



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 (CPT)**

du 27 mars au 6 avril 2017

Le Gouvernement de la Belgique a demandé la publication de ce rapport.

Strasbourg, le 8 mars 2018

TABLE DES MATIERES

Résumé exécutif	4
I. INTRODUCTION.....	9
A. Visite, rapport et suites à donner.....	9
B. Consultations menées par la délégation	10
C. Coopération et déclaration publique formulée en vertu de l'article 10, paragraphe 2, de la Convention	10
D. Observations communiquées sur-le-champ en vertu de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention.....	11
E. Mécanismes de surveillance des lieux de privation de liberté.....	11
II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRÉCONISÉES .	12
A. Personnes privées de liberté par les services de la police fédérale ou locale	12
1. Remarques préliminaires	12
2. Mauvais traitements.....	12
3. Garanties contre les mauvais traitements	15
a. introduction	15
b. information d'un tiers ou d'une personne de confiance.....	16
c. accès à un avocat.....	16
d. accès à un médecin.....	17
e. registres des privations de liberté.....	18
4. Conditions de détention	19
B. Personnes placées en détention provisoire ou exécutant une peine privative de liberté en milieu carcéral	22
1. Remarques préliminaires	22
2. Mauvais traitements.....	26
3. Situation des détenus nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière.....	28
a. introduction	28
b. détenus placés au quartier de sécurité particulière individuelle (AIBV) du complexe pénitentiaire de Bruges	30
c. autres détenus faisant l'objet d'une mesure de sécurité particulière (MSP) ou d'un régime de sécurité particulier individuel (RSPI)	32

4.	Conditions de détention de la population carcérale générale	33
5.	Soins de santé en milieu carcéral.....	37
6.	Autres questions	42
a.	personnel de surveillance et personnel des services psychosociaux	42
b.	régime disciplinaire.....	43
c.	mécanismes externes de surveillance et de plainte	45
C.	Prise en charge des personnes internées en centre de psychiatrie légale ou en milieu pénitentiaire	47
1.	Introduction	47
2.	Mauvais traitements.....	51
a.	comportement des équipes de soins et du personnel de surveillance.....	51
b.	violence entre internés.....	51
3.	Prise en charge des internés en centre de psychiatrie légale : le Centre de psychiatrie légale (CPL) de Gand	52
a.	remarques préliminaires	52
b.	conditions de séjour.....	54
c.	équipes de soins et traitement	54
d.	moyens de contrainte.....	56
4.	Prise en charge des internés en milieu pénitentiaire	59
a.	surveillance	59
b.	conditions de séjour.....	60
c.	personnel de soins et traitement	62
d.	moyens de contrainte.....	66
5.	Garanties	70
a.	garanties juridiques entourant la mesure d'internement	70
b.	mécanismes de contrôle et de plainte.....	71
	ANNEXE I : Liste des établissements visités	73
	ANNEXE II : Liste des autorités, instances et organisations rencontrées par la délégation	74

RESUME EXECUTIF

Au cours de sa septième visite périodique en Belgique, la délégation a concentré son attention sur la situation des personnes privées de liberté par les services de police, des personnes placées en détention provisoire ou purgeant des peines de prison, des personnes incarcérées nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière et des personnes faisant l'objet d'un internement en centre de psychiatrie légale ou en milieu pénitentiaire.

La délégation a effectué des visites dans cinq établissements de police, quatre prisons (dont trois assurant la prise en charge de personnes internées placées en annexe psychiatrique ou section dédiée), deux établissements exclusivement dédiés à la prise en charge de personnes internées, et deux quartiers cellulaires rattachés au Palais de Justice de Bruxelles.

Lors de la visite, la délégation a bénéficié d'une excellente coopération de la part des autorités belges. Toutefois, comme déjà rappelé par le passé, le principe de coopération qui prévaut entre le Comité et les autorités d'une Partie à la Convention suppose également que les mesures nécessaires soient prises pour améliorer la situation à la lumière des recommandations formulées par le CPT.

A cet égard, la visite a certes été l'occasion d'observer des améliorations, notamment pour ce qui est des conditions matérielles dans les nouveaux établissements pénitentiaires et en matière de prise en charge des internés en centre de psychiatrie légale. Le CPT a également relevé les efforts qui étaient en train d'être faits pour lutter contre les violences policières et renforcer les garanties procédurales contre les mauvais traitements.

Toutefois, la situation demeure préoccupante à bien des égards, tout particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des personnes incarcérées et des internés dans les établissements pénitentiaires. Dans ce contexte, la visite n'a pas permis de constater d'avancées concrètes en vue de la mise en place d'un dispositif viable permettant aux droits de base des détenus d'être respectés en toute circonstance, notamment dans le cadre d'actions collectives menées par le personnel pénitentiaire. Les lourdes conséquences que peuvent avoir de telles actions continuent de susciter les vives préoccupations du CPT.

Le Comité a estimé que l'incapacité des autorités belges à mettre en place un tel dispositif risquait de soumettre un grand nombre de personnes détenues à des traitements inhumains et dégradants, voire à une aggravation de situations déjà considérées comme intolérables, de mettre la santé et la vie de ces personnes en péril et de compromettre la sécurité des établissements concernés. Il est rappelé qu'après plusieurs années de dialogue qui s'est finalement avéré infructueux sur la question, le CPT s'est vu contraint de faire une déclaration publique au mois de juillet 2017 au terme de la procédure prévue à l'article 10, paragraphe 2, de la Convention et a appelé les autorités belges et l'ensemble des parties prenantes, notamment les partenaires sociaux, à assumer leurs responsabilités et à trouver rapidement une solution appropriée afin de résoudre ce problème d'une gravité exceptionnelle.

Police

Dans leur majorité, les personnes rencontrées qui étaient ou avaient été récemment arrêtées par la police ont fait état d'un traitement qu'ils jugeaient correct. Aucune personne n'a émis de plainte de mauvais traitement lors des auditions et des interrogatoires de police. Cependant, la délégation a recueilli plusieurs allégations relatives à un usage excessif de la force, généralement au cours de l'arrestation ou peu après celle-ci. Les personnes concernées ont indiqué avoir fait l'objet de techniques d'immobilisation à haut risque, avoir reçu des coups de la part de policiers alors qu'elles étaient maîtrisées ou encore avoir fait l'objet d'un menottage trop serré. Par ailleurs, selon les dires de plusieurs personnes détenues rencontrées par la délégation, certains membres des services de la police fédérale auraient proféré des insultes à connotation raciste peu après l'arrestation. Le Comité recommande de rappeler régulièrement que toute forme de mauvais traitements fera l'objet d'une « tolérance zéro » et de continuer à améliorer les formations de la police, notamment en ce qui concerne l'usage de la force et la déontologie policière.

Le régime actuel de la garde à vue s'appliquant aux personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction pénale reconnaît, par principe, l'ensemble des garanties contre les mauvais traitements que sont le droit d'aviser un proche de sa situation, d'avoir accès à un avocat et à un médecin ainsi que d'être informé de ses droits. La délégation a toutefois pu observer que certaines dispositions de la loi n'étaient pas toujours mises en œuvre sur le terrain. Pour ce qui est des personnes en arrestation administrative, celles-ci n'avaient toujours pas droit à un avocat. Le Comité recommande une nouvelle fois aux autorités belges d'étendre le droit d'accès à un avocat à ces personnes. Par ailleurs, il convient d'améliorer l'accès des personnes détenues par la police à un médecin.

Lors de la visite, il est apparu que les conditions matérielles de détention en cellule de police étaient généralement acceptables pour de courts séjours. Cela étant, la délégation a observé un certain nombre d'insuffisances auxquelles il conviendrait de remédier rapidement (taille des cellules trop réduite, faible luminosité, aération insuffisante, mauvais état d'entretien ou de propreté, etc.).

Prisons

La délégation du CPT a effectué une première visite de la prison de Leuze-en-Hainaut, l'un des trois établissements pénitentiaires qui ont ouvert leurs portes depuis 2013. Elle a également effectué des visites de suivi dans le complexe pénitentiaire de Bruges, la prison de Lantin et la prison bruxelloise de Saint-Gilles.

L'évolution du parc pénitentiaire a généralement eu un impact significatif sur la gestion de la surpopulation et sur les conditions matérielles de détention. Malgré la baisse du taux moyen de surpopulation (qui dépassait toutefois les 16% au moment de la visite), le phénomène restait très préoccupant dans certains établissements, notamment à la prison de Saint-Gilles (avec un taux de surpopulation de plus de 50%).

Les efforts concertés des autorités belges ces dernières années méritent d'être salués. Il est néanmoins important que la priorité continue d'être donnée à la réduction de la population carcérale et à sa maîtrise dans des proportions raisonnables. A cette fin, il convient de veiller à ce que l'attention ne soit pas portée de manière démesurée à l'augmentation de la capacité totale du parc pénitentiaire.

La grande majorité des personnes en détention provisoire ou en exécution de peine avec lesquelles la délégation s'est entretenue a estimé avoir été traitée correctement par l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires visités. Les femmes détenues rencontrées ont été unanimes à cet égard. Toutefois, dans la prison de Leuze-en-Hainaut et la prison de Saint-Gilles, la délégation a recueilli quelques allégations crédibles de mauvais traitements physiques récents d'hommes détenus. En outre, à Bruges, Lantin, Leuze-en-Hainaut et Saint-Gilles, un certain nombre de détenus ont fait état de remarques provocatrices ou d'insultes, dont certaines à connotation raciste, de la part d'agents pénitentiaires.

Le Comité relève que les procédures et garanties entourant l'imposition de mesures de sécurité particulières (MSP) ou d'un placement sous un régime de sécurité particulier individuel (RSPI) étaient globalement respectées. Il est toutefois apparu clairement à l'examen des dossiers que, pour un certain nombre d'entre eux, l'application de MSP et la mise en place d'un RSPI étaient uniquement fondées sur les infractions dont ils ou elles étaient accusé(e)s d'avoir commises ou pour lesquelles ils ou elles avaient été condamné(e)s. Ce fut le plus souvent le cas pour les personnes incarcérées pour des faits liés au terrorisme. De l'avis du CPT, toute décision de soumettre un détenu à une MSP ou à un RSPI devrait être basée sur une véritable évaluation individuelle des risques.

Le Comité déplore, pour cette catégorie de détenus, le déficit d'activités et l'absence de contacts humains appropriés. Cette analyse vaut également pour les détenus soumis à un RSPI et placés au sein du quartier de sécurité particulière individuelle (« AIBV ») de Bruges, sous un régime équivalent à un régime d'isolement. Certains y séjournaient plus longtemps que nécessaire. Certains détenus continuaient d'être accueillis au sein de l'AIBV pour des motifs n'ayant aucun rapport avec leur comportement en milieu carcéral. De plus, le placement en AIBV de deux détenus souffrant de graves troubles psychiatriques était totalement inapproprié d'un point de vue médical.

En ce qui concerne la population carcérale générale, du point de vue des *conditions matérielles*, le contraste était saisissant entre la prison de Leuze-en-Hainaut, récemment construite, et les autres prisons visitées. La délégation a estimé que les conditions et les aménagements en cellule à Leuze-en-Hainaut étaient généralement bons. Les problèmes d'aération en cellule figurent parmi les exceptions. Dans les autres établissements, les directions et le personnel devaient composer avec la surpopulation ambiante dans des structures largement vieillissantes, voire vétustes, où le maintien de conditions d'hygiène satisfaisantes pouvait constituer un véritable défi. Les efforts visant à remédier à ces insuffisances, notamment à la prison de Lantin et à la prison de Saint-Gilles, doivent être poursuivis. A Saint-Gilles en particulier, il est apparu qu'il était nécessaire de vérifier la quantité et la qualité de la nourriture fournie quotidiennement aux détenus. A la suite de la visite, le CPT a été informé qu'une étude a été initiée en la matière.

La pénurie d'*activités hors cellule* était un mal qui touchait l'ensemble des prisons visitées. Le CPT appelle par conséquent les autorités à engager une réflexion d'urgence sur la mise en œuvre, dans les faits, de plans individualisés de détention afin de permettre à chaque détenu(e) de participer à des activités adaptées à ses besoins en dehors des cellules.

Le CPT relève avec satisfaction que les autorités belges ont confirmé leur volonté de transférer la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral au Service public fédéral (SPF) Santé publique. Il regrette néanmoins l'insuffisance de personnel de soins dans les prisons et recommande d'augmenter, dans l'ensemble des établissements visités, la présence de médecins généralistes, de psychiatres et des psychologues cliniciens. Il convient également d'augmenter les effectifs du personnel infirmier au sein de la prison de Lantin et de la prison de Leuze-en-Hainaut. Le Comité estime en outre que des mesures devraient être prises pour garantir la pleine confidentialité des consultations médicales et améliorer l'examen de santé des nouveaux arrivants, la prise en charge psychiatrique des personnes placées en détention provisoire ou exécutant des peines, ainsi que l'organisation des extractions médicales.

Les effectifs du personnel de surveillance constituaient une question toujours très sensible au moment de la visite. Des efforts importants de « rationalisation », pouvant résulter en pertes de postes, étaient demandés à l'ensemble des établissements pénitentiaires. De plus, les directions devaient faire face à des taux d'absentéisme conséquents. Les effectifs présents sur le terrain étaient réduits et bien en-deçà des effectifs théoriques, ce qui entraînait d'importantes répercussions sur le fonctionnement des établissements.

Etablissements assurant la prise en charge de personnes internées

La délégation du CPT a effectué une première visite au Centre de psychiatrie légale (CPL) de Gand, ainsi qu'à l'annexe psychiatrique de la prison de Saint-Gilles. Elle a également effectué des visites de suivi dans l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, à la section dédiée aux internées du complexe pénitentiaire de Bruges et à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve. La délégation n'a recueilli aucune allégation de mauvais traitement physique de patients qui aurait été le fait du personnel chargé des soins. En revanche, plusieurs patients de l'EDS de Paifve se sont plaints du comportement de certains agents de surveillance (coups, propos injurieux). Dans les établissements pénitentiaires, les faits de violence entre patients internés présentaient un risque plus élevé qu'au CPL.

Le CPT accueille favorablement la réforme du système d'internement engagée par la Belgique, qui vise, à terme, la sortie des personnes internées du système pénitentiaire et leur prise en charge dans des établissements spécialisés.

Le fonctionnement du CPL de Gand marque incontestablement une avancée, tant au niveau de l'approche thérapeutique, que des moyens mis à disposition. Le niveau d'encadrement, la variété de l'offre et des activités thérapeutiques assurent, de l'avis du CPT, une bonne qualité de soins. Le Comité émet néanmoins certaines recommandations visant à améliorer la prise en charge des patients, notamment d'augmenter les effectifs en personnel à l'unité de soins intensifs. De plus, le Comité encourage la création de places supplémentaires dans des structures alternatives aux CPL, qui soient plus à même d'accueillir les patients présentant peu de chance de réinsertion.

