers dans le cadre de ce type de mesure aurait diminué. Ceci s'expliquerait par le fait que les lits hospitaliers doivent être rapidement libérés, ce qui, selon des psychiatres du domaine médico-légal[82], empêche une bonne prise en charge des patients concernés[83]. Des patients libérés trop tôt pourraient commettre des faits qualifiés infraction, ce qui pourrait avoir pour conséquence un basculement plus rapide vers l'internement et une incidence sur le nombre de personnes internées.

- Dispose-t-on de données sur l'évolution du nombre de mesures protectrices ordonnées dans le cadre de la loi du 26 juin 1990, sur la durée de ce type de mesure et son évolution dans le temps, ainsi que sur le profil des personnes concernées par ces mesures ? S'agit-il du même profil que celui des personnes internées ?
- Dispose-t-on de données sur les allers-retours entre les deux types de mesures (de protection et de sûreté (internement)) ?

i. <u>De la procédure et du fonctionnement des « mises en observation »</u>

Les dispositions de la loi du 26 juin 1990 (avant ses modifications) sont expliquées et présentées dans au moins deux contributions scientifiques, l'une prenant appui sur l'expérience professionnelle d'un expert-psychiatre (Leistedt, 2013), l'autre basée sur une analyse sociohistorique du texte de la loi et

[81] Notons que ce constat et les suivants concernent la période d'application de la loi du 26 juin 1990 avant ses modifications, la loi du 16 mai 2024 étant entrée en vigueur très récemment.

[82] Voy. le compte-rendu de la consultation auprès d'experts psychiatres francophones, organisée par le ministre de la Justice en mai 2024, qui nous a été transmise par le Cabinet du ministre de la Justice.

[83] Ces constats résonnent dans la presse belge, voy. par exemple, la carte blanche publiée dans Le Vif le 30 juin 2020, « Hospitalisations psychiatriques sous contrainte : la situation devient incontrôlable » ; et la lettre ouverte adressée par quatre psychiatres, le 30 juin 2023, au ministre de la Justice en fonction à l'époque, M. V. Van Quickenborne et au ministre de la Santé publique, M. F. Vandenbroucke, afin d'alerter sur le fait que les mises en observation seraient devenues « un domaine du soin qui n'est plus assuré » et que, dès lors, « une partie de la population (sic) est laissée pour compte ».

ses réformes (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022). La thèse de doctorat en sociologie (UCLouvain) d'Antoine Printz (2025)[84] s'intéresse par ailleurs à la judiciarisation de l'hospitalisation sous contrainte et des politiques de santé mentale par le biais d'une enquête sociologique auprès de services d'urgence psychiatrique, mobilisant également des observations ethnographiques d'audience et des entretiens avec des membres de la famille de personnes atteintes d'un trouble mental et pour lesquelles une mise en observation a été demandée. La recherche académique francophone ne dit cependant rien sur les processus décisionnels menant à ces mesures, ni sur le fonctionnement des mesures de protection au sein des unités hospitalières ou la durée réelle de ces hospitalisations.

Au cours des dernières années, l'incidence des hospitalisations forcées a continué à augmenter en Flandre, avec des différences provinciales notables allant de 41 (Brabant flamand, 2022) à 90 (Limbourg, 2022) par 100 000 habitants par an (Vandenberghe *et al.*, 2024). Les raisons de l'augmentation continue du nombre d'hospitalisations forcées en Flandre ont été peu étudiées. De Fruyt *et al.* (2010) et Vandenberghe *et al.* (2014) ont formulé un certain nombre d'hypothèses, notamment la migration, l'augmentation de la consommation de substances psychoactives et l'importance accrue accordée par la société à la sécurité et à la prévention des risques. Cependant, ces hypothèses possibles n'expliquent toujours pas les différences entre les provinces. Prof. Vander Laenen (UGent) a mené une étude dans la province de Flandre Orientale en 2019-2020. Un thème qui est ressorti dans tous les groupes de discussion (réunissant des avocats, experts du vécu (familiaux), psychiatres, directions d'hôpitaux, médecins généralistes, juges de paix, procureurs, police) est qu'il existe une grande variation dans l'exécution de l'hospitalisation forcée, même au sein d'une même province. Le début d'une hospitalisation forcée est également organisé de manière très différente selon les régions. Pour les membres de la famille et les experts du vécu, ces différences suscitent un sentiment d'arbitraire et d'impuissance (Vander Laenen, 2021). Une analyse détaillée de toutes les hospitalisations forcées entre 2007 et 2010 montre que 83 % d'entre elles en Flandre se font dans le cadre d'une procédure d'urgence et qu'un tiers de ces procédures d'urgence ne sont pas confirmées (Schoevaerts *et al.*, 2014). En tenant compte des diagnostics secondaires, 45 % des cas concernaient un diagnostic lié à une substance (Schoevaerts *et al*., 2014).

ii. Nombre et durée des « mises en observation »

Dans un rapport réalisé par le DGGS Soins de santé - Service Data et Information stratégique (SPF Santé Publique)[85], il est mis en avant que sur une période de presque dix ans (2013 à 2022), les mises en observation – aujourd'hui appelées les mesures d'observation protectrices – concernent « 85,9% de tous les séjours dus à une obligation légale » et que ces mesures ont augmenté de « 43,1% » (p. 3)[86]. Néanmoins, le même rapport souligne que la durée moyenne des mises en observation a diminué au cours de la même période (p. 10). Les données disponibles – qui sont rendues publiques – renseignent également sur les disparités qui existent entre les différentes régions (ainsi par exemple, la durée

[84] La soutenance publique de thèse a eu lieu le 10 juin 2025.
[85] Rapport du DGGS Soins de Santé (SPF Santé Publique), « Mise en observation dans les HP et SPHG », 2 juillet 2024, disponible ici : 2024-07-02 - rapport mises en observation rpm2022 fr.pdf
[86] Un rapport francophone plus ancien indiquait déjà une augmentation de 18,5% des mises en observation pour la période 2009-2018. Ces informations sont disponibles ici : FR_Gedwongen verblijven

moyenne de séjour dans la Région de Bruxelles-Capitale est sensiblement plus courte que celle observée dans les deux autres Régions du pays (55 jours versus 84,9 et 86,4 jours))[87].

Ce rapport n'indique toutefois pas de quelle manière les chiffres ont été récoltés et analysés, les données qui s'y trouvent doivent donc être interprétées avec prudence. En outre, les données en la matière ne semblent pas systématiquement enregistrées au sein de tous les hôpitaux psychiatriques qui hébergent des unités ou des lits prévus pour ce type de mesure protectrice[88].

iii. Le profil des personnes qui font l'objet d'une « mise en observation »

La littérature scientifique donne des informations quant au profil des personnes soumises à une telle mesure, en comparaison avec la population de personnes internées : la commission d'une infraction est censée distinguer les deux mesures (De Smet *et al*., 2018, p. 32). Une étude s'est penchée sur les différences entre ces deux types de patients : une population de personnes internées libérées à l'essai au sein d'une unité psychiatrique médico-légale (UPML) (n = 61) et une population de patients tombant sous le joug de la loi du 26 juin 1990 (avant ses modifications) (n = 53). Des instruments psychométriques ont été utilisés pour procéder à l'analyse des profils et, ensuite à l'analyse statistique. Les deux groupes seraient assez comparables « en termes d'âge et de diagnostic » (*Ibid*., p. 35) et présenteraient un niveau similaire de dangerosité[89]. La recherche met aussi en avant que « plus d'un tiers des patients [internés] souffrant de psychose ont déjà été mis en observation avant leur [internement]. Il existe également une minorité de patients qui sont à la fois [internés] et [mis en observation] (2,5 % de notre échantillon) » (*Ibid*., p. 35). Les auteurs insistent sur la pertinence de réaliser une étude qui interrogerait les « démarches entreprises dans les quelques heures après l'interpellation d'un patient » pour comprendre ce qui « fait basculer la procédure vers une mesure plutôt que l'autre » (*Ibid*., p. 36). A ce jour, aucune étude de ce type n'a été réalisée, or la question liée à la pratique de l'aiguillage d'une personne vers une mesure de sûreté ou une mesure de protection se pose encore actuellement[90].

Synthèse de l'hypothèse 1 :

- L'état de la santé mentale de la population générale se serait dégradé ces dernières années. Des données existent pour l'objectiver (voir par exemple les recherches menées par Sciensano et le KCE) mais celles-ci rencontrent plusieurs biais méthodologiques, leur exploitation doit donc être envisagée avec prudence.

[87] Par exemple, les chiffres indiquent qu'il y a eu 1.508 séjours liés à des mesures de protection dans la Région de Bruxelles-Capitale pour une durée de séjour de 55 jours, contre 5.233 en Région flamande pour une durée de séjour de 86,4 jours et 2.588 en Région wallonne pour une durée de séjour de 84,9 jours. Voy. le document Excel disponible ici : https://www.health.belgium.be/fr/mises-en-observation En Flandre, le nombre d'admissions non volontaires est passé de 3.043 (2010) à 4.989 (2021), pour se stabiliser autour de 4.915-4.983 (2022-2023), ce qui représente une augmentation de 61 % entre 2010 et 2023. Les admissions de mineurs d'âge ont plus que doublé (de 101 en 2019 à 229 en 2023). Des variations régionales, importantes, sont observables : le Limbourg rapporte jusqu'à 90 admissions pour 100 000 habitants contre 41 dans le Brabant flamand (2022) ; voir Vandenberghe *et al.*, 2024.

[88] Communication personnelle avec un hôpital psychiatrique concerné ayant eu lieu le 06 novembre 2024.

[89] Cela signifie notamment, selon l'enquête, qu'il n'y a « pas plus de risque de violence, de fugue, d'abus de substances, etc. dans une population que dans l'autre » (De Smet *et al*., 2018, p. 33).

[90] D'après le rapport Unia « dans la pratique, l'aiguillage des auteurs d'infraction avec trouble psychique peut varier ». Selon le rapport, « dans certains cas, le ministère public mobilisera plutôt la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux afin d'orienter l'auteur des faits vers une mise en observation civile. Cette alternative épargne le recours à la détention préventive et peut, à terme, éviter la mesure d'internement » (2023, p. 17).

- En particulier, concernant la santé mentale et les besoins en soins des personnes internées, les résultats mettent en évidence des profils psychopathologiques complexes et des facteurs de risque supplémentaires chez les personnes internées, et soulignent l'importance d'une approche intégrée au sein du système d'internement. Seule l'étude de De Page et Titeca (2021) indique que les besoins en matière de soins et de gestion des risques chez les patients en milieu de sécurité moyenne, souffrant de troubles psychotiques, ont augmenté ces dernières années, sans qu'il y ait d'indication d'une aggravation des symptômes psychotiques au fil du temps.
- Les études évoquées sont toutefois transversales et non longitudinales, ce qui implique que les conclusions sur une éventuelle dégradation de la population doivent être formulées avec prudence. Le rapport d'Unia ne fournit pas non plus de preuve claire d'une détérioration de la santé mentale qui justifierait une augmentation des admissions. Il reste néanmoins pertinent d'explorer cette piste, car la hausse observée dans les cohortes plus jeunes pourrait avoir un impact sur la population en psychiatrie légale, étant donné le lien entre les problèmes de contrôle des impulsions**,** la consommation de substances et les comportements violents.
- Des données sont disponibles pour objectiver l'offre régulière de soins de santé mentale. Celles-ci ne permettent cependant pas de mesurer l'effectivité et l'efficacité de cette offre (correspond-elle aux besoins en soins de la population générale ?)
- Les mesures de protection (anciennement appelées mises en observation) concernent l'autre volet de la prise en charge médico-légale des personnes atteintes de troubles mentaux en Belgique. Le régime légal (et ses anciennes réformes) qui encadre ces mesures fait l'objet de quelques contributions scientifiques. Toutefois, le régime actuel ayant été récemment modifié (au 1er janvier 2025), des recherches futures sont nécessaires pour analyser et comprendre ce qu'il recouvre et ses implications pratiques.
- Des données publiques renseignent sur le nombre de mesures protectrices et leur durée au fil des années, ainsi que sur les disparités selon les régions. Cependant, la méthode de récolte de ces données n'est pas clairement explicitée.
- Peu d'études détaille le profil des personnes concernées par une mesure de protection en comparaison avec le profil des personnes internées : les deux profils seraient assez semblables mais d'autres recherches sont nécessaires pour corroborer cela.
- A ce jour, aucune étude ne permet de documenter le nombre et la fréquence des allers-retours entre les mesures de protection et d'internement.
- Un recours à la hausse des mesures de protection (et de l'internement) incite à formuler d'autres hypothèses sous-jacentes selon lesquelles, d'une part, il existerait, au sein de la société belge, une plus grande intolérance qu'auparavant vis-à-vis du trouble mental (grave) et, d'autre part, les juges et les avocats seraient plus sensibilisés sur la question du trouble mental et opéreraient ainsi un meilleur repérage de ces problématiques. A notre connaissance, aucune donnée ou recherche ne permet encore d'étayer ces hypothèses.

Hypothèse 2. Nouvelles pratiques professionnelles de certains acteurs de la justice

L'hypothèse porte sur de nouvelles pratiques professionnelles observées auprès d'acteurs de la justice qui interviennent en amont d'une décision d'internement. Elle est divisée en quatre sous-hypothèses, qui concernent chacune un acteur en particulier : les magistrats, et en particulier ceux du parquet (2.1.), les experts psychiatres (2.2.), les juges de fond (2.3.) et les avocats de la défense (2.4.).

2.1. Les magistrats (en particulier du parquet) solliciteraient davantage d'expertises psychiatriques que par le passé

Les magistrats du parquet[91] solliciteraient davantage d'expertises psychiatriques en amont d'une éventuelle décision d'internement[92] que par le passé, étant entendu qu'il ressort également des tables rondes que la désignation d'un expert psychiatre conduirait généralement à une décision d'internement. Autrement dit, l'augmentation du nombre d'expertises requises par le parquet entraînerait une augmentation du nombre d'internements prononcés. Les avis rendus par les experts psychiatres seraient généralement suivis par les juges et peu ou pas remis en question par les avocats de la défense (voir *infra*, les points 2.3. et 2.4.). L'attitude du parquet s'expliquerait notamment par une plus grande attention à l'égard de certains types de dossiers, en ce compris certains types de faits commis. La désignation d'un expert psychiatre serait plus fréquente qu'auparavant dès lors qu'il s'agit d'une infraction liée à un danger pour l'intégrité physique ou psychique de tiers.

Lors de la table ronde du 21 octobre 2022, les délits sexuels ont été évoqués, mais un.e psychiatre a déclaré qu'il y aurait une diminution de ce type de délit parmi les personnes internées. Cependant, il y aurait une augmentation des dossiers liés à une problématique d'assuétude, ainsi que des dossiers relatifs aux personnalités *borderline*.

- Dispose-t-on de données qui permettraient d'infirmer ou de confirmer l'évolution dans le temps du nombre de sollicitations d'expertises psychiatriques ? Si oui, lesquelles et comment sont-elles enregistrées ?
- Dispose-t-on de données sur l'évolution du nombre d'experts psychiatres et du délai moyen d'attente entre la demande d'expertise psychiatrique et sa réception ? Si oui, lesquelles et comment sont-elles enregistrées ?
- Dispose-t-on de données sur la proportion d'expertises psychiatriques qui ne donnent pas lieu à un internement et de leur évolution dans le temps ?
- Dispose-t-on de données sur les considérations qui président à la désignation d'un expert psychiatre ?

[91] Bien que les magistrats du parquet aient été désignés comme étant *a priori* principalement concernés par l'augmentation du nombre de demandes d'expertise, celle-ci peut également être demandée par le juge d'instruction, les juridictions d'instruction ou de jugement (art. 5., § 1er de la loi du 5 mai 2014). Nous verrons ci-après que ce sont d'ailleurs souvent les juges/juridictions d'instruction qui sont à l'origine de la demande.

[92] Art. 5 et art. 9 de la loi du 5 mai 2014.

i. Les mandataires d'une expertise psychiatrique

Seule une étude publiée donne un éclairage sur les principaux mandataires d'une expertise psychiatrique. L'étude, menée par un collectif, sur la base d'une analyse de 329 dossiers ouverts entre 2019 et 2020 qui concernent des décisions d'internement prises au sein des trois chambres de protection sociale francophones, indique que, sur la base de cet échantillon, les juges d'instruction seraient les principaux mandataires d'une expertise psychiatrique (238/329 dossiers ayant donné lieu à l'internement, soit dans 72 % des cas), contrairement aux juridictions de fond, qui ne solliciteraient un expert psychiatre que dans 7 % des cas (23/329 dossiers) et au parquet qui ne solliciterait un expert psychiatre que dans 21 % des cas (68/329 dossiers) (Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1046)[93]. La recherche ne permet cependant pas d'analyser l'évolution dans le temps de cette autorité à l'origine de la demande ni les pratiques de désignation à une expertise psychiatrique. Les juges d'instruction ont-ils toujours été les principaux demandeurs d'une expertise ? Le cas échéant, mandatent-ils plus souvent qu'avant une expertise psychiatrique et mandatent-ils une expertise dans certains cas plutôt que d'autres (par exemple, selon le type de faits commis) ?

ii. Un registre national des experts judiciaires

Il semble difficile de dresser une liste exhaustive des experts psychiatres susceptibles de réaliser une expertise en prévision ou non d'un internement. Un registre national des experts judiciaires existe depuis 2016[94]. Toutefois, la liste d'experts judiciaires ne semble pas complète, en particulier en ce qui concerne les experts psychiatres. À la suite d'une consultation auprès d'experts psychiatres francophones (ci-après, « la consultation »), organisée par le ministre de la Justice en mai 2024, et dont le compte-rendu nous a été transmis par le Cabinet du ministre de la Justice, il apparait qu'au moins un expert-psychiatre, exerçant depuis de nombreuses années, n'est pas repris dans la liste. Le registre ne peut dès lors pas être utilisé afin d'objectiver précisément le nombre d'experts et d'expertises réalisées.

Le registre permet également le paiement des experts, qui ont la possibilité d'introduire eux-mêmes « un état de frais »[95]. A partir d'une extraction des données de ce registre, et principalement les paiements des experts psychiatres, tombant sous les frais de justice, il pourrait donc être théoriquement possible d'évaluer le nombre d'expertises qui ont lieu en matière d'internement et le nombre d'expertises qui sont réalisées, sur une durée déterminée, par expert psychiatre (voir *infra*). Cependant, comme le registre des experts ne permet pas d'identifier précisément tous les experts (voir *supra*), il n'est pas possible, sur cette base, de connaitre le nombre exact d'experts sollicités et d'expertises rendues par experts.

[93] Notons que depuis 2024 les magistrats du parquet peuvent également solliciter une expertise psychologique, en vertu de l'article 43 du Code d'instruction criminelle. Le rapport rédigé par l'expert doit correspondre à un modèle précis, voir l'arrêté royal portant exécution de l'article 43, § 2, du Code d'Instruction criminelle, *M.B.*, 31 mai 2024, p. 68943. Aucune donnée ne permet, à ce jour, de documenter le nombre d'expertises psychologiques ordonnées par les magistrats du parquet.

[94] Ce registre, que nous avons consulté, recense les experts judiciaires (et des traducteurs, interprètes et traducteurs-interprètes) agrégés par le SPF Justice. Il est accessible au public depuis 2022.

[95] Via le site *Just on Web*, les experts ont la possibilité de gérer leur dossier en tant qu'expert et d'introduire un état de frais pour les prestations effectuées. Le site indique qu'en théorie, les paiements sont effectués sous 32 jours. Voir : Experts judiciaires, traducteurs & interprètes jurés | Just-on-web

Pour ce qui concerne le service des frais de justice, celui-ci est susceptible de communiquer des statistiques sur le nombre d'états de frais soumis par des experts psychiatres ou des psychologues, mais sans pouvoir préciser si les expertises en question ont abouti ou non à un internement[96].

Le groupe de travail sur la psychiatrie médico-légale du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a par ailleurs récemment dressé un inventaire. Il en ressort qu'il y a actuellement en Flandre 35 psychiatres médico-légaux (dont deux ne sont plus en activité selon l'INAMI) et cinq maîtres de stage en psychiatrie médico-légale. En Belgique francophone, on compte douze psychiatres médico-légaux et un maître de stage en psychiatrie médico-légale.

iii. Les données enregistrées par les parquets

Des données peuvent être enregistrées dans l'application JIOR2 et MaCH par les parquets mais ces données ne sont pas actuellement officiellement rendues publiques[97].

Une enquête menée par les analystes statistiques du Service d'appui du Collège des Procureurs-généraux[98] (voir point 6.1.3.) semble confirmer que les parquets ordonneraient plus souvent que par le passé une expertise psychiatrique (art. 5 de la loi de 2014), mais ces données ne permettent pas réellement de conclure avec certitude que le parquet aurait lui-même pris l'initiative d'ordonner plus souvent ce type d'expertise[99].

2.2. Les experts psychiatres évalueraient différemment que par le passé (conditions de réalisation de l'expertise et pratiques d'évaluation du diagnostic et du risque)

Il ressort des tables rondes que les expertises psychiatriques ne seraient pas suffisamment nuancées et aboutiraient (trop) souvent à une recommandation de placement en institution médico-légale hautement sécurisée. La façon dont les rapports d'expertise sont formulés aujourd'hui laisserait peu de place au débat contradictoire et poserait des problèmes de compréhension pour les avocats et les juges, qui rencontreraient des difficultés à s'en saisir afin de les discuter et/ou de les contester (voir *infra*). Le niveau de compréhension de ce que recouvre la mesure d'internement n'est pas stabilisé. Les questions posées à l'expert ne seraient pas comprises de façon similaire, il y aurait une certaine confusion dans les concepts utilisés. Si les experts mobilisent globalement les mêmes notions, d'un expert à l'autre, des différences persistent. De plus, on ferait face à une grave pénurie d'experts psychiatres et à une augmentation du recours à l'expertise, ce qui engendrerait des longs délais d'attente pour la remise des rapports d'expertise et qui impacterait la qualité de ceux-ci.

On peut à ce sujet faire état d'une difficulté rencontrée du côté de la commission d'agrément qui dépend de la communauté française, qui bloquerait les dossiers de reconnaissance des experts. Un arrêté ministériel du 28 octobre 2015 établit les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des

[96] Communication avec le service des frais de justice et subside (DG Team Support du Service Partners du SPF Justice) ayant eu lieu le 11 mars 2024.
[97] Communication avec deux attaché.es statistiques ayant eu lieu le 11 mars 2024.
[98] L'enquête, menée par deux analystes statistiques du service statistique du Collège des procureurs généraux a consisté d'une part, en une première analyse exploratoire dont les premiers résultats nous ont été oralement communiqués le 19 avril 2024 et, d'autre part, en une note reprenant ces analyses qui a été soumise par les analystes aux bureaux des Procureurs le 8 novembre 2024 pour validation et dans le but de recueillir des informations auprès des Procureurs eux-mêmes.
[99] Les données récoltées dans le cadre de cette enquête ne sont pas publiques. Un bref résumé des résultats de l'enquête est disponible au point 6.1.3. de ce rapport.

maîtres de stage et des services de stage[100]. Pour être agréé comme médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, un médecin doit suivre une formation spécialisée comprenant un volet théorique et pratique (art. 2 et art. 3). Dans le cadre du volet pratique, un stage professionnel de deux ans à temps-plein doit être accompli (art. 5). Le stagiaire devait réaliser jusqu'il y a peu (voir *infra*) au moins 40 expertises de psychiatrie médico-légale (art. 5, §2). Il ressort de la consultation auprès des experts psychiatres francophones (voir *supra*) que ces 40 expertises non-payées et chronophages posaient des difficultés, en ceci qu'elles démotivaient certains experts à se lancer dans la formation alors qu'on dénombre un nombre insuffisant d'experts psychiatres[101]. Du côté de la communauté flamande, la commission d'agrément réfléchissait à la possibilité de réduire le nombre d'expertises à 15 (au lieu des 40 actuelles) et à redéfinir les termes du stage. La réduction du nombre d'expertises de 40 à 15 a finalement été décidée et est en vigueur depuis le 23 juin 2025[102].

- Dispose-t-on de données sur le nombre d'expertises réalisées par experts et par an ?
- Dispose-t-on de données sur le type d'expertises réalisées et sur l'influence qu'ont ces expertises sur les décisions ?
- Dispose-t-on de données sur ce qui est demandé à l'expert psychiatre ?
- Dispose-t-on de données sur les rapports d'expertise et sur la façon dont ils sont rédigés ?

i. La place de l'expert(ise) depuis la loi du 5 mai 2014

Une partie de la littérature scientifique questionne principalement la place de l'expert et de l'expertise depuis le nouveau régime légal en vigueur. En effet, si auparavant le psychiatre siégeait à la commission de défense sociale, l'organe médico-judiciaire de contrôle de la mesure sous l'ancienne loi de défense sociale (loi de défense sociale de 1930, modifiée en 1964 ; Cartuyvels *et al*., 2010), il est aujourd'hui exclu de la chambre de protection sociale (CPS) du tribunal de l'application des peines (TAP), l'organe judiciaire en charge du contrôle et de l'exécution de la mesure d'internement (Leistedt, 2020 ; Miermont *et al*., 2022). Certains experts considèrent problématique l'exclusion du psychiatre de la CPS car le psychiatre siégeant à la CPS n'est alors plus en mesure de nuancer oralement le rapport d'expertise psychiatrique réalisé par un confrère psychiatre auprès du juge[103]. On peut toutefois se demander dans quelle mesure les assesseurs[104] qui siègent actuellement à la CPS ne pourraient-ils pas comprendre et expliquer le rapport d'expertise au juge. A ce jour, aucune recherche n'éclaire cependant la pratique concrète des assesseurs des CPS et leur questionnement éventuel quant aux rapports d'expertise, en particulier quand la CPS est amenée à se prononcer sur l'internement d'une personne condamnée détenue (art. 77/5).

[100] Arrêté ministériel du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *M.B.*, 10 novembre 2015.
[101] Voy. la consultation.
[102] Voy. arrêté ministériel du 4 juin 2025 modifiant, en ce qui concerne le critère de volume durant la période de stage, l'arrêté ministériel du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *M.B.*, 23 juin 2025.
[103] Voy. la consultation.
[104] Deux assesseurs assistent le magistrat de la CPS : l'un est formé en psychologie clinique tandis que l'autre est spécialisé en réinsertion sociale (voir art. 135/1).

ii. Type d'expertise et type d'experts

Il existe une grande différence dans le degré de collaboration avec d'autres psychiatres ou avec d'autres professionnels, tels que les psychologues. Dans 48 % des dossiers d'internement examinés dans l'étude menée par De Clercq et Vander Laenen (2019), l'expert travaillait seul. Dans seulement 26 % des cas, l'expert collaborait avec un psychologue. Dans une étude plus récente, ce chiffre atteignait 56 % (De Ruyck *et al*., 2024).

Le degré d'utilisation des différentes sources, telles que les sources tierces (par exemple les rapports sur le traitement), varie selon les experts. Ainsi, des informations provenant de tiers n'ont été consultées qu'entre 22 % et 43,7% des dossiers (De Clercq, Vander Laenen, 2017, 2019). Il est pourtant essentiel que les experts en psychiatrie légale s'appuient sur diverses sources d'information lors de leur expertise afin de garantir la fiabilité et l'objectivité de leurs conclusions. La plupart des expertises sont réalisées en prison (dans 57 à 68,4% des cas) ; entre 13,8 et 26,9% des cas, elles ont lieu dans le bureau de l'expert ; entre 12,7 et 15,2% dans les institutions où résident les prévenus et ; entre 2 et 2,5% au lieu de résidence de la personne concernée (De Clercq, Vander Laenen, 2017, 2019 ; De Ruyck *et al*., 2024).

Plusieurs études montrent également que des outils d'évaluation structurée (tels que des tests d'intelligence, de personnalité ou des tests neuropsychologiques) ne sont que peu utilisés pour étayer le diagnostic. On observe la présence de ces outils dans entre 22 et 60,9% des dossiers (De Clercq, Vander Laenen, 2013, 2017 2019). L'utilisation de tests semble dépendre de la façon de travailler de chaque expert. Ainsi, il a été démontré que seuls 3 experts sur 10 dans l'étude de De Clercq et Vander Laenen (2013) recouraient systématiquement à des outils de test diagnostique. Un expert sur 10 utilisait régulièrement ces outils et collaborait systématiquement avec un psychologue à cet effet. Il est à noter que la plupart des expertises étudiées ont été réalisées avant l'introduction d'un modèle obligatoire imposant l'usage de tests psycho-diagnostics dans un certain nombre de cas.

Il existe également des différences quant à l'importance relative accordée aux différents aspects à examiner chez la personne concernée. Une étude Delphi (voir glossaire) menée auprès de 46 experts, dans le cadre du développement du format obligatoire pour les expertises, a révélé qu'il n'y avait initialement un consensus que sur 52 % des domaines proposés (Pouls *et al*., 2019).

Des divergences apparaissent aussi dans la manière dont les experts évaluent le critère de dangerosité. Dans le cadre de cette évaluation il a été fait usage d'un outil d'évaluation des risques dans 16 à 45% des dossiers d'internement néerlandophones (De Clercq et Vander Laenen, 2013, 2017, 2019). Aucun dossier ne faisait mention de facteurs de protection (De Clercq, Vander Laenen, 2019). L'évaluation clinique persiste donc en Belgique bien qu'on observe une volonté de recourir à l'évaluation standardisée et psychométrique, surtout au nord du pays mais aussi dans certains groupes de recherche au sud. Néanmoins, il apparait dans la littérature que l'évaluation standardisée n'est pas encore utilisée pour statuer sur un internement (Ducro, Pham, 2016). Elle serait, pour l'instant, plutôt mobilisée à des fins de documentation et de publicisation du profil de la patientèle internée dans certaines unités hospitalières qu'à des fins d'orientation du parcours d'internement (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*).

iii. Le rapport d'expertise

L'hypothèse, telle qu'elle est formulée, sous-tend que le rapport d'expertise ne serait pas suffisamment nuancé. Or, selon la consultation menée auprès des experts psychiatres francophones, ces derniers semblent d'avis que le rapport d'expertise est rédigé suffisamment dans la nuance et que la difficulté se situe plutôt au niveau de la lecture juridique qui en est faite et qui amènerait une interprétation binaire. Ils avancent néanmoins que les questions auxquelles ils doivent répondre pour rédiger leur rapport sont difficiles et qu'il est dommage qu'ils ne puissent plus l'expliquer oralement à la CPS, quand celle-ci doit se prononcer sur l'éventuel internement d'un condamné (voir *supra*). Les experts psychiatres consultés rapportent que le délai dont ils disposent pour réaliser une expertise est suffisant et que cela dépend surtout de l'endroit où la personne à expertiser se trouve à ce moment-là : en détention ou en liberté (voir l'étape 3 du schéma au point 3 du rapport). Dans le premier cas, la pression serait plus grande pour obtenir un rapport d'expertise car la personne est privée de liberté.

Plusieurs études montrent toutefois que de nombreux rapports d'expertise sont dépourvus d'une argumentation solide concernant les conclusions relatives aux diagnostics posés, au risque de récidive et au lien (causal) entre les faits et l'état mental de la personne concernée (De Clercq, Vander Laenen, 2017 ; 2019). En outre, il apparaît que les questions posées par le magistrat ne sont pas toujours traitées de manière approfondie (Seynnaeve *et al*., 2023 ; Unia, 2023). Par ailleurs, la définition juridique du concept de « trouble mental » en Belgique n'est pas strictement délimitée sur le plan médical, ce qui confère aux experts une large marge d'interprétation lorsqu'ils doivent établir l'irresponsabilité pénale (Pouls *et al*., 2019).

En 2018, un arrêté royal[105] vient consolider la demande d'expertise offrant un « canevas de l'expertise psychiatrique » (Pouls *et al.*, 2019 ***;*** Vicenzutto *et al*., 2019, p. 893). Il est demandé à l'expert-psychiatre de répondre de manière cumulative à un total de 7 questions concernant notamment le trouble mental de la personne concernée, la possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits, le risque de récidive ou encore les possibilités de traitement[106]. Des recherches se sont intéressées au point de vue des experts psychiatres sur le nouveau canevas de l'expertise (voir *infra*) ainsi qu'à la façon dont les experts psychiatres répondent aux questions énumérées dans ce canevas (Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1046-1048). Par exemple, une recherche montre que sur 7 experts judiciaires interrogés (dont 4 experts-psychiatres et 3 experts-psychologues), si certains n'utilisent pas le canevas officiel, la majorité y verrait plus d'avantages que d'inconvénients (Miermont *et al*., 2022).

Sur la première page du rapport, selon le canevas, un espace est prévu afin d'indiquer la date de désignation de l'expert mais aussi la date de la réception de la désignation, la date des observations reçues ou encore la date d'envoi de la copie à l'avocat. A partir de ces informations, sur la base d'un large échantillon de rapports d'expertise, une recherche pourrait être menée afin de rendre compte du délai moyen qui existe, en pratique, entre le moment de la désignation d'un expert et la réception d'une expertise (voir *supra*).

[105] Arrêté royal du 25 septembre 2018 portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.,* 12 octobre 2018.

[106] Le modèle du rapport d'expertise psychiatrique médico-légale et les 7 questions sont disponibles ici, p. 73-80 : 12_1.pdf

iv. Différents enjeux liés au diagnostic psychiatrique

Il ressort également que la fiabilité entre évaluateurs dans le diagnostic des troubles psychiatriques est faible lorsqu'on compare les diagnostics posés par différents acteurs. Dans 73 % des cas, au moins un diagnostic issu de l'expertise concordait avec celui de l'équipe de soins ultérieure ; une concordance complète sur l'ensemble du tableau diagnostique n'a été observée que dans 9 % des cas (De Ruyck *et al.,* 2024). Une autre étude indique que des informations diagnostiques ont été fournies sans justification explicite par des tests psychologiques, mais cette étude ne donne ni chiffres précis ni description concrète de la méthode utilisée pour parvenir à cette conclusion (Seynnaeve *et al*., 2023). Dans respectivement 27,5 % et 75 % des cas, il était difficile de comprendre comment l'expert était parvenu au diagnostic de psychose ou de trouble de la personnalité (De Clercq, Vander Laenen, 2017). Le diagnostic de psychose reposait principalement sur l'anamnèse mettant en évidence des éléments psychotiques, tandis que le diagnostic de trouble de la personnalité était fondé sur l'identification de caractéristiques propres au trouble concerné, sans recours à des tests diagnostiques dans aucun des cas (De Clercq, Vander Laenen, 2017).

Bien que l'utilisation de la classification DSM soit recommandée dans le format obligatoire pour l'établissement du diagnostic, ces directives ne sont pas systématiquement suivies selon l'article de Seynnaeve *et al.* (2023). La manière dont les auteurs sont parvenus à cette conclusion reste floue, car la méthode de collecte des données n'est pas précisée, et aucun chiffre n'est fourni dans l'article. Dans l'étude de De Ruyck *et al.* (2024), plus de la moitié des expertises psychiatriques ne comportaient pas de classification DSM, les informations diagnostiques étant plutôt formulées de manière descriptive.

Un autre aspect examiné concerne les éléments culturels et linguistiques qui pourraient également jouer un rôle. Lors de la comparaison des diagnostics posés dans les dossiers de part et d'autre de la frontière linguistique, une concordance sur le diagnostic principal n'a été observée que dans 56 % des cas. De manière générale, une concordance raisonnable a été constatée, à l'exception de la catégorie de troubles « psychose », qui a été diagnostiquée significativement plus souvent en Wallonie qu'en Flandre (De Page, Goethals, 2019). Cela indique qu'il est important de tenir compte des différences potentielles entre les régions linguistiques.

Une limite importante de l'étude de De Ruyck *et al.* et de De Page et Goethals est que le délai entre les deux diagnostics n'a pas été pris en compte comme facteur explicatif. Par ailleurs, aucune étude n'a jusqu'à présent comparé directement des expertises réalisées dans une même affaire pénale.

v. La formation des experts psychiatres

Un autre élément soulevé dans la littérature par des praticiens et des chercheurs concerne le besoin de professionnalisation de la discipline (Leistedt, 2020) et l'absence de formation (inter)universitaire solide, à tout le moins du côté francophone (Alié et De Brouwer, 2023, p. 2). Or, selon les experts, une bonne formation engendrerait une expertise de meilleure qualité (Leistedt, 2020). D'une analyse de la littérature réalisée par De Clercq et Vander Laenen (2017), il ressort plus précisément qu'une expertise doit être rédigée de manière claire et compréhensible, s'appuyer sur plusieurs méthodes et sources, des outils d'évaluation des risques et des tests psycho diagnostiques (De Clercq, Vander Laenen, 2017). Le modèle de rapport imposé a également été développé sur la base de ce que la littérature considère comme une expertise de qualité.

Nous avons recensé cinq formations dispensées en Belgique et qui visent l'expertise en général et/ou l'expertise psychiatrique et psychologique :

- Un certificat en psychiatrie médico-légale, à destination des psychiatres désireux de se spécialiser dans le médico-légal, chapeauté par le psychiatre Samuel Leistedt à l'Université Libre de Bruxelles[107].
- Un certificat inter-universités offrant une formation de base sur l'expertise judiciaire à l'UCLouvain (site de Louvain-la-Neuve)[108].
- Un certificat en expertise psycho-légale à l'Université de Liège à destination des psychologues[109].
- Une formation inter-universitaire post-académique en psychiatrie et psychologie médico-légale (VUB, UGent, KU Leuven et UAntwerpen)[110].
- Une formation postuniversitaire de 2 ans en psychodiagnostic et conseil en milieu médico-légal (Thomas More Antwerpen)[111].

vi. L'impact de l'expertise sur la décision judiciaire

Dans une très large majorité de dossiers d'internement, les juges suivent l'avis de l'expert (Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1059 ; De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*. Voir aussi De Clercq, Vander Laenen, 2019), mais les informations gagneraient à être élargies à un plus grand échantillon et étudiées de façon plus systématique. Il n'existe pas à ce jour de données sur les cas, qu'on imagine rares, où la mesure d'internement est envisagée, à la suite d'un rapport d'expertise psychiatrique, mais où une telle décision n'est finalement pas prise par le juge. Ce type d'information permettrait de confirmer que dans la très grande majorité des cas le juge suit l'avis des experts psychiatres.

Une recherche menée par le KeFor et le CRDS depuis septembre 2024, à partir de dossiers judiciaires indépendamment qu'une décision d'internement ait été prise ou non, pourrait bientôt éclairer ce point. Cette étude, réalisée à la demande du SPF Santé publique, comprend une analyse de dossiers dans 7 arrondissements judiciaires, dossiers dans lesquels une expertise psychiatrique a été ordonnée dans le cadre de l'article 5 de la loi sur l'internement (et pour lesquels un jugement ou un arrêt définitif avait déjà été rendu au moment de la collecte des données) au cours de la période comprise entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2013, ainsi que ceux pour la période comprise entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021. Le fait de prendre deux périodes – avant et après la modification de la loi – permet de comparer la situation avant et après la nouvelle loi sur l'internement. Cela permet en outre de vérifier si les expertises sont établies conformément à l'arrêté royal portant exécution de l'article 5, §3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, daté du 25 septembre 2018 (modèle pour les rapports d'experts).

De plus amples recherches sont donc nécessaires afin d'étayer cette sous-hypothèse (2.2.) en vue d'analyser la façon dont l'expertise est concrètement réalisée (Combien d'heure prend une expertise ?

[107] Pour plus d'information sur cette information : Certificat d'université en psychiatrie médico-légale (Sciences forensiques) – ULB HeLSci
[108] Pour plus d'information sur cette information : Certificat inter-universités : Expertise judiciaire : formation de base
[109] Pour plus d'information sur cette information : Certificat d'université en expertise psycho-légale
[110] Pour plus d'information sur cette information : Forensische psychiatrie en psychologie | Forensische psychiatrie en psychologie | Universiteit Antwerpen
[111] Pour plus d'information sur cette information : Forensische Psychodiagnostiek en Counseling

Où a-t-elle lieu ? Quel type d'expertise est pratiqué et pourquoi ? Quelles contraintes sociales pèsent sur ces expertises (attente de rentabilité et de performance ?), *etc*.), et afin d'examiner la façon dont les rapports d'expertise sont compris par les juges et dans quelle mesure ils influencent les processus décisionnels.

2.3. Les juges (de fond) auraient plus recours à l'internement (avec incarcération immédiate)

Cette sous-hypothèse concerne la posture des juges de fond, qui décident de l'internement et qui interviennent donc avant la première audience de la CPS. Deux attitudes observées chez les juges de fond ont été mises en avant lors des deux tables rondes.

En amont d'une décision d'internement, les juges de fond seraient confrontés à des personnes délinquantes présentant toutes sortes de problématiques pour lesquelles la probation, les peines de prison et autres types de condamnations n'ont pas permis d'enrayer les passages à l'acte. Ils opteraient donc pour l'internement, dans l'espoir de continuer à orienter ces personnes vers des services d'aide et de soins.

Après le prononcé d'une décision d'internement, dans le cas où la personne se trouve en liberté, les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent décider de l'incarcération immédiate de la personne, s'il est à craindre que la personne tente de se soustraire à l'exécution de la mesure de sûreté ou s'il est à craindre qu'elle représente un danger sérieux et immédiat pour l'intégrité physique ou psychique de tiers ou pour elle-même (art. 10). Il ressort de la table ronde du 15 juin 2023 que le recours à l'incarcération immédiate serait plus fréquent qu'auparavant. En effet, lors de cette table ronde, il a été évoqué qu'il y aurait très peu de mandats « article 12 » dans les maisons de justice. Est concernée ici la libération de la personne avant la première audience conjuguée avec une obligation de respecter une ou plusieurs conditions. Le recours à cet article implique l'intervention d'assistants de justice, ce qui permettrait parfois de mettre certaines choses en place et d'informer la CPS de la situation de la personne avant qu'elle ne prenne une première décision.

- Dispose-t-on de données sur la façon dont les juges de fond motivent leurs décisions d'internement ?
- Dispose-t-on de données quant au recours à l'incarcération immédiate par les juges de fond et à l'évolution de cette pratique ?

La base de données des maisons de justice peut donner des informations quant au nombre de fois où un article 12 est mobilisé (avec une répartition dans l'espace – par maison de justice – et dans le temps).

Par ailleurs, une analyse des décisions d'internement menée par Nederlandt *et al.* (2023) a révélé que la décision d'internement était très sommairement motivée par le juge. Aucune recherche ne rend compte des logiques de justification des juges liées à la décision d'un internement, ni du recours accru à l'incarcération immédiate.

Unia signale une utilisation excessive de la détention préventive, mais il n'est pas clair, selon leur rapport, sur quelle base reposent ces chiffres. Le rapport indique que la détention préventive est fréquemment appliquée aux personnes internées, même lorsque cela dépasse la stricte nécessité de protection de la sécurité publique. Il renvoie également à une étude de Nederlandt *et al.* (2023), selon

laquelle, en Belgique francophone, le risque de placement est plus élevé chez les personnes ayant été placées en détention préventive (voir l'hypothèse 5).

2.4. Les avocat.es de la défense seraient plus nombreux à plaider pour un internement

En matière d'internement, les avocats de la défense peuvent adopter trois postures : plaider activement pour un internement, plaider activement contre un internement et, enfin, s'en remettre au rapport de l'expert psychiatre. Selon cette hypothèse, on observerait un changement dans les pratiques de plaidoirie des avocats de la défense. Lors de la table ronde du 21 octobre 2022, le ministre de la Justice a déclaré que de plus en plus d'avocats plaideraient pour un internement. Ses propos ont été corroborés par un.e juge d'instruction qui souligne qu'auparavant, les avocats plaidaient contre l'internement et que les juges ne suivaient pas la direction indiquée dans les rapports d'expertise. Un.e avocat.e de la défense met en avant que les avocats ne conseillent pas forcément d'accepter un internement, mais qu'ils sont souvent démunis face à un réquisitoire d'internement, notamment en raison d'un manque de connaissance de la terminologie médicale. Si l'expertise conclut à un internement, ils suivent généralement cet avis[112]. L'apprentissage de l'internement se ferait « sur le tas », au fil des dossiers[113].

