

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/561-1\*

**Avis du CFEH sur le projet de loi « code pénal » et le projet de loi intitulé  
« dispositions modificatives »**

Au nom du Président,  
Margot Cloet

p.o., chef de service  
Management Office

Annick Poncé  
Directeur général ad interim

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 26/09/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date

L'avis suivant est une réponse à la demande d'avis du ministre de la Justice Vincent Van Quickenborne sur le projet de loi « code pénal » et le projet de loi intitulé « dispositions modificatives » du 14.07.22.

Si les effets des deux projets pourraient être perçus comme limités pour les hôpitaux (psychiatriques), ils offrent la possibilité aux hôpitaux psychiatriques de montrer leur intérêt à ce sujet et de s'en saisir comme une opportunité. Les hôpitaux psychiatriques doivent se positionner comme acteurs et prendre en compte les implications des projets. Par ailleurs ces projets nécessitent d'être correctement analysés pour garantir aux personnes concernées d'obtenir des soins de qualité.

Pour cela, le CFEH considère (1) qu'il est important de mettre à disposition des professionnels les moyens supplémentaires adéquats pour leur permettre d'accompagner correctement leurs patients et (2) qu'un cadastre de l'offre existante est nécessaire pour envisager la prise en charge future correcte et identifier quels sont les lieux qui devraient y être dédiés.

Après un commentaire des passages qui peuvent concerner le fonctionnement de certains hôpitaux (psychiatriques), quelques questions et remarques (en italiques) sont formulées.

### **1. Les causes de non-imputabilité (art. 24-26)**

Les causes de non-imputabilité sont le trouble mental et la minorité. Aussi dans ces cas, il reste question d'une infraction.

Une personne n'est pas responsable en pénal si, au moment des faits, il souffrait d'un trouble mental qui a annulé sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes.

L'avant-projet quitte la division bipartite entre l'imputabilité et la non-imputabilité et fait une distinction tripartite :

Personnes avec imputabilité : Elles sont simplement punies

Personnes avec une imputabilité amoindrie :

Ces personnes peuvent être internées (si on répond aux conditions d'application à ce sujet – cf. loi sur l'internement 2014). Si elles ne sont pas internées, elles peuvent être punies en vue du traitement du trouble qui est à la base des faits. Pour cela on introduit deux nouvelles mesures : le 'traitement sous privation de liberté' (art. 42) (cf. point 2 de cet avis) et le 'suivi prolongé' (art. 46) (cf. point 3 de cet avis). Aussi la peine de probation (art. 44) peut dans certains cas offrir une réponse à cela.

Personnes avec non-imputabilité :

La cause de non-imputabilité est d'application à ces personnes. Par conséquent, elles ne sont pas punies. Elles peuvent bien être internées, si on répond aux conditions d'application.

*Remarque :*

*Cette différenciation est une bonne proposition. Le secteur de la psychiatrie légale est déjà longtemps partie demanderesse d'une telle différenciation.*

## **2. Le traitement sous privation de la liberté (art. 42)**

Si une infraction est de nature à ce qu'une peine d'emprisonnement puisse être imposée, le juge peut imposer au prévenu ou à l'accusé de se soumettre à un traitement adapté, s'il manifeste des troubles psychiques ou médicaux, qui ne sont pas tellement sévères qu'ils annulent sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes mais par lesquels il constitue quand même un danger pour la société.

Il s'agit d'une peine privative de liberté du condamné, qui ressemble sur le plan du contenu à l'internement mais qui par sa durée limitée ressemble aussi à la peine d'emprisonnement. En fait, c'est une alternative à une peine de prison.

En cas de traitement ambulatoire, le juge doit prononcer une peine de probation dont l'une des conditions est de suivre le traitement.

Quand le traitement sous privation de liberté ne peut pas être réalisé en son ensemble ou partiellement, le tribunal de l'application des peines, à la demande du ministère public et après avoir entendu le condamné, peut décider que la peine d'emprisonnement remplaçante ou une partie sera appliquée, tenant compte de la partie du traitement sous privation de liberté que le condamné a déjà subie.