Les autres structures psychiatriques visitées, qu'il s'agisse des annexes psychiatriques pénitentiaires ou de l'EDS de Paifve, souffraient de problèmes systémiques bien connus : fonctionnement et logique de prise en charge de type carcéral, manque cruel de personnel médical et socioéducatif, agents de surveillance en nombre insuffisant et sans formation spécialisée.

Dans ces structures, la délégation a pu faire le constat d'une quasi-absence d'activités, que celles-ci soient thérapeutiques ou occupationnelles. Les patients pouvaient ainsi rester enfermés de 22 à 23h par jour en raison d'un manque chronique d'agents de surveillance, de personnels accompagnants, d'éducateurs, etc. La prise en charge des patients était très partielle, limitée au traitement pharmacologique et aux soins de base. Une gestion très difficile et insatisfaisante des urgences psychiatriques y a également été observée. La situation des internés dans les prisons, ainsi qu'à l'EDS de Paifve, appelle à des mesures immédiates. A cette fin, le CPT recommande une plus grande implication du SPF Santé publique dans leur prise en charge.

L'état de la prise en charge des internés à l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin est apparu comme étant particulièrement alarmant. Les équipes de soins et socioéducative étaient quasiment inexistantes et la prise en charge, même minimale, n'était plus assurée de manière effective. A l'issue de la visite, la délégation avait demandé que des mesures soient prises de toute urgence afin de permettre le bon déroulement d'activités thérapeutiques. Les autorités belges ont informé le CPT de l'action engagée en ce sens.

Pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes internées, le Comité recommande aux autorités de revoir la politique générale relative à l'usage de la contrainte, et notamment de renforcer l'encadrement du recours aux moyens de contention (mécanique et chimique) et aux placements à l'isolement.

I. INTRODUCTION

A. Visite, rapport et suites à donner

1. Conformément à l'article 7 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (ci-après « la Convention »), une délégation du CPT a effectué une visite en Belgique du 27 mars au 6 avril 2017. La visite faisait partie du programme de visites périodiques du Comité pour 2017. Il s'agissait de la septième visite périodique du CPT en Belgique.

2. La visite a été effectuée par les membres suivants du CPT :

- Mark Kelly, 2nd Vice-Président du CPT (chef de la délégation)
- Régis Bergonzi,
- Joan Cabeza Gimenez,
- Nico Hirsch,
- Maria Rita Morganti,
- Hans Wolff.

Ils étaient secondés par Johan Friestedt (chef de division) et Aurélie Pasquier du Secrétariat du CPT, et assistés de Didier Delessert, expert en psychiatrie légale, médecin-chef du Service de médecine pénitentiaire de l'Hôpital du Valais, Sion (Suisse), ainsi que Pierre Geldof, Madeleine Schalken et Marie-Caroline Van Seggelen, tous trois interprètes.

3. Lors de la visite, la délégation a concentré son attention sur la situation des personnes privées de liberté par les services de police, des personnes placées en détention provisoire ou, dans une certaine mesure, purgeant des peines de prison, des personnes incarcérées nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière, et des personnes faisant l'objet d'un internement en centre de psychiatrie légale ou en milieu pénitentiaire.

La liste des établissements visités par la délégation figure à l'annexe I.

4. Le rapport relatif à cette visite a été adopté par le CPT lors de sa 94^e réunion, qui s'est déroulée du 6 au 10 novembre 2017, et transmis aux autorités belges le 7 décembre 2017. Les recommandations, commentaires et demandes d'informations formulés par le CPT figurent en gras dans le présent rapport. Le CPT demande aux autorités belges de lui fournir, dans un **délai de six mois**, une réponse comprenant un exposé complet des mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations du Comité et réagir aux commentaires et aux demandes effectués dans ce rapport.

En ce qui concerne la demande effectuée au paragraphe 35 du rapport, le CPT souhaite recevoir des **informations trimestrielles**.

B. Consultations menées par la délégation

5. Au cours de la visite, la délégation a eu des entretiens avec Monsieur Koen Geens, ministre de la Justice, des hauts fonctionnaires du Service public fédéral (SPF) Intérieur, de la police intégrée et du SPF Santé publique. Elle s'est également entretenue avec le Collège des Médiateurs fédéraux, des membres du Comité permanent de contrôle des services de police (« Comité P »)¹ et de l'Inspection générale de la police fédérale et de la police locale. En outre, la délégation a rencontré des magistrats, des représentants de mécanismes de surveillance, des membres d'organisations non gouvernementales et des représentants d'organisations syndicales et des associations de directeurs d'établissements pénitentiaires. La liste des autorités, instances et organisations rencontrées par la délégation figure à l'annexe II.

C. Coopération et déclaration publique formulée en vertu de l'article 10, paragraphe 2, de la Convention

6. Lors de sa visite, la délégation a bénéficié d'une excellente coopération de la part des autorités belges, tant au niveau fédéral que communautaire et régional. La délégation a pu accéder à tous les lieux de privation de liberté, s'entretenir sans témoin avec les personnes qu'elle souhaitait rencontrer et a reçu les informations nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Le CPT tient tout particulièrement à saluer le travail réalisé avant, pendant et après la visite par Monsieur Philippe Wéry, agent de liaison du CPT.

7. Toutefois, comme déjà rappelé dans les rapports faisant suite aux visites du CPT en 2005, 2009, 2012 et 2016, le principe de coopération qui prévaut entre le Comité et les autorités d'une Partie à la Convention ne se limite pas aux initiatives prises pour faciliter la mission des délégations au cours de leur visite. Il suppose également que les mesures nécessaires soient prises pour améliorer la situation à la lumière des recommandations formulées par le CPT.

8. La visite de 2017 a certes été l'occasion d'observer des améliorations, notamment pour ce qui est des conditions matérielles dans les nouveaux établissements pénitentiaires et en matière de prise en charge des internés en centre de psychiatrie légale. Toutefois, la situation reste préoccupante à bien des égards, tout particulièrement en ce qui concerne le respect des droits élémentaires des personnes incarcérées et la prise en charge des internés dans les établissements pénitentiaires.

¹ Le Comité P est un organe indépendant de contrôle de la police. Il est chargé de contrôler le fonctionnement global des services de police et l'exercice de la fonction de police par l'ensemble des fonctionnaires compétents des services de police, d'inspection et de contrôle.

Depuis de nombreuses années, le CPT n'a eu de cesse de faire part de ses vives préoccupations quant aux lourdes conséquences que peuvent avoir les actions collectives des agents pénitentiaires en Belgique. Ces conséquences affectent directement, pour des périodes prolongées, les conditions de détention, la santé et la sécurité des personnes placées sous leur responsabilité. Sur ce sujet, il convient de rappeler que la visite de 2017 n'a pas permis de constater de réels progrès. Lors de sa 93^e réunion, le CPT a estimé que l'absence d'avancées concrètes pendant de longues années en vue de la mise en place d'un dispositif viable permettant aux droits élémentaires des détenus d'être respectés en toute circonstance, notamment dans le cadre d'actions collectives menées par le personnel pénitentiaire, constituait un manquement grave à la coopération avec le Comité. Le CPT s'est par conséquent vu contraint de poursuivre la procédure telle que prévue à l'article 10, paragraphe 2, de la Convention et a fait une déclaration publique au mois de juillet 2017 sur cette question.²

D. Observations communiquées sur-le-champ en vertu de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention

9. A l'issue de la visite, la délégation a formulé une observation sur-le-champ et demandé que des mesures visant l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin soient prises afin qu'une équipe pluridisciplinaire soit mise à disposition de toute urgence et qu'une équipe de surveillance soit en place de manière effective afin de permettre le bon déroulement d'activités thérapeutiques. Ces mesures d'urgence devaient permettre la reprise des soins en attendant le transfert, à brève échéance, des internés de la prison de Lantin dans une structure plus adaptée.

Dans leur lettre du 26 juin 2017, les autorités belges ont informé le CPT des initiatives prises à la suite de la visite en vue de répondre à la situation mise en exergue par la délégation. Il est renvoyé à cet égard au paragraphe 152 du présent rapport.

E. Mécanismes de surveillance des lieux de privation de liberté

10. Dans son rapport relatif à la visite de 2013 en Belgique, le CPT avait vivement encouragé les autorités belges à ratifier le Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (« OPCAT ») afin notamment de faciliter la création d'un ou plusieurs mécanismes de contrôle indépendants au niveau national (« mécanisme national de prévention » ou MNP).

Au moment de la visite de 2017, les autorités belges avaient exploré un certain nombre de pistes quant à la mise en place d'un MNP et cherchaient à mettre à profit les structures existantes. **Le CPT souligne à nouveau l'importance qu'il attache à la ratification de l'OPCAT et à la mise en place d'un MNP effectif³. Le Comité souhaite être tenu informé des orientations prises par les autorités belges en la matière.** Dans ce contexte, il est également renvoyé aux paragraphes 100 à 102 du présent rapport.

² L'article 10, paragraphe 2, de la Convention se lit comme suit : « si la Partie ne coopère pas ou refuse d'améliorer la situation à la lumière des recommandations du Comité, celui-ci peut décider, à la majorité des deux tiers de ses membres, après que la Partie aura eu la possibilité de s'expliquer, de faire une déclaration publique à ce sujet ». La déclaration publique du CPT concernant la Belgique est disponible sous la référence CPT/Inf (2017) 18 sur le site internet du Comité : www.cpt.coe.int.

³ Voir, à ce propos, les exigences fondamentales définies par l'OPCAT et étoffées par la suite par le Sous-comité des Nations-Unies sur la prévention de la torture (SPT) dans ses [Directives](#) concernant les mécanismes nationaux de prévention (indépendance, expertise et expérience, ressources, etc.).

II. CONSTATATIONS FAITES DURANT LA VISITE ET MESURES PRÉCONISÉES

A. Personnes privées de liberté par les services de la police fédérale ou locale

1. Remarques préliminaires

11. Au moment de la visite de 2017, le cadre juridique général se rapportant à la durée de la privation de liberté par les services de police était comparable à celui en vigueur pendant la précédente visite périodique en 2013. Plus précisément, une personne soupçonnée d'avoir commis une infraction pénale pouvait être privée de liberté par la police fédérale ou locale pendant une période pouvant en principe aller jusqu'à 24 heures,⁴ et la durée de la privation de liberté en matière de police administrative (maintien ou rétablissement de l'ordre public ou maintien de la sécurité publique) était en règle générale de 12 heures maximum.⁵

2. Mauvais traitements

12. Le CPT relève avec satisfaction que, dans leur immense majorité, les personnes avec qui la délégation s'est entretenue et qui étaient ou avaient récemment été détenues par la police ont estimé avoir été traitées de manière correcte par les membres des services de la police fédérale ou locale qui les avaient arrêtées ou qui étaient chargés de les escorter ou de les surveiller. En outre, aucune personne détenue rencontrée par la délégation ne s'est plainte du comportement des agents ou fonctionnaires de police au cours des auditions et interrogatoires.

13. Nonobstant cette appréciation globalement encourageante, la délégation a recueilli plusieurs allégations relatives à un usage excessif de la force au cours de l'arrestation, peu après celle-ci, en cellule de police, en quartier cellulaire rattaché à un tribunal ou à l'occasion d'un incident au tribunal. Les intéressés ont fait état de gifles, de coups de poing, de coups de pied et de coups à l'aide de la crosse d'une arme à feu alors que, selon eux, ils étaient déjà maîtrisés ou s'étaient montrés coopératifs.⁶

En outre, certaines personnes détenues rencontrées par la délégation ont affirmé que des agents ou fonctionnaires de police avaient eu recours à des techniques d'immobilisation à haut risque (comme le maintien d'une pression du genou au niveau de la nuque après un plaquage ventral au sol ou le recours à une clé d'étranglement prolongée).

D'autres encore se sont plaintes de menottages excessivement serrés qui auraient été maintenus du lieu de l'arrestation jusqu'au poste de police.

⁴ Un juge d'instruction pouvait exceptionnellement prolonger la privation de liberté de 24 heures supplémentaires, à partir du moment de la privation de liberté.

⁵ Ce délai pouvait notamment être porté à 24 heures dans le cadre de la législation sur l'accès du territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (absence de documents d'identité, par exemple).

⁶ Les personnes concernées, rencontrées dans les établissements pénitentiaires ou de police visités, ont accepté de parler de leur expérience avec la police à la condition que leur nom ne soit pas divulgué. Elles ont généralement indiqué avoir décidé de ne pas porter plainte, convaincues qu'une telle procédure n'aboutirait pas ou qu'elle pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur situation.

14. Certaines allégations évoquées au paragraphe précédent ont été étayées par d'autres indices (enregistrement vidéo ou observations médicales directes considérées comme compatibles, par des médecins de la délégation, avec ces allégations).

15. Il convient également de relever que ces mêmes allégations visent autant des agents et fonctionnaires de la police locale que les membres des services de la police fédérale (y compris la brigade anti-agression de Bruxelles-capitale et les unités spéciales d'intervention des polices locale et fédérale).

16. Il convient enfin d'ajouter que, selon les dires de plusieurs personnes détenues rencontrées par la délégation au cours de la visite de 2017, certains membres des services de la police fédérale auraient proféré des insultes à connotation raciste peu après l'arrestation.

17. Le CPT relève qu'à la suite de la précédente visite périodique en 2013, l'action des autorités belges visant à lutter contre les violences policières s'est poursuivie autour de deux axes principaux : i) le rappel des principes de base quant au recours à la force et à la contrainte par voie de circulaire ou par la diffusion d'une note interne et ii) les formations et les entraînements en maîtrise de la violence afin de préparer au mieux chaque membre du personnel de police à gérer les situations de danger auxquelles il peut être confronté sur le terrain.⁷

Il ressort néanmoins des constatations faites par la délégation au cours de la visite de 2017 que les autorités belges doivent agir encore davantage afin de lutter efficacement contre les mauvais traitements policiers sous toutes leurs formes, qu'ils soient de nature physique ou verbale. Les conclusions de diverses instances et organisations en Belgique vont également dans ce sens.⁸

18. Par conséquent, **le CPT recommande aux autorités belges de faire en sorte que les responsables des directions et des services compétents de la police fédérale et les chefs de corps de la police locale délivrent régulièrement un message de « tolérance zéro » des mauvais traitements des personnes privées de liberté à l'ensemble des agents et fonctionnaires placés sous leur autorité. En se fondant sur les dispositions pertinentes de la loi et le code de déontologie des services de police, il est impératif de rappeler que toute forme de mauvais traitements est rigoureusement interdite et que les auteurs de tels actes, ceux qui les encouragent et ceux qui les tolèrent feront l'objet de sanctions appropriées.**

Le Comité recommande également de revoir la manière dont est abordé l'usage de la force et les techniques d'immobilisation dans le cadre des formations et des entraînements des agents et fonctionnaires de police, y compris pour les membres des équipes spéciales d'intervention. Dans ce contexte, il convient de veiller à ce qu'au moment de procéder à une arrestation à risque ou de maîtriser une personne récalcitrante, agitée ou violente, les agents et fonctionnaires de police aient recours à des techniques d'immobilisation adaptées, en prenant toutes les précautions nécessaires, et n'emploient pas plus de force qu'il n'est strictement nécessaire.