- Dispose-t-on de données qui pourraient objectiver un changement de pratiques chez les avocats de la défense, qui plaideraient en faveur d'un internement ? Et sur les raisons qui conduisent les avocats à plaider en faveur d'un internement ?
- Dispose-t-on de données qui pourraient objectiver le fait que les avocats ne discuteraient pas du rapport d'expertise ?

La littérature scientifique aborde très peu ce sujet. Selon une enquête qualitative menée en Belgique francophone, les avocats ne seraient pas suffisamment formés sur les enjeux liés à l'internement. L'étude a montré que dans seulement 7 % des cas, les avocats ont réagi au rapport ; le fait de ne formuler « aucune remarque » ayant également été comptabilisé comme une réaction (Nederlandt *et al*., 2023, p. 1056-1057).

À notre connaissance, aucune enquête empirique ne s'est encore intéressée aux logiques argumentaires des avocats de la défense – ni même des avocats des victimes qui peuvent aussi jouer un rôle – afin de justifier et de plaider ou non pour un internement, ainsi qu'à leur compréhension et leurs usages du rapport d'expertise. En Flandre, une étude est en cours afin d'examiner, entre autres, le rôle des avocats et des juges dans la procédure.

[112] Les avocats reçoivent le rapport rédigé (un avis provisoire) et doivent formuler des observations quant à l'expertise dans un délai raisonnable (généralement au moins 15 jours) avant la validation finale du rapport (art. 8).
[113] Communication personnelle avec un.e avocat.e de la défense, spécialisé.e dans les dossiers d'internement, ayant eu lieu le 6 juin 2024.

Synthèse de l'hypothèse 2

Les magistrats du parquet

- D'après une recherche qualitative (Nederlandt *et al.*, 2023), il semblerait que les juges d'instruction soient les principaux mandataires d'une expertise psychiatrique dans les dossiers où un internement a été décidé. Cette recherche ne permet cependant pas d'analyser l'évolution dans le temps de cette autorité à l'origine de la demande ni les pratiques de désignation à une expertise psychiatrique.
- Les données existantes ne permettent pas de dresser une liste exhaustive des experts psychiatres susceptibles de réaliser une expertise en prévision ou non d'un internement. Un registre national des experts judiciaires existe mais ne serait pas complet.
- Une analyse à partir des données du service des frais de justice pourrait être envisageable afin de déterminer le nombre d'expertises psychiatriques ou psychologiques – basé sur le nombre d'états de frais soumis par des experts psychiatres ou des psychologues – mais il n'est pas possible de préciser si ces expertises ont mené ou non à un internement.
- Une analyse à partir des données enregistrées par le parquet via les applications JIOR2 et MaCH pourrait être envisagée, mais il n'y a actuellement pas de données officielles disponibles publiquement.
- Le service d'appui du Collège des Procureurs généraux (bureau statistique) a mené une enquête auprès des parquets mettant en lumière que ces parquets mandateraient plus souvent que par le passé un expert psychiatre. Toutefois, les données recueillies ne permettent pas à ce jour d'affirmer que le parquet aurait lui-même pris l'initiative d'ordonner plus souvent une expertise psychiatrique.

Les experts psychiatres

- Concrètement, il apparaît que la manière dont les experts psychiatres mènent leur expertise (y compris la collaboration avec d'autres spécialistes en sciences comportementales, l'utilisation d'outil de *testing* et de sources tierces), rédigent leur rapport et argumentent leurs conclusions varie. Des différences existent également entre les régions linguistiques.
- Depuis 2018, un arrêté royal offre un canevas du rapport d'expertise psychiatrique. Très peu d'étude se sont penchées sur la rédaction du rapport par les experts et leur expérience du canevas d'expertise, une étude qualitative tend à montrer que parmi les experts psychiatres qui ont utilisé le canevas, la plupart y seraient favorables (Miermont *et al*., 2022).
- La littérature en la matière insiste sur le besoin de professionnaliser le métier d'expert psychiatre afin, notamment, de combler le manque d'experts. Différentes formations (débouchant principalement sur un certificat post-universitaire et qui ne visent pas seulement les experts psychiatres) existent au nord et au sud du pays.
- Il semblerait que le juge suive souvent l'avis de l'expert psychiatre, bien que très peu d'études peuvent véritablement objectiver cette donnée. Une étude est en cours

afin d'examiner cette question. Aucune information ne permet également de documenter les cas où, à la suite d'une expertise psychiatrique, l'internement n'est pas prononcé.

Les juges de fond

- Aucune donnée ne permet de déterminer si les juges du fond ont davantage recours à l'internement avec incarcération immédiate qu'auparavant.

Les avocats de la défense

- Très peu de données renseignent sur la posture des avocats vis-à-vis d'un internement. Il semblerait qu'une minorité d'entre eux questionne l'expertise psychiatrique réalisée.
- Les avocats seraient trop peu formés à la mesure d'internement.

Hypothèse 3. Maintien (souvent illégal) des personnes internées en prison et manque de places d'accueil extérieures à la prison (avant la première audience)

Après le prononcé d'une mesure d'internement, la loi prévoit un délai de trois mois avant la première audience par la CPS (art. 29, § 2), lors de laquelle seront déterminés le lieu et la modalité d'exécution de l'internement. Cependant, il semblerait qu'en pratique, lorsque la personne est détenue, ce délai ne soit pas respecté. La personne internée serait alors maintenue de manière prolongée en prison, en principe au sein de l'annexe psychiatrique, ce qui conduirait à accroitre le nombre de personnes internées en prison (Unia, 2023, p. 38 ; voir également le point 2.3. de l'hypothèse 2), qui, comme cela a pu être formulé lors de la table ronde du 15 juin 2023, ferait office de « lieu d'attente » pour nombre de personnes internées.

La hausse du nombre de personnes internées dans un contexte pénitentiaire pourrait également être expliquée par le fait qu'il existe de longues listes d'attente pour les lieux extra-pénitentiaires[114], comme les CPL de Gand et Anvers ou l'HPS Les Marronniers à Tournai, dont la liste d'attente peut s'étaler jusqu'à 3 ans[115]. Et dans l'attente qu'une place se libère au sein d'un lieu d'internement prévu par la loi, un nombre conséquent de personnes internées sont illégalement détenues dans les annexes psychiatriques des prisons pour une durée indéterminée (voir *supra*). Pour rappel, il existe quatre cas de figure dans lesquels une personne internée peut se trouver de façon temporaire et exceptionnelle dans ces lieux (voir l'introduction de ce rapport). Toutefois, il arrive, en pratique, que des personnes internées séjournent dans une annexe psychiatrique en attendant qu'une place soit disponible dans un lieu de placement[116]. Ce cinquième cas de figure, pourtant illégal, participe à l'augmentation du nombre de personnes internées dans un contexte pénitentiaire.

En raison de la surpopulation au sein des annexes psychiatriques des prisons, il arrive même que des personnes internées séjournent avec les prévenus et les condamnés dans le cellulaire « ordinaire »[117].

La saturation des lieux d'enfermement se reporte ainsi d'une structure à l'autre (des institutions de soin vers les annexes psychiatriques, des annexes psychiatriques vers le cellulaire ordinaire, *etc*.).

- Dispose-t-on de données sur le nombre de personnes internées qui se trouvent dans un contexte pénitentiaire (EDS, SDS, annexes) dans l'attente d'une prise en charge résidentielle ou ambulatoire, ainsi que sur le nombre de personnes internées non-incarcérées avant la première audience par la CPS ?
- Dispose-t-on de données sur la durée d'attente en prison avant la première audience par la CPS ?

[114] L'exemple repris dans l'hypothèse concerne les lieux de placement *high security*. En pratique, il arrive que des personnes internées bénéficient directement d'une libération à l'essai et soient directement admises au sein de lieux *medium* ou *low* security depuis la prison (voir l'introduction de ce rapport et le schéma), bien que ces cas restent assez rares. Et ces lieux d'internement *medium security* font également l'objet à de listes d'attente.

[115] Pour l'HPS Les Marronniers, entre 2020 et 2022, sur les 191 patients admis, 52% l'ont été en urgence à la suite d'une révocation, 31% à la suite d'une situation de crise dans un autre établissement, 12,5% suite à un référé et seulement 7% sur la base de la liste d'attente (dans le cas des personnes internées en prison). Ces données ont été communiquées oralement lors de la table ronde du 15 mai 2023.

[116] Bien que la situation du placement illégal des personnes internées au sein des annexes psychiatriques des prisons est un enjeu qui intervient après la première audience par la CPS, nous l'abordons ici car il concerne directement la problématique des personnes internées en prison.

[117] *Voy*. par exemple, « Le requérant a donc été interné, mais il a d'abord séjourné pendant plusieurs mois dans une aile ordinaire de la prison d'Anvers », Conseil central de surveillance pénitentiaire, commission de recours, décision BC/23-0128 du 13 novembre 2023, p. 1 ; disponible ici : BC-23-0128.pdf

- Dispose-t-on de données sur le nombre de places et de lits pour les personnes internées dans les lieux de placement extérieurs à la prison ?
- Dispose-t-on de données sur la durée des listes d'attente pour ces lieux ?
- Dispose-t-on de données sur les quatre catégories de personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons ainsi que sur les personnes internées qui sont maintenues illégalement au sein des annexes psychiatriques des prisons (leur nombre, leur profil, la durée de leur passage à l'annexe, *etc*.) ?

i. Evolution du nombre de personnes internées en prison

Des données existent quant au nombre de personnes internées qui se trouvent en prison ; elles donnent un éclairage quant à l'évolution de ce nombre.

La DGEPI publie ainsi chaque année des chiffres sur la population pénitentiaire, en particulier sur la population de détenus prévenus, condamnés et internés[118].

Fin 2013, il y avait 11 614 personnes en détention en Belgique, dont 1 087 personnes avec un statut d'internement, soit près de 10 % de la population carcérale totale. Parmi les 3.820 personnes internées, 28,5 % se trouvaient en milieu pénitentiaire (Dheedene *et al*., 2015). La durée médiane de la détention était de 2,5 ans (la moyenne étant de 4,8 ans). Cela signifie que certaines personnes internées ont connu une période de détention très longue : 14% ont été détenues pendant 10 ans ou plus (Dheedene *et al*., 2015). Le groupe de personnes internées en détention était donc déjà important par le passé, avec une durée de détention relativement longue.

Quelques années plus tard, après l'entrée en vigueur de la loi du 5 mai 2014 au 1er octobre 2016, le nombre de personnes internées en détention a diminué. On recense près de « deux fois moins d'internés » qui séjournent dans les prisons belges, contre « plus de 1.000 internés » en 2014 (Rapport DGEPI, 2017, p. 15). Cette évolution peut s'expliquer par les efforts conjoints du SPF Justice et du SPF Santé publique de créer des places supplémentaires au sein de structures de soin qui présentent des niveaux de sécurité plus ou moins élevés (par exemple les CPL en Flandre). Toutefois, la situation s'est par la suite à nouveau dégradée.

En effet, les années suivantes ont été marquées par une nouvelle augmentation du nombre de personnes internées au sein d'établissements pénitentiaires : 727 (19 % du nombre total des personnes internées) en 2021 et 850 (21 %) en 2022 (Seynnaeve *et al*., 2023)[119]. Cette hausse a été attribuée par Seynnaeve et ses collègues (2023) à la forte augmentation du nombre de nouvelles décisions d'internement (299 décisions d'internement en 2016 pour 475 en 2020), ce qui a conduit à

[118] Voir les publications annuelles des chiffres relatifs au nombre de détenus dans les prisons ainsi que la composition de la population carcérale selon par exemple leur situation légale :
DG Établissements pénitentiaires | Service public federal Justice
Ainsi, en 2023 on comptait en moyenne 906 personnes internées dans les établissements pénitentiaires (cf. DGEPI, Jaarcijfers 2023, s.d.).

[119] En Flandre, en 2013, 712 personnes internées se trouvaient en prison. Ce nombre a ensuite diminué, coïncidant avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'internement le 1er octobre 2016 (Dheedene *et al*., 2015). Ce chiffre est descendu à 486 personnes en 2018, mais a de nouveau augmenté pour atteindre 850 personnes en 2022.

ce que davantage de personnes internées aient séjourné plus longtemps dans les annexes psychiatriques des prisons[120].

En décembre 2023, à la suite d'une question parlementaire adressée au ministre de la Justice, des chiffres liés au nombre de personnes internées en contexte pénitentiaire (l'EDS de Paifve, les six sections de défense sociale et les huit annexes psychiatriques des prisons) ont à nouveau été communiqués : on comptait alors, au 2 décembre 2023, 960 personnes internées en ces lieux[121].

En date du 23 septembre 2024, ce nombre était encore plus élevé, avec cette fois 1.009 personnes internées dans un contexte pénitentiaire (au sein de l'EDS de Paifve, des six sections de défense sociale et des huit annexes psychiatriques des prisons), contre 886 en juin 2023[122] et 529 en 2018[123]. Les chiffres sont donc en constante augmentation.

Les chiffres dont disposent les coordinateurs.trices justice (CSEI), rendus publics à l'occasion de la table ronde du 21 octobre 2022, donnent également un éclairage quant au nombre de personnes internées qui se trouvent en prison. Ces chiffres permettent d'identifier, d'une part la population journalière moyenne des personnes internées au sein de la DGEPI et, d'autre part, le flux entrant et sortant des personnes internées du parcours d'internement (la capacité des lieux de placement extra-pénitentiaires, l'évolution des listes d'attente pour les lieux de placement, le nombre de personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons avec une décision de placement, *etc.*). Cependant, ces chiffres ne permettent pas de distinguer les quatre catégories de personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons, ni d'objectiver le nombre de personnes internées par catégorie (ni leur profil ou encore la durée de leur passage à l'annexe, *etc*.).

Dans son dernier plan d'action, l'Etat belge souligne comme Seynnaeve *et al.* (voir *supra*) que l'augmentation du nombre de personnes internées en prison serait due à « l'augmentation notable et proportionnellement importante » du nombre de décisions d'internement (2024, p. 17). Le manque de places et de « lits internés » dans le circuit de soins externe est également évoqué comme possible cause (Unia, CCSP, IFDH, 2024, p. 7). Malgré les initiatives (voir l'introduction de ce rapport), l'offre régulière et médico-légale de soins resterait donc toujours insuffisante pour permettre une sortie rapide d'un contexte pénitentiaire.

[120] L'augmentation du nombre de décisions d'internement et du nombre de personnes internées peut (également) contribuer à la surpopulation carcérale.

[121] Voy. la question parlementaire (référencée 55-2-002259) concernant « Les chiffres de l'internement en Belgique » posée au ministre de la Justice par Claire Hugon le 6 décembre 2023. Ces 960 personnes se répartissaient comme suit : 202 à l'EDS de Paifve, 364 au sein des six SDS et 394 au sein des annexes psychiatriques.

[122] Sur les 1.009 personnes internées dans un contexte pénitentiaire, on compte 631 à l'établissement de défense sociale de Paifve et au sein des six sections de défense de sociale et 375 au sein des huit annexes psychiatriques de prison. Les chiffres sont issus de la Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires *L.B. c. Belgique* du 18 octobre 2024, rédigée par Unia, le CCSP et l'IFDH, p. 6.

[123] Les chiffres pour 2018 sont issus d'une réponse à la question parlementaire (référencée 55-2-002259) concernant « Les chiffres de l'internement en Belgique » posée au ministre de la Justice par Claire Hugon le 6 décembre 2023.

ii. Recours à la détention préventive pour les personnes internées

Unia (2023) a publié un rapport basé sur une recherche menée par le biais d'entretiens avec 91 personnes internées, leurs proches, ainsi que 113 membres du personnel d'établissements accueillant des personnes internées. En outre, ils ont également interrogé d'autres acteurs du secteur de l'internement. Le rapport indique que la détention préventive est fréquemment appliquée aux personnes internées, même lorsque cela dépasse la stricte nécessité de la protection de la sécurité publique (voir *supra*). Elle servirait régulièrement de solution par défaut (bien qu'aucun chiffre ne soit présenté à ce sujet), par exemple lorsque le retour à domicile est impossible en raison de circonstances familiales ou de l'absence de logement. En 2017, une recherche menée en Belgique sur la détention préventive avait également souligné l'usage de cette mesure avant jugement pour des raisons *extra* légales comme l'absence d'institutions permettant en urgence une prise en charge psychiatrique (Maes *et al*., 2017, II, p. 9). Pendant la détention préventive, les personnes atteintes de troubles mentaux seraient généralement placées dans les annexes psychiatriques des prisons, où elles cohabitent avec des détenus ordinaires présentant des vulnérabilités mentales et d'autres personnes internées en attente d'une place dans une structure de soins.

Il est à noter qu'indépendamment du fait que les personnes aient été ou non en détention préventive, une recherche menée par un collectif (Nederlandt *et al*., 2023, p. 1055 ; voir *supra*, hypothèse 2) indique que, sur la base de leur échantillon, la majorité des personnes internées comparaissent devant la CPS en première audience en étant privées de liberté (65%) contre 35% en état de liberté, ce qui signifie qu'un nombre élevé de personnes internées sont incarcérées dans l'attente de la première audience. En outre, d'après cette recherche, une situation d'incarcération qui précède la première audience mène en majorité (83%) vers une exécution de l'internement au sein d'un lieu de placement ; inversement, les personnes internées en état de liberté au moment de la première audience seraient plus nombreuses à être orientée vers la libération à l'essai dès la première audience (80 %)[124].

iii. Les conséquences de la détention pour les personnes internées

La présence et la situation des personnes internées dans un contexte pénitentiaire et, en particulier, le placement quasi systématique et de longue durée des personnes internées au sein des annexes psychiatriques des prisons, sont largement abordés dans la littérature. En particulier, une recherche qualitative a mis en lumière les effets négatifs de la détention, tels que les « pains of imprisonment » (les souffrances liées à l'emprisonnement). Par exemple, des personnes internées incarcérées ont indiqué, lors d'une étude basée sur des entretiens semi-structurés, qu'elles subissaient des pertes inhérentes à l'environnement institutionnel (Mertens, Vander Laenen, 2018). Par ailleurs, les proches de personnes internées soulignent que la prison n'est pas un environnement adapté pour leurs proches, ce qui les pousse parfois à contacter eux-mêmes des établissements de soins médico-légaux pour trouver une place (Rowaert *et al.,* 2017). Outre cette période indéfinie de détention, les

[124] L'article précise que sur un échantillon de 319 personnes internées, « 209 ont comparu devant la CPS en étant privées de liberté (65 %) et 110 en étant libres (35 %). Cela illustre le fait que l'internement trouve à s'appliquer à des situations où les justiciables sont dans la majorité des cas passés par la prison. Parmi les 209 personnes privées de liberté, 173 ont fait l'objet d'une décision de placement, soit 83 % d'entre elles. Parmi les 110 personnes ayant comparu libres, 88 personnes se sont vues accorder une libération à l'essai, soit 80 %. Il est donc rare qu'une personne qui comparaît en étant privée de liberté devant la CPS se voit octroyer une libération à l'essai (17 % des cas), de même qu'il est peu fréquent qu'une personne qui comparaissant libre fasse l'objet d'un placement (20 % des cas). » (Nederlandt *et al*., 2023, p. 1055).

problèmes de transition vers des structures de soins constituent un défi majeur, avec des conséquences potentielles sur le bien-être mental des personnes internées. Cela ressort d'une étude qualitative basée sur 23 entretiens semi-structurés avec des personnes internées. Les participants ont indiqué que les difficultés de transition engendraient des sentiments de désespoir et d'incertitude (De Pau *et al*., 2020). Les conditions « hostiles » pour les personnes internées en prison (Plan d'action 2024, p. 13) sont mises en avant, en raison notamment d'un manque d'effectifs du personnel soignant (psychiatres, infirmiers, *etc*.) et des infrastructures vétustes, insalubres et peu propices au soin (Nederlandt, Colette-Basecqz, 2018 ; Cartuyvels, 2022 ; Unia, 2023 ; Nederlandt *et al*., 2023 ; Stassen *et al.*, 2014 ; *etc*.).

iv. Temps et listes d'attente avant l'entrée au sein de lieux de placement *high security*

Une étude sur le profil des personnes internées résidant au sein des établissements *high security* en Flandre a montré que l'admission dans ces structures commence presque toujours depuis la détention : en Flandre, 99 % des personnes internées sont transférées directement de la prison vers un Centre de psychiatrie légale (CPL), tandis que dans d'autres pays, une part importante des personnes sont orientées vers ce type de lieu de placement par des hôpitaux (Jeandarme *et al*., 2020). En outre, les personnes internées ont passé en moyenne 5 ans en détention avant leur admission dans un établissement *high security* (16 % ont même passé plus de dix ans en prison), ce qui est nettement plus long que les délais d'attente observés dans d'autres pays (Jeandarme *et al.,* 2020). Cela exerce non seulement une pression sur la capacité opérationnelle des établissements pénitentiaires, mais peut également avoir des conséquences négatives sur les conditions de détention et le processus de réinsertion des personnes internées, en raison des dommages psychologiques potentiels liés à la détention (Dheedene *et al*., 2015). Cette période de détention préalable et indéfinie est souvent critiquée, car on estime que les personnes internées ne reçoivent pas, à ce stade, les soins spécialisés dont elles ont besoin (Réseau Soins aux personnes sous statut d'internement, 2020).

Quant aux listes d'attente des lieux de placement, des données relatives existent mais ne sont pas systématiquement rendues publiques[125]. Suite à notre entrevue avec les coordinateurs.trices justice, il semble que ces listes ne soient pas toujours mises à jour (à l'exception notamment des CPL) et qu'elles s'allongeraient de plus en plus, certaines personnes devant attendre plus longtemps que d'autres avant une admission car les lieux de placement n'accueilleraient pas les personnes dans l'ordre de leur inscription sur la liste mais prendraient en charge de façon prioritaire les personnes se trouvant, notamment, en grand besoin (urgent) de soins (voir *supra*). Par exemple, Seynnaeve *et al*. (2023) soulignent une augmentation des listes d'attente dans les CPL. Ainsi, en 2023, 151 personnes figuraient sur la liste d'attente du CPL de Gand et 157 au CPL d'Anvers. Des refus de prise en charge de la part d'institutions médico-légales et l'incapacité à élaborer un plan de réinsertion adapté avaient déjà été observés dans la pratique et identifiés comme des obstacles majeurs (Dheedene *et al.,* 2015 ; Habets *et al*., 2022). Entre 2019 et 2022, le nombre de personnes internées transférées de la détention vers des structures de soins extrapénitentiaires disposant de capacités d'accueil en Flandre n'a que légèrement diminué (de 74 à 67 personnes). Toutefois, proportionnellement à la croissance de la population de personnes internées, ce flux a diminué de manière plus marquée. Ainsi, le passage de la détention vers les soins représente une part de plus en plus réduite de la population totale des

[125] L'information est issue de notre entrevue avec les coordinateurs.trices justice (CSEI), ayant eu lieu le 2 septembre 2024.

personnes internées (Seynnaeve *et al*., 2023). Il est important de souligner que les problèmes de transition ne concernent pas uniquement les personnes en détention : près d'un patient sur quatre admis dans l'un des deux établissements *high security* (CPL) en Flandre n'a aucune perspective concrète de sortie. Cela concerne des patients au profil de long séjour en *high security*, des personnes systématiquement refusées par les structures de suivi, ainsi que des patients sans droit de séjour (voir hypothèse 7) (Jeandarme *et al*., 2022 ; Van den Ameele *et al*., 2023).

La longueur des listes d'attente serait également influencée par la pratique interne de certaines CPS qui procéderaient à des doubles désignations pour désigner un lieu d'internement (par exemple, pour les lieux de placement, « Tournai (HPS, Les Marronniers) OU Paifve (EDS) »), créant ainsi des doublons[126] ; les listes d'attente apparaitraient alors parfois plus longues qu'elles ne le sont en réalité.

v. <u>De la détention et des lieux *high security* aux lieux de soins</u>

La littérature fait également état d'un projet en Flandre qui a pour but de faciliter le flux des personnes internées d'institutions hautement sécurisées à des lieux plus axés sur le soin, le projet *InReach*. Développé à l'OPZC Rekem (Stassen *et al*., 2014), il poursuit trois objectifs principaux : améliorer l'accès aux soins, renforcer la motivation des patients et réduire les abandons de traitement. Grâce à des visites hebdomadaires d'infirmiers de l'OPZC Rekem dans les établissements pénitentiaires (et plus tard dans les CPL), les personnes internées sont mises en contact, à un stade précoce, avec des services d'aide appropriés. La présence des infirmiers vise à abaisser le seuil d'accès aux soins et à faciliter la transition de la détention vers une institution de soins (Habets *et al*., 2023). Cette initiative a été positivement accueillie selon une recherche qualitative, qui a montré qu'elle favorisait la motivation des personnes internées ainsi que la communication entre institutions. Toutefois, une analyse de données quantitatives n'a pas révélé de différence dans le nombre de renvoi vers les établissements pénitentiaires entre les patients suivis dans le cadre du projet *InReach* et ceux qui ne l'étaient pas (Habets *et al.,* 2023).

*

Pour cette hypothèse 3, les données et recherches disponibles permettent d'éclairer le nombre de personnes internées en contexte pénitentiaire et son évolution dans le temps. Elles soulignent également des problèmes de transition, avec une légère baisse en chiffres absolus du nombre de personnes internées transférées depuis la détention. Étant donné l'augmentation du nombre de personnes internées en détention, cette baisse est proportionnellement encore plus marquée. Les raisons pour lesquelles cette transition est entravée n'ont pas été précisément clarifiées ; il n'est donc pas possible de conclure sur cette base à un manque de places d'accueil en dehors des prisons.

Un rapport fédéral de recherche sur les personnes rencontrant des difficultés à accéder à des soins appropriés explore plus en profondeur (à l'aide d'études qualitatives et quantitatives) les causes éventuelles de cette situation. Il en ressort un manque de certaines structures de soins (Habets *et al.,* 2022). Ces résultats soulignent l'importance de réformes structurelles tant dans la politique d'internement que dans les soins médico-légaux, avec une attention particulière à l'égard d'une meilleure transition, des placements adaptés et l'évitement de détentions inutiles. Logiquement, les périodes de détention ralentissent le parcours d'internement, car aucun (peu de) traitement n'est

[126] Notons que les deux CPL en Flandres (Gand et Anvers) ont une liste d'attente commune.

dispensé durant cette période. Mais il reste encore à documenter le fait que les personnes internées subiraient également des dommages liés à la détention. Les données disponibles à ce sujet sont limitées et principalement de nature qualitative. Il n'existe pas de données quantitatives démontrant une détérioration significative liée à la durée de détention ; des recherches supplémentaires sont nécessaires à ce sujet.

Synthèse de l'hypothèse 3 :

- Des données (tantôt publiques, tantôt sur demande) sont disponibles pour mesurer l'évolution du nombre de personnes internées dans un contexte pénitentiaire.
- Certaines informations sont toutefois manquantes, comme la ventilation des personnes internées en prison (qu'elles se trouvent en annexe psychiatrique ou non) selon les 4 situations dans lesquelles elles peuvent être incarcérées (en annexe psychiatrique).
- Il y a une légère baisse du nombre absolu de personnes internées transférées depuis la détention. Proportionnellement, cette baisse est encore plus marquée, étant donné l'augmentation du nombre total de personnes internées en détention.
- La détention préventive serait souvent mobilisée pour les personnes internées, comme solution (temporaire) à défaut de structure de prise en charge. D'autres recherches sont cependant nécessaires pour mesurer l'étendue de ce phénomène.
- Les périodes de détention ralentissent le parcours d'internement, car il n'y a pas ou peu de traitement proposé durant la détention.
- Les effets négatifs de la détention subie par les personnes internées restent peu documentés ; les données disponibles sont limitées et principalement qualitatives, mais elles indiquent toutefois que des problèmes peuvent exister. Il n'existe pas de données quantitatives sur l'impact de la durée de détention. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour formuler des conclusions fondées quant à d'éventuels effets négatifs de la détention sur les personnes internées.
- Le temps d'attente pour intégrer des lieux extra-pénitentiaires est généralement très long. Ces lieux présentent de longues listes d'attente. Mais ces données ne sont pas systématiquement rendues publiques.
- Seul un projet en Flandre (le projet *InReach*, développé à l'OPZC Rekem) a tenté de faciliter le flux des personnes internées d'institutions hautement sécurisées à des lieux plus axés sur le soin (projet mis également en pratique depuis peu par les CPL ; projet *OutReach*).
- Les raisons de la transition difficile entre la prison comme lieu de détention et les autres lieux de prise en charge ne sont pas clarifiées dans les études ; il n'est donc pas possible d'établir un lien direct entre cette situation et un manque de places d'accueil en dehors des prisons. Un rapport fédéral de recherche (Habets *et al.,* 2022) identifie toutefois un manque de certaines structures de prise en charge comme une cause possible de cette stagnation. Cela souligne la nécessité de réformes structurelles dans la politique d'internement, les soins médico-légaux, une meilleure transition, des placements appropriés et l'évitement des détentions inutiles.

Hypothèse 4. Augmentation du nombre d'internement de personnes condamnées détenues

La santé mentale des personnes détenues se dégraderait davantage qu'en population générale (voir l'hypothèse 1). Un nombre élevé de personnes détenues seraient atteintes de troubles mentaux, ce qui conduirait à un plus grand recours à l'internement des personnes condamnées détenues (art. 77/1 et suiv.). Lors de la table ronde du 15 juin 2023, il a été avancé que la restriction des critères d'internement prévue par la loi du 5 mai 2014 – qui aurait conduit en prison une population qui sous l'ancienne loi aurait été d'emblée internée –, la détérioration de l'état de santé mentale due à l'incarcération, l'accès difficile aux soins en prison ou encore le refus de soins par les personnes détenues, sont autant de facteurs qui pourraient expliquer l'internement des personnes condamnées détenues. Il faut par ailleurs noter que des personnes condamnées détenues non soignées en prison risquent, une fois sorties de prison et à la suite de la commission de nouveaux faits, de faire l'objet d'un internement, ce qui aurait peut-être pu être évité si ces personnes avaient été correctement prises en charge durant leur parcours carcéral[127].

La loi du 9 avril 1930, sur la base de l'article 21, permettait au ministre de la Justice de décider de l'internement d'une personne condamnée qui serait devenue malade au cours de sa détention. Cette disposition, fortement critiquée, notamment car elle intervenait sans procès et sans débat contradictoire (Jeandarme, 2016, p. 104) et qu'elle empêchait de libérer une personne condamnée (Derouaux *et al*., 2022, p. 186 ; Cartuyvels *et al*., p. 177), a disparu avec l'avènement de la loi du 5 mai 2014. Le législateur a en effet décidé que l'apparition de troubles mentaux chez une personne condamnée ne pouvait pas justifier un changement de statut (de « condamné » à « interné »), ni le prononcé d'une mesure d'internement (Derouaux *et al.*, 2022, p. 187). Cependant, la loi dite pot-pourri III[128], qui modifie la loi du 5 mai 2014, a réintroduit la possibilité d'interner une personne condamnée. Cette compétence a été transférée du ministre de la Justice à la CPS (art 77/1 à 77/9 de la loi du 5 mai 2014)[129] qui, selon le législateur, « est la plus adaptée pour le faire vu sa composition pluridisciplinaire »[130]. Le législateur a misé sur une prise en charge médicale rapide des personnes condamnées internées pour justifier son revirement de position : « Bien que pareil système puisse être qualifié de plus répressif étant donné qu'une peine privative de liberté à durée indéterminée est commuée en une mesure de liberté à durée déterminée (ndlr. cette traduction en français du texte

[127] L'hypothèse selon laquelle un manque de soins de santé mentale en prison contribuerait à une détérioration de l'état psychique des personnes détenues, augmentant ainsi la probabilité d'un internement, doit être interprétée avec prudence. Tout d'abord, la loi du 5 mai 2014 a précisément restreint le champ d'application de l'internement, ce qui a initialement entraîné une baisse du nombre de personnes internées. Des cas individuels où une aggravation des troubles mentaux en détention conduit malgré tout à un internement sont possibles, mais leur nombre reste limité. Par ailleurs, ce raisonnement risquerait de véhiculer implicitement l'idée selon laquelle l'internement est une réponse au manque de soins en détention. Cela peut avoir un effet stigmatisant et créer une confusion entre le besoin de soins et la dangerosité.

[128] Art. 212 et suiv. de la loi du 4 mai 2016 relative à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *M. B.,* 13 mai 2016.

[129] « Art. 77/1. [§ 1er. Le condamné qui fait l'objet d'au moins une condamnation pour un crime ou un délit visé à l'article 9, § 1er, 1°, chez qui le psychiatre de la prison constate, au cours de la détention, un trouble mental ayant un caractère durable qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et qui risque de commettre de nouvelles infractions, telles que visées à l'article 9, § 1er, 1°, en raison de son trouble mental, peut être interné, sur demande du directeur, par la chambre de protection sociale compétente ».

[130] Commentaire des articles du projet de loi du 18 janvier 2016 relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, Ch. Représ., DOC 54 1590/001, p. 141.

original en néerlandais est erronée. Il convient de lire : « Bien que pareil système puisse être qualifié de plus répressif étant donné qu'une peine privative de liberté à durée déterminée est commuée en une mesure privative de liberté à durée indéterminée ») (sic), il convient toutefois de tenir compte du nouvel angle d'approche de la loi relative à l'internement et du développement de la procédure qui est entièrement axée sur la réinsertion et l'élaboration rapide d'un trajet de soins. Cela signifie que l'interné condamné arrivera dans ce système orienté soins dès la décision d'internement[131] ».

- Dispose-ton de données sur l'évolution du nombre de personnes condamnées détenues internées et sur leurs profils ?

i. <u>L'état de santé (mentale) des personnes détenues</u>

Il existe des données quant à l'état de santé (mentale) des personnes détenues : les troubles mentaux seraient en effet « surreprésentés » en prison[132]. En 2017, un rapport du KCE faisait déjà état du mauvais état de santé, et en particulier de la santé mentale, des personnes détenues en comparaison avec la santé de la population générale[133]. Néanmoins, ces données doivent être interprétées avec prudence compte tenu de la diversité des méthodes de recherche employées et des bases de données dont l'encodage semble non-systématique[134]. Toujours en 2017, une autre étude basée sur un échantillon de 1326 personnes détenues en Flandre met en évidence que près de 46,3 % d'entre elles ont reçu un diagnostic formel de trouble psychiatrique à un moment donné de leur vie et 40,4 % des personnes détenues de l'échantillon ont déclaré avoir suivi un traitement psychiatrique avant leur incarcération (Favril, *et al*., 2017). En 2020, le rapport du Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP) indiquait que la santé mentale de la population carcérale est plus mauvaise qu'en population générale, liant ceci au manque de personnel qualifié pour prodiguer des soins[135], [136]. Le mémorandum

[131] Commentaire des articles du projet de loi du 18 janvier 2016 relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de Justice, *op.cit.*, p.142.

[132] La plateforme *Prison Insider,* qui relaie des informations relatives aux prisons dans le monde, détaille et met à jour la situation en Belgique, soulignant la surreprésentation des troubles psychiques en prison et l'insuffisance des soins psychiatriques et psychologiques ; ces informations sont disponibles ici : Belgique : les prisons en 2024

[133] Par exemple, le rapport relève une prévalence de 20, 3 % de pensées suicidaires au cours de l'année écoulée au sein d'une population de détenus, contre une prévalence de 3, 8 % en population générale. Le rapport relève toutefois des disparités entre personnes détenues, soulignant par exemple un recours plus élevé aux consultations psychiatriques pour les personnes internées en prison que pour les autres détenus ; Voy. Rapport KCE, « Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse », 18 octobre 2017, pp. 13-17 ; disponible ici : Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse

[134] Le rapport précise lui-même que la base de données Epicure, qui contient les dossiers médicaux électroniques des détenus et dont sont issus les chiffres de l'enquête, n'est pas systématiquement alimentée et consiste en des zones de texte libres, sujettes donc à interprétation (rapport KCE, 2017, p . 12).

[135] On peut lire dans le rapport que « […] le manque de personnel qualifié est un facteur important. Les prisons d'Andenne, d'Arlon et de Berkendael entre autres n'avaient par exemple pas de psychiatre de soins dans leur établissement en 2020. En outre, lorsqu'il y a une équipe de soins, il n'y a pas de permanence garantie de cette équipe en dehors des heures de bureau et durant le week-end. Dans certains établissements, les soins psychiatriques sont donc quasi inexistants et l'on recourt principalement à la médication, les délais d'attente sont particulièrement longs ou les détenus concernés restent simplement dans le régime normal sans bénéficier de soins psychiatriques adaptés ». Voy. le Rapport annuel 2020 Conseil central de surveillance pénitentiaire, p. 47, disponible ici : CCSP_RapportAnnuel_2020-2.pdf

[136] « Environ 50 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques, tandis que près de 80 % ont connu des problèmes de santé mentale à un moment donné. Environ 1/3 consomme des drogues et/ou des psychotropes. ». Voy. Communiqué de presse du Conseil central de surveillance pénitentiaire, 17 mars 2024, p. 1, disponible ici : Tribune-KomopTegenKanker-FR.pdf

du SPF Justice (2024) indique par ailleurs que le nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux est en augmentation[137]. Les femmes détenues seraient plus concernées que les hommes[138].

ii. La procédure légale qui encadre l'internement des personnes condamnées détenues

La littérature scientifique est informative quant à la procédure légale qui encadre l'internement des personnes condamnées à une peine de prison. Comme précisé *supra*, la loi dite pot-pourri III a réintroduit la possibilité d'interner une personne condamnée qui a développé des troubles mentaux pendant son incarcération (Derouaux, *et al*., 2022 ; Basecqz, Jaspis, 2021).

iii. Profil et prévalence des personnes condamnées détenues internées

En Flandre, seule une étude quantitative concerne les personnes condamnées internées (Jeandarme *et al*., 2016b). Cette étude a examiné le profil des personnes condamnées internées, et a rapporté une problématique psychiatrique plus lourde ainsi qu'un profil de risque plus élevé par rapport aux personnes internées selon la voie ordinaire (avant l'application de la loi dite « Pot-Pourri III »). Sur la base des chiffres du SPF Justice, les auteurs ont constaté que seulement 19 demandes d'internement ministériel ont été introduites entre septembre 2012 et mai 2015. Toutefois, l'étude ne fournit aucun aperçu des chiffres de prévalence relatifs à l'ensemble du groupe des personnes condamnées internées, et ne permet donc pas de tirer de conclusions claires sur une éventuelle augmentation. Des données longitudinales seraient nécessaires pour mesurer cette tendance. Il serait également pertinent d'établir une comparaison avec les données disponibles pour la Belgique francophone. D'autres recherches menées du côté francophone par le Centre de recherche en défense sociale (CRDS), publiées en 2015 et 2017 (avant l'application de la loi dite pot-pourri III), mettent en avant que la prévalence moyenne de personnes condamnées internées oscille autour des 10%[139] (autrement dit, 10% de la population de personnes internées considérée a été internée alors qu'elle était détenue à la suite d'une condamnation). Ces chiffres contrastent avec des données plus récentes (Nederlandt *et al.,* 2023) ainsi qu'avec les résultats de l'étude de Jeandarme *et al*. (2016b), qui montrent que l'internement des personnes condamnées est appliqué de manière limitée (voir *supra*). En 2023, la recherche menée par un collectif, prenant appui sur les décisions des CPS francophones, indique en effet qu'il existe peu de personnes condamnées concernées par un internement[140] (Nederlandt *et al*., 2023, p. 1035). Les chiffres plus élevés mentionnés par le CRDS s'expliquent probablement par le fait qu'ils sont issus d'une cohorte spécifique, ce qui contribue dans ce contexte à des prévalences élevées.

---

[137] Memorandum SPF Justice 2024, p. 10 ; disponible ici : Microsoft Word - FR Memorandum Word.docx

[138] Pour plus d'information sur l'état de santé (mentale) des femmes détenues, voy. Santé mentale en prison : elles parlent aux murs - Axelle Mag

[139] Une étude du CRDS publiée en 2015 montre que, sur la base d'un échantillon total de 335 patients internés séjournant à l'HPS Les Marronniers à Tournai, on dénombrait 32 condamnés internés, contre 279 internés selon la procédure classique, soit une prévalence de 9,55 % (Vincenzutto, Pham, 2015, [version non paginée]). L'article ne précise toutefois pas le statut légal des 24 autres patients internés de l'échantillon total. Une autre recherche du CRDS, publiée en 2017 cette fois, fait état d'une prévalence de 11,4% de condamnés internés (selon l'article 21) : soit un échantillon de 395 patients internés dont 44 condamnés internés (selon l'article 21) et 351 internés qui ne sont pas concernés par l'article 21 (Pham, Ducro *et al.,* 2017, p. 265). Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence car elles représentent une photographie à l'instant t de la situation dans une institution et ne peuvent dès lors pas être inférées à l'ensemble de la population de personnes internées.

[140] L'article met en avant que 3% de décisions prononcées par les CPS (soit 9 sur 340 décisions examinées) sont le résultat d'une procédure d'internement des condamnés (p. 1035).

Quant au profil des personnes condamnées détenues qui ont fait l'objet d'un internement, les études montrent également des résultats contradictoires. Les recherches menées au CRDS susmentionnées soulignent tantôt que le profil des personnes condamnées internées ne différerait pas des personnes internées dont l'internement n'est pas prononcé pendant une incarcération, et qu'il n'existerait pas de « différence significative entre les deux groupes » (Vincenzutto, Pham, 2015, [version non paginée]), tantôt que le « profil de risque » des personnes condamnées internées diffère de celui des « autres » personnes internées : les premières présenteraient un risque de récidive plus élevé et aurait un « parcours délictueux plus étoffé, plus précoce (et) plus violent » (Pham *et al.,* 2017, p. 265). L'étude de Jeandarme *et al*. (2016b) indique quant à elle qu'il existe des différences entre les groupes tant en matière de problématique psychiatrique qu'en termes de risque de récidive. Les spécificités liées au profil des personnes condamnée détenues internées semblent ainsi varier d'une étude à l'autre, ce qui amène à souligner l'importance d'autres recherches pour corroborer ces données.

Si les informations disponibles donnent un éclairage sur la santé (mentale) des personnes condamnées détenues, sur la procédure aujourd'hui en vigueur de l'internement des personnes condamnées détenues ainsi que sur le profil de ces personnes, elles ne permettent pas d'avancer que l'augmentation des troubles mentaux chez les personnes détenues aurait une incidence directe sur le nombre de personnes condamnées internées. De plus, il ressort de l'hypothèse, telle qu'elle est documentée, qu'on ne serait pas véritablement confronté à une augmentation des personnes condamnées internées et que cette voie d'entrée dans l'internement serait relativement limitée. Toutefois, un suivi à l'échelle nationale de cette évolution et du profil de ces personnes est souhaitable[141].

Synthèse de l'hypothèse 4 :

- Des données existent au nord et au sud du pays sur l'état de santé (mentale) des personnes incarcérées.
- Il n'existe que peu de données sur les personnes condamnées détenues qui sont internées ; il n'y a pas de chiffres officiellement publiés qui permettraient de déterminer le nombre exact de ces personnes et, dès lors, de mesurer leur évolution.
- En particulier, la procédure qui encadre l'internement des personnes condamnées détenues est documentée dans la littérature existante.
- Toutefois, des disparités existent dans les données disponibles concernant la prévalence et le profil des personnes condamnées détenues internées.
- Les données disponibles ne semblent pas indiquer une augmentation du nombre d'internement des personnes condamnées détenues, mais des recherches ainsi que des analyses réalisées par l'administration sont nécessaires pour suivre cette évolution.
- Etant donné la faible prévalence d'internements de personnes condamnées détenues, l'impact de ces derniers sur le problème des personnes internées en prison est limité.

[141] Une stagiaire de l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles a été chargée, sous la supervision d'Olivia Nederlandt, d'analyser les dossiers des « condamnés internés » issus des trois CPS francophones. Une vingtaine de dossiers sont concernés.

- Une solution durable nécessite des investissements structurels dans les soins de santé mentale au sein du système carcéral, plutôt qu'un élargissement du régime d'internement.