La mise en œuvre de cette mesure ne peut avoir lieu au sein de la prison. La mesure entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi et au plus tard le 1er janvier 2035.

*Remarques :*

*Remarque 1 : Il est bien étrange que l'on ne considère pas la toxicomanie comme un trouble mental ou un trouble psychique, mais dans le Mémoire de Commentaire on la classe sous trouble 'médical'. (p. 229 Mémoire de Commentaire) La question se pose également de savoir ce que l'on entend par trouble médical. Le CFEH propose d'utiliser le terme "trouble psychiatrique".*

*Remarque 2 : La durée (déterminée) du 'traitement sous privation de liberté' dépend du niveau de peine de l'infraction commise. On peut se demander si dans ce cas – en analogie avec l'internement – ce n'est pas plutôt la durée difficilement prédictible du besoin de traitement qui doit être déterminante. (p. 230 Mémoire de Commentaire) Comme il s'agit d'une peine et non d'un internement, on ne peut pas prévoir une période de durée indéterminée pour un traitement privatif de liberté. Toutefois, une évaluation pendant la durée du traitement est possible. En fin de peine, une mesure de mise à disposition ou une mesure de suivi prolongé peut être prise.*

*Remarque 3 : Pour pouvoir prononcer cette peine, le juge doit demander un avis motivé à un expert ou à un établissement spécialisé, reconnu par le Roi. Quels sont alors les établissements auxquels on pense : UFC Anvers, Centres de Psychiatrie Légale, unités*

*de psychiatrie légale dans les HP, des psychiatres médico-légaux, ...? (p. 232 Mémoire de Commentaire). Il semble en effet important de pouvoir assurer que l'expertise en vue d'un traitement sous privation de liberté s'organise dans un lieu dédié, à savoir un établissement qui a une expertise médico-légale (ce qui pourrait par exemple être certifié par le fait qu'il est un lieu de stage en psychiatrie médico-légale ou qu'il est sous la responsabilité d'un psychiatre médico-légal).*

*Remarque 4 : Actuellement les établissements de soins (HP avec ou sans unités médico-légales, ...) disposent de liberté en matière d'admission et de traitement (cf. discussion dans le cadre de la nouvelle loi sur l'internement 2014) Ni le projet de loi, ni le Mémoire de Commentaire semblent dire quelque chose à ce sujet. Le CFEH préconise le maintien de la liberté d'admission et de traitement, en tenant compte de la capacité, des possibilités de traitement (groupe cible, nature de l'affection psychiatrique) et des perspectives de traitement.*

*Remarque 5 : Actuellement il y a encore un manque de capacité d'accueil et de traitement pour des personnes internées à l'extérieur des prisons. Par l'extension du domaine d'application, ce problème augmentera encore avec possiblement aussi plus de condamnations de l'Etat belge par la Cour européenne des droits de l'homme. Nous répétons dans ce contexte la demande qui existe depuis déjà longtemps de rendre structurel les projets pilotes en cours des unités pour sécurité moyenne et haute dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques. Au-delà de l'importance de rendre structurel les projets pilotes, le CFEH insiste sur l'importance de mettre à disposition pour l'ensemble des lieux d'hospitalisation concernés les capacités nécessaires qui doivent être disponibles pour l'entrée en vigueur des traitements privatifs de liberté et que ces capacités supplémentaires soient financées de manière adéquate. Le CFEH insiste sur le fait que le moment de l'entrée en vigueur devrait faire l'objet d'une nouvelle consultation avec le secteur et que l'entrée en vigueur devrait être annoncée au moins un an à l'avance. Dans ce contexte, il pourrait également être utile, sans s'y limiter, d'analyser l'état des lieux des maisons de transition <sup>1</sup>*