⁷ Voir notamment les circulaires GPI 48(2) et GPI 81 et la note permanente du 26 février 2015.

⁸ Voir, à titre d'exemple, le [rapport annuel 2016](#) du Comité permanent de contrôle des services de police (Comité P).

En outre, le CPT recommande de faire clairement comprendre aux agents et fonctionnaires des services de la police intégrée que, s'il est jugé indispensable de procéder au menottage d'une personne, celui-ci ne doit en aucun cas être excessivement serré.⁹

Le Comité invite aussi les autorités belges à prendre des mesures supplémentaires pour lutter efficacement contre tout excès de langage, notamment à connotation raciste, et tout comportement discriminatoire des membres des services de police, y compris en renforçant les efforts destinés à s'assurer que la composition des services opérationnels de la police fédérale et de la police locale reflètent davantage la diversité de la population.¹⁰

Le CPT encourage enfin les autorités belges à poursuivre leur action visant à instaurer une culture professionnelle dans laquelle l'attitude correcte consiste à signaler les cas de mauvais traitements par des collègues. La procédure de signalement devrait être claire pour tous et les lanceurs d'alerte devraient pouvoir bénéficier de mesures de protection effectives.

19. Dans le passé, le CPT a été amené à soulever la question de l'utilisation de moyens de désorientation spatiotemporelle à l'encontre de personnes détenues considérées comme dangereuses en dehors de lieux sécurisés.

Cette question renvoie notamment aux extractions et au transport, par la police fédérale, de détenus présentant un risque de catégorie 3.¹¹ En début de visite, la délégation a été informée que la pratique consistait toujours à faire porter des lunettes opaques au détenu concerné afin notamment de l'empêcher de reconnaître l'itinéraire emprunté ou d'identifier les agents ou fonctionnaires de la police fédérale chargés de l'escorter. Dans certains cas exceptionnels, le détenu se voit également imposer le port d'un casque anti-bruit (et de la musique peut être diffusée dans le véhicule) afin d'empêcher les détenus de communiquer entre eux lorsqu'ils sont transportés ensemble. Un certain nombre de détenus avec qui la délégation s'est entretenue au cours de la visite ont évoqué ce dispositif qu'ils percevaient avant tout comme cherchant à les désorienter ou à les stigmatiser aux yeux du public (ce dispositif aurait été, par exemple, maintenu en milieu hospitalier dans le cadre d'extractions médicales).

Il est également apparu au cours de la visite que des suspects considérés comme étant à risque s'étaient vus mettre un bandeau sur les yeux ou une cagoule leur bloquant la vue pendant le trajet en véhicule les menant du lieu de l'arrestation à un établissement de police.

20. Le CPT se doit de rappeler qu'il est fermement opposé à la pratique consistant à utiliser des dispositifs appliqués aux personnes détenues conduisant à leur bloquer la vue lors de leur transport d'un lieu à un autre. Cette pratique revient à les soumettre à une forme d'oppression dont l'effet sur les personnes concernées pourrait être considéré comme s'apparentant à un mauvais traitement psychologique. En outre, en cas de violences alléguées à l'encontre de ces personnes au cours du transport, elle place un obstacle difficilement surmontable à l'identification des éventuels auteurs. Par conséquent, **le CPT appelle les autorités belges à interdire ce type de pratique.**

⁹ Il y a lieu de faire remarquer que le menottage excessivement serré peut avoir de graves conséquences médicales (en provoquant parfois un handicap sérieux et permanent au niveau de la ou des mains, par exemple).

¹⁰ Il est renvoyé aux recommandations de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI), notamment la Recommandation de politique générale n° 11 de l'ECRI sur la lutte contre le racisme et la discrimination raciale dans les activités de la police, ainsi qu'aux recommandations du Comité P.

¹¹ La catégorie de risque 3 renvoie à une menace externe avec risque d'évasion avec l'aide de tiers et avec des informations concrètes quant aux auteurs et au mode opératoire.

21. Par ailleurs, le CPT relève avec satisfaction que des dispositions législatives ont été adoptées afin d'améliorer l'identification et la responsabilité des agents et des fonctionnaires de police en toutes circonstances. La loi permet ainsi de recourir à une plaquette nominative ou à un numéro d'intervention pour les agents et fonctionnaires de police (en uniforme et en civil).¹² D'après les autorités, le numéro d'intervention se compose actuellement de cinq chiffres dérivés du numéro d'identification de l'agent ou du fonctionnaire de police. La délégation a été informée qu'un arrêté royal était en cours d'élaboration. Celui-ci devrait prévoir que, pour certaines interventions, seul le numéro d'intervention sera porté et que le numéro sera en outre indiqué sur le brassard d'intervention. **Le CPT souhaite être tenu informé de la mise en œuvre de ces dispositions, ainsi que de tout autre dispositif visant à renforcer la responsabilité des agents et fonctionnaires de police dans l'exercice de leurs fonctions (caméras embarquées ou « bodycams », par exemple).**

3. Garanties contre les mauvais traitements

a. introduction

22. Depuis la précédente visite périodique de 2013, la loi « Salduz »¹³ du 13 août 2011 a été complétée par la loi « Salduz plus » du 21 novembre 2016. Cette dernière, entrée en vigueur six jours après son adoption le 27 novembre 2016, avait pour objectif de renforcer le droit à un avocat. Il ressort par ailleurs des constatations faites lors de la visite périodique de 2017 que les personnes arrêtées par la police étaient rapidement informées des droits accordés par ces lois, oralement puis par le biais d'une déclaration des droits¹⁴ dans une langue qu'elles comprenaient. Les autorités de police ont pris des mesures visant à actualiser et à harmoniser les traductions de ces documents en langues étrangères. La délégation a toutefois pu observer certaines variantes par rapport aux dispositions de la loi, notamment en ce qui concerne le droit des personnes en arrestation administrative à des soins médicaux.¹⁵

Le CPT encourage les autorités belges à poursuivre leurs efforts visant à ce que les droits communiqués de manière écrite reflètent fidèlement et dans un langage simple les dispositions législatives, en particulier pour les personnes en arrestation administrative.

¹² Voir l'article 41 de la loi sur la fonction de police, tel qu'amendée le 4 avril 2014 et le 21 avril 2016 et entrée en vigueur le 9 mai 2016.

¹³ La loi « Salduz » du 13 août 2011, ou plus précisément la loi modifiant le Code d'instruction criminelle et la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive afin de conférer des droits, dont celui de consulter un avocat et d'être assistée par lui, à toute personne auditionnée et à toute personne privée de liberté, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Voir à ce sujet le rapport relatif à la visite du CPT de 2013 (CPT/Inf (2016) 13, notamment le [paragraphe 10](#)).

¹⁴ Un [modèle](#) est disponible sur le site internet du Service public fédéral (SPF) Justice.

¹⁵ Il est renvoyé à cet égard au paragraphe 27.

b. information d'un tiers ou d'une personne de confiance

23. Il est apparu au cours de la visite de 2017 que le droit d'une personne arrêtée par la police à ce qu'un tiers désigné par elle soit informé de sa situation¹⁶ était généralement respecté dans les faits. Les personnes rencontrées par la délégation ont affirmé qu'un tiers de leur choix ou une personne de confiance avait pu être averti, sur leur demande, de leur arrestation. En outre, dans les cas exceptionnels où l'exercice de ce droit a été différé, la délégation n'a pas eu l'impression qu'il y ait eu d'abus. En revanche, certaines personnes détenues avec qui la délégation s'est entretenue se sont plaintes de ne pas avoir reçu d'informations en retour de la part des agents ou fonctionnaires de police lorsqu'elles demandaient si leur proche avait pu être informé.

Le CPT invite les autorités belges à faire en sorte, le cas échéant, de communiquer aux personnes détenues des informations en retour pour leur faire savoir s'il a été possible d'informer de leur arrestation le tiers de leur choix ou une autre personne de confiance.

c. accès à un avocat

24. Il convient de rappeler que le droit d'accès à un avocat pour les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction susceptible d'entraîner une peine de prison est applicable dès le moment de la privation de liberté, préalablement au premier interrogatoire. Dès l'instant où contact est pris avec l'avocat choisi ou la permanence, la concertation confidentielle avec l'avocat doit avoir lieu dans les deux heures. La concertation confidentielle peut avoir lieu par téléphone à la demande de l'avocat en accord avec la personne concernée.

La loi « Salduz plus » évoquée plus haut a permis de renforcer ce droit.¹⁷ Les intéressés peuvent désormais bénéficier de l'assistance d'un avocat lors de toutes les auditions de police, ainsi que pour d'autres actes d'enquête (confrontations, reconstitutions, etc.). Le rôle des avocats a également été étendu (ceux-ci pouvant faire des remarques sur l'enquête, demander des éclaircissements sur les questions posées, etc.). La mise en œuvre rapide de ces nouvelles dispositions a été anticipée par les autorités de police (autrement dit, avant l'adoption définitive du texte de loi) et n'a pas semblé poser de problèmes majeurs sur le terrain, tout du moins pour la très grande majorité des personnes détenues rencontrées. Toutefois, certaines personnes se sont plaintes auprès de la délégation que l'accès à un avocat leur avait été refusé jusqu'à la fin de la première audition de police. **Le CPT recommande que les mesures nécessaires soient prises afin que le droit d'accès à un avocat pour les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction pénale soit toujours respectée dans les faits, et ce dès le début de la privation de liberté par la police.**¹⁸

¹⁶ Voir l'article 2bis, paragraphe 7, de la loi relative à la détention préventive, telle qu'amendée par les lois « Salduz » et « Salduz plus », ainsi que l'article 33quater de la loi sur la fonction de police.

¹⁷ Voir l'article 2bis, paragraphe 2, de la loi relative à la détention préventive, telle qu'amendée par les lois « Salduz » et « Salduz plus », ainsi que l'article 33quater de la loi sur la fonction de police. La loi « Salduz plus » relative à certains droits des personnes soumises à un interrogatoire transpose dans la législation belge la [directive 2013/48/UE](#) du 22 octobre 2013 du Parlement européen et du Conseil relative au droit d'accès à un avocat dans le cadre des procédures pénales et des procédures relatives au mandat d'arrêt européen, au droit d'informer un tiers dès la privation de liberté et au droit des personnes privées de liberté de communiquer avec des tiers et avec les autorités consulaires.

¹⁸ Il est également renvoyé, dans ce contexte, au paragraphe 28 du présent rapport concernant la consignation de l'exercice du droit d'accès à un avocat dans les registres.

25. Avec l'adoption de la loi du 6 juillet 2016 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne l'aide juridique,¹⁹ les autorités belges ont fait évoluer l'aide juridique de deuxième ligne (c'est-à-dire, sous certaines conditions, l'assistance entièrement ou partiellement gratuite d'un avocat). L'objectif de cette loi fut de garantir l'offre à ceux qui n'ont pas les moyens de rémunérer les services d'un avocat tout en assurant l'indemnité des avocats.

Au cours de la visite de 2017, la délégation a eu l'impression que le nouveau dispositif a apporté de réelles améliorations. Toutefois, certaines personnes détenues rencontrées ont émis de sérieuses réserves quant à la qualité de l'assistance apportée par les avocats désignés d'office, les avocats se limitant apparemment à un rôle passif (souvent sans se déplacer) et à conseiller aux intéressés de se taire. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités à ce sujet.**

26. Pour ce qui est des personnes en arrestation administrative, celles-ci n'avaient toujours pas droit à un avocat au moment de la visite de 2017. Le CPT se doit de rappeler que l'arrestation et la période suivant immédiatement l'arrestation sont à haut risque en matière d'intimidation et de mauvais traitements policiers, quel que soit le statut juridique des intéressés. Les constatations faites par la délégation au cours de la visite viennent confirmer une nouvelle fois ce point de vue.

Par ailleurs, la délégation a relevé plusieurs cas de personnes en arrestation administrative dont le statut a dû être modifié au cours de la privation de liberté par les services de la police locale. Si aucun abus procédural de la part des agents et fonctionnaires de police n'a été détecté à l'examen de ces cas, ces situations ont pour effet de différer le droit d'accès à un avocat.

Le Comité recommande une nouvelle fois aux autorités belges d'étendre le droit d'accès à un avocat à toutes les formes de privation de liberté, y compris dans le cadre de l'arrestation administrative.

d. accès à un médecin

27. Il convient de rappeler que la législation consacre clairement, que ce soit pour les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction pénale ou pour les personnes en arrestation administrative, le droit à une assistance médicale, y compris, à leurs frais, à un médecin de leur choix.²⁰ Dans l'ensemble, ces dispositions semblaient être mises en œuvre sur le terrain lors de la visite périodique de 2017. Cependant, la délégation a rencontré certaines personnes en détention qui ont affirmé ne pas avoir eu accès à un médecin, malgré leurs demandes répétées et – dans quelques cas – en dépit des blessures occasionnées au moment ou peu après l'arrestation.

A ce propos, la manière dont l'exercice de ce droit a été présenté à la délégation lors de la visite, ainsi que dans la déclaration des droits remise aux personnes privées de liberté par la police, conduit le CPT à s'interroger. En effet, il semblerait que certains agents ou fonctionnaires de police estimaient avoir une marge d'appréciation sur la nécessité d'accorder ce droit. Quant à elle, la déclaration des droits renvoie à une condition de nécessité qui n'est pas dans le texte de loi.²¹

¹⁹ Ladite [loi](#) est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016.

²⁰ Voir, à cet égard, l'article 2bis, paragraphe 8, de la loi relative la détention préventive, telle qu'amendée par la loi « Salduz plus », et l'article 33quinquies de la loi relative à la fonction de police.

²¹ La déclaration des droits remise aux personnes privées de liberté se lit comme suit : « Si nécessaire, vous avez droit à une aide médicale gratuite ». Dans un document de même type remis à la délégation lors d'une visite d'un poste de police (pour les personnes en arrestation administrative), il est indiqué que « La personne privée de sa liberté : [...] si son état le requiert, a droit à des soins médicaux ».

Le CPT recommande aux autorités belges de prendre les mesures qui s'imposent afin que le droit à une assistance médicale pour les personnes privées de liberté par la police soit interprété de telle manière à ce que la demande d'une personne détenue de voir un médecin soit toujours accordée ; il n'appartient pas aux agents ou fonctionnaires de police, ni à aucune autre autorité, de filtrer une telle demande.