Hypothèse 5. Surutilisation et/ou mauvaise occupation des places résidentielles au détriment de l'ambulatoire (notamment au moment de la première audience)

Une fois l'internement prononcé, la personne internée entame un trajet de soins (TSI) au cours duquel elle sera amenée à intégrer diverses structures de prise en charge, qui appellent différents niveaux de sécurité, allant du *high security* au *low security*, en passant parfois par le *medium security* (voir l'introduction de ce rapport). Au moment de la première audience à la CPS, trop de personnes internées seraient envoyées vers des structures de soins hospitalières et résidentielles car il y aurait des réticences à orienter les personnes internées vers un parcours ambulatoire, notamment pour celles qui sont en situation de détention. Autrement dit, les structures présentant un niveau de sécurité plus élevé seraient favorisées par rapport aux structures moins sécurisées et fonctionnant selon un mode plus ouvert. Lors de la table ronde du 15 juin 2023, il a été souligné que les structures *high security*, comme les CPL en Flandre, hébergeraient de nombreuses personnes internées pour lesquelles un environnement hautement sécuritaire ne serait pas/plus nécessaire. Un phénomène semblable s'observe au niveau des structures *medium security*, qui ne laisseraient pas suffisamment et pas assez rapidement sortir leurs patients actuels afin qu'ils accèdent à des structures de soins *low security* et/ou des structures de soins réguliers.

Certains participants aux tables rondes soulignent l'importance de repenser les critères d'admission des lieux *medium* et *low security*, en vue de les assouplir, voire d'instaurer une obligation d'admission, telle qu'elle existe pour les CPL et ce, dans le but de fluidifier les TSI.

Du côté des structures appartenant à l'offre régulière de soins de santé mentale, celles-ci seraient trop peu nombreuses et réticentes à dispenser des soins aux personnes internées, étant peu familières avec la mesure légale.

- Dispose-t-on de données qui peuvent expliquer les raisons pour lesquelles les personnes internées seraient d'abord envoyées, lors de la première audience, vers des structures résidentielles au détriment de l'ambulatoire (alors que leur situation permettrait d'envisager une telle prise en charge) ?
- Dispose-t-on de données sur les critères d'in- et d'exclusion des lieux résidentiels et ambulatoires (*medium* et *low security*), ainsi que sur les processus d'admission de ces lieux (les modalités d'évaluation des « candidatures », la durée du processus, *etc*.) ?
- Dispose-t-on de données sur l'offre régulière de soins en santé mentale, susceptible d'accueillir des personnes internées ?

i. Virage sécuritaire et progressivité du TSI

A ce stade, il est difficile de documenter l'hypothèse selon laquelle des personnes internées seraient d'abord envoyées, lors de la première audience, vers des structures résidentielles au détriment de l'ambulatoire alors que cela aurait pu être envisagé[142]. Néanmoins, nous formulons une autre hypothèse, d'ordre macrosociale, qui pourrait expliquer cette tendance : on ferait face à un virage sécuritaire dans le champ de l'internement et au-delà qui traduit une société qui a peur et qui préfère, par prudence, diminuer progressivement l'encadrement autour d'une personne internée, reléguant la perspective ambulatoire pour les (rares) cas à très faible risque de récidive et/ou de violence ou à la fin du TSI. Il y aurait ainsi une progressivité qui s'instaurerait *de facto* avant toute libération définitive.

En outre, malgré les dernières réformes légales en matière d'internement, qui encouragent une progressive désinstitutionnalisation de la prise en charge des personnes internées, des chercheurs font le constat qu'un ancrage institutionnel persiste dans le champ de l'internement, soulignant notamment l'augmentation de l'offre institutionnelle pour les personnes internées depuis ces dernières années (nouveaux CPL, nouvelles unités *medium security*, *etc.* ; voir la cartographie) (Cartuyvels, De Brouwer, Nederlandt, 2025). L'internement ferait l'objet d'une « métamorphose institutionnelle impliquant des progressives désincarcérations et déshospitalisations des personnes internées », dans le but de les orienter vers d'autres structures de prises en charge qui fonctionneraient selon un régime plus ouvert et axé sur le soin (Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022, p. 1061), ce qui traduit davantage une logique de cumul que la mise en place d'alternatives institutionnelles (Cartuyvels *et al*., 2025*).*

ii. Stagnation des personnes internées dans les lieux résidentiels *high security*

Un grand nombre de personnes internées sont prêtes à quitter une structure de soins spécifique, mais rencontrent d'importantes difficultés pour accéder à une nouvelle structure de soins, souvent moins sécurisée. Les longs délais d'attente et les refus fréquents de la part des structures d'accueil suivantes engendrent une faible capacité de sortie pour certains groupes cibles (Van den Ameele *et al.,* 2023 ; Jeandarme *et al*., 2020 ; Habets *et al.,* 2022). Jeandarme *et al.* (2020) rendent compte de 107 patients (soit 26,9 % de la population *high security*) ayant séjourné plus de quatre ans dans une structure *high security*, alors que la durée de traitement prévue à la création des CPL était de 3 à 4 ans. Quelques années plus tard, la durée de traitement d'un cinquième de cette population dépassait 5 années (Jeandarme *et al.*, 2022)[143]. Ceci étant, chez les patients qui font l'objet d'un long séjour, on observe plus fréquemment des troubles de la personnalité comorbides, des scores de psychopathie plus élevés, des périodes de détention plus longues, un risque accru de récidive, ainsi qu'un recours plus fréquent aux mesures coercitives (dont l'isolement) (Jeandarme *et al*., 2022).

Van den Ameele *et al.* (2023) évoquent 106 patients (24,6 % de la population *high security*) sans potentiel de sortie ; ce chiffre représente la somme des patients en *long-stay high security*, des patients ne pouvant pas sortir en raison de refus systématiques des structures appelées à les accueillir, et des patients sans droit de séjour. En Flandre, il n'existe pas de structure adaptée pour les personnes internées *high security* en séjour longue durée, qui ne peuvent pas quitter les CPL en raison de

[142] Par exemple, il est difficile d'identifier combien de personnes considérées *low risk*, nécessitant un lieu de prise en charge *low security*, se retrouvent en réalité au sein de structures *high* ou *medium security*.
[143] En Région wallonne, la durée de séjour en *high security* a été évaluée à 3.079,8 jours (Jeandarme *et al.*, 2019).

comportements extrêmement problématiques ou d'un traitement inefficace. Ainsi, de nombreuses personnes internées séjournent inutilement de manière prolongée au sein de structures résidentielles *high security*. Cela peut être dû à l'absence de structure de sortie, ce qui les maintient dans des dispositifs de sécurité trop élevés par rapport à leurs besoins, ou au fait qu'elles sont (temporairement) en fin de traitement mais requièrent toujours une surveillance sécurisée dans une structure *long-stay*, actuellement inexistante en Flandre – des perspectives existent à ce sujet –. La situation actuelle nuit à la fois à l'efficacité et à la pertinence du dispositif de soins.

iii. Les critères d'admission des lieux de soins médico-légaux *medium* et *low security*

A l'inverse des lieux de placement, les lieux de soins médico-légaux *medium* et *low security* qui accueillent des personnes internées libérées à l'essai (LE ; voir l'hypothèse 8) peuvent choisir leur patientèle[144]. Ce faisant, ils élaborent des critères d'in- et d'exclusion et suivent un protocole d'admission, basé sur différentes étapes, afin d'évaluer les « candidatures ». L'accès effectif à des structures hospitalières et résidentielles, notamment dans le cadre de la LE, peut dès lors s'avérer être un processus long et complexe[145] ; ce qui peut engendrer un « embouteillage » dans le TSI et une prolongation de la durée de séjour des personnes internées en prison, au sein d'un lieu de placement, voire d'un autre lieu de LE. Les critères d'admission pour les lieux précités (UPML, MSP, IHP) sont généralement rendus publics et disponibles, notamment via le site www.internement.be et le site Home – netwerkeninternering.be. Des recherches qualitatives sont néanmoins nécessaires afin de comprendre dans quelle mesure ces critères sont réellement mobilisés (quel(s) critère(s) a le plus de poids dans l'évaluation ? De quelle marge de manœuvre disposent réellement les professionnels pour choisir leur patient ? *Etc.*).

Par exemple, pour les UPML, une thèse en sociologie, prenant appui sur une ethnographie d'un an au sein de deux UPML en Belgique francophone, rend compte du « traitement des candidatures » de ces institutions (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*). La thèse met en avant qu'au sein des UPML, l'admission est la règle et le refus l'exception[146], ce que confirme par ailleurs une précédente recherche quantitative qui a analysé les trajets de soins post-internement (Pham *et al.*, 2018). Les processus d'admission des UPML consistent à évaluer le dossier de la personne internée, à réaliser un ou plusieurs entretien(s) de candidature et, parfois, à mettre en place une période d'essai pouvant durer jusqu'à 1 mois[147] afin d'observer le comportement de la personne concernée en situation et d'évaluer son adhésion aux règles de l'unité hospitalière. A l'issue d'une période d'essai, la personne internée retourne au sein du lieu dans lequel elle est placée, dans l'attente d'une réponse de l'UPML. L'enquête montre que les professionnels des UPML s'appuient sur les éléments objectifs des dossiers de

[144] Il s'agit principalement – mais pas seulement – des unités psychiatriques médico-légales (UPML), des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des initiatives d'habitation protégée (IHP).

[145] Par exemple, selon des données quantitatives nationales, « dans le cadre de la première institutionnalisation, la durée moyenne de la période de candidature (c'est-à-dire entre la demande de candidature et l'admission) est de 112,77 jours ». L'information est issue du rapport de recherche intitulé « Analyse du trajet de soins post-internement » (Pham *et al.*, 2018, p. 17).

[146] Environ 80 % des candidatures sont acceptées au sein des UPML (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*).

[147] La période d'essai est octroyée par la chambre de protection sociale à travers la modalité des « congés » (art. 21 de loi du 5 mai 2014) pour les personnes internées qui se trouvent dans un contexte pénitentiaire (l'annexe psychiatrique d'une prison, la section de défense sociale d'une prison ou encore l'EDS de Paifve). La période d'essai a pour but de préparer « un programme thérapeutique ambulatoire ou résidentiel » (art. 21, § 2, 3°), en ce compris la libération à l'essai.

candidature, en ce compris les critères relatifs à la situation du patient interné qui candidate, afin d'anticiper le travail qu'il sera possible d'accomplir auprès du futur patient en prévision de sa réinsertion. Les capacités d'autonomie du patient forment le critère principal. L'enquête met également au jour que le travail d'évaluation des candidatures est pris dans un contexte social qui pèse sur les pratiques des professionnels, en raison des politiques d'internement qui insistent sur l'impératif de vider les annexes psychiatriques des prisons et, par conséquent, d'assurer un trajet de soins aussi dynamique et fluide que possible. Partant, la thèse conclut que les professionnels des UPML ne disposent pas d'une très grande marge de manœuvre dans l'évaluation des candidatures pour un séjour au sein de l'unité.

iv. L'évaluation du niveau de risque/de sécurité pour faciliter la transition des personnes internées vers des lieux de soins médico-légaux

Les données sur la mauvaise répartition des places en hébergement résidentiel peuvent être obtenues via des études sur les niveaux de sécurité. Bien que des outils d'évaluation structurés comme le HoNOS-secure et le DUNDRUM-1 aient été conçus pour classer les niveaux de sécurité de manière systématique, ils ne sont pas encore généralisés dans le cadre des décisions judiciaires (Jeandarme *et al*., 2019 ; Jeandarme, Habets, 2019). Le DUNDRUM-1 est toutefois déjà utilisé de façon probante en Flandre. Sur la base des résultats observés, le SPF Santé publique a décidé de l'implémenter dans le parcours de soins des personnes internées en Flandre. L'objectif est de mieux cerner les besoins en sécurité dès le début du traitement, de faciliter la transition entre structures, d'améliorer l'affectation correcte des soins et d'éviter les retours en arrière. Il convient aussi de noter que le DUNDRUM est un outil relativement récent, dont l'implémentation dans le champ médico-légal se fait progressivement. Une étude sur l'implémentation de son usage en Flandre a récemment été finalisée (Pouls *et al*., 2025).

Des recherches utilisant le DUNDRUM-1 ont mis en lumière un écart entre les besoins réels en sécurité établis par le DUNDRUM-1 et les niveaux de sécurité déterminés en pratique par la CPS. Dans un nombre significatif de cas (45,5 %), le tribunal a référé des personnes internées à un niveau de sécurité plus élevé que ce que les critères objectifs du DUNDRUM indiquaient. Par exemple, seulement 19 % des orientations vers un CPL étaient correctement évaluées selon le DUNDRUM-1 ; selon l'instrument, la majorité (61,5 %) aurait pu être traitée en sécurité moyenne, et 19 % à un niveau plus faible. Le constat inverse est également observé, mais dans une moindre mesure : dans neuf cas, les tribunaux ont proposé des soins ambulatoires alors que le DUNDRUM-1 indiquait des besoins en termes de sécurité plus élevés. La même étude montre que les décisions de placement dans une structure *high security* ne sont pas uniquement basées sur les besoins en sécurité, mais aussi sur d'autres facteurs comme l'absence de droit de séjour en Belgique ou le refus d'une personne internée par une structure de niveau de sécurité inférieur (Jeandarme *et al.,* 2019).

Les conséquences d'une mauvaise estimation du niveau de sécurité peuvent être importantes. Une personne traitée dans un niveau trop élevé court un plus grand risque de ne pas achever son traitement (et donc d'être renvoyée en détention), ce qui contribue à la surpopulation carcérale des personnes internées et entrave une affectation efficace des soins (Jeandarme *et al*., 2021).

Les institutions de sécurité moyenne semblent souvent assumer le rôle de services généraux accueillant des profils de sécurité très divers, allant de faible à élevé (voir *supra*, le cas des UPML). Ce décalage dans les niveaux de sécurité montre qu'il existe des goulets d'étranglement structurels dans

le parcours de soins des personnes internées, déjà identifiés comme problématiques par Seynnaeve *et al*. (2023).

v. Les services ambulatoires médico-légaux

Il existe peu de recherches évaluant spécifiquement les services ambulatoires médico-légaux en Belgique. Deux études de Marquant *et al*. (2018 ; 2024) ont examiné l'efficacité du traitement communautaire *assertive* médico-légal (ForACT) dans le cadre d'un continuum de soins pour les personnes internées.

L'étude de 2018 évaluait rétrospectivement les résultats de 70 hommes internés bénéficiant du ForACT après une prise en charge en milieu résidentiel médico-légal, comparés à un groupe témoin de 56 personnes internées ayant reçu des soins ambulatoires classiques après leur libération de prison. Les personnes suivies par le ForACT présentaient des taux significativement plus faibles de récidive et de détention (moins de nouvelles arrestations et incarcérations). Toutefois, les hospitalisations restaient relativement fréquentes, témoignant de défis persistants lors de la réinsertion sociale. En outre, la composition du groupe témoin (bénéficiaires de soins ambulatoires classiques après une sortie de prison) pourrait avoir influencé les résultats ; idéalement, le groupe témoin aurait aussi dû être issu du milieu résidentiel médico-légal afin de comparer précisément les effets du ForACT par rapport aux soins ambulatoires classiques.

L'étude de 2024 portait sur le projet pilote FENIX+, une alternative communautaire en cas de rechute dans l'usage de substances. Sur 12 mois, 24 patients ont été suivis. Au total, 77 rechutes ont été enregistrées chez 20 patients ; dans 69 % des cas (n = 53), une intervention thérapeutique de cinq jours a été proposée. Parmi ces 53 trajectoires, 46 ont été menées à terme avec succès, et seulement sept ont abouti à une hospitalisation. Cela signifie que dans 87 % des cas où les patients ont entamé le programme de cinq jours, une hospitalisation a pu être évitée. Il faut toutefois noter que le taux de rechute en usage de substances restait élevé. Ces deux études suggèrent des effets potentiellement positifs des soins ambulatoires médico-légaux sur la récidive et la réinsertion sociale. Néanmoins, les données précises sur l'admission, les listes d'attente et les sorties de ces services font défaut dans la littérature.

vi. Recours à la surveillance électronique

La modalité de la surveillance électronique est très rarement utilisée (Seynnaeve *et al*., 2023). En 2017, pour 1.938 libérations à l'essai (LE), on dénombre deux mesures de surveillance électronique (Seynnaeve *et al*., 2018).

Au sein des établissements pénitentiaires, il existe des chiffres publiés par la DGEPI (2023). Si l'on compare le nombre de personnes internées libérées à partir de la prison (422) avec celles libérées en étant placées sous SE après une période de détention (8), on pourrait en déduire que la surveillance électronique est une modalité peu appliquée[148].

[148] Voir le rapport de la DGEPI, 2023, pp. 14-15, disponible ici : EPI_Chiffres annuels 2023_FR.pdf

Par ailleurs, les maisons de justice publient également des chiffres quant au nombre de personnes internées sous surveillance électronique. Par exemple, en 2023, on compte deux nouvelles activations de SE pour des personnes internées en Belgique francophone[149] et six en Flandre[150]. Les maisons de justice publient également des informations sur la durée de la SE pour les personnes internées, avec des comparaisons possibles quant à la durée de la SE pour d'autres justiciables (personnes condamnées ou personnes prévenues). En 2022 par exemple, pour les trois SE de personnes internées qui ont été clôturées cette année-là, deux ont eu une durée de 1 à 3 mois et une, une durée de 9 à 12 mois (données de la Communauté française).

Il n'existe pas ou peu d'études[151] sur la pertinence de ce dispositif de contrôle pour des personnes internées et sur sa faisabilité, car la SE suppose une résidence fixe, un auto-contrôle de la personne faisant l'objet de la technologie de surveillance et un entourage assurant sa prise en charge puisqu'elle n'est pas autorisée à sortir (ou elle ne l'est que durant des laps de temps réduits et strictement balisés).

Synthèse de l'hypothèse 5

- L'internement resterait marqué par son ancrage institutionnel : les personnes internées sont amenées à intégrer différentes institutions dont le niveau de sécurité décroit au fur et à mesure de l'avancement dans le TSI.
- Pour certains lieux résidentiels et ambulatoires (par exemple, les UPML en Belgique francophone), des données existent sur les processus et critères d'admission. D'autres recherches sont toutefois nécessaires pour comprendre ces processus au sein des autres lieux d'internement.
- Très peu d'études en Belgique portent sur les services ambulatoires médico-légaux.
- Des études montrent que des personnes internées résident régulièrement dans des niveaux de sécurité trop élevés ou trop faibles par rapport à leurs besoins réels. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si cela se fait au détriment des soins ambulatoires – aucune recherche n'a jusqu'ici confirmé ou infirmé cette hypothèse. Ces problèmes structurels soulignent la nécessité d'une politique de soins médico-légaux plus intégrée, garantissant une meilleure fluidité au sein des différents niveaux de soins ainsi qu'entre eux.
- La surveillance électronique, qui permettrait une exécution de l'internement *hors les murs*, est rarement mobilisée ; il manque des études sur la pertinence et la faisabilité de ce mode de surveillance pour les personnes internées, de même que sur les raisons de nature à expliquer le faible usage de la mesure pour ce public.

[149] Voir Nombre de nouvelles activations par la Direction de la Surveillance Électronique et durée effective de la mesure - Chiffres Clés
[150] Voir Elektronisch toezicht | Vlaanderen.be
[151] Un mémoire d'étudiante traite néanmoins de la surveillance électronique comme modalité d'exécution de l'internement : Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "La surveillance électronique comme modalité d'exécution de l'internement : une recherche qualitative auprès de professionnels du milieu sur son adaptabilité aux internés."[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture

Hypothèse 6. Augmentation du nombre de places (lits) au sein des structures pour personnes internées (effet d'aspiration ; offre et demande)

Lors de la table ronde du 21 octobre 2022, le ministre de la Justice a mis en avant qu'il était possible qu'un effet d'aspiration ait lieu en raison de l'augmentation de l'offre de soins médico-légale pour les personnes internées. La hausse de la capacité de l'offre de soins prévue pour les personnes internées (en termes de lits disponibles dans le secteur médico-légal) et ce, surtout en Flandre, a pu engendrer une tendance à avoir davantage recours à la mesure d'internement qu'auparavant dans le but de « remplir » les lits de ces institutions ou simplement parce qu'ils existent. Autrement dit, l'offre (de soins) stimule une demande, qui ne cesserait d'augmenter. L'hypothèse est également formulée dans la littérature scientifique sur l'internement[152].

- Dispose-t-on de données qui pourraient expliquer et objectiver un possible effet d'aspiration ?

Ces dernières années, l'offre de soins extra-pénitentiaires pour les personnes internées a considérablement augmenté grâce à divers initiatives des pouvoirs publics. On peut facilement objectiver la hausse du nombre de « lits internés » depuis ces dernières années (on pense par exemple à la mise sur pied des deux CPL en Flandre ou encore de la nouvelle « unité de soins intensifs psychiatriques » (USIP) au Centre hospitalier Jean Titeca à Bruxelles en 2021), notamment sur la base de la cartographie réalisée au début de la recherche qui fait état du nombre de lits disponibles.

On observe également que le nombre de personnes internées en Belgique a fortement augmenté en peu de temps, ce qui a un impact considérable sur la possibilité de mettre en place des trajectoires de soins (Nederlandt *et al*., 2023 ; Seynnaeve *et al*., 2023). À différents niveaux, cela entraîne des points de blocage, et les personnes internées ne peuvent pas toujours être orientées (dans un délai raisonnable) vers le lieu de prise en charge souhaité (Habets *et al*., 2022).

Des acteurs de terrain souhaitent davantage de structures de prise en charge et de lits (Habets *et al.,* 2022). Les exemples évoqués lors des focus groupes étaient les suivants : créer davantage de lits médico-légaux pour les doubles diagnostics, investir davantage dans le logement social et les appartements supervisés au sein des hôpitaux pour permettre la transition, créer une structure intermédiaire entre les niveaux de sécurité élevée et moyenne afin de soulager les CPL, ainsi que développer des établissements de séjour longue durée. Les experts ne parlaient pas d'un effet d'aspiration, mais plutôt d'un engorgement dû à des possibilités de circulation limitées.

Toutefois, si un possible phénomène d'aspiration lié à cette augmentation de l'offre de soins pour les personnes internées n'est pas à exclure, cela reste difficile à vérifier et à mesurer. Aucune étude n'examine spécifiquement un tel effet d'aspiration, ni n'indique que cela pourrait en être une cause possible. Unia (2023) en fait toutefois mention et renvoie à une différence notable dans l'octroi de la libération définitive entre les deux régions du pays, à savoir qu'il existerait un nombre plus élevé en Wallonie. Le gouvernement fédéral a expliqué cette différence par la proportion plus importante de personnes internées qui, du côté francophone, résident dans le réseau de soins régulier. Selon les auteurs de l'étude, l'offre plus grande de soins spécialisés (médico-légaux) dans la partie

[152] Voir par exemple, la contribution de Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1030 : « On constate que la capacité extra-pénitentiaire pour accueillir des internés placés (512 places du côté néerlandophone contre 402 places pour les francophones) ou en libération à l'essai (739 du côté néerlandophone contre 333 places pour les francophones) est plus importante en Flandre. La question se pose de savoir si cette capacité plus importante joue un rôle dans le recours accru à l'internement en Flandre, ce qui mériterait d'être investigué. »

néerlandophone du pays pourrait avoir pour effet secondaire que moins de personnes internées soient prises en charge par les structures de soins classiques, ce qui a un impact sur leurs chances de réinsertion. Autrement dit, en Flandre, les personnes internées resteraient dans le système parce qu'elles seraient davantage prises en charge par le circuit des soins psychiatriques spécialisés (médico-légaux), au sein duquel elles bénéficieraient de soins qu'elles ne recevraient pas ailleurs. En Wallonie, elles sont déjà prises en charge par le réseau de soins réguliers, de sorte qu'il ne serait pas pertinent de les maintenir dans le circuit des soins psychiatriques médico-légaux.

Une analogie pourrait cependant être faite avec d'autres terrains dans le domaine carcéral notamment, où une augmentation de la capacité carcérale irait de pair avec l'augmentation du nombre de personnes incarcérées (Mary, 2021, p. 177). L'enquête ethnographique de Julie de Dardel sur le système carcéral colombien (2016, p. 45-46) souligne aussi que même si l'on augmente l'offre de nouvelles places de prison dans un objectif de lutte contre la surpopulation carcérale, l'expansion de la punitivité pénale engendre une augmentation de la population de détenus telle que l'offre ne parvient pas à satisfaire la demande[153].

Synthèse de l'hypothèse 6 :

- L'offre de soins médico-légale pour les personnes internées a considérablement augmenté ces dernières années. Cependant, que l'offre de soins pour les personnes internée ait eu un impact sur le recours à l'internement reste difficile à mesurer.
- L'analogie avec d'autres terrains (la prison, par exemple) suggère qu'*a minima* un lien de corrélation existe entre l'offre carcérale et la demande ; autrement dit, l'augmentation des places en prison engendrerait une augmentation de la population concernée (les personnes détenues). Des recherches sont toutefois nécessaires pour mesurer cet effet dans le champ de l'internement.

[153] Voir aussi, pour un questionnement sur la situation en Belgique : Maes, Beyens, 2024 et les actes du colloque du 24 novembre 2023 par le CCSP, p. 10 ; et pour le cas de la France, le rapport de l'OIP, 2023, p. 4.

Hypothèse 7. Augmentation du refus de la libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise

Les personnes internées sans droit de séjour n'évoluent pas suffisamment vers un contexte de prise en charge (en Belgique) et restent parfois des années en prison (ou dans les lieux de placement de la DGEPI). Le législateur a prévu un dispositif spécifique à leur égard, à savoir l'octroi d'une libération anticipée (LAE) en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise (art. 28). Pour la mise en liberté provisoire en vue de l'éloignement du territoire, cela implique pour la personne internée l'obligation de quitter effectivement la Belgique et de ne pas y revenir pendant le délai d'épreuve sans être en règle avec la législation et la réglementation relative à l'accès au territoire, au séjour ou à l'établissement dans le Royaume et sans l'autorisation préalable de la chambre de protection sociale (art. 36, 4°). La modalité suppose toutefois qu'une décision définitive a été prononcée quant à l'absence d'un droit de séjour pour la personne internée, qu'elle est mise à la disposition d'une juridiction étrangère ou qu'elle a exprimé sa volonté de quitter le pays. Lors des tables rondes, il a été mis en avant que cette modalité ne serait pas suffisamment mobilisée ou qu'elle serait plus souvent refusée qu'avant. Le programme « special needs », mis sur pied par l'Office des étrangers et qui vise à fournir aux personnes vulnérables rapatriées dans leur pays d'origine respectif le suivi médical nécessaire pendant une durée d'an maximum, serait, lui aussi, trop peu utilisé.

- Dispose-t-on de données quant au nombre de personnes (internées) sans droit de séjour dans un contexte pénitentiaire ?
- Dispose-t-on de données quant au nombre de LAE octroyées par an ? Si oui, ces données permettent-elles d'analyser l'évolution du recours à cette modalité et les délais pour son obtention et le cas échant, le pourcentage de refus au fil du temps ?
- Dispose-t-on de données quant aux raisons du refus d'octroyer une LAE ? Par exemple, serait-ce dû à la non-reprise de la personne par le pays d'origine ?
- Dispose-t-on de données quant au nombre de dossiers « special needs » et le nombre de personnes internées ayant bénéficié de ce programme ?

i. Le nombre de personnes internées sans droit de séjour et/ou ayant bénéficié d'une libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise

Les coordinateurs.trices justice (CSEI) disposent de données sur les personnes internées sans droit de séjour, même si celles-ci sont rarement rendues publiques. Selon les chiffres diffusés lors de la table ronde du 21 octobre 2022, on comptait, au début de l'année 2022, 145 personnes internées sans droit de séjour au sein des annexes psychiatriques des prisons et des lieux de placement[154] sur une population totale de 3.933 personnes internées (soit 3,6 %) et 67 personnes internées ayant bénéficié d'une libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise (soit 1,7 % ; 67/3.933).

[154] Ces chiffres sont issus de la base de données SIDIS Suite et des données des établissements hautement sécurisés. Les coordinateurs.trices « justice » précisent que parmi les 145 personnes concernées, 10 autres personnes internées sans droit de séjour étaient en « fugue » au moment de la récolte des données. En outre, parmi les 145 personnes internées sans droit de séjour, une personne aurait alors été résidente à l'hôpital au sein d'une UPML (Vandennieuwenhuysen *et al.*, 2023, p. 2). Bien que nous n'ayons pas toutes les informations liées à la situation de cette personne, il semble possible, selon certaines conditions, qu'une personne sans droit de séjour et sans accès à la sécurité sociale puisse être prise en charge à l'hôpital.

A notre connaissance, aucune donnée ne permet d'analyser les délais relatifs au processus d'octroi de la libération anticipée (LAE) en vue d'un éloignement du territoire ou en vue d'une remise[155].

ii. Les difficultés liées à l'absence de droit de séjour pour les personnes internées

La question des personnes internées sans droit de séjour est un thème qui, ces dernières années, a gagné du terrain dans la littérature scientifique sur l'internement (Jeandarme *et al.,* 2020 ; 2022 ; Macq, 2022 ; Vandennieuwenhuysen *et al.*, 2023 ; Van den Ameele *et al*., 2023 ; Beernaerts *et al.*, 2024). Les chercheurs mettent l'accent sur les difficultés spécifiques rencontrées par cette population bien particulière, notamment car l'octroi de la modalité implique que les personnes concernées soient prises en charge dans leur pays d'origine, ce qui, en pratique, est parfois difficile à mettre en œuvre pour certains pays (Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1033).

Bien que le nombre de personnes internées sans droit de séjour semble relativement limité, ce groupe constitue un défi structurel en termes de prise en charge en psychiatrie légale. L'absence de perspective d'une réinsertion sociale future apparaît comme une problématique récurrente. Comme le décrivent Van den Ameele *et al.* (2023) et Jeandarme *et al.* (2020), ces personnes appartiennent à des catégories pour lesquelles les possibilités de transition sont souvent inexistantes, notamment en raison de la difficulté à trouver un cadre adéquat dans leur pays d'origine. Le droit à une perspective de réinsertion dans la société, tel qu'inscrit à l'article 2 de la loi relative à l'internement, n'est donc pas garanti pour ce groupe de personnes internées.

Une recherche qualitative, conjointement menée par des chercheuses de l'*Universiteit Antwerpen*, de l'UCLouvain, de la *Vrije Universiteit Brussels* et l'*Universiteit Gent*, s'est intéressée aux processus décisionnels des magistrats des CPS du pays et aux défis rencontrés lorsqu'ils sont confrontés à des personnes internées sans droit de séjour (Vandennieuwenhuysen *et al.*, 2023). L'enquête a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs avec 5 président.es de CPS (francophones et néerlandophones) et un procureur du Roi. Les résultats témoignent d'une problématique « préoccupante » et confirment qu'au lieu d'être expulsées, la plupart des personnes internées sans droit de séjour restent « bloquées » en prison ou au sein de lieux hautement sécurisés. Toutes les personnes interrogées ont évoqué des « obstacles », le fait d'être « bloquées » et des « situations inhumaines » (Vandennieuwenhuysen *et al*., 2023, p. 5, notre traduction). Il a été mentionné que, souvent, ni un retour vers le pays d'origine ni une libération à l'essai ne sont pratiquement possibles en Belgique. La recherche souligne également que les personnes concernées, à défaut d'obtenir une LAE, peuvent demander à bénéficier d'une autre modalité (comme la LE ou la SE), mais que ceci reste purement « théorique », en raison de l'absence d'une adresse de domicile[156] et/ou d'un proche capable de les aider et de les soutenir financièrement, d'une barrière liée à la langue et d'un non-accès à la sécurité sociale (*Ibid*., 2023, p. 5-6). Les personnes internées sans droit de séjour sont dès lors *de facto* souvent condamnées à devoir rester enfermées sans réelles perspectives de libération. Et même si elles peuvent légalement se voir octroyer une libération à l'essai en Belgique, en l'absence de titre de séjour, elles ne peuvent pas bénéficier de la sécurité sociale, ce qui s'avère être un obstacle majeur à la

[155] Les données enregistrées par la base de données Sidis Suite devraient permettre de réaliser ce type d'analyse (voir point 6.1.2.).

[156] Toute personne internée souhaitant bénéficier d'une modalité de libération est tenue de disposer d'une résidence fixe, mais cette condition est plus difficile à satisfaire pour des personnes sans titre de séjour. Cette exigence vaut tant pour les permissions de sortie, les congés, les détentions limitées, la surveillance électronique, la libération à l'essai ou la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise (art. 36, 2°).

poursuite effective d'une libération à l'essai au sein de lieux de soins de santé mentale (à l'hôpital au sein d'UPML, en MSP, en IHP *etc*.). Elles sont en effet largement dans l'impossibilité de financer ce type de prise en charge[157].

iii. La situation au sein des centres de psychiatre légale (CPL)

Pour diverses raisons liées à leur statut de séjour, des personnes sans droit de séjour se retrouvent bloquées dans les centres de psychiatrie légale (CPL) ou des établissements pénitentiaires, avec peu de perspectives de libération. C'était l'une des raisons pour lesquelles des personnes internées séjournent dans des établissements à un niveau de sécurité trop élevé (Jeandarme *et al.,* 2019a).

Des chiffres sont disponibles sur demande quant au nombre de personnes internées sans droit de séjour qui se trouvent au sein des CPL de Gand et d'Anvers (2019-2023)[158]. Dans les centres de psychiatrie légale (CPL), un aperçu interne des personnes en situation irrégulière est réalisé chaque année. Il y a quelques années, cette catégorie représentait 4,1 % de l'ensemble de la population des CPL, soit 27 patients (Jeandarme *et al*., 2022, p. 5).

iv. Le programme « special needs » prévu par l'Office des étrangers

L'Office des étrangers (OE) a communiqué des informations précieuses[159] quant au recours au programme « special needs ». Pour bénéficier de ce programme, qui est facultatif car l'OE n'est pas en mesure d'imposer une assistance médicale aux personnes, ni d'organiser un suivi médical dans un contexte fermé et/ou sécurisé, les personnes internées concernées doivent être sans droit de séjour et présenter un faible niveau de risque de violence et de récidive et ne doivent pas être dans la nécessité d'un suivi supervisé[160], [161]. Dès qu'un projet d'aide à la réintégration se dessine, il est soumis au service psychosocial de la prison qui l'évalue et le soumet ensuite à la CPS, qui pourra prononcer une décision de LAE. Dans l'attente que la libération anticipée ait lieu, les personnes concernées attendent en prison avant d'être rapatriées. Des données quant au nombre de procédures « special needs » pour les personnes internées sont disponibles auprès de l'OE sur demande, à partir de l'année 2020. Par exemple, depuis le 1er janvier 2020, l'OE a entamé des procédures « special needs » dans 82 dossiers de personnes internées. En 2023, 8 personnes internées ont été rapatriées avec le support du programme « special needs ». Pour l'année 2024, à la date du 31 octobre 2024, 8 personnes internées ont aussi été rapatriées avec le support de ce programme. Et toujours à la date du 31 octobre 2024,

[157] La littérature fait état de très rares cas où les CPS, face à cet enjeu et au nom du respect des droits fondamentaux, ont décidé d'octroyer une libération définitive (LD) à des personnes internées sans droit de séjour (Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1034). Dès lors, on peut formuler l'hypothèse qu'il ne serait mis que peu ou pas fin à une décision d'internement pour ce public spécifique des personnes internées sans titres de séjour (voir l'hypothèse 10 et voir également deux articles de la *Revue de droit pénal et de criminologie*, 2023/7-8, pp. 846-849 et 2022/6, p. 698, tous deux cités dans Nederlandt *et al.*, 2023, p. 1034).

[158] Voir la question parlementaire (référencée 55-2-001987) de Madame Marijke Dillen concernant les patients sans droit de séjour dans les CPL d'Anvers et de Gand, adressée le 17 juillet 2023. Le CPL d'Anvers comptait 11 personnes internées sans droit de séjour en 2019, 11 en 2020, 11 en 2021, 12 en 2022 et 14 en 2023 et le CPL de Gand comptait 9 personnes internées sans droit de séjour en 2019, 9 en 2020, 10 en 2021, 9 en 2022 et 6 en 2023. Les cinq années présentent donc des chiffres relativement stables.

[159] Nous avons officiellement contacté l'OE le 27 août 2024 et avons reçu une réponse quant au recours au programme « special needs » le 5 novembre 2024.

[160] On peut dès lors se demander quel dispositif est mis en place pour les personnes internées sans titre de séjour qui ne désireraient pas participer au programme « special needs » ou qui ne rempliraient pas les conditions.

[161] La situation des « special needs » s'avère en pratique plus complexe.

24 dossiers internement restent encore sans « solution ». Il n'existe pas de chiffres pour les années précédentes, soit antérieures à 2020. Ces données pourraient être davantage exploitées, notamment quant au délai d'attente en prison avant un rapatriement.

Synthèse de l'hypothèse 7 :

- Des données existent quant au nombre de personnes internées sans droit de séjour et/ou qui ont bénéficié d'une LAE, ainsi que sur le nombre de personnes internées sans droit de séjour qui sont placées au sein des deux CPL en Flandre (Gand et Anvers). Ces données ne sont cependant pas toujours rendues publiques ou sont seulement accessibles sur demande.
- La littérature dans le domaine traite principalement des difficultés et des défis que pose ce groupe particulier de personnes internées, l'absence de perspectives en termes de réinsertion étant un des enjeux majeurs.
- Les données transmises par l'OE (sur demande) indiquent que le programme « special needs » est utilisé, *a minima* depuis l'année 2020. Ces chiffres gagneraient à être exploités afin de mener des recherches plus approfondies.
- Avec les données disponibles, nous ne pouvons pas avancer qu'il y ait une augmentation des refus de libération anticipée dans le but d'éloigner les personnes du territoire.

Hypothèse 8. Diminution de l'octroi de la libération à l'essai et/ou augmentation du délai avant l'octroi

La libération à l'essai (LE) serait moins souvent octroyée par les CPS et/ou le délai avant l'octroi d'une libération à l'essai serait plus long qu'avant[162]. Il ressort des tables rondes que l'offre régulière tout comme l'offre médico-légale de soins de santé mentale seraient insuffisantes pour le nombre de personnes internées susceptibles de faire la demande d'une LE. Ceci engendrerait une « stagnation » des personnes internées au sein des lieux pénitentiaires et/ou de placement et entraverait, dès lors, la bonne exécution de la libération à l'essai et la poursuite du TSI. En particulier, à l'occasion de la table ronde du 15 juin 2023, les coordinateurs.trices justice CSEI ont souligné que les LE seraient davantage émises à partir des lieux gérés par la DGEPI (annexe, SDS, EDS) que par les lieux dits « extra-pénitentiaires » (HPS et CPL). En conséquence, ces derniers feraient l'objet de longues listes d'attente, n'étant pas en mesure d'assurer un flux continu (d'entrée et de sortie) des personnes internées (voir les hypothèses 3 et 5).

- Dispose-t-on de données sur le nombre d'octroi d'une LE, qui permettrait d'objectiver un moindre recours à la modalité ?
- Dispose-t-on de données pour confirmer ou infirmer l'insuffisance de l'offre de soins de santé mentale réguliers ou médico-légaux pour les personnes internées libérées à l'essai et le fait que la LE serait plus « facilement » octroyée pour des personnes internées qui se trouvent au sein des lieux de la DGEPI ?
- Dispose-t-on d'informations quant aux raisons qui peuvent expliquer un recours plus prudent à la LE ? Les personnes internées resteraient-elles plus longtemps au sein des lieux hautement sécurisés en raison de caractéristiques personnelles (potentiel de dangerosité) ? Ou serait-ce dû à la sévérité des magistrats (effet parapluie, cas médiatisés ; voir l'hypothèse 2.1.) ?
- Dispose-t-on de données sur la durée du placement avant l'octroi d'une LE ?

i. Le nombre de « lits » prévus pour les personnes internées libérées à l'essai

Des données sont disponibles quant au nombre de lits prévus pour les personnes internées libérées à l'essai selon les différents lieux de LE ; ce qui permet d'objectiver l'étendue de l'offre de soins en la matière. Nous avons répertorié le nombre de lits à l'aide de la cartographie réalisée avec Google map[163].

ii. Le nombre de libérations à l'essai octroyées

Les chiffres relatifs à la libération à l'essai (LE) varient en fonction de la base de données (par exemple, celle constituée au sein du CSEI, celle mobilisée dans le cadre du Plan d'action révisé de 2023 ; voir ci-dessous) et du contexte (par exemple, LE lors de la première audience ou LE dans le cadre de l'organisation ultérieure de l'internement). En particulier, les chiffres du Plan d'action révisé de 2023 portent uniquement sur les LE depuis les annexes psychiatriques, via un placement ou sous

[162] L'hypothèse vise ici la libération à l'essai ordonnée ultérieurement, comme modalité d'exécution de la mesure d'internement, c'est-à-dire après qu'un placement ait eu lieu.
[163] La cartographie est disponible ici : Cartographie réalisée dans le cadre du projet "internement" mené à l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) (1er janvier 2024 - 30 juin 2025). Voir également les informations reprises sur les site www.internement.be et www.netwerkeninternering.be.

surveillance électronique, ce qui peut en partie expliquer les totaux plus faibles par rapport à d'autres sources.

Selon les chiffres du Plan d'action révisé de 2023, on compte par exemple 360 LE en 2019 (147 pour les CPS francophones et 213 pour les CPS néerlandophones) contre 330 en 2022 (132 pour les CPS francophones et 198 pour les CPS néerlandophones) (Plan d'action révisé – exécution des arrêts de la CrEDH, 2023, p. 34). Ces chiffres montrent une tendance relativement stable.

Les chiffres dont disposent les coordinateurs.trices justice (CSEI) sont basés sur les dossiers des CPS ; ils permettent de donner un éclairage sur le nombre de LE octroyées par les CPS tant lors de la première audience qu'ultérieurement. En 2021 par exemple, pour les CPS francophones, avaient été comptabilisées 78 LE octroyées lors de la première audience de la CPS et 144 LE octroyées ultérieurement, soit 222 au total. Pour les CPS néerlandophones, l'ensemble des LE s'élevait alors à 328 : 107 octroyées lors de la première audience et 221 lors d'une audience ultérieure. La tendance resterait stable, comparativement aux données de 2019 et 2020[164]. Ces données doivent cependant être appréciées à la lumière du contexte marqué par une augmentation du nombre de personnes internées : si le nombre de LE octroyée est équivalent d'années en années alors que la population de personnes internées augmente, ceci pourrait indiquer une diminution (du taux) d'octroi d'une LE. Ces chiffres, rarement rendus publics, ne permettent toutefois pas d'évaluer la situation sur un plus long terme (sur une durée de 10 ans, par exemple) car les données des décisions des CPS ne sont encodées que depuis 2018-2019. Cette vision sur un plus long terme des LE est toutefois possible grâce aux données des maisons de justice.

En effet, les maisons de justice étant chargées de suivre toutes les libérations à l'essai octroyées, leurs données chiffrées permettent également d'en dresser une cartographie (voir infra, point iv). L'administration pénitentiaire communique également des données annuelles sur la population incarcérée et en particulier, sur la libération des personnes détenues internées. Le rapport relatif aux chiffres annuels de l'année 2023 montre ainsi que le nombre de libérations à l'essai d'une personne internée a varié, entre 2013 et 2023, de 367 (minimum) à 715 (maximum). Ce nombre conséquent de libérations, observé en 2015, est sans doute dû à l'ouverture du centre de psychiatrie légale (CPL) de Gand en novembre 2014[165].

Les conclusions de Seynnaeve *et al*. (2023) mettent également en évidence des différences entre les décisions des CPS néerlandophones et francophones. Par exemple, en ce qui concerne le lieu et/ou la modalité d'exécution de la libération à l'essai, les CPS francophones accorderaient plus souvent la libération à l'essai dans le cadre de trajectoires ambulatoires que les CPS néerlandophones. Cette observation suggère qu'il pourrait exister des différences régionales dans les pratiques d'évaluation

[164] Pour plus de détails sur la situation en Flandres, l'article de Seynnaeve *et al.* (2023) rapporte les chiffres de libérations à l'essai (LE) dans le cadre de la première audience : 71 LE en 2019, 87 en 2020, 107 en 2021 et 117 en 2022. Dans les audiences ultérieures, on comptait 205 LE en 2019, 199 en 2020, 221 en 2021 et 198 en 2022. Il semble donc, à première vue, qu'il y ait une augmentation ou du moins une fluctuation du nombre de LE entre 2019 et 2022. Cependant, Seynnaeve et ses collègues (2023) soulignent que cela représente proportionnellement un groupe de plus en plus restreint par rapport à la population totale croissante des personnes internées.