*Remarque 6 : Pour faire se dérouler l'internement avec compétence et avec soin (examen psychiatrique étendu par des experts, évaluation des risques, ...), on plaide depuis de nombreuses années pour la fondation d'un centre d'observation clinique. Il est en tout cas évident, vu la nouvelle catégorie des personnes ajoutées (personnes avec une imputabilité amoindrie) qu'une offre développée est nécessaire et qu'il faut clarifier les lieux dédiés qui ont une expertise médico-légale où l'expertise peut être effectuée.*

*Remarque 7 : Avec la mesure de traitement privatif de liberté, l'on impose pour la première fois un traitement obligatoire dans notre pays. Cela devient alors une exception à la loi sur les droits des patients. Le rapport final sur la réforme de la loi du*

---

<sup>1</sup> Le 1er septembre 2019 et le 1er janvier 2020, les deux premières maisons de transition (Malines et Enghien) ont ouvert sous la forme d'un projet pilote. Tous deux ont été exploités par G4S et Exodus Nederland (projet Sterkhuis). Après une évaluation approfondie, le Conseil des ministres a décidé le 11 juin 2021 de prolonger les deux projets pilotes, d'augmenter le nombre de places dans les maisons de transition à 100 et de prolonger le fonctionnement des maisons de transition existantes jusqu'à fin décembre 2021. Le 28 juillet 2021, le 1er octobre 2021 et le 2 septembre 2022, un appel à candidature pour candidat-exploitants a été publié MB.

*26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux demande une réglementation légale sur l'application de la contrainte et de la coercition dans le secteur des soins de santé mentale (traitement obligatoire et mesures restrictives de liberté). Un tel cadre juridique est encore plus nécessaire pour le traitement sous privation de liberté que pour le traitement lors d'un placement sous protection.*

### **3. Le suivi prolongé (art 46)**

Pour cet item il s'agit de deux catégories de détenus. La première catégorie concerne les détenus qui optent pour purger leur peine complètement, sans parcourir une période de mise en liberté conditionnelle. Pour cette catégorie on a posé dans le débat sur la réforme du droit pénal la question de la possibilité de suivi après application de la peine d'emprisonnement. La deuxième catégorie concerne les condamnés à qui le TAP n'a jamais accordé une mise en liberté conditionnelle, mais qui en vue d'éviter une récidive et en vue de protéger la société ont quand même besoin de plus de suivi lors de leur retour dans la société. Ici on pense entre autres à des personnes avec une certaine problématique sexuelle, une problématique de dépendance,...

Pour pouvoir offrir une réponse aux deux préoccupations, on propose le suivi prolongé comme peine supplémentaire. Cette mesure consiste en ce que le condamné, à la fin de sa peine privative de liberté (soit la peine d'emprisonnement, soit le traitement sous privation de liberté), est obligé de respecter pour une certaine période encore des conditions qui sont entre autres tournées vers l'accompagnement, le traitement ou le suivi d'une problématique qui a (aussi) mené aux faits pour lesquels il a été condamné. Pour être informé suffisamment sur la nature de la problématique présente et les possibilités en matière d'accompagnement, de traitement ou de suivi, le juge peut demander un rapport préalable d'un expert (psychiatre médico-légal, service spécialisé en la guidance ou le traitement de délinquants sexuels,...). La durée maximale du suivi prolongé varie de 5 à 15 ans selon le niveau de la peine.

Pour inciter des détenus à travailler sur leur problématique et/ou leur réintégration sociale déjà pendant l'application de la peine d'emprisonnement, la peine de la mesure prolongée ne peut pas être mise en application si les détenus concernés ont parcouru avec succès la mise en liberté conditionnelle et gèrent donc leurs problèmes.

Comme pour le traitement privatif de liberté, l'exécution ne peut avoir lieu dans une prison. Là aussi, la mesure entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi, et au plus tard le 1er janvier 2035.

Parce que, actuellement, la capacité nécessaire n'existe pas encore pour l'appliquer avec qualité, la mise en vigueur est différée. Dans l'attente, la mise à la disposition du TAP continuera à exister comme peine supplémentaire.