En revanche, **il revient aux agents et fonctionnaires de police de veiller à ce que toute personne détenue dont ils ont la charge fasse l'objet d'un examen médical en cas de nécessité (notamment à la suite d'un recours à la force ou lorsque l'intéressé est manifestement sous l'emprise de l'alcool ou de substance illicite).**

e. registres des privations de liberté

28. Au début de la visite de 2017, la délégation a été informée qu'un projet d'arrêté royal relatif au registre des privations de liberté était en cours d'élaboration.²² Le projet d'arrêté avait pour objectif de standardiser les registres et prévoyait nombre de mentions précises correspondant aux préconisations usuelles du CPT (notamment le moment et le ou les motifs de la mesure de privation de liberté, l'état physique apparent, les repas distribués, l'exercice du droit d'avertir une personne de confiance et l'exercice du droit à une assistance médicale, les fouilles judiciaires ou les fouilles de sécurité avant mise en cellule, les auditions et les transferts). De l'avis du CPT, **il serait utile d'ajouter une mention quant à l'exercice du droit d'accès à un avocat et du droit à un interprète.**

En revanche, eu égard aux observations de la délégation en cours de visite, **en ce qui concerne la mention relative aux prescriptions éventuelles du médecin ou aux constatations du médecin, il convient de veiller au respect de la confidentialité médicale dans la consignation des informations. Les médecins ne devraient consigner dans ces registres que les informations qu'il est strictement nécessaire de porter à la connaissance des agents et fonctionnaires de police. Les constatations du médecin, y compris les blessures, les affirmations de la personne concernée quant à l'origine de ces blessures et l'éventuelle compatibilité de ces blessures avec les affirmations de la personne concernée ne devraient être consignés que dans un certificat médical mis à la disposition de la personne privée de liberté ayant fait l'objet de l'examen et/ou, à sa demande, à son avocat.**

Enfin, **il conviendra également que, dans les faits, les officiers de police veillent à ce que ces registres soient tenus de manière consciencieuse et les contrôlent régulièrement.** La tenue de certains registres examinés par la délégation laissait à désirer (erreurs, date et heure manquantes, information concernant la notification des droits non complétée, etc.) dans certains établissements de police visités en 2017.

²² Projet d'arrêté royal portant exécution de l'article 33bis, alinéa 3 de la loi sur la fonction de police.

4. Conditions de détention

29. Lors de la visite périodique de 2017, il est apparu que les conditions matérielles de détention en cellule de police étaient généralement acceptables pour de courts séjours. Le CPT relève par ailleurs que des travaux de mise en conformité étaient engagés dans tout le pays et devaient s'étaler sur les dix prochaines années.

Cela étant, la délégation a observé un certain nombre d'insuffisances auxquelles il conviendrait de remédier rapidement : des cellules sont apparues comme étant trop petites pour des détentions d'une durée pouvant généralement aller jusqu'à 12, voire 24 heures (moins de 5 m² au poste de police de la Gare ferroviaire de Liège-Guillemins), mal éclairées (à Tournai et dans le quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » à Bruxelles), mal aérées, en mauvais état et sales (aux commissariats centraux de Gand et de Liège).

En outre, au commissariat de Gand, la délégation a pris connaissance du cas d'une personne détenue ayant été maintenue nue en cellule, sans matelas pour passer la nuit, dans le cadre d'une opération menée par l'équipe spéciale d'intervention de la police locale; quels que soient les motifs de cette opération, le maintien d'une personne en cellule de police dans ces conditions n'est pas acceptable.

30. Le CPT recommande :

- **d'agrandir ou de mettre hors service les cellules prévues pour les détentions allant jusqu'à 24 heures mesurant moins de 5 m² ;**
- **de s'assurer à ce qu'un matelas soit fourni à toute personne devant passer la nuit en cellule au commissariat central de Gand et de proscrire toute pratique conduisant à maintenir une personne détenue nue en cellule. Le cas échéant, des vêtements appropriés et un matelas ignifugé et indéchirable doivent être mis à disposition ;**
- **d'améliorer l'éclairage dans les cellules du quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » de Bruxelles et de la zone de détention du commissariat central de Tournai ;**
- **de revoir l'aération en cellule dans les zones de détention des commissariats centraux de Gand et de Liège ;**
- **de veiller à l'état de propreté et d'entretien des cellules des commissariats centraux de Gand et de Liège.**

31. Le CPT se félicite qu'à la suite de la précédente visite périodique de 2013, une note interne a été émise afin de souligner l'importance d'avoir aisément accès à une quantité suffisante d'eau potable et à des sanitaires. Il a en outre été recommandé qu'en cas de rénovation de locaux de détention, l'on veille à équiper les cellules de robinets d'eau potable et de toilettes. Lors de la visite de 2017, la délégation a pu observer que, dans les locaux rénovés ou de construction récente (comme à Bruges), les cellules étaient équipées de robinets et de toilettes. En revanche, pour ce qui est des autres locaux, notamment dans le quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » de Bruxelles, les personnes détenues avec lesquelles la délégation s'est entretenue se sont plaintes de temps d'attente particulièrement longs (allant jusqu'à plusieurs heures) avant de pouvoir avoir un verre d'eau ou accéder aux toilettes. **Le CPT recommande aux autorités belges de rappeler régulièrement au personnel de police assurant la surveillance des locaux de détention de veiller à ce que les personnes détenues aient accès sans tarder à de l'eau potable et aux toilettes lorsqu'elles le demandent.**

Il ressort des entretiens de la délégation avec les personnes détenues que des dispositions avaient généralement été prises pour proposer un repas à un moment opportun.

32. Au cours de la visite de 2017, la délégation a observé que, dans certains locaux de détention, la vidéosurveillance avait été installée dans les cellules. La partie réservée aux toilettes avait été floutée ou pixélisée. La vidéosurveillance des cellules à Bruges comprenait un suivi du rythme cardiaque des personnes en cellule, ce qui offre un outil de surveillance supplémentaire digne d'intérêt, pouvant toutefois engendrer un sentiment trompeur quant à la sûreté des personnes détenues. **Il convient de veiller à ce que de tels systèmes ne se substituent pas aux contacts directs avec les agents ou fonctionnaires de police chargés de la surveillance des personnes détenues et ne remplacent pas les visites régulières de ces agents ou fonctionnaires aux cellules dans le but de s'assurer de la situation des personnes privées de liberté.**

33. La délégation a observé que, dans le quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » de Bruxelles et à Liège, des personnes détenues pouvaient être menottées à un dispositif fixe. D'après le personnel de police avec lequel la délégation s'est entretenue à Bruxelles, ce dispositif n'était utilisé qu'exceptionnellement (en cas de claustrophobie de la personne détenue). Au cours de la visite, la délégation a rencontré quelques personnes ayant affirmé avoir été menottées à ces dispositifs pour des périodes allant de 15 à 20 minutes.

Le CPT se doit de rappeler qu'une personne détenue ne devrait pas être menottée à des objets fixes mais plutôt être placée sous étroite surveillance dans un environnement sûr. En conséquence, **le Comité recommande aux autorités belges de proscrire toute pratique consistant à menotter des personnes détenues à des objets fixes et de prendre des mesures visant à supprimer tout dispositif installé à cet effet dans les établissements de police, ainsi que dans le quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » de Bruxelles.**

34. Au cours de la visite de 2017, il est ressorti des entretiens avec les personnes détenues que les fouilles de sécurité (avant la mise en cellule) comprenaient un déshabillage progressif, mais complet, de façon quasi-systématique. De l'avis du CPT, tout recours à la fouille corporelle intégrale doit être une mesure exceptionnelle devant être prise lorsqu'il n'est pas possible de réaliser d'autres types de fouille (fouille par palpation ou utilisation de moyens de détection électronique) ou que ceux-ci sont insuffisants. Le recours à la fouille corporelle intégrale ne devrait en principe se justifier que par les nécessités de l'enquête (fouilles judiciaires) et être décidée par un officier de police. Lorsque la fouille de sécurité s'avère indispensable, celle-ci doit être effectuée par du personnel de police de même sexe, à l'abri des regards, et il convient de faire en sorte de limiter au mieux la gêne de la personne concernée. Celle-ci ne devrait normalement pas être obligée d'enlever tous ses vêtements en une seule fois ; elle devrait, par exemple, être autorisée à enlever les vêtements au-dessus de la ceinture, puis à se rhabiller avant d'ôter les autres vêtements. **Le CPT recommande de veiller au respect de ces principes.**

B. Personnes placées en détention provisoire ou exécutant une peine privative de liberté en milieu carcéral

1. Remarques préliminaires

35. Au moment de la visite périodique de 2017, les autorités belges s'étaient engagées dans un vaste chantier, en concertation avec les syndicats, visant l'adoption d'un cadre législatif sur l'organisation des établissements pénitentiaires et de la fonction pénitentiaire, ainsi que sur le statut juridique du personnel pénitentiaire et le statut disciplinaire de celui-ci. La future législation a vocation à compléter le cadre juridique offert par la loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus du 12 janvier 2005 (également appelée « loi Dupont »), dont un certain nombre de dispositions n'étaient malheureusement toujours pas mises en œuvre au moment de la visite (notamment en matière de soins de santé).

Comme le CPT l'a relevé dans sa déclaration publique de juillet 2017, l'indispensable instauration d'un service minimum garanti en milieu pénitentiaire faisait partie de ce chantier. Toutefois, sa mise en place dans un avenir proche restait encore incertaine. Le Comité a estimé que l'incapacité des autorités belges à mettre en place un tel service risquait de soumettre un grand nombre de personnes détenues à des traitements inhumains et dégradants, voire à une aggravation de situations déjà considérées comme intolérables, de mettre la santé et la vie de ces personnes en péril et de compromettre la sécurité des établissements concernés. Le CPT a par conséquent appelé les autorités belges et l'ensemble des parties prenantes, notamment les partenaires sociaux, à assumer leurs responsabilités et à trouver rapidement une solution appropriée afin de résoudre un problème d'une gravité exceptionnelle.

Le CPT souhaite recevoir des informations trimestrielles sur l'état d'avancement des travaux visant à adopter un véritable socle législatif permettant de résoudre la question du service minimum garanti tout en revalorisant et en encadrant au mieux la fonction pénitentiaire. Le Comité souhaite également être tenu informé des mesures prises visant à assurer la mise en œuvre intégrale de la « loi Dupont ».

36. Naturellement, il est essentiel que l'action des autorités belges sur le plan législatif soit combinée avec des mesures de lutte efficaces contre la surpopulation carcérale, laquelle continuait d'affecter durablement l'immense majorité des établissements pénitentiaires du pays. Les efforts des autorités belges n'ont pas manqué en la matière et ont abouti à certains résultats. D'après les chiffres officiels, la surpopulation moyenne annuelle a évolué à la baisse ces dernières années. Son taux se situait ainsi à hauteur de 24,1 % en 2013 pour passer à 9,6 % en 2016.²³ Au début de la visite périodique de 2017, les interlocuteurs de la délégation ont notamment expliqué ces résultats encourageants par le développement des peines alternatives (la surveillance électronique, par exemple) et des aménagements de peines, ainsi que par des transferts significatifs de personnes faisant l'objet d'internement vers des établissements de soins adaptés, comme le centre de psychiatrie légale de Gand.

²³ Voir le [rapport annuel de 2016](#) de la direction générale des établissements pénitentiaires – DG EPI (publié en juillet 2017), page 38.

Le CPT relève également que le Masterplan Prisons et Internement (Masterplan III), qui a été approuvé en novembre 2016 et qui est le fruit d'une étroite collaboration entre les ministres de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé publique, évoque non seulement la création de nouvelles places en milieu carcéral dans les années à venir, mais également l'élaboration d'alternatives à l'exécution des peines classiques, ainsi qu'une meilleure différenciation des peines (dont la création de « maisons de transition » visant à accompagner les détenus dans leur dernière phase de détention et à faciliter leur réinsertion). L'un des objectifs affichés de ce troisième Masterplan est de réduire davantage la population carcérale et de la faire passer en dessous de la barre des 10 000 détenus.

Au premier jour de la visite de 2017, la population carcérale était de 10 802 détenus pour une capacité totale de 9 266 places, soit un taux de surpopulation dépassant les 16 %. Le taux de surpopulation auquel étaient confrontés certains établissements s'approchait dangereusement du seuil des 50%, voire le dépassait (notamment à la prison de Saint-Gilles en région bruxelloise, à Anvers ou Ypres en région flamande, et à Dinant ou Mons en région wallonne).

37. L'évolution du parc pénitentiaire, notamment dans le cadre de la réalisation des précédents Masterplans, a eu un impact significatif sur la gestion de la surpopulation et sur les conditions matérielles de détention. Il convient de rappeler que trois nouveaux établissements pénitentiaires ont ouvert leur portes, à Marche-en-Famenne en 2013, et à Beveren et à Leuze-en-Hainaut l'année suivante. Ces établissements ont la particularité d'avoir été construits et d'être gérés dans le cadre d'un partenariat public-privé selon un contrat dit DBFM (*Design, Build, Finance & Maintain*), qui implique la désignation d'un consortium privé assumant le projet, la construction, le financement et l'entretien des établissements concernés. Parallèlement, l'année 2016 marque la fin de la location de l'établissement pénitentiaire de Tilburg situé aux Pays-Bas, ce qui a conduit au transfert des détenus de Tilburg dans les structures pénitentiaires existantes situées en territoire belge.²⁴ De même, certaines ailes pénitentiaires ont été fermées pour rénovation, comme à la prison flamande de Louvain, ou mises hors service, comme dans le cas de la prison de Forest en attendant la construction d'un nouveau complexe pénitentiaire à Haren en région bruxelloise²⁵.

Le Masterplan III comprend en outre un programme additionnel de construction de nouveaux établissements, d'extension et de rénovation. Il s'agit notamment d'ouvrir deux nouvelles prisons à Leopoldsburg et à Vresse-sur-Semois et d'une nouvelle maison d'arrêt et d'un quartier de haute sécurité à la prison de Lantin, ainsi qu'une prison à Verviers en remplacement de la prison fermée antérieurement.

38. De l'avis du CPT, les efforts concertés des autorités belges méritent d'être salués. Il est néanmoins important que la priorité continue d'être donnée à la réduction de la population carcérale et à sa maîtrise dans des proportions raisonnables afin que l'incarcération, lorsqu'elle est jugée indispensable, puisse retrouver tout son sens. Pour cela, il convient également de veiller à ce que l'attention ne soit pas portée de manière démesurée à l'augmentation de la capacité totale du parc pénitentiaire.

²⁴ L'établissement pénitentiaire de Tilburg a fermé ses portes le 31 décembre 2016. Pour plus de précisions sur cet établissement, voir le rapport relatif à la visite du CPT de 2011 dans la prison de Tilburg (document [CPT/Inf \(2012\) 19](#)).