[165] Chiffres annuels Établissements pénitentiaires 2023, p.16. Voir : justice.belgium.be/sites/default/files/downloads/EPI_Chiffres annuels 2023_FR.pdf

et les visions politiques, ce qui pourrait faire l'objet de recherches complémentaires dans le futur (notamment pour comparer l'égalité d'accès aux opportunités de réinsertion).

L'hypothèse d'une diminution des libérations à l'essai doit être envisagée avec prudence. Toutefois, les chiffres doivent également être analysés en lien avec l'évolution du paysage de l'offre de soins. On ne dispose pas de données relatives aux lieux de placement extra-pénitentiaires (HPS, CPL[166]) afin de pouvoir confirmer ou infirmer que la LE serait plus souvent octroyée pour des personnes internées qui se trouvent au sein des lieux de la DGEPI.

iii. Les logiques de justification des magistrats pour l'octroi d'une libération à l'essai

D'un point de vue qualitatif, en ce qui concerne les décisions d'octroyer une LE, il n'existe, à notre connaissance, aucune recherche empirique qui rend compte de la façon dont les magistrats des CPS évaluent la pertinence d'une LE, ni sur la base de quels critères ils justifient l'octroi, le rejet ou le prolongement de cette modalité.

En amont, il n'existe pas non plus, à notre connaissance, de travaux menés sur les éventuels rapports établis par les assistants de justice à la suite d'une demande d'enquête sociale ou sur la position adoptée par le ministère public lors des audiences de la CPS devant statuer sur la libération à l'essai.

iv. L'exécution de la libération à l'essai : les bases de données des maisons de justice

Une fois la personne internée libérée à l'essai, elle est suivie par un assistant de justice. Les décisions de LE ainsi que la date du début de la LE sont enregistrées dans les bases de données des maisons de justice (MJ), à partir du moment où celles-ci sont responsables du suivi de la personne internée. Ces bases de données[167] donnent donc des informations sur le nombre de mandats de libération à l'essai dont le suivi est confié aux MJ.

Depuis la communautarisation des maisons de justice en 2015, les sites internet des Communautés livrent certaines données chiffrées relatives à la prise en charge des personnes internées par les MJ. Pour la Communauté française, on y observe, par exemple, que le nombre de personnes internées libérées à l'essai a connu quelques variations mais reste globalement stable, autour de 200-215 nouveaux mandats annuels de libération à l'essai entre 2015 et 2023, avec néanmoins un pic à 245 nouveaux mandats en 2017 et une diminution à 178 mandats en 2020 (crise du covid)[168].

Les bases de données des MJ contiennent par ailleurs davantage de données que celles rendues publiques ; elles pourraient être utilement exploitées dans le cadre de futures recherches. Elles ont trait tant aux décisions de justice qui cadrent la libération à l'essai (avec un enregistrement du type de faits commis, de la durée des mandats, des conditions imposées, des décisions de révocation, *etc*.) qu'aux caractéristiques personnelles des personnes internées (âge, sexe, *etc*.) (voir le point 6.1.4 de ce rapport).

[166] Liés aux CPL (accueillant uniquement des patients placés) et aux lits supplémentaires ouverts dans le cadre de conventions de placement à un niveau de sécurité moins élevé. Aucune donnée chiffrée ne permet de documenter le sujet.
[167] Depuis la communautarisation des maisons de justice, chaque Communauté dispose de bases de données permettant l'enregistrement des informations relatives aux missions qui leur sont confiées.
[168] Pour la Belgique francophone, les chiffres sont disponibles ici : https://statistiques.cfwb.be/maisons-de-justice/activites-des-maisons-de-justice/guidances-suivis-mediations-et-mesures/. Zie voor Vlaanderen: https://www.vlaanderen.be/agentschap-justitie-en-handhaving/cijfers/cijfers-justitiehuizen-2023#begeleidingsopdrachten.

v. Le délai avant l'octroi de la libération à l'essai

A notre connaissance, aucune recherche ne s'est penchée sur l'allongement du délai avant l'octroi de la libération à l'essai. Cependant, les données pénitentiaires pourraient fournir davantage d'éclaircissements à ce sujet (notamment pour les personnes qui sortent de détention ou de détention limitée/surveillance électronique après une période d'incarcération).

Synthèse de l'hypothèse 8 :

- Les données existantes permettent d'objectiver le nombre de « lits » prévus pour les personnes internées libérées à l'essai. Il est donc possible à partir des institutions concernées d'étudier la suffisance/l'insuffisance de cette offre.
- D'autres données permettent également d'objectiver le nombre de LE octroyées par les différentes CPS, bien que les données relatives à l'activité des CPS ne soient pas souvent rendues publiques et ne permettent pas une évaluation de la situation sur le long terme. Toutefois, sur la base des chiffres disponibles (depuis 2019), la tendance en chiffres absolus semble rester relativement stable.
- Les informations récoltées par les maisons de justice pourraient donner un éclairage sur la durée des LE (entre la date d'octroi et la date de libération définitive ou la date d'une éventuelle révocation), le type de conditions légales imposées, les motifs et délais liés aux révocations d'une LE, *etc*. Elles donnent également un aperçu des enquêtes sociales réalisées dans le cadre de l'internement, par exemple pour éclairer la décision de la CPS sur la libération à l'essai.
- A notre connaissance, aucune recherche ne permet cependant d'expliquer les raisons de l'octroi ou d'un refus de LE ou d'une prolongation de LE, ni si le délai avant l'octroi d'une LE aurait tendance à augmenter. Les données pénitentiaires pourraient être (en partie) une source d'informations pertinentes à cet égard.

Hypothèse 9. Augmentation du nombre d'arrestations provisoires ainsi que des suspensions et des révocations de la libération à l'essai et autres modalités d'exécution

Lors des tables rondes, des experts et praticiens en matière d'internement ont souligné qu'en raison de comportements jugés problématiques de la part de personnes internées (comportements observés parfois à plusieurs reprises), lorsqu'elles se trouvent en libération à l'essai dans un contexte de soins en résidentiel (par exemple, au sein d'unités psychiatriques médico-légales ; UPML), l'équipe de l'institution de soins concernée ne se sent plus en mesure de poursuivre la prise en charge et est amenée à interrompre celle-ci. Plus précisément, lors de la table ronde du 15 juin 2023, les représentant.es des maisons de justice ont soulevé ce problème d'absence de solutions structurelles en cas de difficultés rencontrées par une personne internée (et l'équipe qui la prend en charge). S'il existe des lits de crise ainsi que des dispositifs de « time out »[169], ils ne seraient pas ou peu utilisés[170].

Cette situation participerait à l'augmentation du nombre de personnes internées en prison et dans les établissements de la DGEPI car, au vu des longues listes d'attente au sein des lieux d'internement, la personne internée serait alors privée de liberté dans les annexes psychiatriques des prisons, dans un établissement ou une section de défense sociale ou encore dans un centre de psychiatrie légale à la suite d'une procédure d'arrestation provisoire (art 65, §1er). Dans les cas pouvant donner lieu à la révocation d'une modalité précédemment octroyée (art. 59)[171], le procureur du Roi peut en effet ordonner l'arrestation provisoire de la personne internée (art. 65, §1er, al.1). Si celle-ci était en libération à l'essai (LE) et qu'une arrestation provisoire est ordonnée à son égard, la CPS doit se prononcer sur la suspension éventuelle de la modalité, dans les sept jours ouvrables qui suivent l'incarcération de la personne internée (art. 65, §1er, al.3). La décision de la CPS ordonnant la suspension de la modalité est alors valable pour une durée d'un mois (art. 65, §1er, al.4), ce qui peut conduire à une révocation de la libération à l'essai.

- Dispose-t-on de données quant au nombre et à la durée de l'arrestation provisoire avant la décision de la CPS sur la suspension de la modalité ?

- Dispose-t-on de données quant à la durée moyenne des suspensions (en principe, maximum 1 mois) ?

- Dispose-t-on de données pour objectiver le nombre de personnes internées concernées par ces mesures (suspensions et révocations) et qui se trouvent, par exemple, en milieu pénitentiaire à la suite de ces situations ?

- Dispose-t-on de données sur les « time-out » et les lits de crise disponibles et leur usages effectifs ?

[169] Ce dispositif nécessite de pouvoir, dans un laps de temps assez court, héberger dans une unité hospitalière une personne internée venue d'une autre institution de soins, voire de chez elle, le temps d'apaiser et de stabiliser la situation afin d'éviter une crise. Le nombre de lits de crise et de « time out » par cour d'appel est disponible ici : Offre et activité en matière d'internement - Vers une Belgique en bonne santé.

[170] Toutefois, des données semblent indiquer que ces dispositifs sont utilisés, par exemple à l'HPS Les Marronniers, 31% des admissions ont été opérées afin d'éviter des situations de crise dans d'autres institutions.

[171] Par exemple, dans le cas où la personne met gravement en péril son intégrité physique ou psychique ou celle d'un tiers, dans le cas où les conditions légales ne sont pas respectées, ou encore s'il y a des raisons de penser qu'en raison du trouble mental de la personne qui s'est dégradé, la modalité qu'il lui est imposée ne convient plus, *etc*. (art. 59).

- Dispose-t-on d'informations ou de données sur les raisons d'interruption des séjours (arrêt de la prise en charge) dans les lieux de soins résidentiels ? Est-ce lié à l'augmentation de problématiques particulières, qui mettent à mal le cadre d'intervention des institutions médico-légales (par exemple, une problématique d'assuétude), ou à une insuffisance de l'encadrement proposé ? *Etc*.

- Dispose-t-on de données quant à la durée moyenne de la libération à l'essai avant une décision de révocation et quant au pourcentage de personnes internées révoquées dans l'année de leur libération à l'essai ?

i. Le nombre de suspensions et de révocations de la libération à l'essai

Les chiffres dont disposent les coordinateurs.trices justice (CSEI) donnent un éclairage sur le nombre de suspensions et de révocations de la LE : par exemple, les chiffres diffusés lors de la table ronde du 21 octobre 2022 indiquent qu'il y a eu 108 suspensions en 2019, contre 149 suspensions en 2022. A cette occasion, elles présentaient aussi des chiffres concernant des révocations, chiffres qui sont ultérieurement aussi repris dans l'article de Seynnaeve *et al*. (2023). Dans cet article, les auteurs font état d'une légère hausse du nombre de révocations des LE en 2022, après une baisse en 2021 (179 révocations en 2019, 180 en 2020, 168 en 2021 et 201 en 2022). Toutefois, lorsque ces chiffres sont mis en parallèle avec la prévalence (nombre de LE en cours) des LE (1817 en 2019, 1839 en 2020, 1919 en 2021 et 2039 en 2022), on peut avancer que le nombre de révocations de LE a un impact moins important sur la hausse du nombre de personnes internées en détention. Le nombre de LE ne fluctue presque pas.

Si ces données pointent une légère augmentation, elles doivent donc être appréciées à la lumière du contexte marqué par une augmentation du nombre des personnes internées ; il est dès lors possible que la tendance reste stable proportionnellement même si en chiffres absolus, le nombre de personnes internées dont la libération à l'essai est suspendue ou révoquée augmenterait, les personnes concernées étant alors vraisemblablement incarcérées. Ces chiffres, rarement rendus publics, ne permettent toutefois pas d'évaluer la situation sur un plus long terme (sur une durée de 10 ans par exemple ; voir la remarque formulée à ce propos à l'hypothèse 8).

ii. Les révocations de la libération à l'essai : les bases de données des maisons de justice

Les bases de données des maisons de justice (MJ) enregistrent systématiquement les décisions de révocation prises pour les personnes internées suivies en MJ ; ces données pourraient être davantage exploitées[172]. Diverses analyses pourraient être faites à partir de ces données (par exemple, la proportion de révocations pour toutes les libérations à l'essai suivies en MJ afin de pouvoir observer si cette proportion augmente ou diminue au fil du temps, les temporalités relatives à ces décisions de révocation – autrement dit, interviennent-elles en début de libération à l'essai ou après un certain temps ? – *etc*.) (voir le point 6.1.4. de ce rapport).

[172] Attention cependant : la révocation ne concerne pas uniquement la libération à l'essai, mais aussi d'autres modalités comme la surveillance électronique et la détention limitée (art. 59 et art. 60).

iii. Le profil des personnes révoquées et les motifs des révocations

La recherche scientifique est informative au sujet des révocations. Nous citerons quelques exemples. Il est avancé que la révocation de la libération à l'essai engendre des périodes de détention plus longue, ce qui pourrait par ailleurs expliquer un taux bas de récidive chez les personnes internées (Jeandarme *et al.*, 2021). La littérature fait également état du profil des personnes internées révoquées, qui présenteraient des traits de personnalité antisociale ou des problématiques d'assuétude[173] (De Page *et al.*, 2021). La même recherche met également en avant que les personnes qui présentent un comportement violent alors qu'elles se trouvent au sein de lieux de soins résidentiels, risquent de retourner en prison, tandis que si elles sont prises en charge en ambulatoire, elles pourraient réintégrer des lieux de soins résidentiels plus facilement (*Ibid*., 2021). Une autre recherche, plus récente, donne aussi quelques éléments d'informations sur les motifs d'une révocation, soulignant que « le non-respect des conditions, la consommation de substances, la non-compliance au traitement médicamenteux ainsi qu'une décompensation psychiatrique » font partie des motifs principaux d'une réadmission ou révocation (Vinckier *et al.*, 2024, p. 3).

D'après une étude menée par Jeandarme *et al*. (2017c) avant les réformes légales en la matière, les incidents liés à des délits et signalés via la CPS entraînent rarement (4,9 %) une nouvelle condamnation pénale. En revanche, 4 personnes internées sur 10 bénéficiant d'un traitement au sein d'une structure *medium security* ont été réincarcérées au moins une fois en prison. La durée cumulée moyenne de détention était de 1,8 ans (Jeandarme *et al*., 2017c). Une autre étude analysant les réincarcérations après un traitement au sein d'une structure *medium security* a montré que les LE ont été révoquées chez 26 % de la population concernée et qu'elles ont été suivies d'une période de détention moyenne de 1,5 années (Jeandarme *et al*., 2016a). Cela s'est produit significativement plus souvent qu'une condamnation pour récidive (*Ibid*., 2016a).

Bien que ces dernières données ne permettent pas de conclure à une éventuelle augmentation des suspensions/révocations de modalités et bien qu'elles datent d'avant la modification de la loi, elles restent pertinentes car près de la moitié des LE ont été révoquées pendant le traitement au sein d'une structure *medium security*. Il apparait également que dans les CPL (Centres de Psychiatrie Légale), le nombre de renvois vers la prison est resté provisoirement bas (2,4 %) (Jeandarme *et al*., 2022). La différence dans les taux de renvoi entre les établissements *medium security* et les CPL pourrait s'expliquer par des politiques internes différentes, les CPL connaissant moins de situations autorisant un renvoi (Jeandarme *et al*., 2020).

Une recherche doctorale, qui a mobilisé une recherche ethnographique d'un an menée au sein d'UPML *medium security* en Belgique francophone cette fois, montre que malgré l'existence de critères d'admission formels et objectifs, en pratique, les professionnels de ces unités sont parfois amenés à admettre des patients internés libérés à l'essai dont le profil ne correspond pas entièrement au cadre de l'unité (par exemple, sont concernés des patients qui consomment des drogues ou des patients qui présentent des traits de personnalité antisociale qui seraient trop à l'avant plan) (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre ;* voir l'hypothèse 5). Ceci peut, comme le suggère l'hypothèse de départ, engendrer une prise en charge difficile, qui va générer un épuisement professionnel, poussant l'équipe à devoir mettre

[173] Une étude montre que « les patients présentant des facteurs de risque actuariels élevés (évalués par le Violent Risk Appraisal Guide ; VRAG), des traits de personnalité antisociale (mesurés par le Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality, ; CAPP) et des troubles liés à l'abus de substances étaient plus susceptibles d'être révoqués » (De Page *et al*., 2021, p. 298).

fin à l'intervention. Ce faisant, le médecin-psychiatre rédige un rapport pour la CPS, et parfois, l'arrestation du patient jugé problématique est immédiate : la police entre dans l'unité afin de procéder à l'arrestation du patient qui est amené dans une annexe psychiatrique de prison, sa LE étant suspendue.

D'autres recherches à l'échelle nationale sont nécessaires pour rendre compte des critères qui justifient un arrêt d'intervention et, dès lors, une suspension et/ou une révocation de la LE. Il s'agirait par exemple d'analyser si la situation au sein des MSP ou des IHP est comparable à celle d'autres structures de prise en charge comme des structures *medium security*, voire de déterminer dans quelle mesure les lits de crise ou de « time-out » sont effectivement utilisés, à quelle fréquence et par qui.

Synthèse de l'hypothèse 9 :

- Les données existantes – bien que rarement rendues publiques – quant au nombre de suspensions et de révocations semblent indiquer une légère augmentation du recours à ces modalités. Toutefois, en raison du contexte actuel d'augmentation du nombre de personnes internées, il semble que la tendance reste en réalité stable.
- Des données relatives aux révocations des libérations à l'essai sont enregistrées par les maisons de justice et pourraient être exploitées pour de futures recherches afin d'éclairer, par exemple, l'évolution au fil des années du nombre de révocations prononcées pour les personnes internées libérées à l'essai.
- Des recherches scientifiques (néerlandophones et francophones) font état des principaux motifs pouvant mener à une suspension et/ou révocation de la libération à l'essai (problématique d'assuétude, non-respect des conditions, etc.), mais une grande majorité d'entre elles ont été menées avant l'entrée en vigueur du nouveau régime légal de l'internement et gagneraient, dès lors, à être mises à jour et étendues à de plus larges échantillons.
- D'après les données disponibles, on peut prudemment affirmer que l'augmentation du nombre de suspensions de la libération à l'essai et des autres modalités d'exécution de l'internement, ne suffit pas à expliquer la hausse du nombre de personnes internées.

Hypothèse 10. Augmentation du rejet de la libération définitive

La libération définitive (LD) met fin à l'internement et, en principe (mais sous réserve des arrêts de la Cour de Cassation de 2019, voir *infra*, point iii), elle ne peut être octroyée qu'à l'issue du délai d'épreuve de la libération à l'essai qui dure trois ans et qui peut être renouvelée tous les deux ans, pourvu que le trouble mental de la personne soit stabilisé et que le risque de commettre de nouvelles infractions soit considérablement réduit (art 42. et art. 66).

Le ministre de la Justice a déclaré, lors de la table ronde du 21 octobre 2022 que la durée moyenne de l'internement (de la décision d'internement à l'octroi de la libération définitive) aurait doublé et serait de plus en plus longue. Une hypothèse possible concerne la libération définitive (LD ; art. 66), qui serait plus rarement octroyée. Par ailleurs, lorsque la question de la sortie définitive de l'internement a été évoquée lors des deux tables rondes (21 octobre 2022 et 15 juin 2023), il a été mis en avant qu'un certain nombre de personnes internées ne voudraient pas sortir (des institutions) de l'internement.

- Dispose-t-on de données qui pourraient indiquer que la durée de l'internement s'allonge ? Autrement dit, dispose-t-on de données quant à la durée moyenne des mesures d'internement (période s'écoulant entre la décision d'internement et la décision d'octroi d'une libération définitive) au fil du temps (par exemple, ces dix dernières années) ?
- Dispose-t-on de données quant aux personnes internées qui obtiennent une libération définitive avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai, conformément aux arrêts de la Cour de Cassation rendus en 2019[174] ?
- Dispose-t-on d'informations quant aux raisons qui peuvent expliquer un rejet éventuellement plus fréquent des demandes de LD ?
- Dispose-t-on de données quant à la situation et au nombre de personnes internées qui ne voudraient pas sortir des institutions d'internement ?

i. Le nombre de libérations définitives octroyées

D'après les données dont disposent les coordinateurs.trices justice (CSEI), rendues publiques à l'occasion de la table ronde du 21 octobre 2022, le nombre de libérations définitives octroyées serait resté à peu près stable ces dernières années (2019-2021), alors que l'on observait une augmentation des libérations définitives durant la période de transition de la nouvelle loi sur l'internement (2017), avec 518 libérations définitives cette année-là (Seynnaeve *et al.,* 2018 ; 2023). Des recherches récentes montrent qu'il y a un nombre limité de libérations définitives (229 en 2019, 210 en 2020, 240 en 2021 et 217 en 2022) par rapport au nombre de nouvelles personnes internées (Seynnaeve *et al*., 2023). Des différences pourraient également survenir entre les régions linguistiques. Seynnaeve *et al.* (2023) ont rapporté une différence marquante entre les décisions des chambres de protection sociale francophones et néerlandophones. La libération définitive serait davantage octroyée par les chambres

[174] Pour rappel, il arrive que la libération définitive soit accordée avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai ; voy, à ce propos, deux arrêts de la Cour de Cassation (Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RGP.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362) (Derouaux *et al*., 2022).

de protection sociale francophones que néerlandophones[175]. Toutefois, ces chiffres n'expliquent pas pourquoi il y aurait moins de libérations définitives. Ce constat est à mettre en parallèle avec la situation actuelle du nombre de personnes internées qui augmente fortement. Il serait pertinent d'obtenir une vision sur le long terme (par exemple sur les dix années précédentes) afin de pouvoir rendre compte d'une évolution (d'une diminution ou d'une augmentation) de l'octroi de la LD.

ii. Les logiques de justification des magistrats pour l'octroi/le rejet d'une libération définitive

Jeandarme *et al*. (2016) ont mené une étude comparant les patients au sein de structures présentant un niveau moyen de sécurité ayant été libérés sans conditions (n = 69) à ceux encore en traitement et en libération à l'essai (n = 433). Le taux de récidive générale était plus élevé dans le groupe libéré sans conditions ; pour la récidive violente, cette différence était significative. Les personnes internées bénéficiant d'une libération sans conditions étaient cependant plus âgées lors de leur premier délit, avaient moins d'antécédents, des scores PCL-R plus faibles et étaient moins susceptibles d'être diagnostiquées avec un trouble de la personnalité (antisociale). Le processus décisionnel de libération avec ou sans conditions des personnes internées reste largement inconnu.

La littérature en la matière, si elle décrit la procédure d'octroi de la LD, ne permet donc pas d'éclairer les logiques de justification des magistrats qui se prononcent sur l'octroi ou le rejet d'une demande de LD, ni de déterminer le moment (après combien d'années ou à la suite de combien de prolongations de libération à l'essai une demande de LD est-elle octroyée ?), ni la fréquence à laquelle la demande est formulée avant l'obtention de la LD (une LD peut-elle être obtenue dès la première demande ?).

iii. L'octroi d'une libération définitive avant ou à l'issue du délai d'épreuve de la libération à l'essai : les bases de données des maisons de justice

Il est empiriquement difficile d'objectiver le nombre de fois où une LD aurait été accordée avant la fin du délai d'épreuve d'une LE. Pour rappel, depuis deux arrêts de la Cour de Cassation rendus en 2019, il est désormais possible que la libération définitive soit accordée avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai[176].

Une piste serait de mobiliser les bases de données des maisons de justice (MJ). En effet, les statistiques publiques liées aux activités des MJ, disponibles via le site des Communautés[177], indiquent l'évolution du nombre de mandats par type de peines et de mesures ainsi que la durée des guidances : en cas de suivi d'une personne libérée à l'essai, cette base de données enregistre la date de la libération à l'essai, à partir de laquelle la période de 3 ans (renouvelable) pourrait être calculée. Comme les décisions de fin de mandat sont également enregistrées (fin de mandat à la suite d'une libération définitive par exemple), il serait peut-être possible (sous réserve de problèmes éventuels d'enregistrement) d'avoir une estimation du nombre de libérations définitives intervenues avant la fin de la période de libération

[175] Par exemple, pour l'année 2021, on comptait 135 LD sur un total de 348 dossiers (38,8%) pour les CPS FR contre 105 LD sur un total de 544 dossiers (19%) pour les CPS NL. En 2022, les chambres francophones ont accordé la libération définitive à 128 personnes sur un total de 292 dossiers examinés (44 %), tandis que les chambres néerlandophones l'ont accordée à 89 personnes sur 404 dossiers (22 %).
[176] Voir Cass., 9 avril 2019 RG P.19.0273.N, *Pas.*, 2019, n° 223 ; Cass., 11 juin 2019, RGP.19.0524.N, *Pas.*, 2019, n° 362.
[177] Pour la Belgique francophone, les statistiques publiques des MJ sont disponibles ici : https://statistiques.cfwb.be/maisons-de-justice/activites-des-maisons-de-justice/guidances-suivis-mediations-et-mesures/

à l'essai et d'obtenir une indication quant à la durée des libérations à l'essai en amont de l'octroi d'une LD[178] (voir le point 6 de ce rapport).

iv. Les personnes internées qui ne voudraient pas sortir (des institutions) de l'internement

Quant à la situation de personnes internées qui ne voudraient pas sortir de la mesure d'internement ou, à tout le moins, des institutions de l'internement, seules des informations éparses et qui ne sont pas systématiquement enregistrées, semblent disponibles ; ce qui ne permet pas d'objectiver l'ampleur du phénomène et dans quelle mesure celui-ci pourrait impacter le nombre de personnes internées[179]. Peu d'enquêtes se sont en effet penchées sur l'expérience de l'internement telle qu'elle est vécue par les personnes internées. Et parmi celles-ci, c'est plutôt l'expérience négative de la mesure d'internement qui est mise en avant. On relève, par exemple, la recherche-action francophone menée par Yolande Verbist pour l'association Psytoyen – bien que celle-ci ait été menée avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 mai 2014 – qui met en évidence, à partir de récits de vie, le vécu des personnes internées, ou la recherche plus récente et publiée en anglais menée par De Pau *et al.* (2020) qui ont récolté des récits d'expérience de 23 personnes internées à l'aide d'entretiens semi-directifs. Cette recherche souligne la position passive des personnes internées dans le processus décisionnel de l'internement et l'expérience plutôt négative de la mesure, liée notamment à la durée indéterminée de celle-ci. D'autres recherches, empruntant aux mêmes méthodologies, devraient être menées afin de rendre compte des (rares) cas où des personnes internées ne voudraient pas sortir de l'internement.

Synthèse de l'hypothèse 10 :

- Les données existantes permettent d'éclairer le nombre de LD octroyées par les différentes CPS, bien que les données relatives à l'activité des CPS ne soient pas souvent rendues publiques et ne permettent pas une évaluation de la situation sur le long terme. Toutefois, sur la base des chiffres disponibles (depuis 2019), le nombre de libérations définitives semble rester stable en chiffres absolus. Ceci étant, au regard du nombre de (nouvelles) personnes internées, la prise en compte du seul nombre de libérations définitives ne suffit pas pour établir qu'il y aurait une stabilité en la matière. Il importe de tenir compte du ratio entre le nombre de (nouvelles) personnes internées et le nombre de libérations définitives, ce ratio pouvant ainsi être influencé par une augmentation du nombre d'internements. Une stabilité en chiffres absolus du nombre de libérations définitives pourrait en réalité masquer une

[178] Pour l'année 2015, la durée moyenne des libérations à l'essai suivies dans les maisons de justice de la FWB était de 1.539 jours (soit plus de 4 ans) (n mandats = 198). Cette durée moyenne a connu des fluctuations au cours du temps pour atteindre en 2023 1.360 jours de guidance (n mandats = 172). Un pic a été recensé en 2017 avec 374 mandats « internement » et une durée de guidance de 2.270 jours (soit plus de 6 ans). La mesure d'internement est le type de mesure qui enregistre le nombre moyen de jours de guidance le plus élevé depuis 2015 (date de la communautarisation des maisons de justice ayant conduit à la publication de données distinctes par Communautés).

[179] Par exemple, dans sa thèse (2025, *à paraitre*), Sophie De Spiegeleir évoque le cas d'un patient qui, n'adhérant pas tout à fait aux demandes d'autonomisation très présentes dès la libération à l'essai et, notamment, au sein des UPML qui préparent à la réinsertion, aurait préféré rester placé au sein d'institutions hautement sécurisées, voire même à l'annexe psychiatrique d'une prison.

diminution relative de ces libérations. D'autres données doivent ainsi être prises en considération dans le cadre de l'hypothèse examinée.

- Des différences entre les CPS francophones et néerlandophones semblent exister : la LD serait davantage octroyée au sud qu'au nord du pays.
- A notre connaissance, aucune recherche ne permet cependant d'expliquer les raisons de l'octroi ou d'un rejet d'une demande de libération définitive, ni à quelle fréquence celle-ci est octroyée avant la fin du délai d'épreuve de la libération à l'essai. Les données récoltées par les MJ pourraient donner un éclairage sur ce dernier point.
- Sur la base des données existantes, l'hypothèse selon laquelle la durée de l'internement s'allongerait reste difficile à objectiver.
- La situation et le nombre de personnes internées qui ne voudraient pas sortir (des institutions) d'internement n'a pas fait l'objet d'études approfondies. Des recherches sont nécessaires pour éclairer ce point.

Hypothèse 11. Recours insuffisants et/ou inadaptés aux équipes mobiles TSI

Les équipes mobiles TSI (EM TSI), censées accompagner une personne internée tout au long du TSI vers un projet de réinsertion, ne seraient pas suffisamment mobilisées ou de façon inadéquate[180]. Ceci engendrerait, dès lors, un « embouteillage » des personnes internées dans les lieux hautement sécurisés (les lieux de placement). En d'autres termes, moins de personnes internées accéderaient à la libération à l'essai et, ensuite, à la libération définitive, en ne bénéficiant pas d'un accompagnement satisfaisant par l'équipe ambulatoire.

- Dispose-t-on de données quant aux missions des équipes mobiles TSI ?
- Dispose-t-on de données quant au nombre de personnes internées qui sollicitent une équipe mobile TSI, celles qui sont effectivement suivies par l'équipe, et parmi elles, le nombre de personnes internées qui atteignent la libération à l'essai et la libération définitive ?

i. Les missions des équipes mobiles TSI

La littérature scientifique francophone donne un aperçu du travail réalisé par les équipes mobiles TSI et le contexte d'émergence de ces équipes, qui ont initialement été mises en place afin de faciliter la sortie des personnes internées des institutions « classiques » de l'internement (voir l'introduction du rapport ; De Spiegeleir, 2022 ; Cartuyvels *et al.*, 2024). Le travail des EM TSI consiste à accompagner une personne internée qui en ferait la demande et ce, pendant toute la durée du TSI, à travers deux missions : d'une part, une mission de liaison, qui vise à créer un lien avec la personne internée depuis l'institution hautement sécurisée dans laquelle elle se trouve et, d'autre part, une mission d'*outreaching* qui ambitionne, dès la libération à l'essai, de préparer la réinsertion progressive de la personne internée. L'équipe assure aussi « un relais interventionnel » auprès des institutions qui dépendent de la DGEPI et auprès de celles qui offrent des soins médico-légaux (De Spiegeleir, 2022, p. 213). Sur la base de ces considérations, il semble que les équipes mobiles TSI soient soumises à une obligation de moyen plutôt qu'à une obligation de résultat.

En Flandre, à notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur la pratique des équipes mobiles TSI[181].

Il semble par ailleurs qu'il n'existe pas d'études publiées sur les attentes des acteurs et institutions en charge des personnes internées à l'égard des équipes mobiles TSI, voire sur leurs représentations à l'égard du travail réalisé, ce qui permettrait pourtant de mieux comprendre la critique formulée à titre d'hypothèse[182].

[180] L'hypothèse a été initialement formulée par la partie nord du pays lors de la table-ronde du 15 juin 2023.

[181] On peut néanmoins souligner l'étude de Marquant *et al*. (2018) qui a conclu que l'efficacité du ForACT (*forensische assertive community treatment* ; voir hypothèse 5) est démontrée lorsqu'il est intégré dans un continuum de soins. Le ForACT s'est révélé significativement plus efficace que d'autres formes de soins communautaires, sur l'ensemble des critères de performance médicaux-légaux, comme celui d'un nombre moindre de nouvelles arrestations.

[182] Au sein du SPF Santé publique, une réflexion est actuellement en cours afin d'optimiser l'efficacité des équipes mobiles TSI. Voir https://www.vaph.be/nieuws/2025/06/bevraging-mobiele-equipes-internering-mei#:~:text=Momenteel%20loopt%20er%20binnen%20de%20FOD%20Volksgezondheid%20een,van%20de%20MEI%2C%20tegen%20het%20licht%20gehouden%20worden.

ii. Cartographie des équipes mobiles TSI

Des données sont disponibles quant au nombre d'équipes mobiles TSI actuellement en activité. Pour la Belgique néerlandophone, on compte une équipe mobile TSI (subdivisée en deux antennes : d'Anvers et du Limbourg) pour le ressort territorial de la Cour d'appel d'Anvers, deux équipes mobiles pour le ressort de la cour d'appel de Bruxelles-Brabant-Flamand ainsi qu'une équipe mobile TSI pour la Flandre orientale et une équipe mobile TSI pour la Flandre occidentale[183]. Dans la partie sud du pays, on compte 3 équipes mobiles TSI par ressort territorial de Cour d'appel (Bruxelles-Brabant wallon, Mons et Liège), dont chacune est divisée en deux antennes[184].

iii. Données sur le nombre de suivis et demandes de suivi par une équipe mobile TSI

D'après nos échanges avec la coordination d'une antenne d'équipe mobile TSI[185], il est attendu que les six antennes d'équipe mobile TSI réparties dans le sud du pays renseignent trimestriellement le nombre de suivis qu'elles opèrent (et qui peuvent varier en termes d'intensité) à la demande des coordinateurs.trices TSI (Santé) des trois ressorts de Cour d'appel précités[186].

À titre d'exemple, une des antennes nous a oralement communiqué les chiffres suivants, soulignant qu'au cours des quatre dernières années, le nombre de personnes internées suivies par l'antenne en question a connu une constante augmentation : la file active, c'est-à-dire les suivis par l'équipe, était de 104 au 31 décembre 2020, 130 au 31 décembre 2021, 131 au 31 décembre 2022 et 160 au 31 décembre 2023[187]. D'après la même antenne, prenant appui sur les chiffres de l'année 2022 (étant donné que les chiffres de l'année 2023 ne nous ont pas été communiqués), sur 1638 personnes internées en Belgique francophone, environ 459 étaient suivies par les six antennes des trois EM TSI, soit un peu plus d'un quart des personnes internées (28 %). Parmi ces 459 suivis, la majorité concernaient des suivis assurés dans le cadre de la libération à l'essai (263 suivis, soit 60 %) et le suivi de personnes incarcérées ou placées (143 suivis, soit 30 %). Pour le reste, 6 % des suivis concernaient les candidatures (appelées « analyse de la demande » sur le terrain), 1 % les personnes internées en attente de la première audience et 4 % les personnes libérées définitivement (voir point 3, les circonstances dans lesquelles ce suivi peut être assuré). Des chiffres semblent donc disponibles et systématiquement enregistrés. Ils pourraient être utilisés pour des recherches futures dans le domaine, à condition qu'ils puissent être rendus publics.

[183] Pour plus d'informations sur les équipes mobiles TSI en Belgique néerlandophone, voir : https://netwerkeninternering.be/zorgaanbod/zorgaanbod-samenleving/zorgaanbod-mobiele-teams/

[184] Voir Cartuyvels *et al.* (2024). L'internement « pénal » en Belgique à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation (Hachez, I. et Marquis, 2022, p. 1065).

[185] Communication personnelle ayant eu lieu le 13 juin 2024.

[186] Cela vaut également pour les équipes mobiles néerlandophones.

[187] Le pourcentage de suivis qui concernent des personnes placées dans des établissements pénitentiaires a lui aussi augmenté, passant de 21,15 % en 2020 à 31,25 % en 2023. La coordination de l'antenne insiste sur le fait qu'entre l'année 2020 et 2023, le nombre de suivis dans la mission de liaison (soit à partir d'un établissement pénitentiaire ou d'un lieu de placement) a plus que doublé avec une augmentation de 127 %. La même antenne enregistre une augmentation de son activité « de 52, 6 % entre 2020 et 2023 », avec pour principale sollicitation pour un début de suivi les lieux de placement et/ou les annexes psychiatriques de prison, ce que confirme une enquête ethnographique réalisée auprès d'une antenne d'EM TSI : « la majorité des demandes de suivi proviennent de personnes internées placées temporairement au sein d'annexes psychiatriques de prison, voire en régime cellulaire avec les détenus de droit commun » (De Spiegeleir, 2022, p. 208).

Synthèse de l'hypothèse 11 :

- Des données existent quant aux missions des équipes mobiles TSI.
- Des données existent quant au nombre de (demandes de) suivis par une équipe mobile TSI, mais elles ne sont pas rendues publiques.
- Aucune étude n'a examiné l'éventuel recours insuffisant et/ou inapproprié aux équipes mobiles TSI ou équipes de liaison.

6. Les bases de données institutionnelles

6.1. Les bases de données relatives à la justice

6.1.1. Le casier judiciaire central (CJC)

Le casier judiciaire central (CJC) est une base de données nationale qui dépend du Service Public Fédéral (SPF) Justice. Il est doté d'une application informatique qui permet sa gestion, le Casier Judiciaire Centra(a)l Strafregister (CJCS)[188].

Sa fonction est double. D'une part, il vise à renseigner les autorités chargées de l'exécution des missions judiciaires en matière pénale, les autorités administratives devant appliquer des dispositions nécessitant la connaissance du passé judiciaire des personnes concernées par des mesures administratives, mais aussi des particuliers lorsque ces derniers doivent produire un extrait de casier judiciaire et, enfin, les autorités étrangères dans les cas prévus par des conventions internationales. D'autre part, le casier judiciaire peut servir à élaborer des statistiques en matière criminelle (art. 3 de la loi du 8 août 1997[189] ; Huynen *et al.*, 2024, p. 3).

Les données du casier judiciaire sont enregistrées par les greffes des cours et tribunaux ou par le service du casier judiciaire du SPF Justice. Ces données concernent les décisions des cours et tribunaux belges et étrangers, c'est-à-dire l'imposition de peines et mesures, dont l'internement.

En particulier, deux catégories de situations menant à des enregistrements dans le casier judiciaire central concernent l'internement (Huynen *et al.*, 2024, p. 4) :

- les décisions d'internement, d'octroi ou de révocation de la libération à l'essai ou de la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou en vue de la remise, et de la libération définitive ;
- l'internement des personnes condamnées détenues.

La base de données gérée par le Casier Judiciaire Centra(a)l Strafregister (CJCS) s'articule autour de différents niveaux : les dossiers, les bulletins, les décisions, les faits et les peines et mesures[190]. Nous les détaillerons afin d'analyser les informations disponibles sur l'internement et qui, une fois exploitées, pourraient permettre d'éclairer l'augmentation du nombre de personnes internées.

i. Contenu de la base de données CJCS

La table « **dossier** » concerne des personnes physiques ou morales. On y retrouve différentes variables liées à la personne concernée : le nom, le prénom et le numéro de registre national quand celui-ci est disponible, mais aussi d'autres informations socio-biographiques (le sexe, la nationalité, la date de naissance, le lieu de naissance, la date de décès, *etc*.).

Pour chaque personne est associé un « **bulletin** » (« bulletin de condamnation »), qui correspond à un « jugement/arrêt » (de suspension, condamnation ou d'internement). Pour un même dossier (une

[188] Nous remercions notre Collègue Philippe Huynen pour ses analyses relatives à l'enregistrement des données sur l'internement dans le CJCS.
[189] Loi du 8 août 1997 relative au Casier judiciaire central, *M.B.*, 24 août 2001.
[190] Une représentation des différentes tables qui structurent la base de données est disponible au point iii.

même personne), il peut exister plusieurs bulletins comportant une ou plusieurs décision(s), une même personne pouvant faire l'objet de plusieurs bulletins. Dans le cas de l'internement, étant donné que la mesure de sûreté repose sur l'existence d'un trouble mental au moment du jugement, il n'est pas possible que coexistent dans un même bulletin une décision d'internement et une condamnation à une peine privative ou restrictive de liberté. Les données concernent l'instance décisionnelle, indiquant le type de juridiction, le nombre de juges, la date du jugement, *etc*.

Chaque bulletin est lié à une table « **décision** » qui permet de lier les décisions judiciaires, d'une part aux faits commis et, d'autre part aux peines et/ou mesures.

La table « **faits** » (*facts*) comprend, quant à elle, les données liées aux faits infractionnels[191] (lieu et date de l'infraction, *etc*.) (Huynen *et al.,* 2024, p. 14). Le casier judiciaire central compte aujourd'hui « plus de 11.000 codes de faits » (*Ibid.*, p. 15).

Enfin, la table « **peines et mesures** » (« *punishment* ») rassemble des données liées aux peines (le type et la durée de la peine) ainsi qu'aux mesures (par exemple, l'internement) (Huynen *et al.,* 2024, p. 20). Dans cette table, l'internement est répertorié au moyen d'un identifiant qui se réfère au code de peine *ad hoc*, via le champ « PUNISHMENT_CODE_ID ». Le code « id81 » concerne l'internement.

ii. Possibilités d'exploitation de la base de données CJCS à des fins de politique criminelle et/ou de recherche

Les données enregistrées dans le CJCS qui traitent de l'internement sont susceptibles de donner un aperçu du nombre de personnes sous mesure d'internement et, sous réserve, du nombre de personnes internées en libération à l'essai , de celles en libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise, ainsi que des cas où l'internement a été prononcé à l'égard d'une personne condamnée détenue (voir *infra* les codes de peine et leurs libellés).

Sur la base de ces données, il serait possible d'identifier quelle juridiction a prononcé l'internement (juridiction d'instruction ou de jugement) et d'analyser la proportion des décisions prises par l'une ou l'autre de ces instances localement ou à travers le temps. Il serait aussi possible de déterminer si d'autres décisions se combinent à la décision d'internement. Par exemple, un bref coup d'œil à la base de données met en lumière que l'internement est parfois couplé à une décision de « confiscation » (code « id32 »). En date du 2 avril 2025, il y avait 827 bulletins ayant un code de « punishment » associé à l'internement (code « id81 »), qui étaient concernés par une décision de « confiscation ».