*Remarques :*

*Remarque 1 : Cette mesure est déjà prononcée par le juge pénal lors de la condamnation initiale. Parfois cela sera seulement appliqué après de nombreuses*

*années de détention. Or, il existe à ce sujet une vaste littérature qui rappelle qu'il est important d'améliorer le suivi de l'évaluation tout au long de la détention et non après la fin de la détention. Les possibilités d'accompagnement, de traitement et de suivi évoluent aussi fortement à travers le temps. C'est pourquoi il serait plus approprié de faire cette évaluation dans le processus de la préparation de la fin de la détention.*

*Remarque 2 : Quand le condamné ne respecte pas les conditions, le TAP peut décider qu'il sera admis dans un établissement indiqué par le TAP pour la durée du suivi prolongé. L'établissement ne peut en aucun cas être une prison (malgré le fait qu'il s'agit bien effectivement d'une peine et non d'une mesure (simplement) de sécurisation). (p. 257 Mémoire de Commentaire). L'espace nécessaire est laissé ici pour le choix de l'établissement où le suivi prolongé peut avoir lieu, à l'exception de la prison. L'offre pré-thérapeutique en prison demeure bien sûr.*

*Dans le secteur de SSM, la capacité nécessaire dans un trajet de soins doit être prévue en suffisance et financée de manière adéquate pour appliquer avec qualité la mesure du suivi prolongé. Ici on peut voir un parallélisme avec trouver un contexte approprié d'accueil et de soins pour les personnes qui ne répondent pas au 4<sup>e</sup> critère ajouté pour une admission protectrice comme proposé dans les propositions de réforme de la loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne du malade mental. Il ne s'agit pas non plus seulement d'une tâche pour le secteur des SSM, mais par exemple aussi d'une tâche pour l'aide sociale légale, pour les soins aux personnes avec une déficience (VAPH/AVIQ),...*

*En outre, il faut remarquer que dans le cas d'une affection psychiatrique, le traitement obligatoire peut être qualifié comme une peine supplémentaire. Dans ce cas, il sera important de garantir d'associer la dimension de la justice à la dimension de soins en évitant d'opposer ces deux dimensions. alors qu'il est important d'associer ces deux dimensions comme le font les modèles actuels (comme les programmes de soins).*

*Dans l'avant-projet, le traitement est avancé comme alternative pour la détention classique et on le considère donc en général comme moins incisif en comparaison avec la proposition de suivi prolongé.. Si cette mesure ne peut pas être appliquée, on revient d'ailleurs dans l'avant-projet à la « peine d'emprisonnement remplaçante ».*

#### **4. Modification de la loi sur l'internement du 5 mai 2014 (art 157 en 158)**

Ajout du paragraphe supplémentaire dans l'article 77/1:

La chambre pour la protection de la société peut, à la demande du directeur, commander l'internement du condamné qui répond aux conditions cumulatives suivantes :

- Il fait l'objet d'au moins une condamnation en raison de délit ou d'infraction comme visé à l'article 9, 6 A, 1°, auquel une mise à la disposition du tribunal d'application de la peine (TAP) est liée ;
- Il subit la mise à la disposition du TAP sous la forme de privation de liberté sans que quelque modalité d'application de peine soit en application ;
- On a constaté chez lui un trouble mental avec un caractère durable qui ne répond pas à la condition posée sous l'article 9, § 1, 2° ;

- On constate chez lui un danger sévère permanent qu'il commettra de nouveau, en raison du trouble mental visé sous 3°, les infractions comme visées à l'article 9,61, 1°.

Le psychiatre de la prison examine le condamné qui répond aux conditions précitées.

Si la chambre pour la protection de la société prononce l'internement du condamné, elle détermine dans ce jugement aussi dans quel établissement il faut placer le détenu. Cette chambre détermine dans son jugement quand le directeur ou le responsable des soins du lieu où la personne internée est placée doit émettre un avis. Le terme pour formuler cet avis ne peut pas dépasser 1 année à compter du moment où le jugement est passé en force de chose jugée.