²⁵ Le complexe pénitentiaire de Haren a vocation à remplacer les prisons bruxelloises de Berkendael, de Forest et de Saint-Gilles.

L'un des objectifs à court terme devrait être de faire en sorte que chaque personne incarcérée puisse jouir de son espace vital une fois en cellule, à savoir de 6 m² d'espace minimal au sol en ce qui concerne les cellules individuelles et de 4 m² d'espace minimal au sol dans les cellules collectives (auxquels il faut ajouter dans chaque type de cellule la superficie occupée par les sanitaires/les toilettes). Chaque détenu devrait impérativement disposer d'un lit individuel séparé et les sanitaires/toilettes devraient être entièrement cloisonnés, notamment dans les cellules collectives.

Lors de la construction de nouveaux établissements et à plus long terme dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, il conviendrait de permettre en principe à chaque personne détenue d'être logée la nuit en cellule individuelle, sauf lorsqu'il est considéré comme étant préférable pour elle qu'elle cohabite avec d'autres détenus. Une cellule individuelle de 8 à 9 m² ne devrait pas héberger plus d'un détenu, une cellule de 11 à 12 m² ne devrait pas accueillir plus de deux détenus (soit 6 + 4 m² d'espace vital auquel s'ajoute l'annexe sanitaire) et une cellule de 15 à 16 m² ne devrait pas accueillir plus de trois détenus (soit 6 + 4 + 4 m² d'espace vital auquel s'ajoute l'annexe sanitaire).²⁶ En outre, une cellule pour personne à mobilité réduite ne devrait pas avoir une surface au sol inférieure à 14-15 m² (offrant ainsi 10 m² d'espace vital à la personne concernée, ainsi qu'une annexe sanitaire agrandie et adaptée).²⁷

La réalisation de ces objectifs devrait être combinée avec l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'activités adaptés pour chaque personne incarcérée, en maintenant l'exigence de permettre à chacune de ces personnes de passer chaque jour hors de sa cellule autant de temps que nécessaire pour assurer un niveau suffisant de contacts humains et sociaux.

39. A la lumière de ce qui précède, **le CPT appelle les autorités belges à renforcer leur action visant à réduire la population carcérale et à lutter contre la surpopulation affectant les établissements pénitentiaires en veillant à ce que leurs efforts s'inscrivent pleinement dans le cadre des recommandations du Conseil de l'Europe en la matière²⁸ et le respect des normes indiquées ci-dessus.**

Le Comité souhaite également être tenu informé de l'avancement de la mise en œuvre des Masterplans et des programmes de construction, de rénovation et d'extension d'établissements pénitentiaires.

²⁶ Voir, à ce sujet, le [25^e rapport général](#) du CPT (CPT/Inf (2016) 10).

²⁷ Voir, à ce propos, le paragraphe 64.

²⁸ Voir la Recommandation Rec (99) 22 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale, la Recommandation Rec(2000)22 concernant l'amélioration de la mise en œuvre des règles européennes sur les sanctions et mesures appliquées dans la communauté, la Recommandation Rec (2003) 22 concernant la libération conditionnelle, la Recommandation Rec(2006)13 concernant la détention provisoire, les conditions dans lesquelles elle est exécutée et la mise en place de garanties contre les abus, la Recommandation Rec (2010) 1 sur les règles du Conseil de l'Europe relatives à la probation et la Recommandation Rec (2014) 4 relative à la surveillance électronique.

40. En ce qui concerne les prisons visitées en 2017, la délégation du CPT a effectué une première visite de la prison de Leuze-en-Hainaut. Elle a également effectué des visites de suivi dans le complexe pénitentiaire de Bruges, la prison de Lantin et la prison de Saint-Gilles. Dans le cadre de ces visites de suivi, elle a accordé une attention particulière à la situation des femmes et des hommes placés en détention provisoire, ainsi que des personnes détenues nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière et/ou incarcérées pour des faits en rapport avec le terrorisme (détenus « terros »).²⁹

41. Inauguré en mai 2014 et situé à une vingtaine de kilomètres de Tournai, l'*établissement pénitentiaire de Leuze-en-Hainaut* a accueilli ses premiers détenus en août 2014. Il est l'un des trois nouveaux établissements (communément dénommés les « 3 G ») construits en partenariat public-privé dans le cadre du Masterplan 2008 – 2012 – 2016 pour une infrastructure pénitentiaire dans des conditions humaines. Elle fait fonction à la fois de maison d'arrêt et de maison de peine. L'ensemble des bâtiments était entouré de murs formant un pentagone tandis que la partie principale réservée à la détention comprenait une zone de contrôle donnant sur quatre ailes de détention.

Lors de la visite, l'établissement avait une capacité théorique de 300 places pour hommes adultes et hébergeait 299 hommes en détention provisoire ou en exécution de peine. La délégation a été informée que la capacité de l'établissement était censée être augmentée de 40 places.³⁰ La prison comprenait également un quartier distinct de 12 places (quartier D) qui n'était pas encore mis en service lors de la visite.

42. Les établissements pénitentiaires de Bruges (Sint-Andries), de Lantin et de Saint-Gilles ont fait l'objet d'une description dans le cadre de visites antérieures.³¹

Doté d'une capacité théorique de 478 places pour hommes détenus et de 114 places pour femmes détenues, le *complexe pénitentiaire de Bruges* comptait au moment de la visite 578 hommes (dont 180 prévenus) et 104 femmes (dont 24 prévenues). L'établissement hébergeait également cinq mères accompagnées de huit enfants en bas âge. Le complexe pénitentiaire de Bruges comprenait en son sein le seul quartier de sécurité particulière individuelle du pays.

Avec une capacité théorique de 679 places, dont 342 dans la maison d'arrêt et 62 dans le quartier pour femmes, la *prison de Lantin* hébergeait 918 détenus, dont 507 en maison d'arrêt et 71 femmes détenues, au cours de la visite. Une mère séjournait avec son enfant en bas âge. Il convient de signaler que l'ancien quartier des mesures de sécurité individuelles et particulières (« bloc U ») avait été mis hors service à la suite d'un incendie plusieurs années auparavant.

Quant à la *prison de Saint-Gilles*, elle a repris une fonction de maison d'arrêt en 2016. Prévues pour accueillir 579 détenus hommes, elle en comptait 896 (dont 465 personnes en détention provisoire) au premier jour de la visite pour atteindre le seuil des 900 détenus en cours de visite.

²⁹ En ce qui concerne les personnes faisant l'objet d'un internement hébergés en milieu pénitentiaire, voir la partie C du présent rapport.

³⁰ Il est renvoyé à ce sujet au paragraphe 64.

³¹ Voir notamment les [paragraphe 81](#), [82](#) et [83](#) du rapport relatif à la visite périodique de 1993 (CPT/Inf (1994) 15).

43. Il convient également de relever que la délégation a effectué une visite de suivi dans le *quartier cellulaire du Palais de Justice de Bruxelles*,³² dont la surveillance était assurée par le corps de sécurité du SPF Justice et qui hébergeait essentiellement des personnes en détention provisoire en provenance de divers établissements pénitentiaires.

2. Mauvais traitements

44. La grande majorité des personnes en détention provisoire ou en exécution de peine avec lesquelles la délégation s'est entretenue au cours de la visite de 2017 a estimé avoir été traitée correctement par l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires visités. Les femmes détenues rencontrées ont été unanimes à cet égard.

En outre, la délégation a eu l'occasion de rencontrer des agents pénitentiaires qui lui sont apparus soucieux de bien connaître la situation individuelle des détenus dont ils avaient la charge, d'entretenir un bon contact avec eux et d'être rapidement en mesure de désamorcer au plus vite les situations à risque qui pouvaient se présenter à eux. Il s'agit là d'un point positif qu'il convient de souligner. Cela a sans aucun doute contribué, de manière générale dans les établissements visités, à gérer de manière adaptée les cas de violences entre détenus ou les comportements hostiles ou agressifs de détenus à l'encontre du personnel.

45. Toutefois, dans les prisons de Leuze-en-Hainaut et de Saint-Gilles, la délégation a recueilli quelques allégations crédibles de mauvais traitements physiques récents d'hommes détenus qui auraient été infligés par certains agents pénitentiaires.³³ Dans certains cas, ces allégations étaient étayées d'indices de nature médicale.

En outre, à la prison de Lantin et à la prison de Saint-Gilles, la délégation a pris connaissance d'autres éléments (enregistrement vidéo, par exemple) ou d'enquêtes visant des agents pénitentiaires et portant sur des violences physiques à l'encontre de détenus de genre masculin.

46. Les mauvais traitements évoqués plus haut consistaient généralement en des coups de poing, des coups de pied et/ou des coups de genoux, notamment lors de fouilles en cellule, voire de « fouilles au corps » lors du placement en cellule de punition, sans que les intéressés n'adoptent, selon eux ou selon toute vraisemblance, une attitude ou un comportement justifiant l'usage de la force. A titre d'illustration, à la prison de Saint-Gilles, la délégation a pu visionner un enregistrement vidéo montrant un agent pénitentiaire en train d'asséner de violents coups de pied à un détenu n'offrant aucune résistance en le réintroduisant en cellule.

³² Voir le [paragraphe 40](#) du rapport du CPT relatif à la visite de 2001 (CPT/Inf (2002) 25).

³³ Les personnes concernées, pour la plupart, ont accepté de parler de leur expérience en milieu carcéral sans permettre à sa délégation ou au CPT de les identifier auprès des directions des établissements visés ou de leurs autorités hiérarchiques. Certaines personnes rencontrées ont toutefois autorisé la délégation à aborder les violences récentes qu'elles auraient subies (c'est-à-dire dans les mois précédant la visite) avec la direction.

Les allégations concernent des agents pénitentiaires en contact direct avec les détenus, y compris, dans un cas à Leuze-en-Hainaut, un chef d'équipe/chef de quartier. D'après certains témoignages, des agents pénitentiaires présents seraient intervenus pour mettre un terme aux mauvais traitements allégués. Toutefois, ces agents n'auraient procédé à aucun signalement auprès des autorités compétentes.

Il ressort également de l'examen des dossiers et des registres pertinents dans les établissements pénitentiaires concernés que les éventuelles victimes de mauvais traitements faisaient souvent l'objet d'actions disciplinaires et autres mesures pour agression sur agent, sans que cela puisse être corroboré, dans ces cas particuliers, par les dires ou témoignages recueillis par la délégation ou les séquences vidéo visionnées au cours de la visite. De telles actions étaient non seulement perçues par certains détenus en question comme des tentatives, par les agents mis en cause, de se protéger ou de protéger leurs collègues, mais également comme des mesures d'intimidation ou de dissuasion.

47. En outre, à Bruges, Lantin, Leuze-en-Hainaut et Saint-Gilles, un certain nombre de détenus ont fait état de remarques provocatrices ou d'insultes, dont certaines à connotation raciste, de la part d'agents pénitentiaires.

48. A la lumière de ce qui précède, **le CPT recommande qu'il soit clairement et régulièrement rappelé à l'ensemble des agents pénitentiaires :**

- **qu'ils ne doivent jamais infliger de mauvais traitements ni inciter à en commettre ni en tolérer, sous quelque forme et dans quelques circonstances que ce soit, y compris lorsque cela leur est ordonné par un supérieur ;**
- **qu'ils doivent veiller à ce que toute utilisation de la force à l'encontre de détenus donne systématiquement lieu à un examen médical³⁴ et soient dûment consignée dans les rapports et registres pertinents ;**
- **qu'ils doivent à tout moment traiter les détenus avec politesse et respect et tenir dûment compte de la nécessité de s'élever et lutter contre le racisme et la xénophobie éventuels de collègues ;**
- **que le personnel pénitentiaire sera tenu responsable de tous les cas de mauvais traitements et autres formes d'abus (y compris les remarques provocatrices et insultes) ;**
- **que tout agent ayant engagé une action infondée, disciplinaire ou autre, à l'encontre d'un détenu dans le but de l'intimider ou de le dissuader de porter plainte pour mauvais traitements fera l'objet de sanctions appropriées.**

Le Comité recommande également aux autorités belges d'encourager davantage les attitudes consistant à signaler, par les voies appropriées, les cas de violences commises par des collègues. Une procédure claire de signalement et des mesures de protection efficaces pour ceux qui donnent l'alarme doit être en place.

³⁴ Voir également, à ce propos, les recommandations formulées au paragraphe 83.

Le CPT recommande en outre de veiller à ce que le personnel de direction des prisons visitées soit plus attentif aux agissements des agents pénitentiaires sous leur responsabilité et prennent des mesures immédiates visant à répondre aux éventuels indices de mauvais traitements de détenus.

Le CPT encourage également les autorités belges à accélérer leurs travaux visant à l'adoption d'un code de déontologie du personnel pénitentiaire en s'inspirant de la Recommandation CM/Rec(2012)5 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur le Code européen de déontologie pour le personnel pénitentiaire.

De plus, le Comité souhaite être informé de la mise en œuvre des mesures visant à améliorer l'identification du personnel pénitentiaire (y compris pour les équipes spéciales d'intervention).

Le CPT aimerait également connaître les suites qui ont été données au cas mentionné au paragraphe 46 à la suite de la visite de 2017.

3. Situation des détenus nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière

a. introduction

49. Au cours de la visite périodique de 2017, la délégation a à nouveau porté son attention sur la situation des détenus nécessitant une prise en charge particulière en matière de sécurité. Il convient de rappeler que ces détenus peuvent faire l'objet d'un dispositif de sécurité allant de l'imposition d'une mesure de sécurité particulière (MSP), à savoir des restrictions au niveau des contacts et des activités notamment d'une durée de sept jours et pouvant être prolongée à trois reprises, à la mise en place d'un régime de sécurité particulier individuel (RSPI) pour une période de deux mois renouvelables. Certains détenus nécessitant une prise en charge sécuritaire particulière et considérés comme difficilement maîtrisables, présentant des problèmes comportementaux extrêmes et persistants, s'accompagnant d'agressivité envers les membres du personnel et/ou les codétenus peuvent également être placés au quartier de sécurité particulière individuelle au sein du complexe pénitentiaire de Bruges (*Afdeling Individuele Bijzondere Veiligheid* ou AIBV).

Le CPT se doit d'emblée de relever qu'à l'examen des dossiers individuels et des registres, les procédures et garanties entourant l'imposition d'une MSP, décidée par la direction de l'établissement, ou le placement sous un RSPI ou en AIBV, décidé par la direction générale des établissements pénitentiaires, étaient globalement respectées : audition de l'intéressé, absence de contre-indication médicale, possibilité de faire appel à un avocat dans le cadre d'un placement sous RSPI ou en AIBV. Cela étant, les décisions ne mentionnaient aucune possibilité de faire appel de ces décisions, et pour cause, étant donné que les possibilités de faire appel des décisions, telles que prévues par la loi, n'existaient toujours pas dans les faits. La pratique visant à contester les décisions en justice se poursuivait comme par le passé. Il est renvoyé à cet égard aux paragraphes 100 et 101.