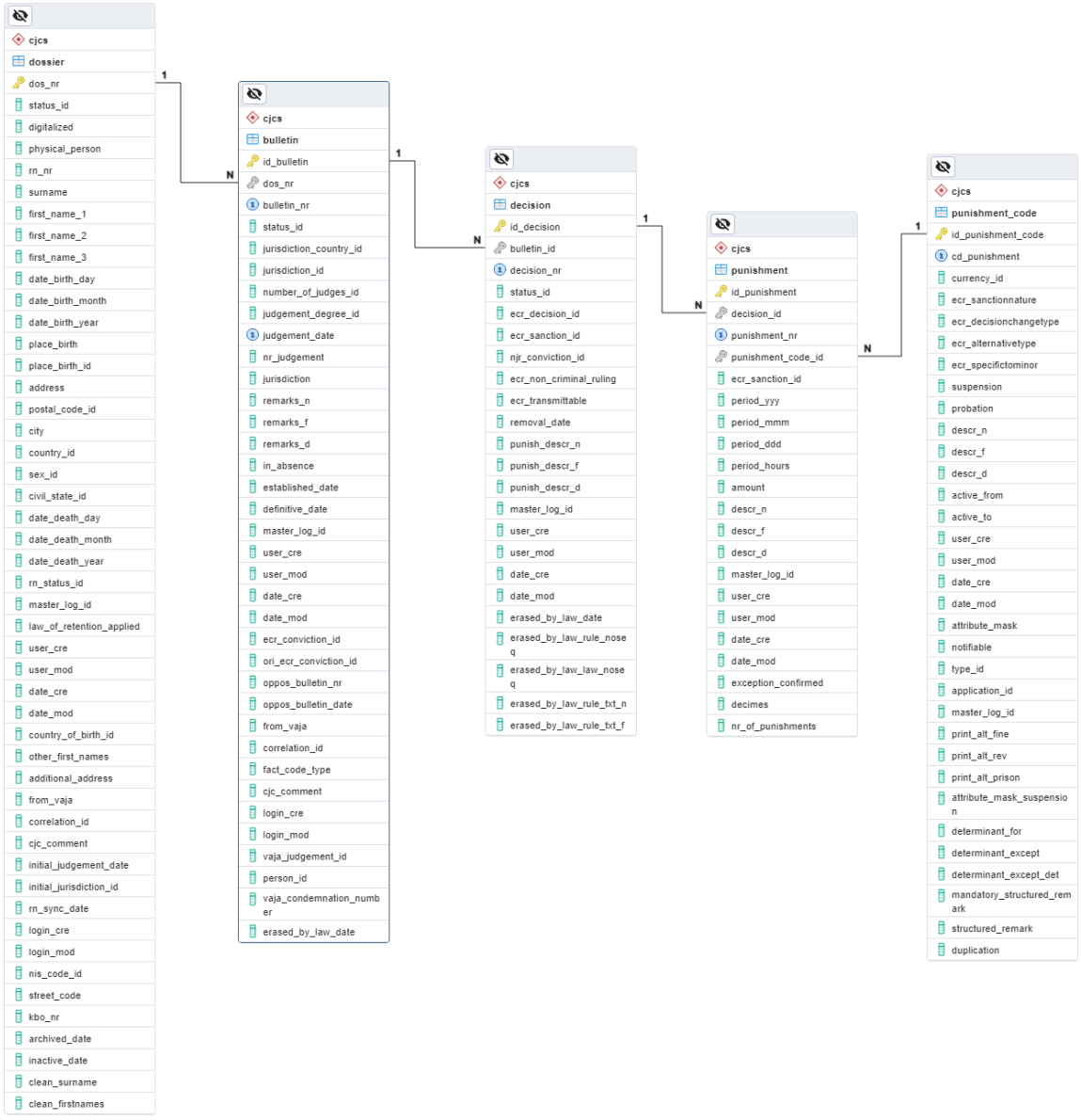
Ces données permettraient également de relier le type de fait(s) infractionnel(s) à la décision de la mesure de sûreté : autrement dit, il serait possible de montrer quels faits mèneraient le plus souvent à une décision d'internement[192]. Il serait également envisageable d'utiliser ces données afin d'objectiver la restriction du champ d'application de la loi depuis le nouveau régime légal en vigueur (loi du 5 mai 2014) : pour rappel, auparavant, tout type de faits pouvait potentiellement mener à un internement ; aujourd'hui, seuls les faits portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique et/ou psychique d'un tiers sont considérés (voir l'introduction de ce rapport).

[191] Il ne s'agit pas seulement du fait principal : tous les faits sont repris.

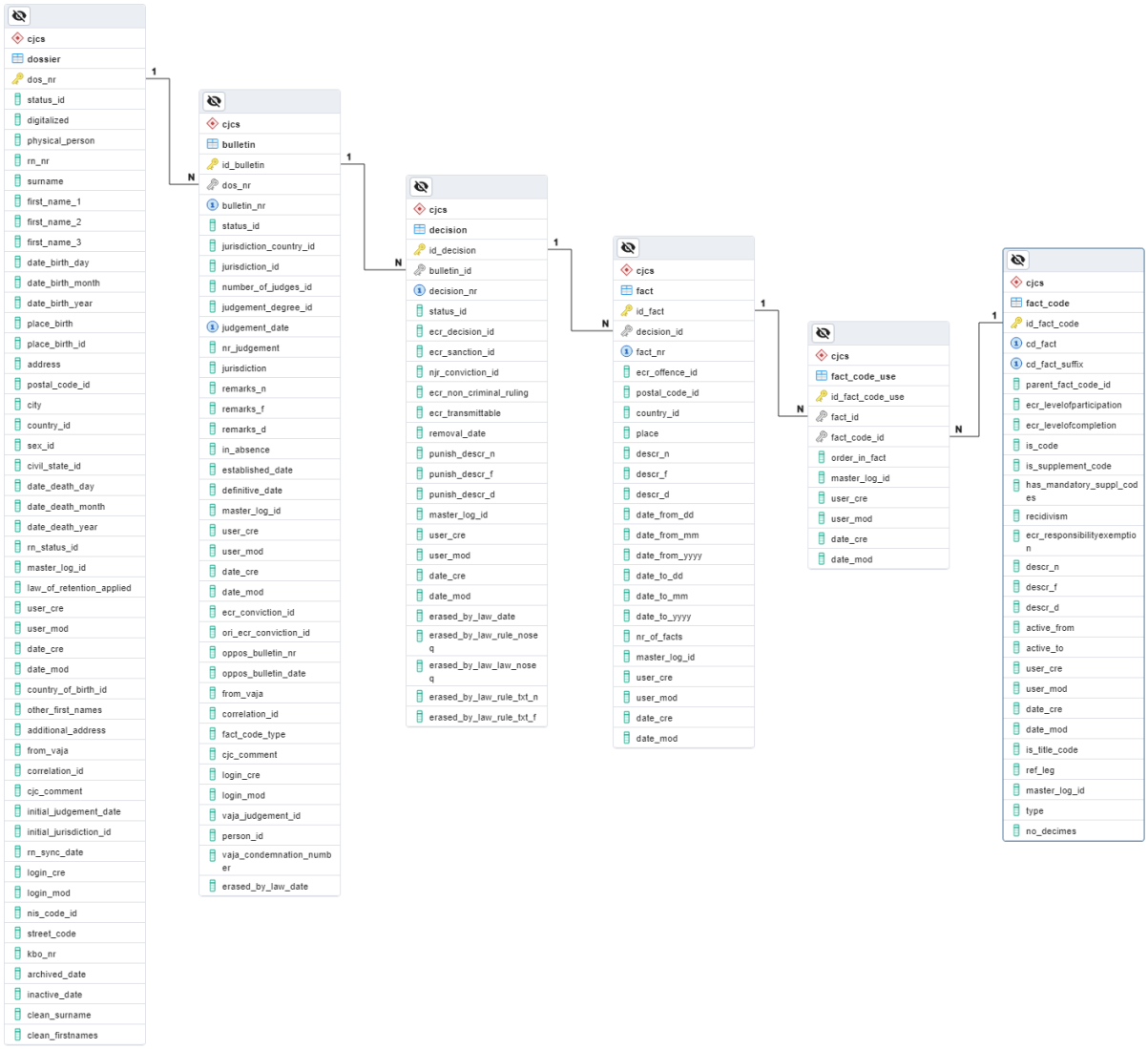
[192] Il est important de noter ici que cela n'est pas possible pour d'autres peines/mesures, car il n'existe pas de lien direct dans la base de données entre le tableau des faits et le tableau des peines (comme le montre également le point iii.). Cette possibilité est toutefois envisageable pour l'internement, car cette mesure n'est pas associée à un autre code pour la « peine » (à l'exception de la confiscation).

Ces données pourraient donc faire l'objet d'une extraction à des fins de recherches scientifiques. Toutefois, l'exploitation de celles-ci appellent à la prudence en raison de l'effacement possible de certaines données[193], des délais parfois longs de transmission et d'enregistrement de ces données ou encore des possibles erreurs liées à la pratique d'un encodage manuel.

iii. Représentation des tables qui structurent la base de données CJCS



[193] L'effacement de certains bulletins semble fréquent, bien que ceci ne devrait pas impacter outre mesure les données disponibles en matière d'internement car les bulletins d'internement ne seraient pas effacés.


cjcs
dossier
dos_nr
status_id
digitalized
physical_person
rn_nr
surname
first_name_1
first_name_2
first_name_3
date_birth_day
date_birth_month
date_birth_year
place_birth
place_birth_id
address
postal_code_id
city
country_id
sex_id
civil_state_id
date_death_day
date_death_month
date_death_year
rn_status_id
master_log_id
law_of_retention_applied
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
country_of_birth_id
other_first_names
additional_address
from_vaja
correlation_id
cjc_comment
initial_judgement_date
initial_jurisdiction_id
rn_sync_date
login_cre
login_mod
nis_code_id
street_code
kbo_nr
archived_date
inactive_date
clean_surname
clean_firstnames
1
N
cjcs
bulletin
id_bulletin
dos_nr
bulletin_nr
status_id
jurisdiction_country_id
jurisdiction_id
number_of_judges_id
judgement_degree_id
judgement_date
nr_judgement
jurisdiction
remarks_n
remarks_f
remarks_d
in_absence
established_date
definitive_date
master_log_id
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
ecr_conviction_id
ori_ecr_conviction_id
oppos_bulletin_nr
oppos_bulletin_date
from_vaja
correlation_id
fact_code_type
cjc_comment
login_cre
login_mod
vaja_judgement_id
person_id
vaja_condemnation_number
erased_by_law_date
1
N
cjcs
decision
id_decision
bulletin_id
decision_nr
status_id
ecr_decision_id
ecr_sanction_id
njr_conviction_id
ecr_non_criminal_ruling
ecr_transmittable
removal_date
punish_descr_n
punish_descr_f
punish_descr_d
master_log_id
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
erased_by_law_date
erased_by_law_rule_noseq
erased_by_law_law_noseq
erased_by_law_rule_txt_n
erased_by_law_rule_txt_f
1
N
cjcs
fact
id_fact
decision_id
fact_nr
ecr_offence_id
postal_code_id
country_id
place
descr_n
descr_f
descr_d
date_from_dd
date_from_mm
date_from_yyyy
date_to_dd
date_to_mm
date_to_yyyy
nr_of_facts
master_log_id
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
1
N
cjcs
fact_code_use
id_fact_code_use
fact_id
fact_code_id
order_in_fact
master_log_id
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
1
N
cjcs
fact_code
id_fact_code
cd_fact
cd_fact_suffix
parent_fact_code_id
ecr_levelofparticipation
ecr_levelofcompletion
is_code
is_supplement_code
has_mandatory_suppl_codes
recidivism
ecr_responsibilityexemption
descr_n
descr_f
descr_d
active_from
active_to
user_cre
user_mod
date_cre
date_mod
is_title_code
ref_leg
master_log_id
type
no_decimes

6.1.2. La base de données de l'administration pénitentiaire (SIDIS-Suite)

Concernant le système pénitentiaire, des données sur les personnes détenues et leur détention sont enregistrées depuis le milieu des années 1970, soit depuis plus d'un demi-siècle. Nombre de ces données sont particulièrement pertinentes pour mieux comprendre le profil (administratif) des détenus et le déroulement de leur détention.

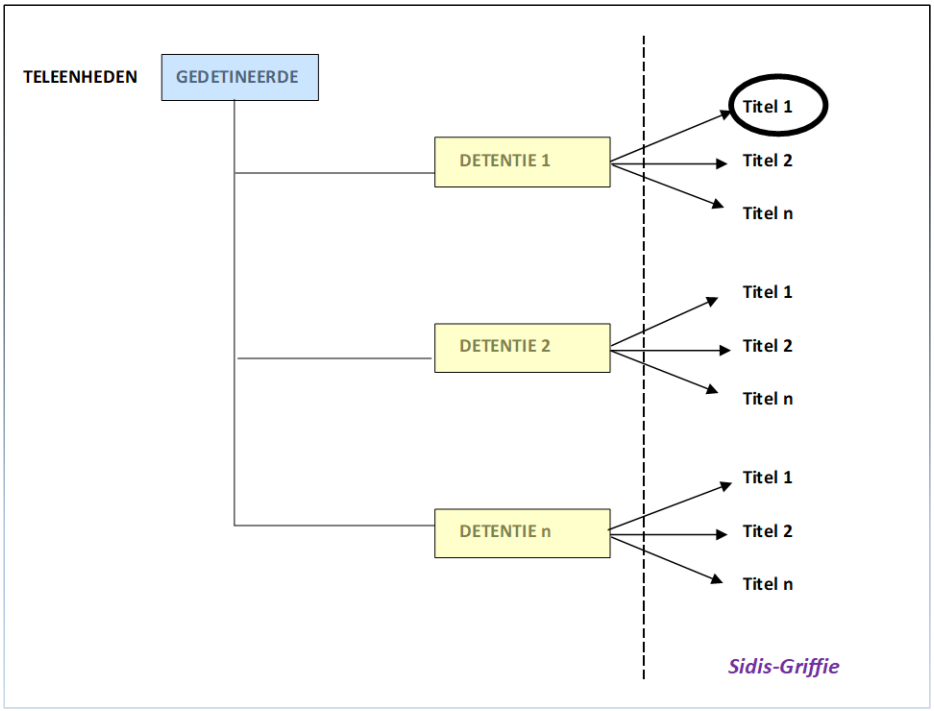
i. Évolution des bases de données pénitentiaires

Initialement, depuis 1974, les données d'identité (signalétiques) et de détention (historique, mouvements et résumé de la situation légale) des détenus étaient enregistrées au niveau national dans la base de données BS2000, gérée par l'administration centrale des établissements pénitentiaires.

Entre 1997 et 1998, cette base de données a progressivement été remplacée par une nouvelle application : SIDIS (Système Informatique de Détention/Detentie Informatie Systeem), opérationnelle depuis fin 1998 dans 24 prisons. SIDIS a géré alors toutes les données d'identification et de détention des anciens et nouveaux détenus, pour toutes les prisons. Avec pour nouveauté, une décentralisation du traitement et du suivi de ces données (selon un principe de propriété). Alors que l'administration centrale restait responsable de la gestion des données des anciens détenus, les établissements pénitentiaires locaux étaient ainsi devenues responsables de la gestion des données des détenus présents dans leurs propres établissements. L'introduction de SIDIS a constitué de la sorte une première étape vers une gestion locale des dossiers, par les établissements pénitentiaires qui en sont devenus les gestionnaires/propriétaires.

La simplification et l'uniformisation du calcul des peines à la fin des années 1990, suite à la création des commissions de libération conditionnelle, ont conduit à la fusion de SIDIS avec l'application Greffe vers 2001-2002, donnant naissance à SIDIS-Greffe, opérationnelle à partir de 2001 dans toutes les prisons. Cette transition a permis de nombreuses améliorations. A l'origine, le passage d'une application à l'autre visait le calcul des peines mais il y a eu plusieurs autres extensions. En plus des signalétiques et des données de détention, furent également enregistrées des informations sur les incidents au sein des établissements pénitentiaires, sur les différents titres de détention (voir figure sur les unités de compte) et sur la gestion de la détention. Les données sont plus détaillées dans SIDIS-Greffe que dans SIDIS. Par titre de détention, il est désormais possible de pouvoir enregistrer et consulter la durée de la peine prononcée, les infractions qui se rapportent au titre de détention, *etc*. (et ce, à la place d'une consultation au niveau de la détention et non de chaque titre de détention séparément). Le déroulement de procédures spécifiques (par exemple, la procédure dans le cadre de la détention préventive et les procédures devant le tribunal de l'application des peines, en lien avec la libération conditionnelle, la surveillance électronique, *etc*.) est désormais également enregistré en détails (avis, décisions).

Figure 1. Unités de compte SIDIS-GREFFE



En septembre 2014, les données de SIDIS-GREFFE ont été transférées par étapes par la Direction générale des établissements pénitentiaires (DGEPI) vers un nouveau système, SIDIS-Suite, qui existe toujours aujourd'hui. Cependant, en ce qui concerne les détentions anciennes, pour chaque détention passée, n'a été exporté des tables de données vers SIDIS-Suite que la dernière situation légale du détenu (et non l'historique complet de sa détention). Par rapport à SIDIS-Greffe, en termes de contenu, la base de données contient à peu près les mêmes données qu'auparavant ou des données similaires. En termes de structure cependant, certaines tables ont été divisées en entités distinctes, plus claires et plus faciles à gérer, et des tables spécifiques ont été créées pour distinguer les données actuelles des données historiques (ces dernières données ne sont plus valides, mais sont intéressantes pour reconstituer l'historique de la détention, *etc.* au fil du temps ; ces tables sont indiquées avec la spécification "..._audit").

ii. Contenu des enregistrements

La base de données SIDIS-Suite comprend un grand nombre de tables (de données), dont certaines ne sont pas utilisées. En octobre 2024, une extraction consolidée de SIDIS-Greffe (prédécesseur de SIDIS-Suite) comprenait près de 50 tables ; SIDIS-Suite en comprend donc bien davantage.

De nombreux tableaux de données sont particulièrement utiles pour des analyses en termes de politique criminelle et de recherche scientifique, comme des études sur les profils des détenus et le déroulement de la détention (flux d'entrée et de sortie, population journalière), sur la prise de décision dans le cadre de l'exécution des décisions d'emprisonnement, ou encore, sur la récidive (après une détention) et les carrières criminelles.

Outre des données liées à la gestion administrative et opérationnelle des détenus, les bases de données pénitentiaires enregistrent généralement des données très pertinentes pour la recherche, en particulier des données relatives à l'identité des détenus et des données relatives au déroulement et

aux caractéristiques des périodes de détention. Ces informations sont enregistrées par détenu et/ou par détention, depuis le moment de (l'arrestation et) de l'écrou dans un établissement pénitentiaire jusqu'au moment de la « radiation ». En ce qui concerne les données personnelles, sont enregistrés notamment : le nom et les prénoms du détenu, son sexe, sa date de naissance, son adresse, sa (ses changements de) nationalité et ses pseudonymes/alias. Les données qui sont liées à la fois à la personne du détenu et à un titre de détention spécifique comprennent entre autres les infractions pour lesquelles le détenu est emprisonné (également liées au titre de détention, et ce depuis juillet 2002, avec SIDIS-Greffe), le lieu de l'écrou et de la radiation, les différents mouvements pendant la détention (types de mouvements et lieu de détention), les (évolutions des) régimes de détention, et (les évolutions de) la situation légale.

iii. Possibilités d'exploitation

En prenant en considération la thématique spécifique de l'internement et des personnes détenues avec un statut d'interné, il serait possible d'effectuer l'une ou l'autre analyse sur la base des données enregistrées dans SIDIS-Suite, en répondant à des questions comme :

- Combien de personnes internées se trouvent en prison (dans les institutions relevant de la DGEPI), à un moment donné (population au jour x) (sur la base du critère de la « situation légale »), et quelle est l'évolution de ce nombre ?
- Où (dans quelles institutions) ces personnes internées séjournent-elles ?
- Quel est le profil socio-biographique de cette population (par exemple, répartition par sexe, âge – sur la base de la date de naissance –, nationalité, statut de séjour, *etc*.) ?
- Par quelle autorité, dans quel arrondissement/ressort de cour d'appel et quand la mesure d'internement a-t-elle été prononcée (c'est-à-dire le détail du titre de détention) ? Combien de mesures d'internement sont mises à exécution au cours de périodes déterminées (par exemple, par an) ?
- A quelles infractions ces mesures d'internement se rapportent-elles (infraction(s) liée(s) au titre de détention) ?
- Pendant combien de temps une personne reste soumise à une mesure d'internement pendant sa détention (date de début et de fin du statut égal d'interné, ou date de début et de fin de la validité du titre de détention) ?
- Sous quels « régimes » (régime « ordinaire », détention limitée, surveillance électronique) la mesure d'internement est-elle subie, et pendant combien de temps (ventilation du statut légal/des titres de détention par régimes successifs) ?
- Combien de fois, quand et par qui (par quel TAP) une libération à l'essai (ou une libération anticipée en vue d'un éloignement du territoire ou en vue de la remise) est-elle accordée ?
- Combien de personnes internées en détention meurent ou s'évadent, ou ne reviennent pas après l'octroi de modalités telles qu'une permission de sortie ou un congé pénitentiaire ?
- Quelles sont les étapes de la procédure qui suivent une demande d'octroi de modalités d'exécution d'un internement (avis/décisions) ; quand ont-elles lieu ?
- Combien de personnes internées sont-elles à nouveau incarcérées après une libération (anticipée), selon les régimes dont elles bénéficiaient (détention limitée, surveillance électronique) ?

Toutes ces questions peuvent bien entendu être abordées séparément ou en lien les unes avec les autres, par exemple d'un point de vue temporel (évolution dans le temps) et/ou géographique (par exemple, comparaisons entre arrondissements judiciaires), ou analysés en fonction de caractéristiques biographiques spécifiques (par sexe, âge, ...) ou d'un profil de criminalité, etc.

Pour des exemples concrets d'applications à d'autres populations (prévenus, condamnés) et/ou procédures (détention préventive, libération conditionnelle), on peut se référer, par exemple, à :

- Daeninck, Ph., Jonckheere, A., Deltenre, S., Maes, E., Vanneste, Ch. (prom.) (2005). *Recherche sur la détention préventive, Analyse des moyens juridiques susceptibles de réduire la détention préventive* (rapport de recherche n° 13), Bruxelles : Institut national de criminalistique et de criminologie, 369 p.
- Maes, E. et Tange, C. (2014). Langgestrafte veroordeelden in de SURB-wachtkamer voor voorwaardelijke invrijheidstelling. 'En attendant Godot ?'. In K. Beyens, T. Daems, E. Maes (Eds.). *Exit gevangenis? Werking van de strafuitvoeringsrechtbanken en de wet op de externe rechtspositie van veroordeelden tot een vrijheidsstraf* [Panopticon Libri series, no. 6] (pp. 97-131). Anvers : Maklu.

Pour une description plus détaillée de SIDIS-Greffe, qui peut également être utile pour comprendre la suite SIDIS-Suite :

- Maes, E., Mine, B., Jeuniaux, P., Sarief, Sh., Huynen, Ph., Robert, L. (2024). *Sidis-Griffie databank*. Rapport. Bruxelles : NICC.

6.1.3. La base de données du ministère public (MaCH)

Les analystes statistiques du Collège des procureurs généraux ont effectué une analyse sur la base des données enregistrées dans l'application MaCH (note du 12 décembre 2024)[194]. Il s'agit de données enregistrées pour les parquets correctionnels pour la période du 1er janvier 2020 au 30 novembre 2024 inclus. L'analyse a été effectuée sur la base des données enregistrées à l'aide d'un code à usage national relatif à l'application de l'article 5 de la loi sur l'internement (code EX301), ainsi que d'un autre code qui semble encore être utilisé localement (REXINT, uniquement par certains parquets wallons) et qui pourrait également être applicable.

Sur la base de l'analyse, on peut conclure que les données chiffrées obtenues indiquent globalement une augmentation du nombre de fois où le parquet a désigné un expert psychiatre dans le cadre de l'article 5 de la loi sur l'internement entre 2020 et 2024. Toutefois, les données chiffrées ne sont pas entièrement fiables, et ce pour différentes raisons. Tout d'abord, le code national prévu n'est pas systématiquement enregistré ; parfois, d'autres codes sont utilisés et, à l'exception d'un code spécifique utilisé localement, il n'est pas possible de déterminer avec précision dans combien de cas il s'agit d'une application de l'article 5 de la loi sur l'internement. En outre, dans un nombre très limité de cas, le code national aurait également été enregistré pour des cas qui ne relèvent pas du champ d'application de la loi sur l'internement. Par ailleurs, il arrive également que le juge propose ou suggère au parquet de faire procéder à une expertise psychiatrique. Les chiffres ne permettent pas de déterminer dans combien de cas de telles situations ont été incluses dans l'enregistrement et, par conséquent, dans quelle mesure le parquet a lui-même pris l'initiative de lancer une expertise psychiatrique.

En ce qui concerne les données enregistrées et les chiffres qui en découlent, il existe donc un nombre (impossible à déterminer avec précision) de « faux négatifs », ainsi qu'un certain nombre de « faux positifs ». Par exemple, parce que le parquet n'a pas utilisé le code d'enregistrement au niveau national et qu'il n'est donc pas possible de déterminer ce qui a été enregistré exactement (faux négatif) ; ou parce que le parquet a bien enregistré le code national, mais n'a ordonné une telle expertise qu'à la demande/suggestion d'un juge (faux positif).

Si, en fin de compte, il s'avère effectivement qu'il y a une augmentation du nombre d'expertises psychiatriques ordonnées par le parquet, leur impact (sur la population des personnes internées) est toutefois négligeable selon le ministère public, notamment parce que les expertises peuvent aboutir à des conclusions différentes et que c'est toujours un juge qui décide en dernier ressort de l'internement. Selon eux, la question se pose également de savoir si davantage d'expertises sont ordonnées (et davantage d'internements prononcés) parce qu'il existe un besoin plus important qu'auparavant de protéger la société et les personnes concernées.

[194] Nous remercions vivement Ellen Van Dael et Alain Uyttendaele d'avoir accepté de contribuer à la réalisation de notre projet de recherche, en analysant les données enregistrées dans l'application MaCH et en opérant des contrôles de validité.

6.1.4. Les bases de données des maisons de justice (SIPAR)

Les maisons de justice sont susceptibles d'intervenir à différents moments du processus d'internement, que ce soit pour réaliser des enquêtes sociales (quand la personne qui fait l'objet d'une décision d'internement n'est pas incarcérée immédiatement avant la première audience de la CPS et ultérieurement, pour éclairer les autorités sur l'octroi d'une modalité d'exécution de la mesure) ou pour suivre, *via* une guidance, une personne internée laissée en liberté ou bénéficiant d'une détention limitée, d'une surveillance électronique ou d'une libération à l'essai.

Dans le cadre de cette guidance, le rôle des assistants de justice est double : aider la personne internée à respecter les conditions qui lui ont été imposées par une autorité judiciaire et vérifier le respect de ces conditions. Au fil de la guidance, plusieurs entretiens auront lieu, à intervalles réguliers, entre la personne internée et l'AJ qui a été désigné pour la suivre. Celui-ci aura également des contacts avec le réseau de soins. Des rapports vont être établis régulièrement et seront adressés par l'AJ à la CPS, avec copie au ministère public, dans le mois de l'octroi de la modalité, puis à chaque fois qu'il l'estime utile ou que le MP ou la CPS l'y invite et au moins une fois tous les six mois. Lorsque la personne internée est en libération à l'essai, l'AJ transmet un rapport final à la CPS, trois mois avant la fin du délai d'épreuve ; ce rapport fait le point sur le déroulement de la guidance et contient des informations de nature à permettre à l'autorité d'apprécier si les conditions de la libération définitive sont réunies ou si la libération à l'essai doit être prolongée[195].

Chaque mandat donné à un assistant de justice (que ce soit pour réaliser une enquête sociale ou prendre en charge une guidance) est enregistré dans une base de données. Les applications informatiques qui comportent ces bases de données sont connues sous le nom de SIPAR (Système informatique PARajudiciaire). SIPAR soutient l'activité des maisons de justice depuis plus de vingt ans même s'il a été appelé à évoluer depuis leur communautarisation (Jonckheere, 2016). Il existe aujourd'hui deux applications principales, l'une gérée par la Communauté flamande et l'autre par la Communauté française, cette dernière enregistrant également les informations de la maison de justice d'Eupen, relevant de la Communauté germanophone[196].

Différentes informations sont enregistrées dans les bases de données ; elles ont trait soit au mandat donné à la maison de justice, soit à la personne internée. Les informations relatives au mandat renseignent sur l'autorité ayant pris la décision (par exemple : date de la décision de libération à l'essai, identification de l'autorité décisionnelle et de l'autorité à laquelle l'AJ fait rapport, conditions imposées, faits infractionnels à l'origine de la décision, *etc.*). Les informations personnelles ont trait à l'âge de la personne internée, son genre, sa nationalité, *etc*.

Nous précisons ci-après le contenu des bases de données des maisons de justice, puis la manière dont les données enregistrées pourraient être mobilisées à des fins de politique criminelle et de recherche scientifique dans le domaine de l'internement.

i. Contenu des données enregistrées par les maisons de justice

Chaque demande d'intervention adressée à une maison de justice (= un mandat) est enregistrée lors de sa réception.

[195] Des informations complémentaires concernant le rôle des AJ dans le cadre de l'internement sont disponibles dans le descriptif du schéma du processus d'internement au point 3 de ce rapport.
[196] D'autres applications informatiques existent au sein des maisons de justice, comme par exemple SISET, l'application destinée à gérer la surveillance électronique.

L'autorité ayant demandé l'intervention est identifiée (la CPS de Liège, par exemple).

La date de la décision est enregistrée, tout comme la date de la réception du mandat en maison de justice et la date de la désignation d'un assistant de justice pour exécuter ce mandat. La date de la fin de l'intervention y est également enregistrée.

Les informations nécessaires au travail des assistants de justice sont saisies : les faits ayant conduit à la mesure d'internement (enregistrement par catégories de faits), les conditions imposées (enregistrées également par catégories), les services partenaires qui interviennent dans le suivi de la personne (psychiatre, service de santé mentale,…), etc. L'application information gérée par la Communauté française permet également, pour les personnes internées libérées à l'essai, de distinguer leur lieu d'hébergement. Une distinction est ainsi opérée entre les personnes internées « en libération à l'essai non-résidentielle » et celles « en libération à l'essai résidentielle », la charge de travail des AJ étant sensiblement différente d'une situation à l'autre[197]. Sont considérées comme « en libération à l'essai non-résidentielle », les personnes internées vivant seules, dans un milieu d'accueil ou résidant dans une institution mais avec un encadrement social, médical ou thérapeutique se déroulant à l'extérieur de l'établissement (par exemple, situation d'une personne internée libérée à l'essai vivant seule dans un appartement supervisé et se rendant à l'extérieur pour son rendez-vous avec un psychiatre) et comme « en libération à l'essai résidentielle » les personnes internées hébergées dans une institution et prises totalement en charge par une équipe pluridisciplinaire (encadrement social, médical et thérapeutique) (par exemple, situation d'une personne séjournant dans une UPML, qui y est suivie par une équipe pluridisciplinaire, ce qui ne l'empêche pas de sortir de temps en temps pour réaliser certaines activités).

Toutes les décisions subséquentes liées à la demande initiale sont également enregistrées dans les bases de données des maisons de justice, comme la décision de la CPS modifiant les conditions initialement imposées dans le cadre d'une libération à l'essai.

La décision de fin de mandat (mettant fin à l'intervention de l'AJ) est bien entendu enregistrée et les raisons en sont mentionnées (révocation de la modalité, libération définitive, décès de la personne, *etc*.).

En plus de ces données relatives au mandat, des informations à caractère personnel ayant trait à la personne internée sont également enregistrées : nom, prénom, adresse, âge, nationalité et genre.

Les applications informatiques permettent également de savoir si la personne fait l'objet (ou a fait l'objet) d'autres mandats judiciaires au sein des maisons de justice (relatifs par exemple à une peine de travail, une mesure probatoire, etc.).

Les statistiques issues des données ainsi enregistrées sont (en grande partie) publiquement accessibles via les sites web des Communautés.

ii. L'exploitation des données enregistrées par les maisons de justice

Les données enregistrées par les maisons de justice donnent à voir, dans une certaine mesure, ce qu'il advient de la prise en charge des personnes internées au sein des maisons de justice. Autrement dit, elles éclairent une partie de la trajectoire des personnes internées.

[197] Information communiquée par la AGMJ de la FWB, par un mail du 24 avril 2024.

Ces données ne sont actuellement pas systématiquement exploitées, quelques rares recherches s'y étant toutefois intéressées, dont une recherche exploratoire menée lors de la généralisation de l'application informatique en 2004, à une époque où il était encore question de « défense sociale » (Jonckheere, 2006, p. 31 et suiv.).

Pour peu que soit opérée une mise en relation des données enregistrées dans les bases de données tant de la Communauté flamande que de la Communauté française, une exploitation continue de ces informations permettrait un suivi attentif tant des enquêtes sociales réalisées en maison de justice que des guidances opérées par des assistants de justice. Cette exploitation pourrait être judicieusement complétée par un recueil de données qualitatives, pour éclairer ce que les chiffres mettent dans l'ombre (comme par exemple, l'apport d'une enquête sociale pour les autorités décisionnelles) ou ce qu'ils contribuent à révéler.

Les évolutions des libérations à l'essai pourraient en particulier être analysées, au fil du temps et d'un ressort de cour d'appel à l'autre. Le temps passé en libération à l'essai pourrait faire l'objet d'analyses plus approfondies, en particulier quant à la durée de cette modalité avant une libération définitive. La proportion de révocations pourrait également être étudiée, non seulement en termes de nombre mais également au niveau de la période à laquelle ces révocations interviennent : peu de temps après une libération à l'essai ou après plusieurs années ? Ce type d'analyse est de nature à permettre d'apprécier à quelle période l'accompagnement psycho-social pourrait être (le plus) déterminant. Le cas échéant, des particularités géographiques pourraient ressortir de ces analyses.

Les informations enregistrées dans les bases de données pourraient également être mobilisées pour retracer les trajectoires biographiques des personnes internées (en prenant notamment en compte leurs condamnations « ordinaires ») et procéder à une analyse de leur profil, donnant un aperçu de la prévalence d'internement et de libération(s) à l'essai ordonnés à l'égard d'une certaine catégorie de population, le cas échéant dans un certain arrondissement judiciaire plutôt qu'un autre.

Aussi, quand la CPS modifie une ou plusieurs condition(s) de libération à l'essai, cette information est également enregistrée. Si la classification des conditions en catégories prédéfinies (voir *supra*) ne permet pas une analyse approfondie de celles-ci et de leurs spécificités, une étude complémentaire de dossiers pourrait être réalisée pour comprendre davantage les logiques décisionnelles à l'origine de ces conditions et de leurs adaptations[198]. La fréquence des modifications de dispositifs conditionnels, dans le temps et dans l'espace, serait également une autre étude envisageable.

Enfin, la question du cumul de mandats au sein des maisons de justice appelle à davantage de recherches, seules quelques études l'ayant à ce jour abordée (Jonckheere, 2024, p. 167-168 ; Jonckheere, Maes, 2022). Deux angles d'approche doivent être conjugués : le cumul *intra peines* (cette situation renvoie à celle de personnes internées ayant fait l'objet de plusieurs mesures d'internement) et le cumul *inter peines* (situation de cumul entre des mesures d'internement et d'autres peines ou mesures, comme une peine de travail, un sursis probatoire, *etc*.). Une analyse des données enregistrées en Communauté flamande au 1er janvier 2024 avait ainsi montré, par exemple, que ce jour-là, 24 personnes internées et libérées à l'essai suivies dans les maisons de justice néerlandophones cumulaient cette mesure avec l'exécution d'une autre peine ou mesure (pour 12 d'entre elles, il s'agissait d'une mesure probatoire) (Jonckheere, Maes, 2024).

[198] Deux types de dossiers seraient en l'espèce intéressants à prendre en considération : les dossiers des maisons de justice et ceux des CPS. La consultation des rapports des AJ seraient une source d'informations précieuses.

6.2. Les bases de données des institutions de soin

Afin d'inventorier les (bases de) données disponibles en matière d'internement, nous avons tenté de collecter des informations relatives aux données enregistrées par les acteurs de l'offre de soins médico-légale. Nous nous sommes dès lors intéressés aux données enregistrées par les lieux de soins de santé mentale qui prennent en charge des personnes internées en résidentiel et/ou en ambulatoire. Comme présenté dans la partie 2 relative à la méthodologie de la recherche qui a été réalisée, nous avons envoyé un questionnaire à ces différentes institutions. Le questionnaire contenait six questions relatives à l'existence de l'enregistrement de données de la patientèle internée et au type de données enregistrées au sein de ces institutions. Nous analyserons les réponses à ces six questions ci-après. Pour rappel, un critère régional et linguistique a été mobilisé pour distinguer les institutions : nous présenterons dans un premier temps les résultats pour les institutions situées en Région flamande et les institutions néerlandophones de la région de Bruxelles-Capitale (6.2.1.) et, dans un second temps, les résultats pour les institutions situées en Région wallonne et les institutions francophones de la région de Bruxelles-Capitale (6.2.2.). Enfin, nous conclurons brièvement l'analyse de manière transversale (6.2.3.). Un exemplaire du questionnaire est disponible à la fin de ce point (6.2.4.).

6.2.1. Analyse des bases de données existantes dans les institutions de la Région flamande et les institutions néerlandophones de la région de Bruxelles-Capitale

i. Type d'institution

Pour rappel, entre octobre et décembre 2024, 56 établissements résidentiels et ambulatoires de santé mentale en Flandre et dans la partie néerlandophone de Bruxelles ont été contactés. Ces établissements ont été invités à remplir notre questionnaire concernant les données qu'ils enregistrent sur les personnes internées qui sont prises en charge par leurs services. Au total, 52 établissements ou services médico-légaux ont répondu à cette demande, comme le montre le tableau 1[199], ce qui correspond à un taux de réponse 92,9%.

Tableau 5. Etablissements ayant participé à l'enquête

	n
Établissement de soins de haute sécurité	2
Établissement de soins de sécurité moyenne	
UPML	3
Centre spécialisé pour délinquants sexuels	3
Unité médico-légale VAPH[200]	3
Établissement de soins de faible sécurité	
Unité régulière d'un hôpital psychiatrique	9

[199] Les facultés concernées de toutes les universités flamandes ont également été interrogées afin de déterminer si elles tenaient une base de données sur les personnes internées. Aucune de ces universités n'a indiqué disposer d'une telle base de données.

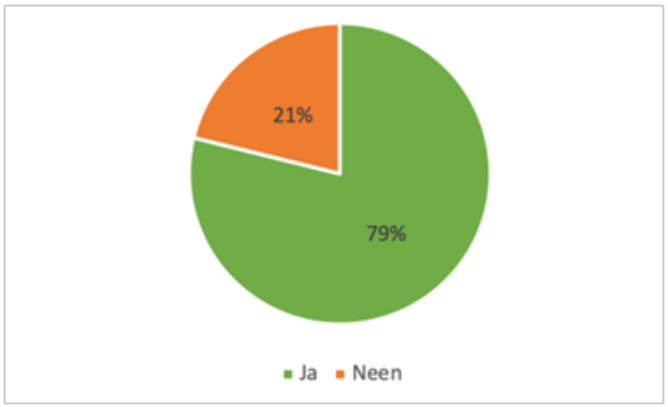
[200] L'acronyme VAPH vaut pour *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.* Il s'agit de l'agence flamande pour les personnes en situation de handicap qui résident en Flandre ou celles qui sont néerlandophones et résident dans la région de Bruxelles-Capitale.

MSP	3
Soins ambulatoires	18
Équipe mobile	
Équipe mobile TSI	4
Équipe mobile régulière	6
TOTAL	**52**

ii. Existence d'une base de données

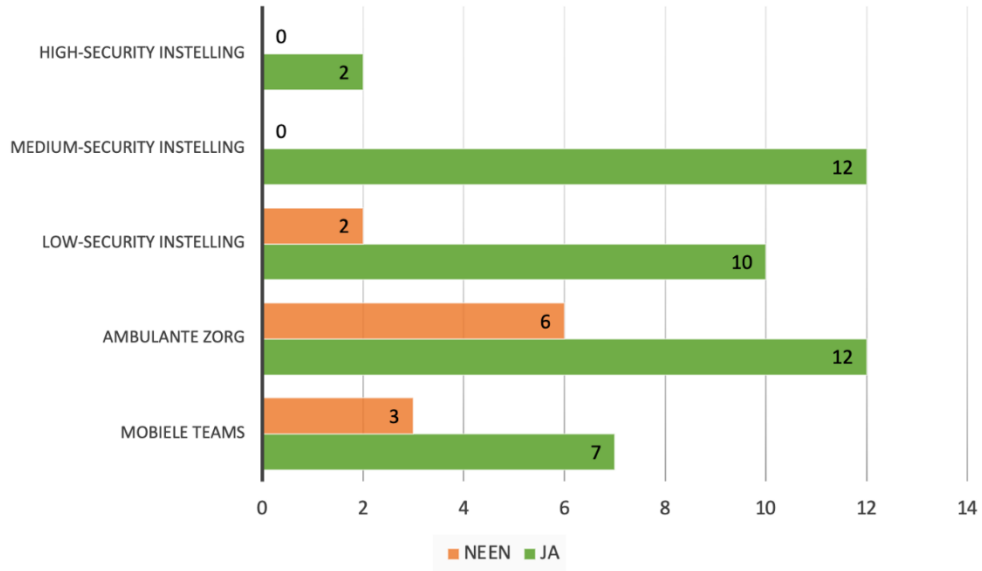
La plupart des institutions interrogées (*n* = 41 ; 78,9 %) indiquent tenir une base de données sur les personnes internées prises en charge dans leur établissement ou par leur service dans le cas des équipes mobiles (figure 2).

Figure 2. Enregistrement des données des personnes internées dans une base de données



Toutes les institutions qui présentent un niveau élevé et moyen de sécurité disposent d'une base de données.

Figure 3. Services qui enregistrent les données relatives aux personnes internées dans une base de données



Parmi les douze institutions qui présentent un faible niveau de sécurité, deux ne tiennent pas de base de données. Sur les 18 services ambulatoires, six ne disposent pas d'un système d'enregistrement dans une base de données. Enfin, trois des dix équipes mobiles ne tiennent pas de base de données, à savoir deux équipes mobiles régulières et une équipe mobile TSI (figure 3).

iii. Types de données enregistrées

Quelles sont les données enregistrées dans ces bases de données ?

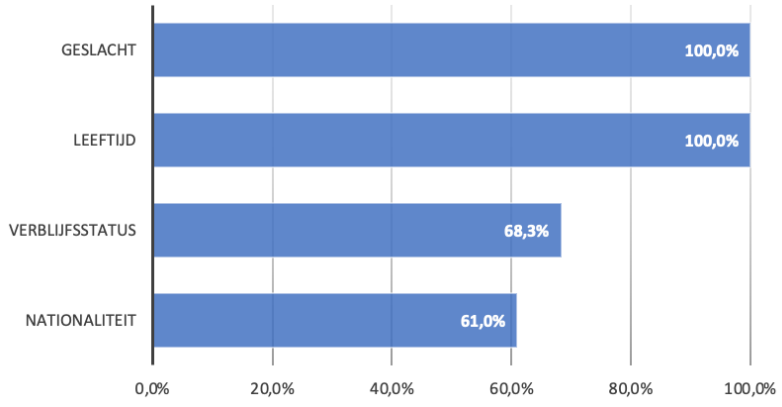
Données démographiques

La figure 4 illustre dans quelle mesure les données démographiques sont enregistrées par les différents services. Les données relatives au sexe et à l'âge sont conservées par tous les services, tandis que la nationalité et le statut de séjour sont enregistrés par la majorité d'entre eux. Ces deux dernières données démographiques peuvent donner un aperçu intéressant quant au nombre de personnes internées dans les services médico-légaux sans droit de séjour, ainsi que des informations sur leur nationalité. Si ces données sont systématiquement enregistrées, il est possible de déterminer la durée et le type de séjour de ce groupe cible. Cela est d'autant plus pertinent qu'il est souvent difficile pour ce groupe de progresser et de trouver un lieu d'accueil approprié dans son pays d'origine (Van den Ameele *et al.*, 2023 ; Jeandarme *et al.*, 2020). Toutefois, ces données ne suffisent pas pour répondre à l'hypothèse 7, à savoir qu'il y aurait une augmentation du nombre de refus de libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise.

Enfin, les données démographiques supplémentaires, indiquées via l'option de réponse « autre », ne sont enregistrées que par un nombre limité de services. Il s'agit de données telles que l'état civil (5,1 %), le lieu de naissance (7,7 %) et le lieu de résidence au moment de l'admission de la personne internée (5,1 %).

De plus amples informations sur les délais de conservation des bases de données au sein des institutions interrogées figurent ci-dessous, au point v « Alimentation de la base de donnée ».