Selon la législation actuelle des condamnés, chez qui pendant la détention une affection de la capacité de discernement est constatée, peuvent être internés. Il y a pourtant également un groupe de condamnés chez qui un trouble mental avec un caractère durable est constaté qui ne répond pas à la condition d'un trouble mental qui annule ou atteint sévèrement la capacité de discernement ou de contrôle de leurs actes. Le trouble mental peut bien avoir comme conséquence un risque sévère de récidive de commettre des faits qui impliquent une atteinte sévère à l'intégrité physique et psychique de tiers.

Puisqu'il s'agit de personnes vraiment dangereuses pour qui un degré de sécurisation élevé est nécessaire, elles peuvent seulement être placées dans :

- la section psychiatrique d'une prison
- un établissement organisé par le pouvoir public fédéral ou une unité de soins organisé par le pouvoir public fédéral pour la protection de la société (Etablissement de défense sociale)
- un centre de psychiatrie légale organisé par le pouvoir public fédéral.

On ne peut pas placer la personne dans un HP ou un autre établissement agréé par le pouvoir public organisé par un établissement privé, par un pouvoir public communautaire/régional/local, qui est en état de procurer à la personne internée les soins adaptés et qui a conclu une convention de placement en matière de l'application de la loi sur l'internement.

Contrairement aux mesures sur le traitement privatif de liberté et le suivi prolongé, les articles 157 et 158 sur l'internement des condamnés avec mise à disposition entrent en vigueur immédiatement.

#### Remarques

*Remarque 1 : Deux corrections sont exigées dans le texte néerlandais du Mémoire de Commentaire (p. 15): "Deze veroordeelden zullen dus worden onderzocht door de psychiater van de gevangenis teneinde te bepalen of zij lijden aan een geestesstoornis die hen evenwel **niet toerekeningsvatbaar** maakt, en of er een blijvend ernstig gevaar aanwezig is dat zij, ingevolgde die stoornis, ernstige misdrijven zullen plegen die de fysieke of psychische integriteit van derden aantasten of bedreigen. Indien deze toestand wordt vastgesteld zal de directeur dezelfde procedure opstarten als de bestaande procedure voor de internering van veroordeelden. Hiertoe wordt paragraaf 2 van artikel 77/1 aangepast. De directeur maakt het dossier over aan de kamer voor de bescherming van de maatschappij die onverwijld een forensisch psychiatrisch*

onderzoek **beveelt** dat voldoet aan de vereisten van de artikelen 5, § 1, 3° en 4°, 7 en 8.”

*Remarque 2 : L'entrée en vigueur des mesures pénales concernant le traitement privatif de liberté et le suivi prolongé est reportée car les capacités de mise en œuvre de ces mesures sont actuellement insuffisantes. Il semble paradoxal d'étendre simultanément le champ d'application de la loi sur l'internement alors que la capacité de traitement des internés est déjà sous pression aujourd'hui. Le CFEH prévoit la réalisation d'une étude d'impact pour déterminer la capacité d'accueil future des personnes internées. Sur cette base, le CFEH est prêt à élaborer un avis sur cette future capacité. Dans l'intervalle, il convient de retarder l'entrée en vigueur de ces articles.*

*Remarque 3 : Dans l'exposé des motifs, à la page 14, il est fait référence à un groupe pour lequel les interventions thérapeutiques ou les traitements actuellement disponibles ne sont pas suffisamment efficaces. Nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'une population de long séjour qui a besoin d'un établissement spécialisé (comme par exemple celui prévu à Alost). Une orientation de ce groupe vers les lieux où la psychiatrie légale est exercée pourrait créer un « bottle-neck » qui mettrait encore plus de pression sur la sortie des détenus, puisque les chances de passage de cette population seront limitées.*

-----