50. Il convient également de relever que, dans le cadre de la prise en charge de la radicalisation et l'extrémisme en milieu carcéral, l'imposition d'une MSP ou d'un RSPI fait l'objet d'une évaluation immédiate pour les détenus dits « terros », c'est-à-dire les personnes incarcérées en lien avec des faits de terrorisme, les détenus considérés comme ayant un lien clair avec des activités terroristes sur la base de leur titre de détention et/ou démontrant fortement par leurs paroles ou leurs actes leur appartenance à un profil extrémiste violent et les « combattants terroristes étrangers ». Ces trois catégories de détenus, ainsi que les détenus suspectés plus généralement de se radicaliser ou de radicaliser d'autres détenus, font en outre l'objet d'une surveillance accrue de la part des services pénitentiaires compétents, et ce à différents niveaux.

Les autorités pénitentiaires belges ont pour principe de placer les détenus « terros » en section ordinaire tout en veillant à éviter tout contact entre eux, voire à éviter, en cas de risque de prosélytisme, tout contact avec la population carcérale générale. En cas de risque sérieux, les intéressés peuvent être transférés au sein d'une prison satellite (telle que le complexe pénitentiaire de Bruges, la prison de Lantin ou la prison Saint-Gilles), voire dans certains cas d'une autre prison dotée de structures de haute sécurité (la prison de Leuze-en-Hainaut, par exemple). L'immense majorité des femmes et des hommes enregistrés comme « terros » rencontrés dans les prisons visitées avaient fait l'objet de MSP et étaient soumis à un RSPI. Il est toutefois apparu clairement à l'examen des dossiers que, pour un certain nombre d'entre eux, notamment les personnes en détention provisoire, l'application de MSP et la mise en place d'un RSPI étaient uniquement fondées sur les infractions dont ils ou elles étaient accusé(e)s d'avoir commises ou pour lesquelles ils ou elles avaient été condamné(e)s. De l'avis du CPT, toute décision de soumettre un détenu à une MSP ou à un RSPI devrait être basée sur une véritable évaluation individuelle des risques. **Le Comité souhaite recevoir les commentaires des autorités belges à ce sujet.**

51. Il convient enfin de relever que, ces dernières années, les détenus considérés dans le cadre d'évaluations individuelles comme présentant un risque sérieux de radicaliser d'autres détenus (vulnérables notamment) ou de s'engager (plus avant) dans la lutte armée pour des motifs idéologiques ou religieux peuvent être placés dans une des deux sections spécialisées « D-Rad :ex » de la prison d'Ittre ou de la prison de Hasselt. Ces sections avaient le double objectif de contenir l'influence de ces détenus en milieu carcéral et d'offrir aux détenus concernés un régime de détention relativement normal. Le transfert dans ce type de section était également présenté comme un moyen d'éviter un maintien sous RSPI. **Le CPT souhaite connaître l'évaluation des autorités belges quant à l'efficacité de tels placements en section spécialisée.**

- b. détenus placés au quartier de sécurité particulière individuelle (AIBV) du complexe pénitentiaire de Bruges

52. Au moment de la visite de 2017, l'AIBV de Bruges était située dans les mêmes locaux qu'au cours de la précédente visite de 2009 et hébergeait sept détenus masculins, soit quatre condamnés et trois prévenus, dont un détenu dit « terro », pour une capacité totale de dix places. La majorité des détenus de l'AIBV rencontrés y séjournait depuis plus de six mois (le séjour le plus long étant de près de 11 mois).

53. Les modalités de placement demeuraient inchangées. La décision était prise par la direction générale des établissements pénitentiaires, sur proposition de la direction de l'établissement d'origine et sur la base d'évaluations individuelles. Les détenus étaient tous soumis à un RSPI.

Du fait qu'il était le seul quartier opérationnel de ce type dans toute la Belgique, l'AIBV accueillait un certain nombre de détenus originaires d'établissements pénitentiaires francophones pour qui la barrière linguistique pouvait générer des difficultés au cours du séjour (accès au règlement intérieur, ainsi qu'à d'autres informations écrites, en néerlandais uniquement, etc.), et ce malgré les efforts du personnel qui était généralement amené à leur traduire oralement certains documents. **Il convient de veiller à ce que les informations fournies par écrit aux détenus de l'AIBV soient accessibles dans une langue qu'ils sont aptes à comprendre.**

54. Il est également apparu lors de la visite que certains détenus séjournèrent clairement plus longtemps que nécessaire au sein de l'AIBV, et ce de l'avis même du personnel. Certains détenus continuaient d'être accueillis au sein de l'AIBV pour des périodes prolongées (allant au-delà de six mois en particulier), non pas en raison de leur comportement en milieu carcéral, mais pour d'autres motifs comme leur nécessaire prise en charge en milieu hautement sécurisé en raison de leur profil ou les complications liées à leur retour dans leur établissement d'origine. De plus, de l'avis du CPT, le placement en AIBV de deux détenus souffrant de graves troubles psychiatriques, dont l'un était en cellule de punition au moment de la visite, était totalement inapproprié d'un point de vue médical.³⁵ **Le CPT souhaite savoir si ces deux détenus ont pu être transférés dans des structures de soins adaptées.**

Plus généralement, **le CPT appelle les autorités belges à mettre un terme au placement de détenus en AIBV qui ne correspondent pas aux critères d'admission prévus et à faire en sorte que les détenus présentant de graves troubles psychiatriques soient accueillis dans des structures de soins adaptées.**

En outre, il est nettement ressorti des entretiens tant avec le personnel qu'avec les détenus ayant fait des séjours répétés au sein de l'AIBV que la mise en place de passerelles vers la détention ordinaire (unités « tampons ») s'avère indispensable. **Le CPT recommande d'envisager sérieusement la mise sur pied de telles passerelles à la sortie de l'AIBV.**

³⁵ La délégation avait été informée qu'une procédure d'internement avait été initiée à l'égard de l'un d'entre eux, mais n'avait pas encore pu aboutir.

55. Les conditions matérielles en cellule étaient pour l'essentiel similaires à celles observées en 2009 et par conséquent généralement acceptables. Des toilettes métalliques et du mobilier fixe avaient été installées dans toutes les cellules à la suite d'un incendie. Cela étant, l'impression générale de confinement, accentuée par l'absence de vue horizontale due à la présence d'un mur élevé à quelques mètres des fenêtres, était toujours d'actualité. Certains détenus regrettaient également l'absence de toute séparation entre les toilettes et leur espace de séjour en cellule. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités belges à cet égard.**

La délégation n'a en revanche recueilli aucune plainte relative aux repas servis en cellule, ce qui est un point positif par rapport à la précédente visite de 2009.

Pour ce qui est de la politique de restrictions d'accès aux objets de la vie courante considérés comme posant des risques en matière de sécurité, elle a semblé désormais permettre une meilleure individualisation et une réduction importante des restrictions au cours du séjour en AIBV. Toutefois, pour beaucoup, ces restrictions continuaient à être perçues comme des moyens de les « infantiliser ». **Il convient de faire encore davantage en sorte que la politique de restrictions d'accès aux objets de la vie courante soit et apparaisse comme étant strictement guidée par des impératifs de sécurité.**

56. Comme par le passé, chaque détenu faisait l'objet d'un programme d'activités individualisé, élaboré par l'équipe de soins, avec l'appui de l'équipe de surveillance, dont les effectifs étaient analogues à ceux observés en 2009.³⁶ Le programme évoluait en fonction des différentes phases du séjour (admission, observation, traitement et accompagnement et préparation à la sortie) et du comportement du détenu.

Malgré cela, les activités hors cellule et les contacts humains avec le personnel ou d'autres détenus de l'AIBV demeuraient très réduits, voire inexistantes pour certains détenus, et offrait ainsi un régime s'apparentant à une mise à l'isolement. Mis à part l'accès individuel et quotidien au préau, la plupart des détenus passaient le plus clair de leur temps seuls en cellule. Quelques détenus avaient accès à la salle de sport ou à la salle polyvalente (équipée d'une console vidéo) pendant une heure, plusieurs fois par semaine. Un détenu était autorisé à travailler deux heures par jour en cellule. D'après le personnel, le profil des détenus au moment de la visite ne permettait pas l'organisation d'activités impliquant plusieurs détenus.

Le CPT recommande de développer davantage les programmes individualisés au sein de l'AIBV, en consultation avec les détenus concernés, en axant ces programmes sur la manière de répondre aux comportements ayant entraîné leur placement. Ces programmes devraient chercher à rétablir et renforcer les contacts avec autrui – le personnel pour commencer puis, dès que possible, d'autres détenus considérés comme compatibles – et proposer un éventail d'activités le plus vaste possible pour occuper les journées. L'objectif devrait être de permettre une réintégration rapide et réussie dans des secteurs pénitentiaires moins sécurisés.

57. En parallèle, des efforts étaient réalisés pour permettre aux détenus de l'AIBV, lorsque cela était possible, un niveau approprié de contact avec le monde extérieur tout en prenant en compte les impératifs de sécurité (notamment par le biais d'appels téléphoniques en cellule ou avec l'organisation de visites à table ou avec dispositif de séparation selon une évaluation individuelle des risques).

³⁶ Voir le [paragraphe 107](#) du rapport relatif à la visite périodique de 2009 (CPT/Inf (2010) 24).

- c. autres détenus faisant l'objet d'une mesure de sécurité particulière (MSP) ou d'un régime de sécurité particulier individuel (RSPI)

58. Dans l'ensemble des prisons visitées, un certain nombre de détenus faisaient l'objet d'une MSP ou d'un RSPI.³⁷ Les détenus concernés étaient hébergés dans une aile séparée et/ou à régime fermé.³⁸

59. Les conditions matérielles de détention, à quelques exceptions près (meuble fixe ou toilettes métalliques, par exemple) étaient généralement similaires à celles observées dans le reste des établissements visités et n'appellent pas de commentaires particuliers.

60. En revanche, le déficit d'activités et de contacts humains avec le personnel, avec des intervenants extérieurs ou d'autres détenus se faisaient ressentir pour quasiment l'ensemble des détenus concernés et généraient beaucoup de frustrations. En outre, l'accès individuel aux préaux se faisait à des heures très matinales ou tardives dans de petits préaux. A la prison de Lantin notamment, l'accès au préau était généralement limité à des espaces confinés de la taille d'une cellule, situés sur les toits de la maison d'arrêt ou au sein de l'ancien « bloc U », et exposés aux intempéries. Il n'était donc pas surprenant qu'un certain nombre de détenus décidaient de rester en cellule jusqu'à 24 heures sur 24.

Le CPT estime qu'une telle pénurie d'activités et de contacts humains n'est pas une façon adéquate de répondre aux comportements difficilement gérables en prison ni aux impératifs de sécurité entourant la prise en charge de certains détenus. La mise en place d'un régime analogue à une forme d'isolement peut affecter gravement la santé mentale et compromettre les chances de resocialisation. L'objectif devrait être de chercher à compenser ces effets en amont. Il est essentiel que les détenus soumis à une MSP/à un RSPI bénéficient de programmes d'activités personnalisés, motivantes et diversifiées (comprenant dans toute la mesure du possible du travail, l'accès à certaines formations individuelles, l'association avec certains codétenus, des rencontres régulières avec des représentants religieux ou des membres du service d'aide aux détenus, ainsi que la mise en place de projets ciblés). Ce programme devrait être élaboré et révisé sur la base d'une évaluation individuelle des risques et des besoins par une équipe multidisciplinaire (impliquant un psychologue), en consultation avec les intéressés. **Le Comité recommande aux autorités belges de revoir le niveau d'activités et de contacts humains des personnes faisant l'objet d'une MSP ou d'un RSPI, à la lumière de ces remarques.**

Le CPT recommande également d'agrandir les préaux dédiés aux personnes soumis à une MSP ou un RSPI, notamment à la prison de Lantin, et de leur permettre d'accéder autant que possible à des préaux au niveau du sol, dotés d'équipements appropriés et davantage protégés des intempéries.

³⁷ Par exemple, la prison de Lantin comptait 11 détenus (dont trois femmes) soumis à un RSPI et trois détenus faisant l'objet d'une MSP. La prison de Leuze-en-Hainaut accueillait cinq détenus soumis à un RSPI et un détenu faisant l'objet d'une MSP.

³⁸ Il s'agissait notamment des ailes 31B et 33B du bloc *Mannen I* du complexe pénitentiaire de Bruges ou de l'aile 8B de la prison de Lantin, qui regroupait la majorité de ces détenus.

61. Les restrictions imposées aux détenus soumis à une MSP/à un RSPI permettaient de conserver un minimum de contacts avec le monde extérieur (à titre d'illustration, ces restrictions pouvaient comporter un contrôle systématique de la correspondance, une limitation des communications téléphoniques à une par semaine et la limitation du nombre de visites par semaine, ainsi que le confinement en parloir vitré, le cas échéant).

Cela étant, certains détenus dits « terros » avec lesquels la délégation s'est entretenue, notamment à la prison de Lantin, avaient de sérieuses raisons de penser que l'octroi de visites était conditionné par le niveau de coopération avec les agents de la Sûreté de l'Etat. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités belges à ce sujet.**

4. Conditions de détention de la population carcérale générale

62. Dans l'ensemble, les conditions matérielles et les aménagements en cellule à la *prison de Leuze-en-Hainaut* étaient très bons. Les cellules « solo » offraient un espace vital de plus de 8,5 m², les cellules pour personnes à mobilité réduite (PMR) offraient un espace vital d'environ 10 m² et les cellules « duo » un espace vital de près de 15 m². Chaque cellule comprenait en outre une annexe sanitaire d'environ 1,5 m² composée d'une douche, d'un lavabo et de toilettes. Le mobilier était également satisfaisant (lit(s), bureau(x), chaise(s), plateforme de services informatisée « Prison Cloud »³⁹, vestiaire(s), réfrigérateur, etc.).

L'établissement a toutefois dû faire face à un certain nombre de problèmes d'ordre technique (pannes liées aux installations de sécurisation et aux installations électriques, par exemple) et/ou liés à un mauvais usage des équipements en cellule (notamment en ce qui concerne l'évacuation des déchets). Il convient de relever également que des plaintes liées à la quantité de la nourriture fournie lors des repas avaient été formulées auprès de la direction avant la visite ; il est apparu aux médecins de la délégation que cette question avait été réglée de manière satisfaisante, notamment après une augmentation des rations destinées à chaque détenu.