Figure 4. Enregistrement des données démographiques par les institutions médico-légales



Données relatives au traitement

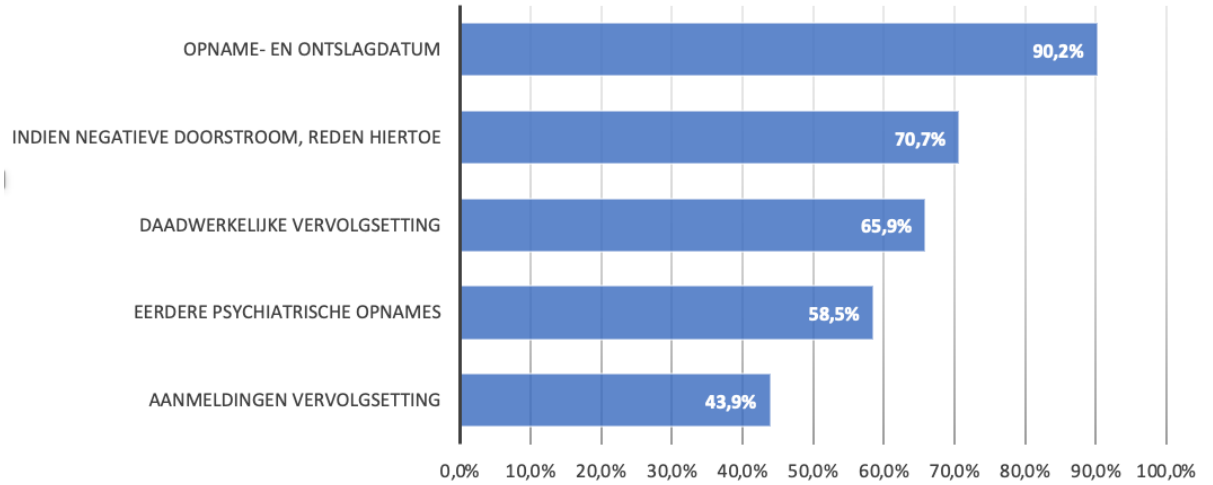
La majorité des institutions médico-légales enregistrent à la fois la date d'admission et la date de sortie des personnes internées (figure 5). Ces données permettent de se faire une idée des flux et de la durée du séjour des personnes internées au sein de ces institutions.

En outre, plusieurs institutions collectent des données relatives aux hospitalisations psychiatriques antérieures. Ces données peuvent contribuer à une meilleure compréhension du parcours d'internement avant l'admission dans l'institution actuelle. Cependant, l'absence d'enregistrement des raisons de l'échec des parcours via les établissements précédents empêche de comprendre en profondeur ces processus.

Près de 44 % des institutions enregistrent les demandes d'admission dans un établissement de suivi. En outre, 70,7 % des institutions consignent les motifs invoqués pour refuser une telle demande. Ces informations peuvent aider à mieux cerner les profils des personnes qui rencontrent des difficultés à passer d'un établissement à l'autre et, éventuellement, à identifier les facteurs qui jouent un rôle à cet égard.

L'enregistrement systématique des données relatives au traitement peut fournir un aperçu structuré du parcours d'internement, depuis l'admission jusqu'à la sortie et l'éventuel transfert vers des structures de suivi. Cela permet d'analyser pour quelle personne internée le parcours stagne et à quel moment du processus de soins des difficultés surviennent. Il est également possible d'examiner quels profils de personnes se trouvent dans des structures spécifiques et pour quelle durée. Ces données peuvent donc fournir des informations pertinentes à l'appui de l'hypothèse 3, qui soulève la question du manque de places d'accueil appropriées en dehors des prisons et qui met en évidence le problème de la transition vers le circuit de soins. Elles peuvent également contribuer à vérifier l'hypothèse 5, qui postule qu'il existe une utilisation excessive et/ou une mauvaise occupation des places d'accueil résidentielles, au détriment des soins ambulatoires.

Figure 5. Enregistrement des données relatives aux traitements par les services médico-légaux



Données juridiques

La figure 5 illustre la variation dans l'enregistrement des données juridiques. Si la plupart des institutions enregistrent le type d'infraction et la date d'internement, d'autres données juridiques sont moins fréquemment recensées. Il s'agit notamment d'informations sur l'assistant de justice, les conditions émises par la CPS, le statut juridique (LE ou placement) ainsi que la CPS compétente.

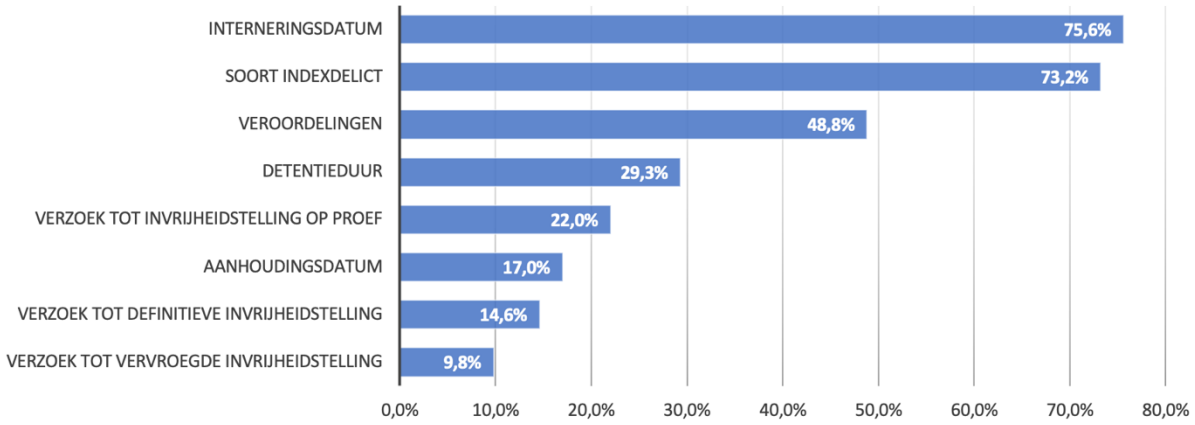
Seuls 30 % des institutions interrogés enregistrent des données relatives à la durée de détention des personnes internées. Le questionnaire utilisé n'a toutefois pas permis de déterminer à quelle période de détention spécifique ces enregistrements se rapportent. Il apparaît toutefois que 70 % de ces établissements enregistrent la date d'internement, ce qui permet également de déterminer la durée de la mesure. Un enregistrement systématique de la durée de détention peut fournir des informations précieuses sur la durée du séjour des personnes ayant un statut d'internement en détention, avant leur transfert vers un établissement médico-légal. Ces données contribuent non seulement à brosser un tableau plus nuancé de la durée de la détention, mais peuvent également fournir un contexte supplémentaire pour l'hypothèse 3, qui examine de manière plus approfondie la question de la détention illégale des personnes internées.

Seul un faible pourcentage (8 %) des institutions enregistre le statut juridique actuel (LE ou placement) de la personne internée. En outre, seuls 22 % des institutions enregistrent les demandes de libération à l'essai. Un enregistrement systématique du statut juridique par tous les établissements permettrait de réaliser des analyses longitudinales afin de déterminer combien de personnes se trouvent sous le statut « LE » ou « placement » dans les établissements médico-légaux Toutefois, l'augmentation éventuelle de la durée de la LE, comme le suggère l'hypothèse 8, reste difficile à étudier, car on ne sait pas combien de temps cette personne reste sous le statut de LE dans le cadre du suivi.

Certaines institutions enregistrent les demandes de libération définitive (14,6 %), mais pas si celles-ci ont effectivement été accordées. Une seule structure enregistre si la personne concernée a effectivement été libérée définitivement. Il est donc difficile de vérifier empiriquement l'hypothèse 10 à partir des bases de données disponibles, qui postule que le nombre de refus de libération définitive augmente. Cela complique également la comparaison avec la Région wallonne, où, selon Seynnaeve *et al.* (2023), le nombre de libérations définitives accordées est plus élevé qu'en Région flamande.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de bases de données contenant des données sur la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise (H7) ni sur les arrestations provisoires, les suspensions et les révocations de libération à l'essai et autres modalités d'exécution de l'internement (H9). Sur la base des données juridiques actuellement disponibles dans les bases de données médico-légales, il n'est donc pas possible de répondre de manière adéquate aux hypothèses 7 et 9.

Figure 6. Enregistrement des données juridiques par les services médico-légaux



Données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques

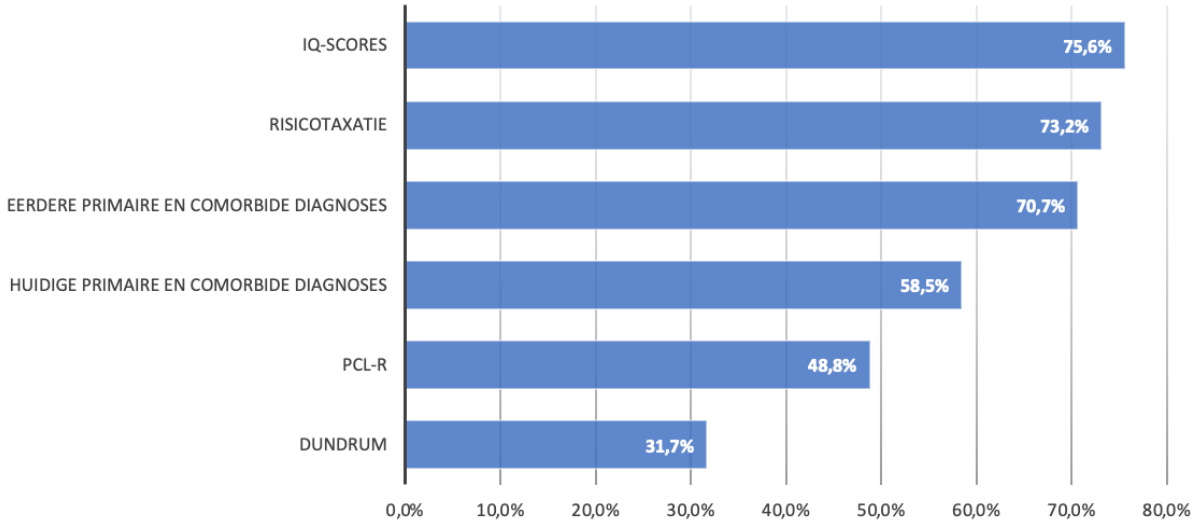
Diverses institutions enregistrent des informations relatives aux scores de QI, à l'évaluation des risques et aux diagnostics psychiatriques primaires et comorbidités. La collecte et le suivi systématiques de ces données sur de longues périodes peuvent fournir des informations précieuses sur les profils psychopathologiques complexes et les facteurs de risque supplémentaires des personnes internées, ce qui correspond aux conclusions de la littérature citée à l'appui de l'hypothèse 1.

Contrairement aux informations issues des scores de QI, de l'évaluation des risques et des diagnostics psychiatriques, les scores obtenus à l'aide d'outils, tels que le PCL-R et le DUNDRUM, sont très peu enregistrés. Seulement 30 % des institutions interrogées enregistrent les scores DUNDRUM. Il est toutefois important de noter que le DUNDRUM est un instrument relativement récent qui est encore progressivement mis en œuvre dans le domaine médico-légal. L'étude sur la mise en œuvre de l'utilisation du DUNDRUM en Flandre a toutefois été récemment achevée (Pouls *et al.*, 2025).

L'enregistrement systématique des scores DUNDRUM permet de mieux évaluer si les personnes internées sont placées dans le niveau de sécurité approprié. Ces données sont également importantes dans le cadre de l'hypothèse 5, qui suggère qu'il pourrait y avoir une utilisation excessive et/ou une mauvaise occupation des places en institution, au détriment des soins ambulatoires.

Enfin, plusieurs structures indiquent que la disponibilité de ces données dépend fortement des informations qu'elles reçoivent des institutions précédemment impliquées. Il existe donc une incertitude quant au moment de la collecte des données : il n'est pas toujours clairement établi si les données concernées ont déjà été obtenues avant le début de la prise en charge (et donc obtenues d'une structure précédente) ou pendant la prise en charge en cours dans la structure elle-même.

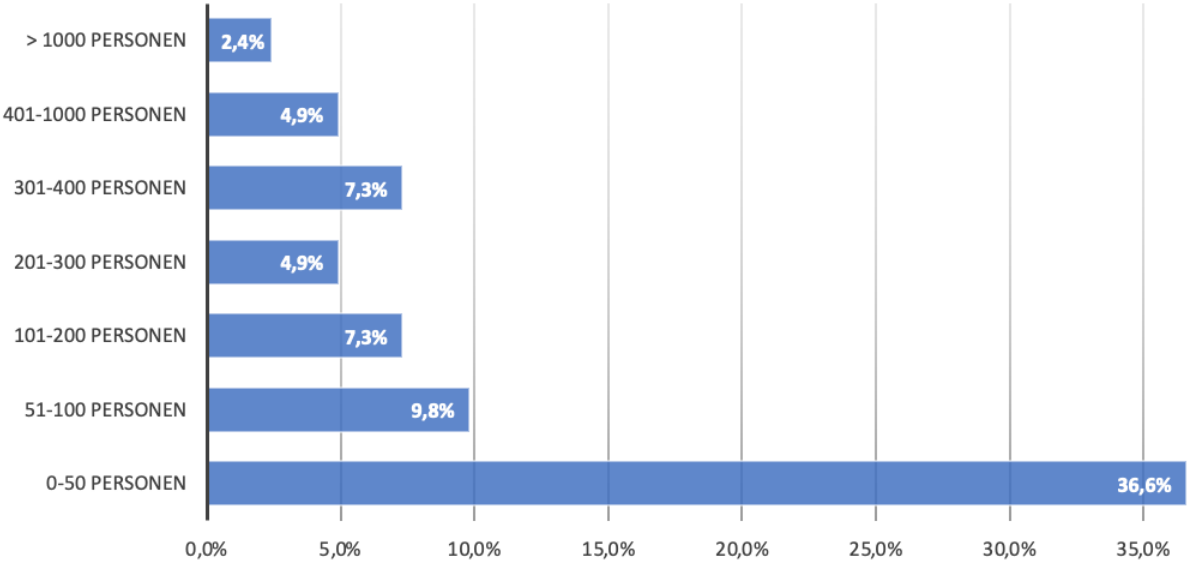
Figure 7. Enregistrement des diagnostics et des évaluations des risques par les institutions médico-légales



iv. Le nombre de personnes qui figurent dans la base de données[201]

La figure 8 montre que le nombre de personnes enregistrées dans les bases de données des établissements varie considérablement. La plupart des établissements ont relativement peu de personnes enregistrées, avec moins de 50 personnes dans leur base de données. Il est frappant de constater qu'une base de données contient plus de 1 000 personnes. Il convient toutefois de noter que cet établissement a indiqué qu'il ne s'agissait pas exclusivement de personnes uniques.

Figure 8. Taille de la base de données

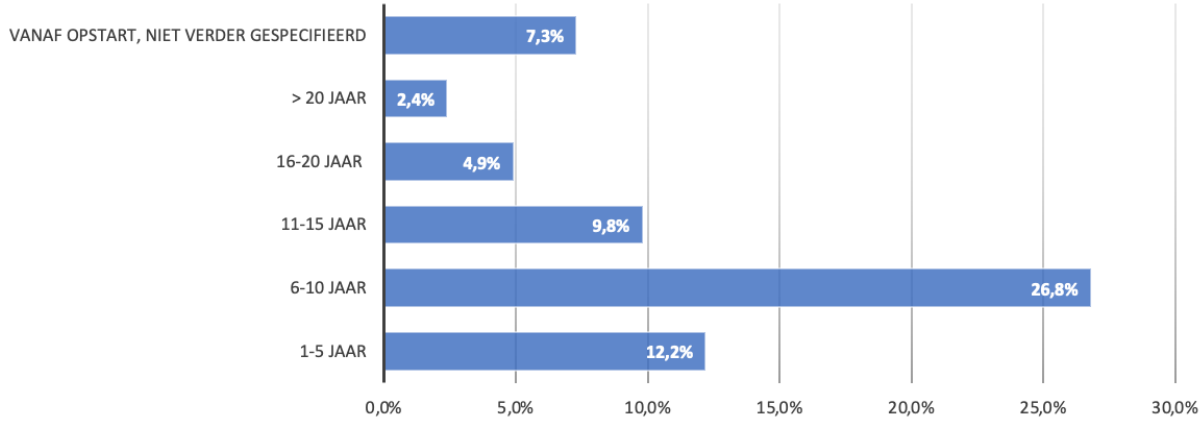


[201] Sont concernées ici l'ensemble des personnes qui ont résidé au moins un jour dans l'institution et dont la base de données a gardé la trace.

v. Alimentation de la base de données

Toutes les structures interrogées indiquent que leurs bases de données sont mises à jour en permanence, ce qui indique qu'il s'agit d'une collecte de données continue plutôt que ponctuelle. Il existe toutefois des variations considérables dans la période pendant laquelle les données sont conservées (voir figure 9). Il est frappant de constater que plus d'un tiers des structures n'ont pas fourni d'informations spécifiques sur le début de leur enregistrement des données, ce qui rend difficile l'interprétation de la durée de conservation.

Figure 9. Durée de la période d'enregistrement



vi. Exploitation des données à des fins scientifiques

Bien que la majorité des services médico-légaux indique tenir une ou plusieurs base(s) de données, les informations disponibles ne sont que peu utilisées à des fins de recherche scientifique. La plupart des bases de données ne sont actuellement pas activement exploitées. Seuls neuf services (22 %) ont déclaré avoir mené des recherches empiriques à partir des données de leur base de données. Ces recherches ont toutes fait l'objet d'un rapport ou d'une publication, notamment dans des revues scientifiques, des rapports de recherche ou des rapports annuels.

En revanche, une proportion importante des structures (*n* = 29 ; 70,7 %) sont ouvertes à la participation à des recherches qui impliquent plusieurs centres de recherche (c'est-à-dire où les données de plusieurs centres de recherche en Belgique sont incluses dans une seule étude). Malgré cette volonté générale de participer, les équipes mobiles régulières, les structures ambulatoires et les établissements qui présentent un plus faible niveau de sécurité ne manifestent pas véritablement d'intérêt pour la recherche scientifique. Ce manque d'implication peut conduire à une sous-représentation de leur rôle dans les parcours de soins des personnes internées (et dans le transfert entre structures). Il en résulte un manque de connaissances sur leur contribution à la continuité des soins et sur leur efficacité, comme le formule l'hypothèse 5 concernant l'utilisation (potentiellement) déséquilibrée des soins résidentiels et ambulatoires.

En outre, l'hypothèse 11 souligne une utilisation potentiellement inefficace des équipes mobiles TSI (et de liaison). Un plus grand engagement de ces équipes dans la recherche pourrait fournir des informations précieuses sur leur fonctionnement dans le cadre du parcours d'internement, cet aspect n'étant actuellement pas suffisamment mis en évidence.

La participation limitée de ces services à la recherche et à l'utilisation des données, combinée au fait que la littérature existante se concentre principalement sur les établissements de haute et moyenne sécurité, limite la compréhension actuelle du fonctionnement de ces services. Afin de combler cette lacune, il est essentiel que les recherches futures incluent également les services qui disposent d'une base de données et les encouragent à mettre leurs bases de données à la disposition de la recherche scientifique.

L'exploitation des bases de données des services médico-légaux peut permettre de déterminer de manière systématique quels groupes, à quelle phase du processus d'internement, rencontrent le plus de difficultés dans leur parcours de soins.

En outre, la combinaison des données enregistrées peut mettre en évidence des liens pertinents. Il est ainsi possible d'étudier dans quelle mesure une durée de détention plus longue est liée à des caractéristiques spécifiques de la personne internée, telles que le QI, la psychopathologie ou d'autres troubles de la personnalité. Cela peut, avec la prudence nécessaire, contribuer à expliquer pourquoi certains groupes restent plus longtemps en détention.

6.2.2. Analyse des bases de données existantes dans les institutions de la Région wallonne et les institutions francophones de la région de Bruxelles-Capitale

i. Type d'institution

Pour rappel (voir le point méthodologie de ce rapport), nous avons catégorisé quatre types d'institutions pour l'analyse par questionnaire de la Région wallonne et des institutions francophones de la région de Bruxelles-Capitale : les hôpitaux psychiatriques (H ; composés de différentes unités de soins), les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitation protégée (IHP), ainsi qu'un centre d'hébergement n'appartenant pas aux catégories précitées[202].

Sur 29 institutions interrogées et dont les noms des institutions ont été anonymisés, 14 ont répondu au questionnaire, mais deux institutions distinctes (un H et une MSP) ont combiné leur réponse au sein d'un seul et même questionnaire. Au total, nous avons donc reçu 13 questionnaires complétés, affichant un taux de réponse de 44,8 %.

Dans le corpus des répondants (n = 13), on dénombre donc 5 hôpitaux psychiatriques, 1 maison de soins psychiatriques, 6 initiatives d'habitation protégée et 1 centre d'hébergement.

ii. Existence d'une base de données

Toutes les institutions interrogées, à l'exception d'une structure, ont indiqué tenir une base de données sur les personnes internées admises et/ou recevant des soins dans leur établissement (92,3 % ; n = 12). Seul le centre d'hébergement a déclaré ne pas disposer de base de données de sa

[202] Pour rappel, le TSI de l'internement se structure autour de différentes institutions allant du *high security* au *low security*. En pratique, les MSP et IHP appartiennent généralement à la catégorie du *low security* tandis que les unités de soins des hôpitaux psychiatriques tombent sous la catégorie *medium security*. Toutefois, comme précisé en introduction de ce rapport, l'Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) « Les Marronniers » et l'Unité Sécurisée de Protection Sociale (USPS), « Unité Claudel », du Centre hospitalier psychiatrique du Chêne aux Haies sont des hôpitaux/unités de soins *high security*.

patientèle. Dans l'analyse qui suit, les 12 institutions ayant répondu tenir une base de données seront donc prises en compte.

iii. Types de données enregistrées

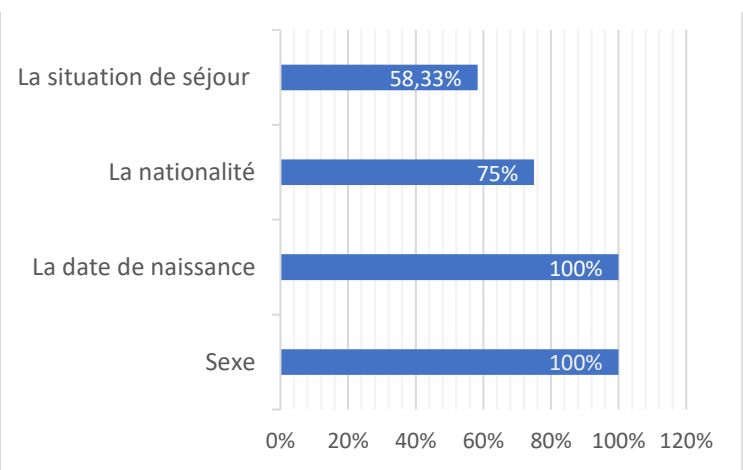
Quelles sont les données enregistrées dans ces bases de données ?

Données démographiques

La totalité des répondants ayant déclaré tenir une base de données (n = 12) enregistrent les variables « sexe » et « date de naissance », au contraire des variables « nationalité » (n = 9) et « situation de séjour » (n = 7), qui ne sont pas systématiquement enregistrées. Un hôpital a par ailleurs rapporté ne pas enregistrer la nationalité de sa patientèle internée, précisant toutefois que l'information était « trouvable » si nécessaire. Et la totalité des IHP ayant répondu aux questionnaires (5/5) ont déclaré enregistrer la variable « situation de séjour ». Cela ne permet cependant pas de savoir s'il est fait mention d'une situation de séjour irrégulière. Une analyse approfondie à l'appui de ces chiffres pourrait permettre de confirmer les constats que les personnes internées sans droit de séjour ne peuvent pas avancer dans le TSI, ou de montrer *à contrario* que certaines d'entre elles peuvent tout de même bénéficier d'une prise en charge résidentielle lors de leur libération à l'essai (voir l'hypothèse 7).

Pour la variable « autre », laissant l'opportunité aux répondants d'ajouter des éléments supplémentaires, seules deux IHP (2/6) ont précisé qu'elles enregistraient dans leur base de données la langue parlée par la personne internée, son niveau d'étude, son statut légal et, parfois, si la personne bénéficie d'une mesure de protection, d'une administration de biens et/ou de la personne[203].

Figure 10. Données démographiques



[203] L'administration de biens et/ou de la personne est un régime de protection encadré par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine, *M.B.*, 14 juin 2013. L'administrateur de biens est généralement un avocat mais peut aussi être un membre de la famille. Il se charge de gérer les biens, les dépenses et les revenus de la personne concernée.

Données relatives au traitement

La totalité des répondants ayant déclaré tenir une base de données (n = 12) enregistrent les dates d'admission et de sortie des personnes internées de leur établissement. Ces informations pourraient être utilisées pour de futures recherches afin d'objectiver précisément la durée des séjours au sein de chacune de ces institutions et de retracer le parcours institutionnel des personnes internées, à tout le moins lors de leur libération à l'essai.

Le parcours institutionnel antérieur de la personne internée[204] est une donnée enregistrée par deux tiers des répondants (8/12). Une IHP met en avant qu'elle essaye, dans la mesure du possible, d'obtenir cette information. *A contrario* les données relatives aux demandes d'admission au sein d'établissements qui interviennent ultérieurement dans le TSI et les raisons du refus d'admission au sein de ces mêmes établissements sont peu enregistrées : seuls 3 répondants sur 12 ont confirmé enregistrer ces informations (1 H et 2 IHP). Les données enregistrées par les différents lieux de santé mentale qui prennent en charge des personnes internées ne permettent pas en l'état une étude longitudinale quant à la trajectoire (antérieure et ultérieure) des personnes internées car ces informations ne sont pas systématiquement enregistrées.

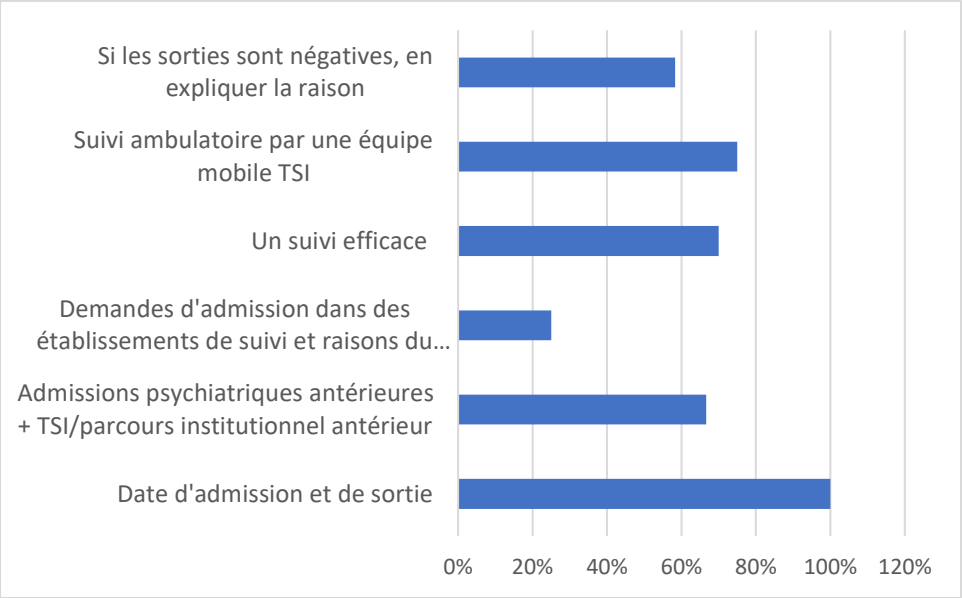
La variable que nous avons nommé « suivi efficace » n'a pas été comprise par deux institutions. Parmi les autres répondants (n = 10), la majorité a répondu qu'ils enregistraient des données relatives à la qualité du suivi de la personne internée.

La majorité des répondants (9/12), dont la totalité des IHP (5/5), enregistrent si la personne internée fait l'objet, au moment de son séjour dans l'établissement concerné, d'un suivi par une équipe mobile TSI. Une IHP a précisé être « souvent au courant » si la personne internée bénéficiait d'un suivi ambulatoire par une équipe mobile TSI, ne spécifiant toutefois pas si cette information était reprise dans leur base de données. Des données sont donc disponibles et pourraient être mobilisées à des fins de recherche afin d'objectiver l'étendue du suivi par une EM TSI et à quel stade du parcours institutionnel d'internement l'équipe ambulatoire intervient en majorité et pour combien de temps. Ces chiffres pourraient être mis en perspective avec les données enregistrées par les équipes mobiles TSI (nombre de suivis, *etc*. ; voir l'hypothèse 11).

Pour les « sorties négatives » et les raisons de celles-ci, c'est-à-dire les fins de séjour, un peu plus de la moitié des répondants ont signalé que cette information était enregistrée (7/12).

[204] C'est-à-dire si la personne a été précédemment admise dans un lieu de prise en charge psychiatrique ; par exemple, si un patient interné a été pris en charge au sein d'une unité psychiatrique médico-légale (UPML) avant son admission à l'IHP.

Figure 11. Données relatives au traitement



Dans les données enregistrées relatives au traitement, deux IHP ont souligné qu'elles enregistraient également « toute information objective » qui permettent « un accompagnement adéquat », ainsi que, par exemple, les coordonnées des médecins (généraliste ou psychiatre) de la personne internée et le traitement médicamenteux suivi par la personne. Deux hôpitaux psychiatriques ont déclaré, quant à eux, que la réalisation de « tests multidrugs » (fréquence et résultats) et le compte rendu des activités organisées au sein de l'établissement, les « envoyeur – demandeur »[205] pouvaient également figurer dans la base de données.

<u>Données juridiques</u>

Pour les données juridiques, seuls le type d'infraction, la date de la décision d'internement et la durée de l'hospitalisation/du séjour sont enregistrés à l'unanimité. Un répondant a néanmoins indiqué que le type d'infraction était enregistré de façon « lacunaire ».

La date de conservation est rarement enregistrée, seules deux IHP ont souligné que le dossier médical était gardé pendant 30 ans.
Quant aux autres condamnations dont aurait fait l'objet la personne internée, aucun des hôpitaux psychiatriques n'enregistre cette donnée, au contraire des IHP qui enregistrent cette information en très large majorité (5/6), précisant toutefois que les informations sont parfois lacunaires et que cela dépend des informations disponibles dans le dossier du TAP.

Et en ce qui concerne les variables concernant les demandes de libération à l'essai, de libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire et de la remise (LAE) ainsi que de la libération définitive, les réponses récoltées sont très variables :

[205] Il s'agit des personnes susceptibles de formuler une demande d'admission/de candidature, par exemple le service psychosocial de la prison ou de l'EDS de Paifve, un membre de la famille de la personne internée, son avocat, *etc*. (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*).

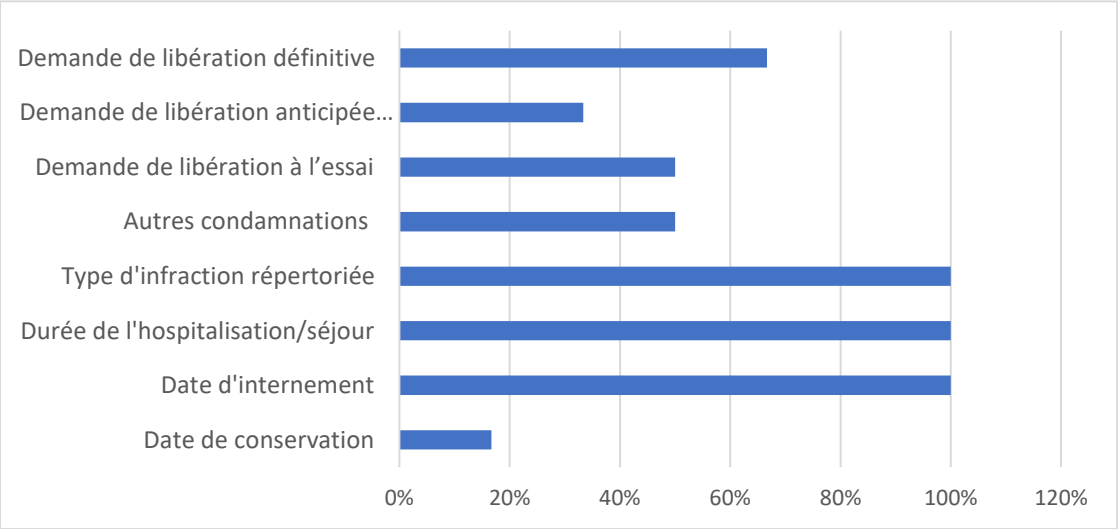
- Demande de libération à l'essai : 2/5 hôpitaux psychiatriques enregistrent cette information (1 ayant répondu « pas toujours ») ; 3/6 IHP enregistrent cette information (1 n'ayant pas répondu à la variable) ; 1/1 MSP enregistre cette information.

- Demande de libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire et de la remise : 1/5 hôpital psychiatrique enregistre cette information ; 3/6 IHP enregistrent cette information (1 n'ayant pas répondu à cette question) ; la seule MSP ayant répondu au questionnaire indique ne pas enregistrer cette information. Le faible taux de réponse pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agisse principalement de lieux pour les personnes internées en libération à l'essai, or les personnes internées en situation de séjour irrégulière susceptibles de demander une LAE ne peuvent généralement pas poursuivre une libération à l'essai au sein de lieux de soins de santé mentale, ne bénéficiant pas de la sécurité sociale (voir l'hypothèse 7).

- Demande de libération définitive : 2/5 hôpitaux psychiatriques enregistrent cette information ; 5/6 IHP enregistrent cette information (1 ayant répondu « éventuellement ») ; 1/1 MSP enregistre cette information.

Deux hôpitaux psychiatriques ont précisé qu'ils enregistraient également des informations liées à l'ordonnance d'internement, l'expertise psychiatrique médico-légale et, parfois, s'il y a un « dossier jeunesse » demandé au parquet, ainsi que des informations liées au statut juridique de la personne (placement intra/extra-pénitentiaire ou libération à l'essai) et à la CPS compétente.

Figure 12. Données juridiques

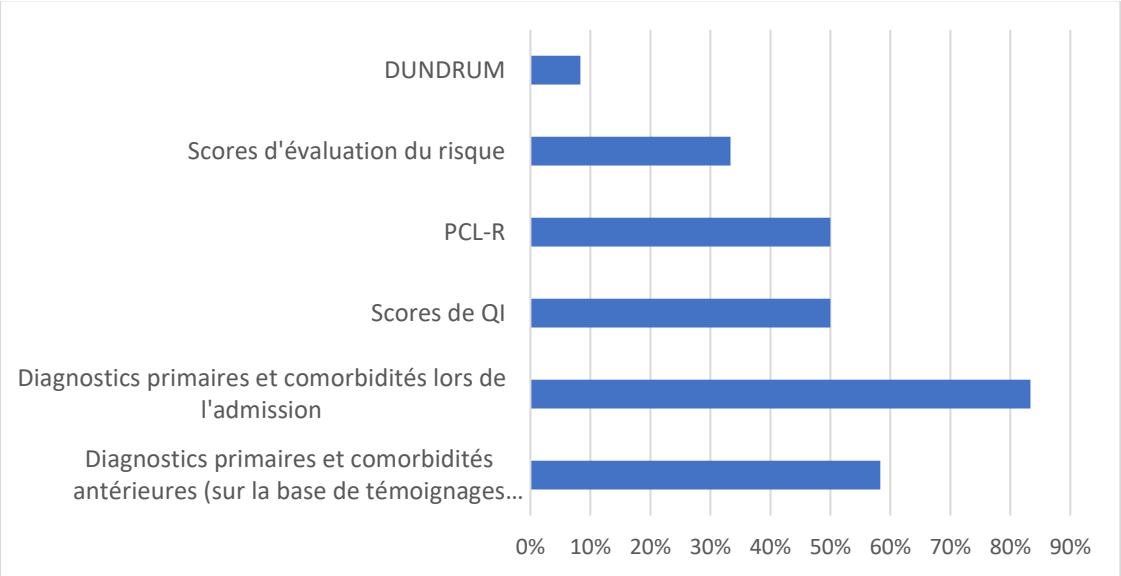


Données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques

Les diagnostics primaires de la personne internée et les comorbidités antérieures (sur la base de témoignages d'experts, d'admissions antérieures, *etc.*) sont enregistrés de façon variable selon l'institution (7/12), au contraire des diagnostics primaires et comorbidités lors de l'admission qui sont majoritairement enregistrés (10/12).

Concernant les données liées à l'évaluation (psychométrique) des risques et autres, celles-ci sont enregistrées par les H[206] et les MSP mais quasiment jamais dans le cas des IHP[207]. Les pratiques d'évaluation diffèreraient selon le type d'institution : les H auraient davantage recours à la pratique psychométrique que les IHP. La littérature a d'ailleurs montré que des équipes de recherche intra-hospitalières mobilisent des outils d'évaluation psychométriques afin de récolter toute une série d'informations relatives aux « profils » (de risque) de leurs patients (De Page *et al.*, 2018 ; Jeandarme *et al*., 2019 ; *etc*.) et que ces données servent directement à la publication scientifique (De Spiegeleir, 2025, *à paraitre*). Une enquête empirique qualitative menée au sein des IHP pourrait permettre de mettre en lumière les pratiques internes d'évaluation pour ce type de structure et les raisons du non-recours (ou plus rare) à ce type d'outils.

Figure 13. Données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques



iv. Le nombre de personnes qui figurent dans la base de données[208]

La taille des bases de données diffère selon le type d'institutions. En effet, les H pouvant accueillir un plus large nombre de personnes internées indiquent généralement des chiffres plus élevés, allant de 78 à 336. Certains font la distinction entre les candidatures (qui n'ont pas forcément été acceptées) et les personnes effectivement prises en charge au sein de l'H. Pour les IHP, ces chiffres varient de 2 à 28. Enfin, une MSP a indiqué que 67 personnes figuraient dans sa base de données.

v. Alimentation de la base de données

Les répondants ont indiqué alimenter leur base de données en permanence, au fil des nouvelles candidatures et/ou admissions ou des changements dans le dossier de la personne internée.

[206] Notons cependant que le DUNDRUM – un instrument psychométrique utilisé pour aider à la prise de décision des professionnels dans un contexte médico-légal (voy. Jeandarme, Habets, Kennedy, 2019) – n'est utilisé que par un seul hôpital psychiatrique (1/5).

[207] Une seule IHP a répondu qu'elle enregistrait « parfois » les données liées au test de QI et à la PCL-R (la *Psychopathy Checklist-Revised* ou « échelle de psychopathie de Hare » vise à mesurer le niveau de psychopathie chez un individu.) ; voy. De Page *et al*., 2018.

[208] Sont concernées ici l'ensemble des personnes qui ont résidé au moins un jour dans l'institution et dont la base de données a gardé la trace. Néanmoins, un répondant (H) a communiqué des chiffres pour une année seulement (2023).

Cependant, seul un tiers des répondants (4/12) ont précisé la date à partir de laquelle ils ont entamé l'enregistrement des données, s'agissant généralement du moment à partir duquel ils ont commencé à accueillir des personnes internées au sein de leur institution. Et près de la moitié n'a pas répondu à la question (5/12).

vi. Exploitation des données à des fins scientifiques

Près de la moitié des répondants ont indiqué que leur base de données a déjà servi à des fins de recherches scientifiques et empiriques (5/12). D'autres ont mis en avant que leur base de données a surtout été utilisée pour alimenter le rapport annuel de l'institution concernée à destination du SPF Santé publique (4/12, dont 2 des 5 institutions mentionnées *supra*). Trois IHP ont répondu « non » pour cette question (3/12).

La majorité des répondant sont ouverts à ce que leurs données soient exploitées pour des recherches qui impliquent plusieurs centres de recherche (c'est-à-dire des recherches dans lesquelles les données de plusieurs centres de recherche en Belgique sont incluses dans une seule étude). Néanmoins, certaines IHP ont formulé des points d'attention, précisant que cela dépend de l'objectif de la recherche, du temps consacré et que les données demandées doivent correspondre à la réalité de leur quotidien.

6.2.3. Conclusion transversale de l'analyse par questionnaire

Cette étude par questionnaire a fourni des informations sur les bases de données tenues par les services médico-légaux en Belgique qui prennent en charge des personnes internées.

Bien que la majorité des institutions interrogées et qui ont répondu au questionnaire indiquent enregistrer systématiquement les données (78,9 % en Flandre et pour les institutions NL et 92,3 % en Wallonie et pour les institutions FR[209]), il apparaît qu'il existe une grande variation dans la nature, l'exhaustivité des données enregistrées et l'utilisation de ces bases de données. Les données démographiques et celles relatives à l'admission et à la sortie sont fréquemment enregistrées, tandis que les informations juridiques et les données diagnostiques, y compris les instruments tels que le DUNDRUM, ne sont consignées que de manière sporadique[210]. Ces données peuvent toutefois fournir un cadre précieux et complémentaire pour formuler et tester des hypothèses spécifiques.

Dans le cas où les bases de données seraient systématiquement mises à jour sur une longue période, des analyses longitudinales pertinentes pourraient être effectuées. Cette collecte continue de données permet de suivre les évolutions au sein de la population et peut, comme indiqué précédemment, fournir des informations intéressantes pour les hypothèses 1, 3 et 5. En particulier, l'utilisation longitudinale des données d'enregistrement pourrait notamment contribuer à apporter une réponse plus fondée à l'hypothèse 1 (détérioration de la santé mentale générale). A ce propos,

[209] Pour rappel, le taux de réponse au questionnaire néerlandophone était de 93 % contre 44,8 % pour le questionnaire francophone.

[210] On observe néanmoins une nette différence quant au recours aux outils d'évaluation psychométrique (par exemple le DUNDRUM) entre le nord et le sud du pays : les institutions en Flandre auraient en effet davantage recours à ce type d'instrument qu'en Wallonie.

l'enregistrement systématique de ces données démographiques dans les établissements médico-légaux constitue un complément précieux à l'élaboration d'un profil complet des personnes internées placées dans le secteur des soins de santé. Lorsque ces données sont collectées de manière longitudinale, il est possible d'établir des comparaisons dans le temps et d'identifier les évolutions au sein de cette population. Ces données démographiques peuvent également jouer un rôle de soutien dans la vérification de l'hypothèse 1. La tenue de profils psychopathologiques chez les personnes internées peut, à terme, fournir des informations sur les tendances possibles en matière d'évolution des profils de soins.

Si l'hypothèse 3 (détention illégale des personnes internées dans les prisons et manque de places d'accueil en dehors des prisons avant l'internement (première audience devant la CPS)), l'hypothèse 5 (utilisation excessive et/ou mauvaise occupation des places d'accueil résidentielles au détriment des soins ambulatoires, (première audience)) et l'hypothèse 11 (utilisation insuffisante et/ou incorrecte des équipes mobiles) pourraient également être mieux documentées à partir de ces bases de données, celles-ci ne permettent pas ou plus difficilement à tout le moins de documenter les autres hypothèses : à savoir l'hypothèse 2 (nouvelles pratiques professionnelles), l'hypothèse 4 (augmentation du nombre d'internement des personnes condamnées détenues), l'hypothèse 6 (augmentation du nombre de places (lits) dans les établissements de soins pour les personnes internées), l'hypothèse 7 (augmentation du refus de la libération anticipée en vue de l'éloignement du territoire ou de la remise), l'hypothèse 8 (diminution du nombre de libérations à l'essai et/ou augmentation de la durée de la libération à l'essai), l'hypothèse 9 (augmentation du nombre de détentions provisoires et de suspensions et révocations de la libération à l'essai et autres modalités d'exécution) et l'hypothèse 10 (augmentation du nombre de refus de libération définitive).

Il apparaît en outre que les bases de données sont rarement utilisées à des fins de recherche scientifique : l'enquête néerlandophone montre que seul un cinquième des établissements procèdent à une analyse empirique des données, contre 41% pour l'enquête francophone. Les soins ambulatoires et les équipes mobiles sont particulièrement sous-représentés[211], ce qui limite les connaissances sur leur rôle dans le processus d'internement. Cette lacune empêche d'avoir une image complète de l'efficacité et de l'efficience de l'ensemble du continuum des soins médico-légaux.

Un enregistrement plus intégré, systématique et uniforme des données (y compris les informations démographiques, juridiques, diagnostiques et thérapeutiques) est nécessaire pour étayer scientifiquement la politique en matière de soins médico-légaux. Un système d'enregistrement centralisé permettrait de mieux analyser les parcours des personnes internées, d'identifier les goulets d'étranglement dans les parcours de soins et la transition d'une étape à l'autre de ce parcours, et de recenser les sous-groupes qui perdurent *a priori* de manière disproportionnée dans le circuit des soins ou qui ont difficilement accès à des soins plus adaptés.

[211] Pour rappel (voir le point méthodologie de ce rapport), les antennes d'équipe mobiles TSI francophones n'ont pas répondu au questionnaire, seules les équipes mobiles néerlandophones sont donc concernées par l'analyse présentée ici.

Enfin, il est essentiel que les établissements qui présentent un plus faible niveau de sécurité, les soins ambulatoires et les équipes mobiles[212] soient davantage associés aux initiatives de recherche et que des incitations politiques soient mises en place pour que ces bases de données soient également pleinement utilisées à des fins de suivi et d'évaluation.