En outre, un certain nombre de détenus, ceux ne sachant ni lire ni écrire en particulier, étaient en difficulté face à l'exigence d'utiliser la plateforme informatisée « Prison Cloud ». L'assistance des détenus désignés comme « écrivain public » avait en partie offert une solution. **Le CPT encourage les autorités belges à intensifier leurs efforts visant à améliorer l'accessibilité de la plateforme informatisée « Prison Cloud » pour l'ensemble des détenus.**

63. La plus grande plainte parmi les détenus qui n'avait pas trouvé de solution était sans conteste en lien avec le système d'aération et le niveau d'oxygène en cellule. A ce titre, les fenêtres étaient souvent pointées du doigt car elles laissaient apparemment passer peu d'air frais. **Le CPT recommande que les autorités belges revoient l'accès à l'air frais dans les cellules.**

³⁹ Ce système permet aux détenus d'accéder à certains services (gestion du compte personnel, commandes d'achats, demandes de rendez-vous, accès à certains contenus en ligne, accès à la téléphonie sur le réseau internet, jeux, vidéos, contenus éducatifs, etc.).

64. Etant donné les problèmes en cellule évoqués plus haut, il n'est pas étonnant que la demande des autorités pénitentiaires belges de permettre une surcapacité de 40 places supplémentaires posait de sérieuses questions quant à l'impact sur les conditions en cellule, notamment au niveau de l'aération et de la réduction de l'espace vital, sans compter les surcoûts. La solution initiale de transformation de cellules « solo » en cellules « duo » semblait avoir été écartée, vu que cela était perçu comme allant à l'encontre des normes du CPT qui devaient s'appliquer aux nouveaux établissements⁴⁰. En outre, la transformation des cellules PMR en cellule « duo » revenait à une solution tout aussi inacceptable puisqu'elle remettait en cause l'accessibilité des espaces de séjour aux personnes à mobilité réduite. La transformation de cellules « duo » en cellules « trio » semblait par conséquent la solution la plus plausible au moment de la visite, sans toutefois que le problème d'aération n'ait véritablement trouvé une réponse.

Le CPT est grandement conscient que les autorités belges font tout leur possible pour lutter contre la surpopulation carcérale dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Toutefois, comme le Comité l'a souligné plus haut, cette lutte doit avant tout être axée sur la réduction et la maîtrise de la population carcérale et non sur l'augmentation sans fin du nombre de places, notamment dans les nouveaux établissements, dont la mise en service est souvent assortie de complications. **Le CPT recommande que des mesures soient prises afin d'éviter tout impact négatif sur les conditions matérielles en cellule dans la prison de Leuze-en-Hainaut.**

65. Par ailleurs, comme indiqué précédemment, la mise en service de l'établissement n'était pas totalement achevée au moment de la visite, dans l'attente de l'ouverture du quartier D. **Le CPT souhaite recevoir de nouvelles informations quant à l'ouverture de ce quartier au sein de la prison de Leuze-en-Hainaut.**

66. Pour ce qui est des *autres prisons visitées*, les conditions matérielles correspondaient globalement aux observations qui avaient été formulées par le CPT dans le passé. Les directions et le personnel pénitentiaires devaient composer avec la surpopulation ambiante dans des structures largement vieillissantes, voire vétustes, où le maintien de conditions d'hygiène satisfaisantes pouvait constituer un véritable défi, notamment à la maison d'arrêt de la prison de Lantin et à la prison de Saint-Gilles qui faisait également office de maison d'arrêt. Si les conditions matérielles de détention étaient globalement acceptables au complexe pénitentiaire de Bruges, il convient de souligner qu'à la maison d'arrêt de la prison de Lantin, l'aération en cellule était souvent problématique et les cellules apparemment insuffisamment chauffées en hiver. Tant à Saint-Gilles qu'à Lantin, un certain nombre de cellules étaient en très mauvais état et les toilettes en cellule, y compris les cellules collectives, n'étaient pas cloisonnées. A la prison de Saint-Gilles, certains locaux (les locaux du secteur « bain » réservé aux admissions, par exemple) mériteraient d'être rénovés. Enfin, à la prison de Lantin, il convient de revoir à nouveau les conditions générales d'hygiène (infestation par les rats et autres rongeurs, etc.).

Le CPT recommande aux autorités belges de poursuivre leurs efforts visant à remédier à ces insuffisances à la prison de Lantin et à la prison de Saint-Gilles. Il est également renvoyé au paragraphe 38 concernant l'espace vital en cellule.

⁴⁰ Voir le paragraphe 38 à ce sujet.

67. Sur la base de plaintes recueillies à Saint-Gilles en particulier, il est apparu qu'il était nécessaire de vérifier la quantité de nourriture fournie quotidiennement aux détenus et la qualité nutritionnelle des repas en milieu carcéral. Dans leur courrier du 26 juin 2017, les autorités belges ont informé le CPT qu'une étude avait été initiée à ce sujet. **Le Comité souhaite connaître les résultats de cette étude et les suites envisagées et/ou données en la matière.**

68. Les conditions matérielles dans les cellules des *quartiers dédiés aux femmes incarcérées au complexe pénitentiaire de Bruges et à la prison de Lantin* n'appellent généralement pas de commentaires supplémentaires à ceux formulés plus haut. Toutefois, **il convient d'insister sur la nécessité de cloisonner entièrement les toilettes en cellule, notamment dans les cellules partagées et dans toutes les cellules dédiées aux mères détenues avec leurs enfants au complexe pénitentiaire de Bruges et à la prison de Lantin.**

En outre, les espaces sanitaires du quartier dédié aux femmes, en particulier dans la partie mères-enfants, de la prison de Lantin exigeaient des travaux de rénovation et de mise en conformité (absence de pommeaux de douche, baignoire rouillée, trou dans l'habillage de la baignoire, etc.). **Le CPT recommande de remédier à ces défaillances.**

69. S'agissant du *quartier cellulaire du Palais de Justice de Bruxelles*, les conditions en cellule étaient acceptables pour une détention de quelques heures. Il convient de rappeler qu'il appartenait à la prison d'origine de prévoir un repas lorsqu'une personne incarcérée était transférée au Palais de Justice de Bruxelles. Or, la délégation a recueilli de nombreuses plaintes selon lesquelles les intéressés avaient été transférés au Palais de Justice et ramenés en prison sans avoir eu de repas. **Le CPT recommande aux autorités belges de veiller à ce que les personnes transférées au Palais de Justice de Bruxelles soient alimentées aux heures des repas, et ce sans aucune exception.**

70. La pénurie d'activités hors cellule était un mal qui touchait l'ensemble des prisons visitées, sans exception.

71. La question des programmes d'activités est d'autant plus primordiale à la *prison pour hommes de Leuze-en-Hainaut* que le haut niveau d'équipement en cellule (douche, accès en cellule à une plateforme de services informatisés/téléphone) et les régimes fermés prévalant dans certaines parties de l'établissement impliquaient encore moins de sorties de cellule et par conséquent moins de contacts humains. Lors de la visite, la délégation a rencontré un certain nombre de détenus qui se plaignaient de ce confinement en cellule par rapport à ce qu'ils avaient connu antérieurement dans d'autres établissements. La direction n'arrivait pas à répondre à la demande d'activités. Moins de 30% bénéficiaient d'une ou plusieurs formations et moins de 15% participaient à des activités de « bien-être ». Un peu plus de 40% des détenus (y compris les « intérimaires ») avaient un travail, mais beaucoup se plaignaient qu'ils devaient attendre des mois avant de bénéficier d'un emploi qui se limitait parfois à quelques jours de travail. En parallèle, les détenus pouvaient généralement accéder à une heure de fitness plusieurs fois par semaine. Une politique de circulation fluide/« portes ouvertes » pendant plusieurs heures a également été mise en place dans certaines ailes.

72. Les grèves du printemps 2016, les discussions sur la rationalisation des effectifs, les coupes budgétaires ou les structures jugées inadaptées avaient eu raison d'un grand nombre d'activités proposées auparavant au *complexe pénitentiaire de Bruges*, à la *maison d'arrêt de la prison de Lantin* et à la *prison de Saint-Gilles* : fin de la plupart des formations offertes, activités sportives organisées supprimées, etc. Les accès aux préaux avaient également été réduits le plus souvent au minimum d'une ou deux heures par jour. Malgré cette situation préoccupante, des efforts étaient réalisés pour permettre l'accès aux salles de fitness deux à trois fois par semaine, pour mettre en place des régimes plus ouverts quelques heures par jour dans certaines ailes, voire même relancer certaines activités (cours informatiques, gestion des conflits à Saint-Gilles, par exemple). Le travail était une denrée rare et l'offre se concentrait pour beaucoup sur les travaux domestiques. Les personnes placées en détention provisoire étaient les premières à souffrir de cette situation. A titre d'illustration, environ 10% des détenus de la maison d'arrêt de la prison de Lantin, dont à peine plus de 1% des prévenus, occupait des postes de travail au moment de la visite (en comparaison, plus de 65% des détenus en maison de peine avait un emploi).

73. La *situation des femmes* en détention provisoire ou en exécution de peine au complexe pénitentiaire de Bruges et à la prison de Lantin laissait beaucoup à désirer. Des efforts étaient certes consentis pour leur permettre d'accéder à un travail ou à une formation. Cela étant, une proportion importante de femmes, y compris les mères détenues avec leurs enfants en bas âge, était sans activité. Par ailleurs, au complexe pénitentiaire de Bruges, la prise en charge des enfants par une détenue lorsque les mères étaient en cellule ou en activité dans la journée était inappropriée.

A la prison de Lantin, les activités proposées aux mères séjournant avec leurs enfants avaient vocation à les rendre plus autonomes (atelier cuisine, par exemple) et les espaces de jeu pour les enfants étaient globalement satisfaisants. En revanche, à Bruges, les mères détenues avec leurs enfants ne bénéficiaient pas d'activités adaptées et les espaces de jeu pour les enfants n'étaient pas adéquats (sol inadapté, manque de jouets, etc.).

74. En résumé, la pénurie d'activités hors cellule pour chaque catégorie de détenus, notamment les personnes placées en détention provisoire, est devenu un motif de sérieuses préoccupations au sein de l'ensemble des prisons visitées. L'incapacité à répondre à cette exigence peut avoir des conséquences graves : accroissement des tensions, des frustrations et des violences ; risque accru de radicalisation en milieu carcéral ; etc.

Le CPT appelle par conséquent les autorités à engager une réflexion d'urgence sur la mise en œuvre, dans les faits, de plans individualisés de détention pour chaque détenu, y compris les femmes et les hommes en détention provisoire, impliquant une participation dans des activités variées, motivantes et adaptées à leurs besoins, en dehors des cellules.

Le CPT recommande également que des efforts particuliers soient réalisés au complexe pénitentiaire de Bruges afin d'offrir des programmes d'activités adaptés aux mères détenues séjournant avec leurs enfants en bas âge, de revoir les dispositifs de prise en charge des enfants accompagnant leurs mères dans cet établissement (en permettant notamment une prise en charge par des professionnels) et d'adapter les espaces de jeu pour les enfants. Le Comité souhaite également recevoir des informations sur les mesures prises par les autorités belges afin de privilégier les alternatives à l'incarcération pour les mères ayant des enfants en bas âge.⁴¹

⁴¹ Voir, à ce propos, les règles 42 (2) (3) et 64 des Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes ([Règles de Bangkok](#)).

5. Soins de santé en milieu carcéral

75. Le CPT relève avec satisfaction que les autorités belges ont confirmé leur volonté de transférer la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral au SPF Santé publique. Si les modalités précises de ce transfert restaient encore à déterminer, beaucoup de professionnels de santé rencontrés sur le terrain estimaient qu'une telle mesure était indispensable afin d'apporter davantage de cohérence et afin de répondre à un certain nombre de problèmes soulevés par le CPT dans le passé.⁴² La délégation a également pu constater au cours de la visite de 2017 qu'il était nécessaire de faire bien davantage en matière de coordination, de transparence, de suivi et de surveillance des soins de santé, et ce à différents niveaux. De l'avis du CPT, ce transfert constitue une véritable opportunité à saisir, à condition que les futurs services de santé placés sous l'autorité ou la supervision du SPF Santé publique bénéficient de ressources appropriées et puissent travailler de concert avec les autres services des établissements pénitentiaires, y compris les directions. Dans ce contexte, la délégation a été informée en début de visite que le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait été chargé d'une étude sur l'organisation des soins de santé dans les prisons belges en vue de formuler une proposition opérationnelle de réforme.⁴³ **Le CPT souhaite connaître, en temps utile, les suites envisagées ou données à cette étude.**

76. En ce qui concerne les médecins généralistes, les effectifs étaient généralement insuffisants dans les prisons visitées.

Au *complexe pénitentiaire de Bruges*, sept médecins généralistes différents se répartissaient une quarantaine d'heures de consultations par semaine, correspondant ainsi à un seul équivalent temps plein (ETP), alors qu'une présence médicale correspondant à deux, voire trois ETP aurait été nécessaire pour un établissement hébergeant jusqu'à 800 détenus. En revanche, le centre médico-chirurgical (CMC) situé au sein de l'établissement assurait une offre quasi-complète en matière de soins spécialisés, à l'exception du pédiatre et de l'orthopédiste qui étaient en litige avec l'administration au moment de la visite. Il convient également de relever qu'un dentiste assurait une présence 15 heures par semaine et qu'un stomatologue se déplaçait dans la prison deux fois par mois.

A la *prison de Lantin*, sept médecins généralistes assuraient une présence de 44 heures, soit à peine plus d'un seul ETP, pour un établissement ayant une population carcérale oscillant entre 900 et 1000 détenus et qui devrait bénéficier d'une présence médicale correspondant à au moins trois ETP. Il doit en outre être signalé qu'aucun médecin n'était d'astreinte en dehors des heures de présence, et ce depuis plusieurs années en l'absence de solutions en matière d'indemnisation. Pour ce qui est des spécialistes, les médecins concernés étaient en principe liés au CMC de l'établissement. Les soins dentaires étaient assurés par un dentiste dont la présence correspondait à un ETP.

⁴² Voir, par exemple, les [paragraphes 71 et 72](#) du rapport du CPT relatif à la visite périodique de 2013 en Belgique (CPT/Inf (2016) 13).

⁴³ Pour plus de précisions, voir le [rapport](#) du KCE publié en octobre 2017 sur le site internet suivant : <https://kce.fgov.be>.

A la *prison de Leuze-en-Hainaut*, cinq médecins généralistes assuraient généralement une présence de 12 heures seulement par semaine, soit l'équivalent d'environ 0,3 ETP, pour une prison accueillant environ 300 détenus et qui devrait en principe avoir une présence médicale correspondant à un ETP. Divers spécialistes assuraient une présence hebdomadaire (physiothérapeute à hauteur de deux heures par semaine), mensuelle (dermatologue ou ophtalmologue) ou consultaient sur demande. Cela étant, les délais d'attente, s'étalant sur plusieurs mois, pouvaient être assez longs pour la prise en charge des soins spécialisés. En ce qui concerne les soins dentaires, un dentiste se déplaçait deux fois par mois pour une journée à chaque reprise.