6.2.4. Exemplaire du questionnaire utilisé dans l'enquête

Base de données sur les personnes internées

Ces dernières années, le nombre de personnes internées n'a cessé d'augmenter. Pour tenter de comprendre cette tendance, une recherche sur les hypothèses pouvant expliquer cette situation est essentielle. A cette fin, nous souhaitons avoir une vision claire de la population actuelle des personnes internées. Dès lors, nous vous invitons à répondre à quelques questions concernant les données dont vous disposez et que vous récoltez quant à la population de personnes internées prises en charge au sein de votre institution. Nous estimons qu'il vous faudra environ 5 à 10 minutes pour répondre au questionnaire ci-dessous.

Nous vous remercions d'avance pour votre coopération !

Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor)
Prof. dr. Inge Jeandarme, dr. Petra Habets, Sophie Verschueren

Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC)
dr. Sophie De Spiegeleir (chercheuse), dr. Eric Maes (prom.), dr. Alexia Jonckheere (prom.)

QUESTIONS :

1. Dans quelle institution êtes-vous employé ?

2. Votre institution tient-elle une base de données des dossiers des personnes internées admises ou recevant un traitement dans votre établissement ?

3. Si oui, quelles sont les données enregistrées dans cette base de données ?

    a. Données démographiques
        i. Sexe
        ii. La date de naissance
        iii. La nationalité
        iv. La situation de séjour
        v. Autre : ...

    b. Données relatives au traitement
        i. Date d'admission et de sortie

[212] En ce qui concerne les équipes mobile TSI francophones, l'hypothèse 11 montre un intérêt et un engagement grandissant de la part de ces équipes pour la recherche scientifique, principalement qualitative.

ii. Admissions psychiatriques antérieures + TSI/parcours institutionnel antérieur
iii. Demandes d'admission dans des établissements de suivi et raisons du refus
iv. Un suivi efficace
v. Suivi ambulatoire par une équipe mobile TSI
vi. Si les sorties sont négatives, en expliquer la raison
vii. Autre : ...

c. <u>Données juridiques</u>
i. Date de conservation
ii. Date d'internement
iii. Durée de l'hospitalisation
iv. Type d'infraction répertoriée
v. Autres condamnations
vi. Demande de libération à l'essai
vii. Demande de libération anticipée (éloignement)
viii. Demande de libération définitive
ix. Autres : ...

d. <u>Données relatives au diagnostic et à l'évaluation des risques</u>
i. Diagnostics primaires et comorbidités antérieures (sur la base de témoignages d'experts, d'admissions antérieures, ...)
ii. Diagnostics primaires et comorbidités lors de l'admission
iii. Scores de QI
iv. PCL-R
v. Scores d'évaluation du risque
vi. DUNDRUM
vii. Autres : ...

e. <u>Autres : …</u>

4. Combien de personnes figurent actuellement dans votre base de données ?

5. S'agit-il d'une enquête ponctuelle ou la base de données est-elle alimentée en permanence ?
   a. Quand les données ont-elles été collectées / depuis quand les données sont-elles systématiquement enregistrées ?

6. Si oui, ces données ont-elles déjà été exploitées et la recherche empirique a-t-elle été poursuivie ?
   a. Si oui, cette recherche a-t-elle fait l'objet d'un rapport ou d'une publication ? Si oui, où ?
   b. Êtes-vous ouvert à la recherche qui implique plusieurs centres de recherche (où les données de plusieurs centres de recherche en Belgique sont incluses dans une seule étude) ?

L'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC), direction opérationnelle Criminologie traite vos données à caractère personnel (votre adresse e-mail, les données relatives à votre profession, votre organisation et votre fonction, …) dans un intérêt public en vue de l'exécution des recherches en criminologie. Les données à caractère personnel sont conservées via l'INCC. Nous conserverons les données 5 ans après la recherche. Nous avons trouvé ces données auprès de sources publiques. Dans le cadre de la coopération avec le Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), nos sous-

traitants, les données à caractère personnel peuvent être partagées avec ces derniers. Vous souhaitez en savoir plus sur la manière dont nous traitons vos données à caractère personnel ? Consultez la déclaration de protection des données sur notre site Web (declaration_de_confidentialite1.pdf (fgov.be). Pour de plus amples informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel ou concernant l'exercice de vos droits, comme le droit d'accès, de rectification, d'effacement, de suppression de vos données et à la limitation du traitement, envoyez un e-mail à l'adresse dpo-nicc@just.fgov.be ou un courrier à INCC – DPO, Chaussée de Vilvorde 100, 1120 Bruxelles. Si vous estimez que nous n'avons pas pu vous aider, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'Autorité de protection des données.

7. Conclusion et recommandations

L'internement est régi par la loi belge du 5 mai 2014, entrée en vigueur le 1er octobre 2016. En tant que mesure de sûreté à durée indéterminée, l'internement vise à protéger la société des personnes considérées comme dangereuses et à dispenser les soins nécessaires à ces personnes en vue de leur réinsertion sociale. Depuis plusieurs années, l'internement défraie la chronique, notamment en raison du nombre croissant de personnes internées et ce, en particulier dans les prisons. Le présent rapport, rédigé aux termes d'une recherche de 18 mois, fait état des données et savoirs disponibles liés à 11 hypothèses qui pourraient expliquer cette tendance. Au cours de notre enquête exploratoire, différentes méthodes ont été mobilisées afin de documenter les hypothèses : réalisation d'une cartographie et d'une schématisation du processus d'internement, analyse de la littérature pertinente (scientifique et grise), inventaire des (bases de) données disponibles dans le secteur de la santé mentale et de la justice.

Dans cette conclusion, nous reviendrons sur les principaux constats de la recherche (7.1.), puis nous formulerons quelques recommandations à des fins d'orientation de la politique criminelle et de l'élaboration de futures recherches (7.2.).

7.1. Les principaux constats de la recherche

i. Bref retour sur les hypothèses

La recherche, principalement exploratoire, a mis en avant qu'à ce jour aucune hypothèse n'a pu être entièrement étayée. Des données, qualitatives et quantitatives, existent mais restent incomplètes et/ou peu fiables et ne sont généralement pas articulées entre elles. Pour la plupart des questions de recherche, les ensembles de données disponibles offraient plutôt des réponses approximatives que des informations directes. En outre, les conclusions de précédentes études sont souvent répétées dans de nouveaux rapports, ce qui engendre une confusion quant à savoir quelles connaissances sont réellement nouvelles et lesquelles ne font que reprendre la littérature existante. Cela a complexifié la mise en relation des ensembles de données avec les hypothèses.

Plus précisément, des ambiguïtés considérables subsistent pour la majorité des hypothèses (H1, H2(2.1), H2(2.3), H2(2.4), H6, H7, H8 en H10). Certaines hypothèses (H2 (2.2), H3, H4, H5, H9 et H11) ont néanmoins pu être partiellement documentées. Par exemple, pour l'hypothèse 4, qui concerne l'augmentation du nombre d'internement de personnes condamnées détenues, et d'après notre analyse de la littérature pertinente et notre inventaire des (bases de) données, des données existent sur la procédure qui encadre ce type d'internement, sur l'état de santé (mentale) des personnes détenues, ainsi que sur le profil de ces personnes (selon des études comparatives, les personnes internées présenteraient un profil psychiatrique et un profil de risque plus sévères que les personnes détenues). Par ailleurs, les données disponibles ne permettent pas d'affirmer qu'on serait face à une réelle augmentation du nombre d'internement des personnes condamnées détenues. Cependant, ces données sont limitées car il n'existe pas de chiffres officiellement publiés et des disparités persistent entre les données disponibles néerlandophones et francophones. D'autres recherches sont donc nécessaires pour suivre l'évolution de cette tendance. Si l'exercice de documentation a permis

d'apporter des premiers éléments de réponse pour certaines hypothèses – bien que jamais entièrement –, toutes les hypothèses élaborées au début du projet restent encore pertinentes aujourd'hui.

Cela étant, nous attirons l'attention sur l'importance relative des différents facteurs explicatifs de la hausse du nombre de personnes internées. Ces facteurs explicatifs ont été nommés dans le présent rapport comme étant des « hypothèses ». Nous rappelons ici qu'il ne s'agissait pas de vérifier de façon hypothético-déductive si les hypothèses avancées se vérifient en pratique ; notre travail s'est voulu avant tout exploratoire (compte tenu du temps imparti à la recherche), en recensant de façon systématique les savoirs déjà existants sur ces différents facteurs pouvant éventuellement expliquer la hausse du nombre de personnes internées en Belgique. Par ailleurs, les différents facteurs explicatifs ont sans aucun doute un poids différent dans la hausse analysée. Il en va par exemple ainsi de l'hypothèse (qui resterait à démontrer) d'une augmentation du nombre de personnes condamnées détenues internées dont l'influence ne pourrait être que très relative sur le nombre total de personnes internées.

Enfin, les développements de ce rapport nous amènent à mettre en évidence deux enjeux, qui apparaissent de façon transversale dans les 11 hypothèses explorées précédemment. Ils sont d'ordre institutionnel et directement liés au processus de l'internement.

Un premier enjeu, qui est plutôt de l'ordre d'un questionnement, a trait au fonctionnement interne des chambres de protection sociale (CPS). La consultation auprès des psychiatres francophones souligne la « lourdeur procédurale » et « formaliste » des CPS, ce qui aurait une incidence sur les flux des personnes internées, ne favorisant pas leur avancée dans le TSI et la sortie des lieux de placement[213].

Un deuxième élément à souligner est la progressivité qui semble s'instaurer dans le parcours institutionnel de l'internement, avant une libération définitive (Cartuyvels *et al.*, 2024 ; Cartuyvels, De Spiegeleir, 2022). Autrement dit, il semblerait qu'on attende de la personne internée qu'elle passe un temps suffisant dans chaque étape du TSI (du placement jusqu'à la libération définitive), ce qui peut entrainer des (plus) longues durées de placement et/ou de séjour au sein des structures de prise en charge pendant la libération à l'essai. Ceci peut engendrer un effet ricochet systémique, impactant toutes les étapes du parcours d'internement, laissant place à des « embouteillages ».

ii. La complexité du système de l'internement

L'enquête exploratoire sur les données susceptibles d'éclairer les causes possibles de la hausse du nombre de personnes internées a mis en lumière – une fois encore – toute la **complexité du système de l'internement**, tel qu'il est conçu aujourd'hui. Nous souhaitons souligner au moins quatre éléments qui traduisent cette complexité.

D'abord, la mesure d'internement et ses enjeux sont souvent particulièrement difficiles à appréhender par les acteurs spécialisés, en raison notamment de la **fragmentation** qui existe entre les administrations de la justice et de la santé. L'internement repose en effet sur une rationalité hybride,

[213] Voy. la consultation (cf. *supra*, hypothèse 2)

entre soin et sécurité, qui fait intervenir des acteurs et des institutions de champs différents, relevant de l'Etat fédéral et des entités fédérées (et relatives notamment à la justice pénale et à la santé mentale) mais dont les implications ne s'articulent pas toujours entre elles ; les enjeux et les défis rencontrés par ces administrations et leurs professionnels apparaissent dès lors souvent opaques pour les uns et les autres[214].

Ensuite, la mise à plat de tout le processus d'internement met en évidence ce que nous avons appelé un « **effet en cascade** », c'est-à-dire l'idée d'un engorgement qui survient à plusieurs étapes du parcours d'internement (et même en dehors de celui-ci, dans les institutions relevant de la société civile) et qui se répercute sur tout le processus. L'engorgement s'observe d'ailleurs selon un double point de vue, qu'on se place en amont d'un passage à l'acte ou d'une décision d'internement, où des problèmes de santé mentale en population générale ont un impact sur le processus d'internement (une prise en charge insuffisante ou inadéquate peut mener à des passages à l'acte, *etc*.) ; ou en aval, là où des structures résidentielles ou ambulatoires qui prennent en charge des personnes internées se retrouvent surchargées, sans suffisamment de lits disponibles, ce qui crée un effet de stagnation des personnes internées dans les structures qui précédent, *etc*.

Puis, la recherche a également permis de s'intéresser à **certains groupes de professionnels de l'internement,** en particulier ceux qui interviennent principalement en amont d'une décision d'internement – à savoir les experts psychiatres, les magistrats et les avocats –, mettant en évidence que peu de données existent sur les pratiques concrètes de ces professionnels (par exemple, en ce qui concerne les logiques argumentaires des juges ou les pratiques d'évaluation des experts psychiatres) ainsi que leur impact sur le parcours d'internement et, surtout, sur la hausse du nombre d'internements et des personnes internées. Pour rappel, il semble qu'il n'y ait pas, au sein du SPF Justice, une liste exhaustive et centralisée des **experts psychiatres** susceptibles de réaliser une expertise en prévision ou non d'un internement ; il semble en outre qu'il existe très peu d'experts psychiatres disposés à rendre un rapport d'expertise dans ce domaine. Le manque de formation et les longs délais d'expertise seraient des causes possibles au nombre peu élevé d'experts psychiatres. Du côté des **magistrats**, aucune donnée ne permet de saisir les justifications d'une décision d'internement ou, *a contrario*, d'une décision de ne pas prononcer l'internement. Ultimes décideurs, les magistrats s'appuient sur le rapport d'expertise psychiatrique préalablement rédigé afin de se prononcer, mais quel poids donnent-ils à l'évaluation psychiatrique ? Un des critères pour qu'une mesure d'internement soit prononcée est la commission d'un fait qualifié infraction (crime ou délit) portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers, mais de quelle façon les magistrats apprécient-ils le critère de la gravité des faits ? Comment construisent-ils une atteinte grave ? Il en va de même pour les **avocats** qui jouent un rôle de levier considérable, pouvant faire basculer une décision vers un internement ou non. Cependant, très peu de recherches se sont penchées sur la posture des avocats vis-à-vis d'un internement. Malgré le vaste corpus de recherches menées sur l'internement depuis ces dernières années, la compréhension de ces pratiques professionnelles et des enjeux qu'elles sous-tendent – pourtant cruciale pour mieux appréhender la problématique du nombre croissant d'internements – demande encore à être éclairée.

[214] Par exemple, on peut imaginer que les enjeux rencontrés par les équipes des UMPL, qui hébergent des personnes internées en libération à l'essai, sont peu connus des magistrats de la CPS qui statuent sur l'exécution de l'internement.

Enfin, l'enquête met au jour un **éclatement important des données** produites sur l'internement. Les données enregistrées sur les personnes internées ne sont pas centralisées ; elles restent parcellaires et disséminées entre différents acteurs et services. Le rapport fait état de plusieurs bases de données, mais certaines d'entre elles sont parfois incomplètes ou peu fiables, ce qui peut entraver le partage des données et la capacité à obtenir une vue d'ensemble et, entre autres, à suivre la trajectoire de soins d'une personne internée. Un obstacle majeur dans les données disponibles est le manque de collecte de données systématique, longitudinale et cohérente. Par conséquent, les résultats de recherche rapportés sont souvent fragmentés et ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des personnes internées en Belgique.

Nous relèverons au moins cinq enjeux spécifiques liés à l'enregistrement des données.

1. **La publicisation des chiffres**. Bon nombre de (bases de) données sont réservées à un usage interne uniquement.
2. **La non-uniformatisation des pratiques d'enregistrement des données**, qui diffère, par exemple, selon l'arrondissement judiciaire.
3. **La qualification des termes**. Il existe un décalage entre les termes légaux et ceux utilisés par les applications d'encodage, ce qui amène à des confusions de l'objet concerné.
4. **Les erreurs (humaines) d'encodage**, accentuées par des encodages qui ne sont pas opérés à la source, qui ne font pas l'objet de procédures systématiques de contrôle, *etc*.
5. **Le manque d'effectif**. Pénurie ou absence de personnel pour procéder à l'enregistrement des données, ce qui entrave un enregistrement de qualité et un traitement (continu) des données.
6. **Règles et pratiques relatives au RGPD**. Avant que le partage des données ne soit possible, de nombreuses formalités administratives doivent être accomplies.

7.2. Recommandations pour la politique criminelle et la recherche scientifique

A partir des constats précédemment énoncés, nous formulerons quelques recommandations. Celles-ci concernent principalement les (bases de) données existantes sur l'internement (i.). Nous énoncerons, ensuite, quelques pistes pour de futures recherches en la matière (ii.).

i. Pour une meilleure gestion des (bases de) données sur l'internement

Notre enquête exploratoire sur les causes possibles de l'augmentation du nombre de personnes internées a mis en évidence que s'il existe des données sur l'internement, celles-ci sont fragmentées, ce qui met à mal une compréhension pleine et entière de la mesure et ses enjeux. Ce constat nous amène à formuler au moins six recommandations dans le but d'engager les administrations, les politiques et les chercheurs à davantage uniformiser, centraliser et superviser la collecte des données en la matière.

1. Nous encourageons la création d'une **base de données centrale pour les patients médico-légaux**, en commençant par les personnes bénéficiant d'un statut d'internement.
2. Nous soulignons également l'importance de la standardisation de la collecte de données : le développement d'un système d'enregistrement national, **conforme au RGPD et standardisé** (à l'image de ce qui est effectué pour la casier judiciaire central ; voir Huynen *et al.,* 2024). Il est

essentiel de mettre en œuvre des méthodes uniformes de collecte de données afin de réduire la fragmentation des informations. Un budget devrait également être alloué pour collecter, analyser et rapporter ces données.

3. Il serait également pertinent de pouvoir disposer d'un organisme qui assurerait **un monitoring cohérent et permanent** des (bases de) données à l'échelle nationale.
4. Parmi les (bases de) données existantes, il serait pertinent **d'élargir les ensembles de données** (en particulier dans le domaine des soins de santé médico-légaux). Il y a un réel besoin de pouvoir disposer d'ensemble de données (*dataset*) plus grands et combinés afin d'obtenir une image plus représentative des personnes internées. Bien que des recherches aient été menées à ce sujet, les données sont souvent limitées et fragmentées. Des tentatives de fusion d'ensemble de données ont permis une meilleure représentativité, mais un manque de collecte systématique et uniforme persiste. Cela limite la possibilité de tirer des conclusions générales sur cette population en Belgique. Les recherches à venir devraient se concentrer sur la standardisation des méthodes de collecte et sur la constitution de bases de données plus robustes et représentatives. Cette recommandation, soulignée dans plusieurs publications (Nicaise *et al*., 2021 ; Geusens *et al*., 2024 ; Moens, Pauwelyn, 2012 ; Habets *et al*., 2022), appelle à une meilleure collaboration entre les groupes de recherche et une approche plus structurée pour approfondir la compréhension de cette population vulnérable et guider les politiques publiques.
5. En outre, **une plus grande collaboration multidisciplinaire** entre les institutions cliniques, le secteur judiciaire et les centres de recherche est nécessaire. En particulier, en ce qui concerne les différents groupes scientifiques, cela peut offrir des perspectives riches, alliant approches qualitatives et quantitatives[215]. Un exemple récent de collaboration réussie est celui du FQL-dataset (qualité de vie) (Boons *et al.,* 2025), fruit d'une initiative conjointe de trois unités *medium-security* en Flandre. Ces données combinées ont donné lieu à un ensemble de données plus large et robuste, illustrant le potentiel de telles collaborations. D'autres études menées au sein des mêmes unités ont déjà exploré des thématiques telles que les récidives, les révocations, les scores d'évaluation du risque et les incidents violents en cours de traitement (Jeandarme *et al.,* 2016a, 2017a, 2017c, 2019c). Ces exemples illustrent comment une collecte de données standardisée et une coopération interinstitutionnelle peuvent soutenir un savoir scientifique plus global et représentatif sur les patients médico-légaux. D'autres exemples inspirants sont les *datasets* combinés du KeFor et du CRDS (Pham *et al.,* 2019 ; Jeandarme *et al*., 2019b) et le *dataset* récemment constitué des centres spécialisés pour délinquants sexuels[216] (Jeandarme *et al*., 2025). Un autre exemple important est le *dataset* des CPL (centres de psychiatrie légale), qui offre une vue d'ensemble sur la population accueillie dès le lancement de ces centres. Ce type d'initiatives peut servir de source d'inspiration pour améliorer la collecte de données dans le cadre de la recherche en médecine légale.
6. Nous sommes également en faveur d'une plus grande **collaboration entre le secteur de la santé et de la justice,** et une collaboration accrue entre les institutions cliniques, le secteur judiciaire et les centres de recherche. En particulier, il ressort de l'enquête la nécessité d'organiser des formations décloisonnées sur l'internement qui réunissent des acteurs de champs différents : par exemple, on pourrait imaginer des formations communes pour les magistrats, les experts-

[215] Pour un autre exemple de recherche qui s'appuie sur plusieurs *datasets* issus de différents hôpitaux, voir : Saloppé, *et al.* (2012). Prévalences psychiatriques de patients internés dans les hôpitaux psychiatriques belges francophones. *Acta psychiatrica belgica*, *112*(3).

[216] Cet ensemble de données couvre un ensemble des statuts judiciaires, y compris celui de personne internée.

psychiatres et les avocats. Des états généraux de la recherche sur l'internement, organisés au niveau national, permettraient également de croiser les regards, à différents niveaux (perspectives émanant du champ de la santé mentale et de l'administration de la justice, vision nord/sud *intra* belge mais également internationale, *etc*.).

ii. Pistes pour de futures recherches sur l'internement et l'augmentation du nombre de personnes internées

La recherche a mis en lumière une série de points aveugles concernant les données disponibles, qualitatives et quantitatives, sur l'internement. De futures recherches sont nécessaires afin de mieux saisir les enjeux de la mesure de sûreté, et en particulier, pour comprendre les raisons de l'augmentation croissante du nombre de personnes internées. Nous relevons au moins six pistes pour de futures recherches :

1. Il est urgent de mener des **études longitudinales** afin de cartographier l'évolution de la santé mentale des personnes internées au fil du temps, et de comprendre quels facteurs contribuent à son amélioration ou sa détérioration. Les informations de base sur la population internée et les taux de récidive font également défaut.
2. On sait peu de choses sur la santé mentale des personnes internées **dans des établissements de soins moins sécurisés ou ambulatoires**. Il est donc crucial de mener des recherches pour mieux saisir l'impact du statut d'internement dans ces contextes.
3. **Des études comparatives avec d'autres patients psychiatriques médico-légaux** (par exemple, les patients soumis à une mesure de mise en observation ; voir l'hypothèse 1) ou avec les détenus ordinaires pourraient aider à identifier les troubles psychiques spécifiquement liés à l'internement.
4. Des recherches sont nécessaires pour explorer **le rôle de la prise de décision partagée et de la participation des personnes internées dans leur trajet de soins** afin de mieux comprendre comment ces éléments influencent la qualité du traitement et la santé mentale.
5. **L'efficacité des initiatives existantes** visant à favoriser la réinsertion, telles que le *projet In Reach*, **doit être évaluée plus en profondeur**. Il convient de déterminer dans quelle mesure elles contribuent à l'amélioration de la santé mentale et à la réduction du nombre de personnes internées de longue durée.
6. Enfin, une autre piste pourrait être de mener **une recherche qualitative qui ciblerait un acteur en particulier de l'internement, par exemple les magistrats**. Ces derniers intervenant dans tout le processus d'internement, une enquête sur leurs pratiques décisionnelles et logiques argumentaires permettrait d'éclairer plusieurs points d'attention qui concernent la majorité des hypothèses énoncées dans ce rapport. Sont concernés les magistrats du parquet, les magistrats de l'instruction et du fond, qui interviennent en amont d'une décision d'internement et aussi, une fois l'internement ordonné, les magistrats qui président les CPS et les assesseurs, en charge du contrôle de l'exécution de la mesure. Par exemple, une telle recherche permettrait de mieux comprendre :
    a. Comment, au stade du parquet, sont prises les décisions de basculer du côté civil ou du côté pénal en matière de privation et/ou de restriction de liberté (voir l'hypothèse 1) ?
    b. De quelle façon les magistrats interprètent-ils les rapports de l'expert psychiatre (voir l'hypothèse 2). La recherche pourrait confronter l'hypothèse d'un virage sécuritaire qui

marque nos sociétés actuelles à la pratique des magistrats, dont la focale est mise sur l'évaluation des risques (de récidive, notamment), ce qui mènerait à une plus grande mise à l'écart des personnes dites « à risque » ?

c. De quelles ressources les juges et juridictions d'instruction estiment-elles devoir disposer pour éviter, le cas échéant, une détention préventive à une personne en besoin de soins ?
d. Dans quelle mesure les magistrats ont-ils connaissance du paysage de l'offre de soins de santé mentale médico-légale ou régulière, et, en particulier, des acteurs et des institutions susceptibles de prendre en charge une personne internée (voir l'hypothèse 5) ?
e. De quelle façon les magistrats évaluent-ils et justifient-ils qu'une libération à l'essai doit être prolongée ou accordée (voir l'hypothèse 8) ?
f. Comment justifient-ils une suspension ou une révocation de la libération à l'essai (l'hypothèse 9), et l'octroi ou le rejet d'une libération définitive (l'hypothèse 10) ?
g. Ou encore, qu'attendent les magistrats des équipes mobiles TSI ? Ces équipes, qui ne souhaitent *a priori* pas être mandatées par la justice, pourraient l'être en pratique (et le sont parfois déjà) (l'hypothèse 11).

---

8. Bibliographie

La liste ci-dessous fait état de la littérature pertinente (scientifique et grise) pour documenter les 11 hypothèses. Pour rappel, quatre critères de sélection ont été utilisés : les articles ou ouvrages publiés ces 15 dernières années (2009-2024[217]), qui traitent de la mesure d'internement telle qu'elle est conçue en Belgique, qui se basent sur des données empiriques, récoltées à partir d'une méthode qualitative, quantitative ou combinée et, enfin, qui permettent de documenter une ou plusieurs (des) hypothèse(s) identifiée(s). S'y trouvent également les documents et rapports produits par des associations, des organes de contrôle ou de surveillance nationaux et internationaux, des centres de recherche non-académiques, les administrations de la justice et de la santé publique, l'administration générale des maisons de justice, des lieux d'internement mais aussi des articles de presse, questions parlementaires, etc.

*

Aga, N., Vander Laenen, F., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. (2020). A qualitative inquiry on recovery needs and resources of individuals with intellectual disabilities labelled not criminally responsible. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(4), 673–685. https://doi.org/10.1111/jar.12670

Agence Belga (2 décembre 2023), Le nombre d'internés en forte hausse dans les prisons, *La Libre Belgique*, disponible ici : Le nombre d'internés en forte hausse dans les prisons : "L'interné type est un quadragénaire belge qui a au moins un antécédent judiciaire" - La Libre

Alié, M., De Brouwer, A. (2023). L'internement, questions choisies relatives à l'imputabilité. La responsabilité du juge du fond, les conséquences civiles et le régime disciplinaire pénitentiaire. *Journal des Tribunaux*, *6940*, 293-299.

Avalosse, H., Noirhomme, C., Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. Etude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, *4*, 6-30.

Basecqz, N., Jaspis, P. (2021). La réforme de l'internement : regard sur quatre années d'application de la loi du 5 mai 2014. *In* Actualités en droit de l'exécution des peines et de l'internement (pp. 217-300). *Larcier*.

Beernaert, M-A., Nederlandt, O., Teper, L., Truillet, V. (2024). Chronique de jurisprudence en matière d'exécution des peines et des mesures, *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, *no.7-8*, 749 - 835.

Benayad, M. (1er février 2025). Peines plus rapidement effectuées et alourdies pour certaines infractions et augmentation de la capacité des prisons au programme de l'Arizona, *La Libre Belgique,*

[217] Pour rappel, des articles (scientifiques ou autres) datant de 2025 ou en voie d'être publiés en 2025 ont également été mobilisés pour l'analyse et ajoutés au corpus des références. L'année 2025 n'est cependant pas reprise dans l'analyse de la littérature, le rapport ayant été finalisé en milieu d'année.

disponible ici : Peines plus rapidement effectuées et alourdies pour certaines infractions et augmentation de la capacité des prisons au programme de l'Arizona - La Libre

Bruffaerts, R., Leys, M., Portzky, G., Van den Broeck, K., Kaesemans, G., Jansen, L., Jeannin, R., Bootsma, E. (2024). *De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023*. Zorgnet-Icuro, Brussel.

Boons, L., Habets, P., Cappon, L., Degrauwe, S. (2025). A need for a forensic specific policy regarding experiencing sexuality: A study of quality of life in medium security patients. *The Journal of Forensic Practice*, Advance online publication. https://doi.org/10.1108/JFP-08-2024-0043

Boons, L., Jeandarme, I., Denier, Y. (2024). Toward an integrated sexual policy in forensic psychiatry: A mixed method pilot study. *Archives of Sexual Behavior*, *53*, 2509–2527. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02873-x

Brand, E., Mellsop, G., Tapsell, R. (2015). A review of the psychiatric care provided to patients who subsequently offended. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 3, 31–35.

Cartuyvels, Y., Champetier, B., Wyvekens, A. (2010). *Soigner ou punir. Un regard critique sur la défense sociale en Belgique.* Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

Cartuyvels, Y., Champetier, B., Wyvekens, A. (2010). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. *Déviance et société*, *34(4)*, 615-645.

Cartuyvels, Y. (2012). Juges et psychiatres, je t'aime moi non plus… *Mental'Idées*, *17*, 13-15.

Cartuyvels, Y., De Spiegeleir, S. (2022). La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, *88*, 75-102. Disponible ici : La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime | Cairn.info

Cartuyvels, Y. (2022). L'internement au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH. *Archives de politique criminelle*, *44*, 87-103.

Cartuyvels, Y., De Spiegeleir, S., Galmart, M., Oudghiri Idrissi, T., Wittouk, C. (2024). L'internement « pénal » en Belgique à l'épreuve du handicap et de la désinstitutionnalisation. *In* I. Hachez et N. Marquis (Eds.), Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap : Actes de la Conférence Alter 2022 (pp. 1043 – 1079). Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. Disponible ici : pusl-30651.pdf

Cartuyvels, Y., De Brouwer, A., Nederlandt, O. (2025, *à paraître*). L'institutionnalisation des personnes internées en Belgique : état des lieux. *In* Y. Cartuyvels, V. Aucouturier, L. Bertrand, M. Boldrini, S. De Spiegeleir, A. Franssen, B. Gomes, N. Hanquet, N. Rimbourg, L. Triaille, et Y. Vanderborght (dir.), L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) (2017), *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse*, Rapport 293, disponible ici : Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse

Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) (22 octobre 2019), *Soins de santé mentale : il est difficile de savoir si l'offre de soins répond à la demande*, Communiqué de presse, disponible ici : https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/soins-de-sante-mentale-il-est-difficile-de-savoir-si-loffre-de-soins-repond-a-la-demande

Chiffres annuels Etablissements pénitentiaires (2018 à 2023), disponibles ici : Publications | Service public federal Justice

Comité pour la prévention de la torture (CPT) (2017), Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 27 mars au 6 avril 2017, disponible ici : 16807913b1

Communication au Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant le groupe d'affaires L.B. c. Belgique du 18 octobre 2024, rédigée par Unia, le CCSP et l'IFDH

Conseil central de surveillance pénitentiaire (2020), Rapport annuel 2020, disponible ici : CCSP_RapportAnnuel_2020-2.pdf

Conseil central de surveillance pénitentiaire (2023), Rapport annuel 2023 de la commission de surveillance de Haren, disponible ici : RA2023_CdS-Haren.pdf

Conseil central de surveillance pénitentiaire (2023), *SURPOPULATION CARCÉRALE. Avons-nous encore les clés en main ?*, Colloque du 24 novembre 2023, disponible ici : Actes-colloque-surpopulation-2023-Verslagboek-colloquium-overbevolking.pdf

Conseil central de surveillance pénitentiaire (2024), Communiqué de presse du 17 mars 2024, disponible ici : Tribune-KomopTegenKanker-FR.pdf

Coordinateurs.trices TSI et CSEI, *La prise en charge des internés au cœur du médico-légal*, disponible ici : Internement - La prise en charge des internés

Deckers, A., Seynnaeve, K., De Smedt, A., Dheedene, J., Vandenplas, E., Van der Auwere, A. (2014). Rapport geïnterneerden in detentie op 24/12/2013. *Werkdocument FOD Justice – FOD Volksgezondheid*.

De Clercq, M., Vander Laenen, F. (2013). Gebruik van testinstrumenten in psychiatrische deskundigenverslagen bij internering: Een exploratief dossieronderzoek in het gerechtelijk arrondissement Gent. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *55*(5), 337–347.

De Clercq, M., Vander Laenen, F. (2017). Psychiatrische expertises bij internering: De waarborgen in de nieuwe interneringswet zijn welgekomen. *Panopticon*, *38*(4), 246–263.

De Clercq, M., Vander Laenen, F. (2019). The use of test instruments in forensic report writing: Explorative research in Flanders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *66*, 101454. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101454

de Dardel, J. (2016). *Exporter la prison américaine: Le système carcéral colombien à l'ère du tournant punitif*. Alphil-Presses universitaires suisses.

De Fruyt, J., Demyttenaere, K., Vandenberghe, J. (2010). Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke: een medisch perspectief. *In* G. Benoit, J. Vandenberghe, H., Nys *e.a.*, red. De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Die Keure, p. 121-141.

De Page L., De Smet L., Titeca P. (2015). A quoi correspondent les projets de réinsertions sociales des patients internés ? Soins ou justice ?, *Acta Psychiatrica Belgica, 115(2)*, 36-44.

De Page, L., Titeca, P. (2018). Protection de la Personne des Malades Mentaux ou Internement : Qui, Quoi et Pourquoi ? *Acta Psychiatrica Belgica*, *118*(1), 31-37.

De Page, L., Boulanger, M., de Villers, B., Dugauquier, A., Pham, T. H., Saloppé, X., Thiry, B. (2018). Perspectives on triage of mentally disordered offenders in Belgium. *Acta Psychiatrica Belgica*, *118*(1), 25–30.

De Page, L., Matteucci, M., Englebert, J. (2018, December). Les limites de la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) dans une population médico-légale souffrant de schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *176*(10), 954-958.

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

De Page, L., Godinas, S., Titeca, P. (2021). Circumstances leading to and characteristics of Belgian forensic patients remitted to prison. *International Journal of Forensic Mental Health*, *21*(3), 298-306.

De Page L., Titeca P. (2021). Ten years of operation of a small Belgian medium-security unit - How are we doing? *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-14.

De Pau, M., Mertens, A., Bourmorck, D., Vanderplasschen, W., Nicaise, P., Vander Laenen, F. (2020). Crushed by the Belgian system: Lived experiences of forensic care trajectories by persons labelled as not criminally responsible. *International Journal of Law and Psychiatry*, *68*, 101539. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101539

De Pau, M., Vandennieuwenhuysen, E., Breuls, L., Macq, C. (2023). Een blik op het traject van personen met een migratieachtergrond en interneringstatuut: Het recht op zorg en vrijheid onder druk? *Panopticon*, *44*(6), 437-455.

Derouaux, E., Nederlandt, O., Servais, A. (2022). Les situations complexes dans l'exécution de la mesure d'internement. *In* A. Jonckheere et E. Maes (Eds.), Calcul, exécution et cumul des peines (pp. 165-199). Gompel & Svacina.

De Ruyck, W., Geusens, B., Verpraet, K., Heyndrickx, M., Rossi, G., Cappon, L. (2024). Psychiatrische diagnostiek in het forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek versus in forensisch psychiatrische zorginstellingen: Een casestudy in de medium-security unit van Zelzate. *Panopticon*, *45*(1), 5-26.

De Smet, L., De Page, L., Titeca, P. (2018). Protection de la personne des malades mentaux ou internement : qui, quoi et pourquoi ? *Acta Psychiatrica Belgica*, 118(1), 31-37. Disponible ici : PROTECTION-DE-LA-PERSONNE-DES-MALADES-MENTAUX-OU-INTERNEMENT-QUI-QUOI-ET-POURQUOI-CIVIL-COMMITMENT-OR-FORENSIC-INTERNEMENT-FOR-WHO-WHY-FOR-FOR-WHAT.pdf

De Smet, S., Van Hecke, N., Verté, D., Broekaert, E., Ryan, D., Vandevelde, S. (2015). Treatment and control: A qualitative study of older mentally ill offenders' perceptions on their detention and care trajectory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *59*(9), 964–985. https://doi.org/10.1177/0306624X14521129

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*, *44*, 199-213.

De Spiegeleir, S. (2025, *à paraître*). L'internement entre autonomie et dangerosité : le cas des unités psychiatriques médico-légales. *In* Y. Cartuyvels, V. Aucouturier, L. Bertrand, M. Boldrini, S. De Spiegeleir, A. Franssen, B. Gomes, N. Hanquet, N. Rimbourg, L. Triaille, Y. Vanderborght (dir.), L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles.

De Spiegeleir, S. (2025, *à paraître*). *Sortir de l'internement. Une sociologie des pratiques professionnelles en psychiatrie légale : entre autonomie et dangerosité* (thèse de doctorat en sociologie). UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

De Varé, J., de Vogel, V., de Decker, A., Tremmery, S., Uzieblo, K., Cappon, L. (2022). Women admitted to forensic psychiatry in Flanders (Belgium): Who are they? *The Journal of Forensic Practice*, *24*(2), 184–198. https://doi.org/10.1108/jfp-10-2021-0053

De Vuysere, S., Casselman, J., Vervaeke, G. (2004). Geïnterneerden verblijvend in een rijksinstelling in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, *260*, 18–35.

DGGS Soins de Santé (SPF Santé Publique) (2022), Mise en observation dans les HP et SPHG, disponible ici : 2024-07-02_-_rapport_mises_en_observation_rpm2022_fr.pdf

Dheedene, J., Seynnaeve, K., Van der Auwera, A. (2015). De geïnterneerdenpopulatie in Vlaamse gevangenissen: Enkele cijfergegevens. *FATIK: Tijdschrift voor Strafbeleid en Gevangeniswezen*, *145*, 4-9.

Direction générale Etablissements pénitentiaires (DGEPI) (2016), Rapport annuel, disponibles ici : Rapport annuel de la direction générale Etablissements pénitentiaires (DG EPI) 2016 | Service public federal Justice

Direction générale Etablissements pénitentiaires (DGEPI) (2017), Rapport annuel, disponibles ici : Rapport annuel de la direction générale Etablissements pénitentiaires (DG EPI) 2017 | Service public federal Justice

Ducro, C., Pham, T. H. (2016). Recidivism risk assessment in Belgium: Clinical practice, research, and legislative aspects. *In* J. P. Singh, S. Bjorkly, S. Fazel (eds.), *International perspectives on violence risk assessment* (pp. 192-201), Oxford University Press.

Ehx, A. (2007), *La mise en observation*, Fiche – JDJ, Asbl L'autre Lieu.

Favril, L., Vander Laenen, F., Audenaert, K. (2017). Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon*, *38*(4), 231-245.

For-Care. (2020). *For-Care project: A "realist evaluation" of a reform programme in a multisectoral framework – Final report*.

Geusens, B., Vander Beken, T., Van Wallendael, K., Cappon, L. (2024). Genderverschillen in de forensische psychiatrie: Een dossierstudie in PC Sint-Jan-Baptist in Zelzate (Vlaanderen). *Panopticon*, *45*(4), 351–367.

Gouvernement belge (2025), *Accord de coalition fédérale (2025-2029)*, disponible ici : Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf

Habets, P., Jeandarme, I., Kennedy, H. G. (2019). Applicability of the DUNDRUM-1 in a forensic Belgium setting. *Journal of Forensic Practice*, *21*(1), 85-94. https://doi.org/10.1108/JFP-11-2018-0043

Habets, P., Jeandarme, I., Kennedy, H. G. (2020). Determining security level in forensic psychiatry: A tug-of-war between the DUNDRUM toolkit and the HoNOS-Secure. *Psychology, Crime & Law*, *26*(9), 868-886. https://doi.org/10.1080/1068316X.2020.1742338

Habets, P., Pouls, C., Jeandarme, I., Vinckier, A., Bukowski, H., Delannoy, D., Brouillard, F., Pham, T. (2022). Welke geïnterneerde personen vinden moeilijk gepaste zorg: Een federaal multimethodisch onderzoek in de forensische GGZ. *Intern rapport*.

Habets, P., Poncelet, L., De Laender, J., Jeandarme, I. (2023). De doorstroom van geïnterneerden uit de gevangenis naar de zorg: Een mixed methods evaluatie van het InReach-project in de Vlaamse strafinstellingen. *Panopticon*, *44*(6), 424–436.

Hachez, I., Cartuyvels, Y., Nederlandt, O. (2020). Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental. *In* I. Hachez et J. Vrielink (dir.), Les grands arrêts en matière de handicap (pp. 757-782). Larcier.

Hovine, A. (10 décembre 2023), Les personnes avec un trouble mental qui commettent un crime plongent dans les abysses de l'internement : "On ne sait jamais quand on sortira", *La Libre Belgique*, disponible ici : Les personnes avec un trouble mental qui commettent un crime plongent dans les abysses de l'internement : "On ne sait jamais quand on sortira" - La Libre

Hovine A., (11 janvier 2024), "La catastrophe dans les prisons est assumée par les politiques. Qu'on ne me dise pas que la surpopulation est une fatalité !", *La Libre Belgique*, disponible ici : "La catastrophe dans les prisons est assumée par les politiques. Qu'on ne me dise pas que la surpopulation est une fatalité !" - La Libre

Hovine, A., (10 novembre 2024), "Cet expert psychiatre est un charlatan! C'est gravissime qu'on continue à le désigner", *La Libre Belgique*, disponible ici : "Cet expert psychiatre est un charlatan! C'est gravissime qu'on continue à le désigner" - La Libre

Huynen, P., Jeuniaux, P., Mine, B., Maes, E., Robert, L. (2024). La base de données du casier judiciaire central, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. *Collection des rapports et notes de recherche*.

I.Care asbl (2024), *Santé mentale et enfermement*, Dossier, disponible ici : https:/www.i-careasbl.be/_files/ugd/a3c73e_9f84866bfcfa42fd8eaffe5260480aaf

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.

Jeandarme, I. (2016). *Medium security units: Recidivism and risk assessment* (Doctoral thesis), Tilburg University.

Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2016). Risk Factors Associated With Inpatient Violence During Medium Security Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(17), 3711-3736. https://doi.org/10.1177/0886260516670884

Jeandarme, I., Habets, P., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2016). Reconviction and revocation rates in Flanders after medium security treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, *47*, 45-52.

Jeandarme, I., Pouls, C., Hanoulle, K., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2016b). Klinische implicaties van afschaffing van de ministeriële internering in België: Onderzoek naar profiel van Vlaamse geïnterneerden-veroordeelden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *58*(8), 574–582.

Jeandarme, I., Pouls, C., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2017b). Forensic psychiatric patients with comorbid psychopathy: Double trouble? *International Journal of Forensic Mental Health*, *16*(2), 149–160. https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1286414

Jeandarme, I., Pouls, C., De Laender, J., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2017a). Field validity of the HCR-20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychology, Crime & Law*, *23*(4), 305–322. https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1258467

Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Heimans, H., Oei, T. I., Bogaerts S. (2017c). Critical incidents and judicial response during medium security treatment. *International Journal of Law & Psychiatry, 51*, 54-61. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.12.001

Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., Pham, T. H. (2018). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *30*(2), 286-300.

Jeandarme, I., Habets, P. (2019). Bepalen beveiligingsnood van forensisch psychiatrische patiënten: Een vergelijking tussen HoNOS-Secure en DUNDRUM-1. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *61*(7), 455–463.

Jeandarme, I., Habets, P., Kennedy, H. (2019a). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International journal of law and psychiatry*, *64*, 205-210.

Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., Pham, T. H. (2019b). Not guilty by reason of insanity: Clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 30*(2), 286–300. https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1544265

Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2019c). Risk factors associated with inpatient violence during medium security treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(17), 3711-3736. https://doi.org/10.1177/0886260516670884

Jeandarme, I., van Heesch, B., De Boel, L., Dekkers, I., Goktas, G., Verbeke, G. (2020). High security geïnterneerden: Wie zijn zij? Waar komen ze vandaan? Waar gaan zij (niet) naartoe? *Panopticon, 41*(5), 448-466.

Jeandarme, I., Pouls, C., Pham Hoang, T. (2021). La récidive parmi les internés en Belgique. *In* B. Mine (Ed.), La récidive et les carrières criminelles en Belgique (pp. 191-209). *Politeia*.

Jeandarme, I., Habets, P., O'Reilly, K., Kennedy, H. G. (2021). Is non-completion of treatment related to security need? *Criminal Behaviour and Mental Health*, *31*(5), 321–330. https://doi.org/10.1002/cbm.2213

Jeandarme, I., Goktas, G., Boucké, J., Dekkers, I., De Boel, L., Verbeke, G. (2022). High security settings in Flanders: An analysis of discharged and long-term forensic psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 826406. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.826406

Jeandarme, I., Goktas, G., Claessens, B., Michem, T., Van Poucke, S., Verbeke, G. (2024a). Smoking, obesity, and metabolic syndrome in two high security settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, *23*(4), 499–513. https://doi.org/10.1080/14999013.2024.2391002

Jeandarme, I. Vandenbosch, S., Claessens, B., Michem, T., Vermeulen, S. (2024b). Somatische pathologie bij 'high security'-geïnterneerden. *Tijdschrift voor Geneeskunde, 80*, 740-755. https://doi.org/10.47671/tvg.80.24.012

Jeandarme, I., Cappaert, S., De Vilder, S., Gunst, E., Reyskens, E., Vanderstraeten, S., Verbeeck, N. (2025). Wat weten wij over seksuele recidive in Vlaanderen? Een onderzoek bij een behandeld cohort zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 66(4), 418-434.

Jeunjean Th. (2024), Personnes internées : un parcours compliqué, *Justice en Ligne,* disponible ici : Personnes internées : un parcours compliqué

Jonckheere, A., Maes, E. (2024). L'exécution cumulative des peines. *Présentation à l'Administration générale Maisons de justice de la FWB*, Bruxelles, 16 octobre 2024.

Jonckheere, A. (2024). Les chiffres de l'activité en maison de justice. Un regard à travers SIPAR, le système informatique parajudiciaire. *Actes du colloque des journées d'étude des 30 et 31 mai 2022*, Bruxelles, AGMJ, Fédération Wallonie-Bruxelles.

Jonckheere, A., Maes, E. (éd.) (2022). *Calcul, exécution et cumul des peines*, Antwerpen, Gompel & Svacina.

Jonckheere, A. (2016). L'informatique dans la tourmente de la 6ème réforme de l'Etat. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique* (26/27).

Jonckheere, A. (2009). Les assistants de justice aux prises avec SIPAR, un outil de gestion informatique, *Pyramides* [En ligne], *17*, mis en ligne le 07 décembre 2011, consulté le 10 juin 2025. URL : http://journals.openedition.org/pyramides/610

Jonckheere, A., Vanneste, C. (2006). Recherche relative à l'exploitation scientifique des bases de données existantes au sein des Maisons de justice (SIPAR). Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. *Collection des rapports et notes de recherche du Département de criminologie*.

Leistedt, S., Bongaerts, X., Macquet, D. (2021). Forensic psychiatry in Belgium in 2021: An overview of the current situation. Forensic Science International: Mind and Law, *2*, 100047.

La Brèche (2023), Psychiatrie et carcéral, l'enfermement du soin, n°5, *Editions Météores*, disponible ici : editionsmeteores.com/wp-content/uploads/2025/02/lb5-psychiatrie-et-carceral.pdf

Legrand M. (2025), Santé mentale en prison : elles parlent aux murs*, Axelles Mag,* n° 262, 24-25, disponible ici : Santé mentale en prison : elles parlent aux murs - Axelle Mag

Leistedt, S. (2013). La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine. *Revue Médicale de Bruxelles*, *34*(4), 380-387.

Leistedt, S. (2020). La psychiatrie légale en Belgique en 2020. *Revue Médicale de Liège*, *75*(1), 742-747.

Macq, C. (2022). Réinsertion des étrangers condamnés ou internés sans droit de séjour : l'impossible équation ?. *Journal des Tribunaux*, *6909*(29), 497-511.

Maes, E. Beyens, K. (2024). Alles onder controle? Een penologische analyse van 25 jaarstrafuitvoering in België.*Tijdschrift voor Strafrecht, Jurisprudentie, nieuwe wetgeving endoctrine voor de praktijk*, *25*(6), 475-505.

Maes, E., Jonckheere, A., Deblock, M., DETOUR-Towards Pre-trial Detention as Ultima Ratio. 2nd Belgian National Report on Expert Interviews, Brussels, INCC, November 2017, 131p.

Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses*, *82*(1), 95-119.

Marquant, T., Sabbe, B., Van Nuffel, M., Verelst, R., Goethals, K. (2018). Forensic assertive community treatment in a continuum of care for male internees in Belgium: results after 33 months. *Community Mental Health Journal, 54*, 58-65. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0153-4

Marquant, T., Van Nuffel, M., Sabbe, B., Goethals, K. (2024). Substance Use in Forensic Assertive Community Treatment: Development and Implementation of a Pilot Project for Internees in Belgium. *International Journal of Forensic Mental Health, 23*(4), 456-467. https://doi.org/10.1080/14999013.2024.2389227

Mary, P., Kaminski, D., Maes, E., Vanhamme, F. (2011). Le traitement de la « dangerosité » en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement. *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. VIII | 2011, mis en ligne le 25 octobre 2011, consulté le 22 juin 2024. URL : http://journals.openedition.org/champpenal/8188

Mary, P. (2021). *Prisons en Belgique. Histoires, normes, pratiques*. Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.

Matgen, J.-C., Nederlandt, O. (2025). Le Gouvernement Arizona : ses projets de politique pénitentiaire, *Justice en ligne*, disponible ici : Le Gouvernement Arizona : ses projets de politique pénitentiaire

Mertens, A., Vander Laenen, F. (2018). Als pains of imprisonment ook voelbaar zijn buiten detentie: De beleving van vrouwen met een interneringsmaatregel. *FATIK, 35*(160), 17-28.

Miermont, A., Telle, E., Blin, J., Pham Hoang, T., Vicenzutto, A. (2022). Expertise psychiatrique au pénal : quand le choix des mots pèse sur la décision judiciaire. *Poster présenté à la conférence Mardi des Chercheurs.*

Miermont, A., Vicenzutto, A., Telle, E., Blin, J., Pham, T. H. (2022). Communiquer l'évaluation psychométrique dans les rapports d'expertise : quels challenges selon les experts psychiatres et psychologues ? *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, *180*(3), 231-236.

Miermont, A., Telle, E., Blin, J., Pham Hoang, T., Vicenzutto, A. (2022, September). The impact of 'clinical' and 'statistical'writing on judicial decision-making. *In* EUROCRIM 2022: Challenges and opportunities in a virtually and physically connected Europe – The need for criminology. *Power point*.

Nederlandt, O., Colette-Basecqz, N. (2018). L'arrêt pilote WD c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons?. *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 213-239.

Nederlandt, O., Colette-Basecqz, N., Vansiliette, F., Cartuyvels, Y. (2018). *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, n° 26. Bruxelles, La Charte.

Nederlandt (2023). Een quasi-automatische beslissing tot internering door een gebrek aan specialisatie. *Panopticon, 44* (6), 404-423.

Nederlandt, O., Berbuto, S., De Brouwer, A., Deveux, C., Jaspis, P., Malchair, J.-G., Moreau, J., Paci, D., Sax, H., Vansiliette, F. (2023). Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faute d'acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones. *Revue de droit pénal et de criminologie, 103*(11), 1014-1062.

Nederlandt, O. (2024). *Surpopulation carcérale en Belgique : trouver, distribuer et utiliser les clés. In* M. Nève (éd.resp.), Surpopulation carcérale. Avons-nous encore les clés en main ? Overbevolking in de gevangenissen. Hebben wij de sleutels nog in handen ? Colloque du 24 novembre 2023. Colloquium van 24 november 2023. CCSP-CTRG, p. 31-75. Disponible ici : https://ccsp.belgium.be/wp-content/uploads/2024/04/Actes-colloque-surpopulation-2023-Verslagboek-colloquium-overbevolking.pdf'

Nicaise, P., Bourmorck, D., De Pau, M., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Lorant, V. (2022). Are mentally disordered offenders admitted to appropriate secure settings according to security needs? A cross-sectional study in Belgium. *International Journal of Forensic Mental Health, 21*(3), 307-319.

Observatoire international des prisons (OIP – section française) (2023), *Plus on construit, plus on enferme. Rompre le cercle vicieux*, disponible ici : dp-construction-2023-vf.pdf

Oswald, P., Saloppé, X., Ducro, C., Macquet, D., Cornu, P.-J., Pham, T., Delaunoit, B. (2017). Caractéristiques cliniques d'une population internée : Un cas particulier, l'établissement de défense sociale « Les Marronniers » à Tournai (Belgique). *L'Encéphale*, *43*(3), 229-234.

Oswald, Tecco, Verhelst, Depuydt (30 juin 2023), Lettre ouverte adressée par quatre psychiatres au ministre de la Justice, M. V. Van Quickenborne et au ministre de la Santé publique, M. F. Vandenbroucke.

Pesesse, S. (2025, *à paraître*). *Le parcours des usagers des soins de santé mentale en Belgique : un objet à (re)penser dans le contexte de la Réforme « Psy 107 »* (thèse de doctorat en sociologie). UCLouvain Saint-Louis Bruxelles.

Pesout, K., Pham, T. (2019). Forensic Psychiatric Care in Belgium. *In* B. Völlm, P. Braun (eds), *Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (pp. 261-272), Duitsland: Springer International Publishing.

Pham, T. H., Ducro, C., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., … Singh, J. P. (2016). Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence : présentation des données belges. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *174*(7), 539-543.

Pham, T. H., Ducro, C., Vicenzutto, A., Jeandarme, I. (2017). Les internés en Défense Sociale sous Article 21 : des niveaux plus élevés de risque de violence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 175*(3), 262-266.

Pham, T., Taylor, P. (2018). The Roles of Forensic Psychiatrists and Psychologists: Professional Experts, Service Providers, Therapists, or All Things for All People?. *In* K. Goethals (eds), *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe* (pp. 155-163), Springer, Cham.

Pham, Th. H., Delannoy, D., Telle, E., en collaboration avec Jeandarme I., Pouls C., (2018). Rapport de recherche : Analyse du trajet de soins post-internement, Centre de recherche en défense sociale & Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem.

Pham, T., Habets, P., Saloppé, X., Ducro, C., Delaunoit, B., Pouls, C., Jeandarme, I. (2019). Violence risk profile of medium-and high-security NGRI offenders in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *30*(3), 530-550.

Plan d'action révisé (2023) sur l'exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement – Groupe d'affaires 'L.B./W.D'., 1475ème réunion du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, [DH-DD(2023)756].

Plan d'action (2024) sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires Vasilescu c. Belgique, requête n°64682/12, 1514ème réunion du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, [DH-DD(2024)1127].

Pouls, C., Habets, P., & Jeandarme, I. (2025). *The (bumpy) road to success. Naar een succesvolle implementatie van de DUNDRUM Toolkit.* Technical report (April 2025).boons

Pouls, C., Pham, T., Jeandarme, I. (2019). De ontwikkeling van een verplicht format voor het forensisch psychiatrisch deskundigenverslag. Een unicum. *In Sancties: Tijdschrift over Straffen en Maatregelen in het Strafrecht, 23,* 96-103.

Printz, A. (2023). Le "traitement" des personnes malades mentales à l'heure de la désinstitutionnalisation. *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 54-2, mis en ligne le 01 juin 2024. URL : http://journals.openedition.org/rsa/6237

Prison insider (2024), *Belgique – fiche pays*, disponible ici : Belgique : les prisons en 2024

Rowaert, S., Vandevelde, S., Lemmens, G., Audenaert, K. (2017). How family members of mentally ill offenders experience the internment measure and (forensic) psychiatric treatment in Belgium: A qualitative study. *International Journal of Law and Psychiatry, 54*, 76–82. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.05.003

Saloppé, X., Thiry, B., Caels, Y., Davaux, A., Deloyer, J., Englebert, J., Pham, T. H. (2012). Prévalences psychiatriques de patients internés dans les hôpitaux psychiatriques belges francophones. *Acta Psychiatrica Belgica*, *112*(3), 20-30.

Schepens, P., De Baeremaeker, V. (2018). *Petit traité impertinent sur l'internement. L'expérience de la Forêt de Soignes*. Collection Pixels.

Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., Vandenberghe, J. (2014). Gedwongen opname in Vlaanderen – medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent. Academia Press.

Sciensano (2024), *Santé Mentale : Anxiété et dépression*, Health Status Report, Bruxelles, disponible ici : Anxiété et dépression - Vers une Belgique en bonne santé

Service Public Fédéral Justice (2020), Justice en Chiffres (2015-2019), disponible ici : jic-fr-2015-2019.pdf

Service Public Fédéral Justice en collaboration avec le Service Public Fédéral Santé publique (2022), Table ronde « surpopulation carcérale » : l'internement, disponible ici : Tables rondes 'Surpopulation carcérale' | Service public federal Justice

Service Public Fédéral Justice (2024), *Memorandum SPF Justice*, disponible ici : Microsoft Word - FR Memorandum Word.docx

Seynnaeve, K., Beeuwsaert, H., Deckers, A. (2016). Recht op zorg?! *Orde van de Dag, 74*, 51-57.

Seynnaeve, K., Goyens, M., Dheedene, J. (2018). Internering in een veranderend zorglandschap: Wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon, 39*(3), 241-250.

Seynnaeve, K., Goyens, M., Eens, I., Dheedene, J. (2023). Internering: Recht op zorg? *Panopticon, 44*(6), 382-403.

Stassen W., Habets P., Mertens A., De Laender J., Jeandarme I. (2014). The InReach project: From penitentiary to forensic hospital. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, *35*(3), 119–126.

Thunus, S. (2015). *The System for Adressing Personal Problems-From medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Psychiatric and Mental Health Institutions* (thèse de doctorat en sociologie). Université de Liège.

To, W. T., Vanheule, S., De Smet, S., Vandevelde, S. (2015). The treatment perspectives of mentally ill offenders in medium- and high-secure forensic settings in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59*(14), 1605-1622.

Unia (2023). *Re-integratie van geïnterneerde personen: welke uitdagingen in een rechtstaat?,* verkregen via https://www.unia.be/files/Rapport_internering.pdf

Unia (2023). *Réinsertion des personnes internées : quels défis dans un État de droit ?*, disponible ici : Rapport internement

Unia (2025). *La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse*, disponible ici : Rapport "La maladie mentale derrière les barreaux" (2025) | Unia

Van Bulck, V., Degrauwe, S., Boghe, C., Goossens, A., Bruyninckx, S. (2024). A description of long-stay patients in forensic psychiatric care in Flanders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 35*(3), 356-370, https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2338378

Van de Kerchove, M. (2010). Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité. *Déviance et Société*, *34(4)*, 485-502.

Van den Ameele *et al*. (2023). FPC Gent en FPC Antwerpen: Uitstroom en uitstroompotentieel van de opgenomen patiënten. *Panopticon, 44*(6), 456-471.

Vandenberghe, J., Tielens, S., De Rycke, R., Catthoor, K., Demunter, H. (2024). Hervorming van de wet op gedwongen opname in België: meer zorg op maat? [Reform of the law on compulsory admission in Belgium: more tailored healthcare?]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, *66*(8), 489–494.

Vandenberghe, J., Schoevaerts, K., Bruffaerts R. (2014). Gedwongen opname in Vlaanderen: slotbeschouwingen en reflecties voor de toekomst. *In* K. Schoevaerts, R. Bruffaerts, J. Vandenberghe (red.), Gedwongen opname in Vlaanderen. Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent. Academia Press. p. 149-180.

Vandennieuwenhuysen, E., Macq, C., Breuls, L., De Pau, M. (2023). When the security measure meets bordered penality: Release procedures for persons who are not criminally responsible without residence rights in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, *91*, 101922.

Vander Laenen, F. (2021). Gedwongen opname : ervaringen van professionals en ervaringsdeskundigen. Antwerpen. Gompel & Svacina.

Van Horebeek, H., de Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declerq, A., Van Audenhoven, C. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilootstudie.* Verkregen via https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/swvg-tussentijds-rapport-ef06-04-2-en-ef06-07-belrai-ggz-samenvaong

Vansiliette, F. (2016), Les internés : la fin d'une politique des oubliettes ?, *Justice en Ligne,* disponible ici : http://www.justice-en-ligne.be/article923.html

Verbist, Y. (2015). *Paroles en défense sociale Paroles de défense sociale.* Psytoyens asbl

Verschueren, S., Jeandarme, I., van den Ameele, R., Buysschaert, B., Bogaerts, S. (2023). Patient profiles in high-security forensic psychiatry in Flanders. *Psychiatry, Psychology and Law, 30*(6), 812-835.

Verschueren, S., Jeandarme, I., Libijn, I., Bogaerts, S. (2023). Longitudinal change of risk factors during treatment in high-security forensic psychiatry in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 6*7(16), 1722-1740. https://doi.org/10.1177/0306624x221144293

Verschueren, S., Jeandarme, I., van den Ameele, R., Buysschaert, B., Bogaerts, S. (2023). Patient profiles in high-security forensic psychiatry in Flanders. *Psychiatry, Psychology and Law, 30*(6), 812-835. https://doi.org/10.1080/13218719.2022.2124549

Vers une Belgique en bonne santé (2024), *Offre et activité en matière d'internement*, disponible ici : Offre et activité en matière d'internement - Vers une Belgique en bonne santé

Vicenzutto, A., Pham, T. H. (2015). Les condamnés qu'on interne : plus fous ? Plus malades ? Focus sur une spécificité de la loi de Défense Sociale en Belgique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 173*(7). *Version non paginée*.

Vicenzutto, A., Saloppé, X., Lindekens, M., Milazzo, V., Pouls, C., Jeandarme, I., Pham, T. H. (2016). Importance et enjeu du Double Diagnostic chez les patients médico-légaux. Société Médico-Psychologique, Journée du 10 octobre 2016, *Avancées de la Recherches Médico-Psycho-Légale. PowerPoint.*

Vicenzutto, A., Ducro, C., Saloppé, X., Pham, T. H., Delaunoit, B. (2016). Dual Diagnosis and Risk Assessment in a Forensic Hospital: towards an heterogeneity of psychiatric and criminological profiles, *14th IATSO Conference, Copenhagen*. *Power point.*

Vicenzutto, A., Dujardin, J., Delannoy, D., Pham, T. H. (2019). Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *177*(9), 892-895.

Vicenzutto, A., Saloppé, X., Strzoda, I., Oswald, P., Pham, T. H. (2019). Vers une évaluation structurée en milieu médico-légal. *Santé en Prison*, 595-608.

Vicenzutto, A., Tiberi, L., Saloppé, X., Deyres, C., Vandamme, A., Pham, T. H. (2022). Sexual aggression and type of violence among forensic outpatients with and without low IQ, *Conference: 41st Conference of the Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse*. *Poster*.

Vinckier, A., Saloppé, X., Degouis, F., Delaunoit, B., Pham, T. H. (2024). Suivi longitudinal des patients psychiatriques médico-légaux : focus sur les taux de récidive et les scores de risque. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 182*(8), 690-693.

Vrancken, L., De Laender, J., Vrancken, L., Sienaert, P. (2022). Seksualiteitsbeleid op residentiële forensische afdelingen in Vlaanderen: een enquête onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *46*(4).

Wauters, L. (4 décembre 2023), Le nombre d'internements en prison augmentent fortement, *Le Soir*, disponible ici : Le nombre d'internements en prison augmente fortement - Le Soir

Wergifosse, N. (18 janvier 2024), Le diagnostic fourre-tout, c'est la schizophrénie : la pénurie de psychiatres en prison amène des décisions hâtives, tendance Première, RTBF.

Collection des rapports et notes de recherche

Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's

Actualisée en septembre 2025 – Geactualiseerd in september 2025

N°63b REMACLE, C., DETRY, I., MINE, B., JEUNIAUX, P., (2025), Sociale re-integratietrajecten van terugkeerders in België. Een analyse op basis van de dossiers van justitieassistenten en de gemeenschappelijke databank. Onderzoeksrapport. Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, 144p.

N°63a REMACLE, C., DETRY, I., MINE, B., JEUNIAUX, P., (2025), Parcours de réinsertion sociale des returnees en Belgique, Une analyse au départ des dossiers des assistants de justice et de la banque de données commune. Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 140 p.

N°61 HUYNEN, P., MINE, B., MAES, E., JEUNIAUX, P., (2024), Vers un moniteur belge de la récidive : jalons pour le développement d'un prototype basé sur le Casier judiciaire central, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 65 p.

N°60 JEUNIAUX, P., MINE, B., ROBERT, L., MAES, E., VANDE VELDE, M., (2024), Le développement d'une base de données historique intégrée pour l'étude de la récidive et des carrières criminelles, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 81 p.

N°59 MAES, E., MINE, B., JEUNIAUX, P., SARIEF, S., HUYNEN, P., ROBERT, L., (2024), SIDIS-Griffie databank, Onderzoeksrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, 103 p.

N°58 HUYNEN, P., JEUNIAUX, P., MINE, B., MAES, E., ROBERT, L., (2024), La base de données du casier judiciaire central, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 127 p.

N°57b BURSSENS, D., (2023), Tendances de la criminalité. Le crime drop au niveau international et en Belgique, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 67 p.

N°57a BURSSENS, D., (2023), Trends in Criminaliteit. De crime drop internationaal en in België, Onderzoeksrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, 63 p.

N°56b BAUWENS, A., SCHILS, E., LEMONNE, A. (prom.), RAVIER, I. (prom.), (2023), Verkennend onderzoek in verband met de invoering van een methodologie voor de retrospectieve analyse van feminicides in België, Onderzoeksrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, 64 p.

N°56a BAUWENS, A., SCHILS, E., LEMONNE, A. (prom.), RAVIER, I. (prom.), (2023), Recherche exploratoire portant sur la mise en place d'une méthodologie d'analyse rétrospective des cas de féminicide en Belgique, Rapport de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie. Direction Opérationnelle de Criminologie. Collection des rapports et notes de recherche, 64 p.

N°55b REMACLE, C., DETRY, I., MINE, B., JEUNIAUX, P., (2023), De sociaaljuridische trajecten van terugkeerders in België : stand van zaken van de betrokkene actoren en van de bestaande procedures. Onderzoeksrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, 84 p.

N°55 REMACLE, C., DETRY, I., MINE, B., JEUNIAUX, P., (2023), Les parcours socio-judiciaires des returnees en Belgique : état des lieux des acteurs impliqués et des procédures mises en place. Rapport de recherche de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle Criminologie, Collection des rapports et notes de recherche, 86 p.

N°54 BRUYERE, L., TANGE, C., (2021), Recherche exploratoire portant sur les représentations des policiers et pratiques policières en matière de reportabilité des faits relevant du « harcèlement de rue ». Rapport de recherche de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle Criminologie, Collection des rapports et notes de recherche, 31 p.

N°53 JEUNIAUX, P., MINE B, DETRY, I. (2022), Le développement d'une base de données intégrée pour l'étude des trajectoires pénales des radicaux. Rapport de recherche de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle Criminologie, Collection des rapports et notes de recherche, 234 p.

N°52 VARGA, R., VANNESTE C. (dir) (2022), L'incidence de la politique antiterroriste belge sur l'application du droit des étrangers. A travers la jurisprudence du Conseil du contentieux des étrangers (CCE). Rapport de la recherche réalisée dans le cadre du programme AFFECT (Evaluation de l'impact des politiques belges de déradicalisation sur la cohésion sociale et les libertés) financé par BELSPO (volet CCE), Collection des rapports de recherche de la Direction opérationnelle de Criminologie n°52, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, 110 p. (décembre 2022)

N°51a REMACLE C., VANNESTE C. (dir), VAN PRAET S. (2022) Approche ethnographique et jurisprudentielle des poursuites en matière de terrorisme en Belgique. Rapport de la recherche réalisée dans le cadre du programme AFFECT (Evaluation de l'impact des politiques belges de déradicalisation sur la cohésion sociale et les libertés) financé par BELSPO (volet judiciaire) », *Collection des rapports de recherche de la Direction opérationnelle de Criminologie* n°51, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, 340 p. + Rapport 51b (synthèse)

N°50 MINE, B., JEUNIAUX, P., DETRY, I.. (2022) La radicalité verbalisée. Analyse du discours de personnes radicales à propos de leur engagement et de leur(s) expérience(s) avec les autorités. Rapport de la recherche. Projet financé par la Politique scientifique fédérale (BELSPO), *Collection des rapports de recherche de la Direction opérationnelle de Criminologie* n°50, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, 210 p.

N°49 JONCKHEERE, A., SCHILS, E., *La médiation SAC en temps de COVID sur le territoire des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale. Etude réalisée en 2021-2022 dans le cadre de la recherche « Les sanctions administratives communales dans le cadre des mesures anti-COVID : administration de la justice pénale et respect des droits fondamentaux »,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, octobre 2022, 62 p.

N°48c RAVIER, I., VAN PRAET, S., *Les dossiers judiciaires : la gestion du costume pénal de l'IPV. Analyse des dossiers., BELSPO,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, *Belspo*, Bruxelles/Brussel, mai 2022, 122 p.

N°48a VANNESTE, C., *Violences entre partenaires : Impact, processus, évolution et politiques publiques. Analyse des entretiens menés avec des acteurs-clé du secteur policier et de l'assistance policière aux victimes en Fédération Wallonie-Bruxelles.* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, *Belspo*, IPV Pro&Pol, Bruxelles/Brussel, décembre 2022, 148 p.

N°47 DETRY, I., MINE, B., JEUNIAUX, P., *La radicalisation au prisme des banques de données. Rapport de recherche dans le cadre du projet FAR. Projet financé par BELSPO,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, KU Leuven, ULB, Bruxelles/Brussel, avril 2021, 65 p.

N°46 MAHIEU, V., TANGE, C.(PROM), SMEETS, S, (PROM.) *Projet de recherche portant sur le partage de l'espace public à Schaerbeek (PEPS). Projet financé par la zone de police Shaerbeek-Evere-St-Josse (POLBRUNO),* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Centre de recherches Pénalité, sécurité & déviance, Bruxelles/Brussel, septembre 2019, 25 p.

N°45 GOTELAERE, S., SCHILS, E., JONCKHEERE, A, (PROM.) *Recherche portant sur les pratiques en matière de médiation dans le cadre des sanctions administratives communales,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, SPP Intégration Sociale / POD Maatschappelijke Integratie, Bruxelles/Brussel, novembre/november 2020, 117 p.

N°44b MAHIEU, V., VAN PRAET, DETRY, I., (PROM.), TANGE C., (PROM.) *Een analyse van geseponeerde dossiers met een tenlastelegging inzake de discriminatiewetgeving,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Unia, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles/Brussel, janvier/januari 2021, 51 p.

N°44a MAHIEU, V., VAN PRAET, DETRY, I., (PROM.), TANGE C., (PROM.) *Une analyse des dossiers judiciaires classes sans suite comprenant une prévention liée à la discrimination,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Unia, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles/Brussel, novembre/november 2020, 50 p.

N°43c VAN PRAET, S., TANGE, C. (PROM.), *Identifying and tackling problematic or abusive forms of police selectivity. An action research on the problematic practices and/or mechanisms of police selectivity in the police district of Schaerbeek-Evere-St-Josse (PolBruNo),* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Unia, PolBruno, Bruxelles/Brussel, juillet/juli 2020, 74 p.

N°43b VAN PRAET, S., TANGE, C. (PROM.), *Identificeren en aanpakken van problemen of misbruiken bij politieselectiviteit. Een actieonderzoek naar problematische praktijken en mechanismes van politieselectiviteit in de politiezone Schaarbeek-Evere-Sint-Joost-ten-Node (PolBruNo),* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Unia, PolBruno, Bruxelles/Brussel, juillet/juli 2020, 80 p.

N°43a VAN PRAET, S., TANGE, C. (PROM.), *Identifier et affronter des problèmes et abus dans la sélectivité policière. Une recherche-action sur les pratiques et/ou mécanismes problématiques de sélectivité policière au sein de la zone de police schaerbeek-Evere-St-Josse (PolBruNo),* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Unia, PolBruno, Bruxelles/Brussel, juillet/juli 2020, 79 p.

N°42 DE BLANDER, R., ROBERT, L., MINCKE, C., MAES, E., MINE, B., *Etude de faisabilité d'un moniteur de la récidive / Haalbaarheidsstudie betreffende een recidivemonitor,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Mai/Mei 2019, 44 p.

N°41 VANNESTE, C., *La politique criminelle en matière de violences conjugales : une évaluation des pratiques judiciaires et de leurs effets en termes de récidive,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Mai/Mei 2016, 131 p.

VANNESTE, C., *Het strafrechtelijk beleid op het vlak van partnergeweld : een evaluatie van de rechtspraktijk en de gevolgen ervan inzake recidive,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en

Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Mai/Mei 2016, 135 p.

N°40 MAHIEU, V., RAVIER, I., VANNESTE, C., *Vers une image chiffrée de la délinquance enregistrée des jeunes en Région de Bruxelles-Capitale / Naar een beeldvorming van geregistreerde delinquentie bij jongeren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Juin 2015, 154 p.

N°39 BURSSENS, D., TANGE, C., MAES, E., *Op zoek naar determinanten van de toepassing en de duur van de voorlopige hechtenis. A la recherche de déterminants du recours à la détention préventive et de sa durée.*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Juni/juin 2015, 103 p.

N°38 MINE, B., ROBERT, L., *Recidive na een rechterlijke beslissing. Nationale cijfers op basis van het Centraal Strafregister. La récidive après une décision judiciaire. Des chiffres nationaux sur la base du Casier judiciaire central..*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Mai 2015, 62 p.

N°37 RAVIER, I., *l'évolution des signalements de mineurs pour faits qualifiés infraction : quelles pistes de compréhension ?.,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Mai 2015, 56 p.

N°36 JONCKHEERE, A., *Le rôle et l'organisation des greffiers d'instruction.,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Septembre 2014, 76 p.

N°35 MAHIEU, V., LEMONNE, A. (dir.), VANNESTE, C. (dir.), *Projet de recherche portant sur le développement d'un outil d'aide à la décision en matière de violences entre partenaires. Projet réalisé dans le cadre d'une collaboration avec l'équipe de l'Institut Thomas More Kempen.,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, Avril 2014, 99 p.

N°34 DACHY, A., BOLIVAR, D., LEMONNE, A. (dir.), VANNESTE, C. (dir.), *Implementing a better response to victims' needs. Handbook accomplished in the framework of the project « Restorative justice, Urban Security and Social Inclusion : a new European approach » JUST/2010/JPEN/1601. Financed by CRIMINAL JUSTICE Programme EU 2008-2010,* Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, 2012, 103 p.

N°33 MINE, B., ROBERT, L., JONCKHEERE, A. (DIR.), MAES, E. (dir.), *Analyse des processus de travail de la Direction Gestion de la détention et des directions pénitentiaires locales dans le cadre de la formulation d'avis et de la prise de décisions en matière de modalités d'exécution des peines/Analyse van werkprocessen van de Directie Detentiebeheer en lokale gevangenisdirecties in het kader van de advies- en besluitvorming inzake bijzondere strafuitvoeringsmodaliteiten*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie/Operationele Directie Criminologie, Bruxelles/Brussel, février/februari 2013, 370 p.

N°32b GILBERT, E., MAHIEU, V., GOEDSEELS, E. (PROM.), RAVIER, I. (PROM.), *Onderzoek naar de beslissingen van jeugdrechters/jeugdrechtbanken in MOF-zaken*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Onderzoeksrapport, Brussel, september 2012, 189 p.

N°32a GILBERT, E., MAHIEU, V., GOEDSEELS, E. (DIR.), RAVIER, I. (DIR.), *Recherche relative aux décisions des juges/tribunaux de la jeunesse dans les affaires de faits qualifiés infractions,* Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie, Rapport final de recherche, Bruxelles, septembre 2012, 189 p.

N°31 MAHIEU, V., VANDERSTRAETEN, B., LEMONNE, A. (dir.), *Evaluation du Forum national pour une politique en faveur des victimes/ Evaluatie van het Nationaal Forum voor Slachtofferbeleid*. *Rapport final/Eindrapport(bilingue)*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Operationele Directie Criminologie/Direction Opérationnelle de Criminologie, Brussel/Bruxelles, février/februari 2012, 220 p + annexes.

N°30 ADELAIRE K., REYNAERT J.-F., NISEN L., *Recherche relative au système de rémunération de l'aide juridique de deuxième ligne*, MINCKE C., SHOENAERS F. (dir.), Centre de recherche et d'interventions sociologiques de l'Université de Liège / Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie, Bruxelles, septembre 2012, 156 p + annexes.

N°29 JEUNIAUX, P, RENARD, B. (dir), *Les dépenses en matière d'expertises génétiques dans le système pénal belge, de 2000 à 2010*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Rapport final de recherche, Bruxelles, janvier 2012, 185 p.

N°28 JONCKHEERE, A., *La (mise en) liberté sous conditions : usages et durée d'une mesure alternative à la détention préventive (2005-2009). Note de recherche dans le cadre de l'exploitation scientifique de SIPAR, la base de données des maisons de justice*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie, Bruxelles, février 2012, 12p.

N°27 ROBERT, L., MAES, E. (dir.), *Wederopsluiting na vrijlating uit de gevangenis*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Brussel, 27 januari 2012, 151p. + bijl.

N°26 DEVRESSE (dir.), M.-S., ROBERT, L., VANNESTE, C. (dir.), coll. HELLEMANS, A., *Onderzoek inzake de classificatie van en de vraag naar regimes binnen de strafinrichtingen/Recherche relative à la classification et à la question des régimes au sein des établissements pénitentiaires*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Operationele Directie Criminologie/Direction Opérationnelle de Criminologie, Brussel/Bruxelles, 2011, 276 p.

N°25 MINE, B., VANNESTE, C. (dir.), *Recherche relative aux conditions de faisabilité d'une articulation des bases de données statistiques sous la forme d'un « Datawarehouse »*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie, Bruxelles, décembre 2011, 220 p.

N°24b BURSSENS, D., VANNESTE, C. (dir.), *La médiation pénale. Note de recherche dans le cadre de l'exploitation scientifique de SIPAR, la base de données des maisons de justice*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Direction Opérationnelle de Criminologie, Bruxelles, mai 2011, 38 p.

N°24a BURSSENS, D., VANNESTE, C. (dir.), *Bemiddeling in strafzaken. Onderzoeksnota in het kader van de wetenschappelijke exploitatie van SIPAR, databank van de justitiehuizen*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Operationele Directie Criminologie, Brussel, mei 2011, 38 p.

N°23 DE MAN, C., MAES, E. (dir.), MINE, B., VAN BRAKEL, R., *Toepassingsmogelijkheden van het elektronisch toezicht in het kader van de voorlopige hechtenis – Possibilités d'application de la surveillance électronique dans le cadre de la détention préventive*, Eindrapport - Rapport final, Brussel/Bruxelles, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Operationele Directie Criminologie/Direction Opérationnelle de Criminologie, december/décembre 2009, 304 p. + bijlagen/annexes.

N° 22 HEYLEN B., RAVIER I., SCHOFFELEN J., VANNESTE C. (dir.), *Une recherche évaluative d'un centre fermé pour mineurs, le centre « De Grubbe » à Everberg/Evaluatieonderzoek van een gesloten instelling voor jongeren, centrum « De Grubbe » te Everberg*, Rapport final/Eindrapport, Institut National de

Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Bruxelles/Brussel, 2009, 193 p.

N° 21b JONCKHEERE A., VANNESTE C. (dir.), *Wetenschappelijke exploitatie van SIPAR, de databank van de justitiehuizen. Analyse van de gegevens betreffende het jaar 2006*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, februari 2009, 111 p.

N° 21 JONCKHEERE A., VANNESTE C. (dir.), *Recherche relative à l'exploitation scientifique de SIPAR, la base de données des maisons de justice. Analyse de données relatives à l'année 2006*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, juillet 2008, 141 p.

N° 20b GOEDSEELS E., DETRY I., VANNESTE C. (dir.), *Recherche relative à l'exploitation scientifique des données disponibles en matière de protection de la jeunesse et de délinquance juvénile, Premier rapport, Analyse du flux des affaires entrées au niveau des parquets de la jeunesse en 2005*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, juillet 2007, 112 p. + annexes.

N° 20a GOODSEELS E., DETRY I., VANNESTE C. (dir.), *Onderzoek met betrekking tot de productie en wetenschappelijke exploitatie van cijfergegevens aangaande jeugddelinquentie en jeugdbescherming, Eerste onderzoeksrapport, Analyse van de instroom op de jeugdparketten voor het jaar 2005*, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, juli 2007, 116 p. + bijlagen.

N° 19b LEMONNE A., VAN CAMP T., VANFRAECHEM I., VANNESTE C. (dir.), *Onderzoek met betrekking tot de evaluatie van de voorzieningen ten behoeve van slachtoffers van inbreuken*, Eindrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, juli 2007, 356 p. + bijlagen.

N° 19a LEMONNE A., VAN CAMP T., VANFRAECHEM I., VANNESTE C. (dir.), *Recherche relative à l'évaluation des dispositifs mis en place à l'égard des victimes d'infraction*, Rapport final, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, juillet 2007, 354 p. + annexes.

N° 18 MAES E., i.s.m. het Directoraat-generaal Uitvoering van Straffen en Maatregelen (DELTENRE, S. en VAN DEN BERGH, W.), *Strafbecijfering en -uitvoering in België anno 2006. Analyse van de actuele praktijk en voorstelling van enkele alternatieve denkpistes*, Onderzoeksnota, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, 26 september 2006, 37 p. + bijlagen.

N° 17 MAES E., *Proeve van werklastmeting van de toekomstige strafuitvoeringsrechtbanken. Een simulatie-oefening op basis van data in verband met de strafuitvoeringspraxis tijdens het jaar 2004*, Onderzoeksnota, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, 13 december 2005 (met aanvulling d.d. 19 mei 2006: tabel in bijlage), 10 p. + bijlagen.

N° 16b JONCKHEERE A., VANNESTE C. (dir.), *Onderzoek met betrekking tot de wetenschappelijke exploitatie van het gegevensbestand betreffende de justitiehuizen – SIPAR*, Eerste rapport (vertaling uit het Frans), Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, december 2006, 83 p.

N° 16a JONCKHEERE A., VANNESTE C. (dir.), *Recherche relative à l'exploitation scientifique des bases de données existantes au sein des Maisons de justice – SIPAR*, Premier rapport, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, décembre 2006, 77 p.

N° 15b RENARD B., VANNESTE C. (dir.), *Het statuut van de deskundige in strafzaken*, Eindrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, december 2005, (gedeeltelijke vertaling, april 2006), 86 p.

N° 15a RENARD B., VANNESTE C. (dir.), *Le statut de l'expert en matière pénale,* Rapport final de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, décembre 2005, 405 p.

N° 14 GOOSSENS F., MAES E., DELTENRE S., VANNESTE C. (dir.), *Projet de recherche relatif à l'introduction de la surveillance électronique comme peine autonome/Onderzoeksproject inzake de invoering van het elektronisch toezicht als autonome straf*, Rapport final de recherche/Eindrapport, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Bruxelles/Brussel, octobre/oktober 2005, 204 p. + bijlagen/annexes.

N° 13 DAENINCK P., DELTENRE S., JONCKHEERE A., MAES E., VANNESTE C. (dir.), *Analyse des moyens juridiques susceptibles de réduire la détention préventive/Analyse van de juridische mogelijkheden om de toepassing van de voorlopige hechtenis te verminderen*, Rapport final de recherche/Eindrapport, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Bruxelles/Brussel, mars/maart 2005, 367 p.

N° 12 RENARD B., DELTENRE S., *L'expertise en matière pénale – Phase 1: Cartographie des pratique*s, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Rapport final de recherche, Bruxelles, juin 2003, 138 p. + annexes.

N° 11 DELTENRE S., MAES E., *Analyse statistique sur base de données de condamnations: plus-value et applications concrètes/Statistische analyse aan de hand van de veroordelingsgegevens: meerwaarde en praktijkvoorbeeld*, Notes de recherche/Onderzoeksnota's, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Bruxelles/Brussel, 2000-2002.

N° 10 MAES E., *Studie van de evolutie van de gedetineerdenpopulatie volgens misdrijfcategorie (1980-1998)*, Onderzoeksnota, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, september 2001, 15 p. + bijlagen.

N° 9 DELTENRE S., MAES E., *Effectmeting van enkele mogelijke wetswijzigingen op het vlak van de voorlopige hechtenis/Simulations de l'impact de quelques modifications législatives en matière de détention préventive*, Onderzoeksnota's/Notes de recherche, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Brussel/Bruxelles, 2001.

N° 8b VANNESTE C., *De beslissingen genomen door de parketmagistraten en de jeugdrechters ten aanzien van delinquente minderjarigen*, Eindrapport (vertaling), Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Brussel, dec. 2001, 206 p. + bijlagen.

N° 8a VANNESTE C., *Les décisions prises par les magistrats du parquet et les juges de la jeunesse à l'égard des mineurs délinquants*, Rapport final de recherche, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, juin 2001, 205 p. + annexes.

N° 7 RENARD B., *L'usage du polygraphe en procédure pénale; analyse procédurale*, *Note d'étude – Partie III de l'avis pour le Ministre de la Justice et le Collège des Procureurs généraux sur l'usage du polygraphe en procédure pénale belge*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Bruxelles, septembre 2000, 59-80 p.

N° 6 MAES E., DUPIRE V., TORO F., VANNESTE C. (dir.), *De V.I.-commissies in actie. Onderzoek naar de werking van de in het kader van de nieuwe V.I.-wetgeving (wetten van 5 en 18 maart 1998) opgerichte commissies voor de voorwaardelijke invrijheidstelling/Les commissions de libération conditionnelle en action. Recherche sur le fonctionnement des commissions de libération conditionnelle créées dans le cadre de la nouvelle réglementation sur la libération conditionnelle (lois des 5 et 18 mars 1998)*, Eindrapport/Rapport final de recherche, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie/Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, Brussel/Bruxelles, augustus/août 2000, 355 p. + bijlagen/annexes.

N° 5 MORMONT, C. (DIR.), VANNESTE, C. (DIR.), TORO, F., MARSDEN, E., SNIJDERS, J., *Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne relative au statut et modalités de l'expertise des personnes présumées ou avérées abuseurs sexuels*, Rapport final de la recherche co-financée par la Commission Européenne et le Ministère de la Justice belge, Programme européen STOP, Université de Liège et Institut National

de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie, octobre 1999, 192 p. + résumés en néerlandais (11 p.) et anglais (11 p).

N° 4 RENARD B., VANDERBORGHT J., *Recherche Proactive, révélateur d'une approche nouvelle? Etude relative à la recherche proactive dans le cadre de la lutte contre la criminalité organisée Proactieve Recherche, exponent van een vernieuwde aanpak? Onderzoek naar de proactieve recherche in de strijd tegen de georganiseerde criminaliteit*, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, Rapport final de recherche/Eindrapport, Bruxelles/Brussel, septembre/september 1999, 386 p.

N° 3 SNACKEN S. (dir.), DELTENRE S., RAES A., VANNESTE C., VERHAEGHE P., *Recherche qualitative sur l'application de la détention préventive et de la liberté sous conditions/Kwalitatief onderzoek naar de toepassing van de voorlopige hechtenis en de vrijheid onder voorwaarden*, Rapport final de recherche/Eindrapport, Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Département de Criminologie/Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie/Vrije Universiteit Brussel, Bruxelles/Brussel, 1999, 244 p.

N° 2 SNACKEN S. (dir.), DE BUCK K., D'HAENENS K., RAES A., VERHAEGHE P., *Onderzoek naar de toepassing van de voorlopige hechtenis en de vrijheid onder voorwaarden*, Eindrapport, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie/Vrije Universiteit Brussel, Brussel, 1997, 174 p.

N° 1 DE BUCK K., D'HAENENS K., *Electronic Monitoring*, Studienota, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Hoofdafdeling Criminologie, 1996, 40 p.

Direction Opérationnelle de Criminologie

Operationele Directie Criminologie

TOUR DES FINANCES/FINANCIETOREN

7ème étage / 7de verd. – bte/bus 71

Bd du Jardin Botanique / Kruidtuinlaan 50

B-1000 Bruxelles/Brussel