A la *prison de Saint-Gilles*, six médecins généralistes effectuaient une vingtaine d'heures de consultations par semaine, tandis que la population carcérale nécessiterait une présence médicale correspondant à environ trois ETP. En revanche, en ce qui concerne les soins spécialisés, le CMC situé au sein de l'établissement permettait de répondre généralement aux besoins. Il en allait de même pour les soins dentaires.

77. Le CPT recommande d'augmenter les dotations en médecins généralistes pour couvrir l'ensemble des besoins au complexe pénitentiaire de Bruges et aux prisons de Lantin, de Leuze-en-Hainaut et de Saint-Gilles, à la lumière des indications données plus haut.

Le Comité encourage également les autorités belges à prendre des mesures visant à réduire les délais d'attente pour les consultations de spécialistes à la prison de Leuze-en-Hainaut.

78. Pour ce qui est des ressources en personnel infirmier, la situation est apparue tout juste acceptable pour la prise en charge des détenus au complexe pénitentiaire de Bruges et à la prison de Saint-Gilles (17 à 17,5 ETP, outre les assistants infirmiers). Toutefois, à la prison de Lantin, le temps de présence du personnel infirmier correspondait à 15 ETP (11,5 postes fixes et 3,5 positions intérimaires), une dotation qui était encore loin d'être généreuse au regard du nombre de détenus. Cela étant, dans les trois établissements précités, une permanence infirmière la nuit, les weekends et les jours fériés était assurée. **Le CPT invite les autorités belges à augmenter les effectifs du personnel infirmier à la prison de Lantin.**

Pour ce qui est de la prison de Leuze-en-Hainaut, les effectifs du personnel infirmier correspondaient à trois ETP seulement, assurant une présence les jours ouvrables de 8h à 16h. Par conséquent, les infirmiers manquaient de temps pour effectuer leurs tâches quotidiennes et ne pouvaient pas s'engager dans un travail de prévention. **Le CPT recommande de doubler les effectifs du personnel infirmier à la prison de Leuze-en-Hainaut afin de couvrir les besoins de l'établissement et de permettre la mise en place d'une permanence infirmière la nuit, les weekends et les jours fériés.**

79. Dans l'ensemble des prisons visitées, l'examen de santé des nouveaux arrivants se faisait généralement par un infirmier dans les 24 heures suivant l'admission et comprenait une consultation avec un médecin généraliste quelques jours après au plus tard. Les entretiens consistaient comme par le passé en un rapide examen visuel et quelques questions. En dehors du dépistage systématique de la tuberculose, les politiques de dépistage d'autres maladies infectieuses variaient d'un établissement à l'autre. **Le CPT invite les autorités belges à faire en sorte que chaque détenu nouvellement arrivé bénéficie d'un entretien adéquat avec un professionnel de santé et fasse l'objet d'un examen médical approfondi suivant son admission (y compris en matière de dépistage systématique de la tuberculose et de dépistage volontaire du VIH et des hépatites B et C).**

80. Le CPT relève avec satisfaction que les locaux dédiés au personnel de santé et les équipements médicaux à disposition sont globalement apparus adaptés aux besoins et bien entretenus. Cependant, les locaux d'infirmier de la maison d'arrêt de la prison de Lantin étaient exigus et ne permettaient pas au personnel infirmier d'effectuer leur travail en toute confidentialité (proximité d'agents pénitentiaires en permanence, par exemple).

81. Par ailleurs, la confidentialité médicale posait un réel problème, et ce à plusieurs niveaux. En premier lieu, les demandes de consultation devaient transiter par le personnel pénitentiaire. Les motifs des demandes devaient généralement être invoqués pour avoir une chance d'aboutir.

En outre, lors des visites médicales auprès des personnes soumis à un RSPI, voire placées en AIBV, ou en cellule de punition, les entretiens et les examens sur place étaient effectués en présence d'agents pénitentiaires. Par ailleurs, dans un certain nombre de cas, ces entretiens et examens auraient été effectués à travers la grille à l'entrée de la cellule ou le guichet de la cellule.

Enfin, le CPT relève avec préoccupation que les agents pénitentiaires continuaient toujours d'effectuer la distribution des médicaments, à l'exception de la méthadone, aux détenus.

82. **Le Comité recommande de prendre les mesures immédiates qui s'imposent afin que :**

- **les demandes de consultations médicales puissent être adressées directement au personnel de santé, en toute confidentialité ;**
- **les entretiens et examens médicaux des détenus ne soient pas effectués à travers les grilles de sécurité ou le guichet de la porte des cellules et soient pratiqués hors de l'écoute et – sauf demande contraire expresse du professionnel de santé dans un cas particulier – hors de la vue de tout membre du personnel non qualifié ;**
- **la distribution des médicaments ne soit en principe faite que par du personnel de santé. En cas d'impossibilité, la distribution devrait s'effectuer dans le respect de la confidentialité médicale et une liste de médicaments devant être distribués, en toutes circonstances, par le personnel de santé (comme les antipsychotiques ou la méthadone) devrait être établie.**

De plus, le CPT encourage les autorités belges à améliorer les locaux mis à la disposition du personnel de santé à la maison d'arrêt de la prison de Lantin.

83. Concernant les constatations de lésions traumatiques, la situation n'avait pas beaucoup évolué depuis la dernière visite périodique de 2013. Les informations consignées dans les dossiers médicaux, lorsqu'elles y figuraient, manquaient de précision. Aucun registre regroupant les constatations de lésions traumatiques n'avait été véritablement mis en place. Enfin, un certificat médical n'était pas systématiquement établi et, lorsqu'un tel certificat existait, généralement peu précis, il n'était ni transmis au détenu concerné, ni à son avocat, ni aux autorités compétentes.

Le CPT appelle les autorités belges à prendre des dispositions visant à ce que le dossier médical établi à la suite de l'examen d'un détenu – nouvel arrivant ou suite à un épisode violent – présentant des signes de blessures, contienne :

- i) un compte-rendu complet des déclarations faites par l'intéressé qui sont pertinentes pour l'examen médical (y compris la description de son état de santé et de toute allégation de mauvais traitement) ;**
- ii) un compte-rendu complet des constatations médicales objectives fondées sur un examen approfondi ;**
- iii) les conclusions du médecin à la lumière des points i) et ii) indiquant si les déclarations faites quant à l'origine des lésions sont compatibles avec les constatations médicales objectives.**

Le compte-rendu devrait aussi contenir les résultats des examens supplémentaires effectués, les conclusions détaillées relatives à toute consultation spécialisée et un état du traitement dont ont fait l'objet les lésions et toute autre procédure menée.

84. **Le Comité réitère sa recommandation visant à revoir les procédures existantes afin de garantir que, chaque fois que sont consignées des lésions compatibles avec les allégations de mauvais traitements formulées par un détenu (ou indicatives de mauvais traitements, même en l'absence d'allégations), le constat soit porté immédiatement et systématiquement à l'attention du procureur compétent, indépendamment du souhait de l'intéressé. Les résultats de l'examen devraient aussi être mis à la disposition du détenu concerné et, avec son accord, de son avocat.**

85. Pour ce qui des soins psychiatriques et psychologiques apportés aux personnes en détention provisoire ou en exécution de peine, la présence de psychiatres et de psychologues cliniciens était insuffisante. A Bruges, par exemple, trois médecins psychiatres assuraient une présence correspondant à un ETP (un psychiatre était toutefois disponible par téléphone pendant les périodes d'absence).⁴⁴ A Lantin, les consultations d'un psychiatre pour les détenus de la maison d'arrêt et de la maison de peine se limitaient à six heures par semaine (soit 0,15 ETP), comme à Leuze-en-Hainaut.

En ce qui concerne les psychologues, une grande partie des effectifs avait des fonctions expertales. Les consultations avec des psychologues cliniciens, dans une optique thérapeutique, se limitaient au mieux à quelques heures par semaine dans les établissements visités.

⁴⁴ Les médecins psychiatres prenaient également en charge les femmes internées de l'établissement.

Le CPT recommande de renforcer la présence des psychiatres et des psychologues cliniciens dans l'ensemble des prisons visitées afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes en détention provisoire ou en exécution de peine.

86. Le CPT relève que, dans les établissements visités, certains détenus présentant des troubles psychiatriques en situation de crise aiguë et/ou présentant un risque suicidaire sérieux ont pu faire l'objet d'un placement en cellule d'isolement ou sécurisée, voire plus rarement d'une mise sous contention mécanique (quatre à cinq points) et/ou d'un traitement médicamenteux sous contrainte (avec l'aval de deux médecins, suivi d'un réexamen médical, généralement par un psychiatre, toutes les 24 heures). Outre leur conception généralement oppressive, les cellules utilisées étaient situées dans le quartier disciplinaire ou étaient identifiées comme étant des cellules de punition, ce qui ne faisait qu'ajouter de la confusion quant à l'objectif réel du recours à la contrainte. La tâche de surveillance était allouée aux agents pénitentiaires, qui effectuaient un contrôle visuel toutes les 15 à 30 minutes, en dehors de la vidéosurveillance. La consignation des informations relatives à ces mesures était généralement peu rigoureuse.

En outre, il ressort nettement des constatations de la délégation au cours de la visite de 2017 que ces usages de la contrainte pouvaient aller à l'encontre de la dignité humaine des détenus concernés au regard de leurs troubles. A la maison d'arrêt de la prison de Lantin par exemple, selon plusieurs sources, un détenu en crise a été maintenu complètement nu pendant plusieurs jours en cellule de punition. A la prison de Leuze-en-Hainaut, après avoir menacé de se suicider, un détenu aurait été maintenu pendant 18 heures sous contention complète, qui plus est, à l'aide de menottes. D'après ses dires, il serait resté environ sept à huit heures dans ses urines. De l'avis du CPT, l'utilisation de l'isolement à titre de sanction et le maintien sous contention mécanique en dehors d'une structure médicalisée adaptée, disposant d'une présence infirmière continue, ne sont pas acceptables.

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que les interventions des agents pénitentiaires se déroulent désormais conformément aux consignes du personnel de soins et sous son étroite surveillance et que les détenus ayant des troubles psychiatriques en situation de crise aiguë ou présentant de fortes tendances suicidaires soient transférés au plus vite dans une structure médicalisée adaptée, permettant une prise en charge continue et directe par du personnel qualifié, dans des conditions qui assurent leur sécurité, en veillant à ce que les mesures prises n'entament ni leur dignité ni leur estime de soi. A cette fin, il est essentiel que l'ensemble des structures hospitalières de proximité coopèrent afin de permettre une telle prise en charge. Il convient par ailleurs de retirer les attaches des lits dans les cellules concernées.

87. L'organisation des extractions médicales de détenus nécessitant des soins en structure hospitalière présentaient des défaillances notables (lenteur, annulation, ajournement, etc.) en raison des difficultés à obtenir des agents pénitentiaires pouvant être mobilisés ou faute de disponibilités des établissements hospitaliers, voire en raison de mouvements sociaux des agents chargés d'organiser de telles extractions. **Le CPT recommande aux autorités belges de prendre les dispositions nécessaires afin que les extractions médicales puissent toujours être effectuées dans des délais raisonnables.**

En outre, au complexe pénitentiaire de Bruges, la délégation a recueilli certaines allégations selon lesquelles les détenus avaient été menottés à leur lit une fois à l'hôpital. **Si de telles allégations sont avérées, il convient de mettre un terme à cette pratique.**

6. Autres questions

a. personnel de surveillance et personnel des services psychosociaux

88. Les effectifs du personnel de surveillance constituaient une question toujours très sensible au moment de la visite de 2017. Des efforts importants de « rationalisation », résultant le plus souvent en perte de postes, étaient demandés à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Cette question avait déjà été l'un des points de crispation en 2016. Le fait était qu'une réduction des effectifs avait déjà eu des répercussions sur le terrain au moment de la visite, par le biais d'une réorganisation interne, généralement au détriment des détenus : réduction des préaux, suppressions d'activités (formation, etc.) et nouvelle répartition des agents entraînant une diminution des contacts avec les détenus (et donc moins de sécurité dynamique).

89. Dans l'ensemble des établissements visités, les directions estimaient que les effectifs théoriques n'étaient pas adaptés à la réalité du terrain. A la prison de Leuze-en-Hainaut, le personnel de surveillance était constitué en théorie de 212 membres répartis sur 191,95 ETP. Au niveau des agents directement en contact avec les détenus dans les quartiers cellulaires, cinq agents de surveillance, dont un chef d'équipe/chef de quartier, étaient en permanence en journée dans chaque aile (hébergeant en moyenne 75 détenus chacune), tandis que deux agents circulaient dans ces ailes la nuit. La situation était plus compliquée dans d'autres établissements visités, qui étaient également en train de négocier leurs effectifs « rationalisés ». Les agents pénitentiaires de la maison d'arrêt de la prison de Lantin, par exemple, sont passés de 34 à 24. Par conséquent, selon le cadre officiel de 2016, trois agents devaient être en charge de la surveillance de chaque niveau en journée (chaque niveau comprenant entre 46 et 74 détenus).⁴⁵ Six agents au total, dont un chef de poste, étaient responsables de la surveillance de la maison d'arrêt pendant la nuit.

Les directions des établissements visités devaient faire face à un taux d'absentéisme allant de 10 à 15% en moyenne dans les premiers mois de 2017. Ces taux pouvaient grimper jusqu'à plus de 30% en période d'instabilité (comme à la prison de Lantin au printemps 2016 lors des mouvements sociaux).⁴⁶ Il est ressorti de l'examen des dossiers, notamment disciplinaires, que la complexité des procédures ne facilitait pas la tâche des directions dans leur manière d'appréhender le phénomène. Les effectifs présents sur le terrain étaient par conséquent très loin des effectifs théoriques.

⁴⁵ Dans les faits, ils étaient souvent deux par niveau.

⁴⁶ Voir également la déclaration publique du CPT relative à la Belgique du 13 juillet 2017 ([CPT/Inf \(2017\) 18](#)).

90. Enfin, de nombreux interlocuteurs de la délégation en cours de visite, y compris des agents pénitentiaires, estimaient qu'il convenait de se concentrer sur d'autres aspects que les effectifs théoriques. Selon eux, une plus grande attention devait être portée au développement de procédures de recrutement plus rigoureuses, au renforcement des formations des agents pénitentiaires et à la mise en œuvre effective des procédures disciplinaires à l'encontre d'agents pénitentiaires lorsque cela était justifié.

91. Le CPT se doit de rappeler une nouvelle fois qu'il est indispensable que le personnel de surveillance au contact direct avec les détenus soit en nombre suffisant, soumis à un recrutement rigoureux, bénéficie d'une formation de base et continue de qualité, et qu'il soit bien encadré, l'objectif étant de permettre le bon fonctionnement des établissements, le développement d'une sécurité dynamique et effective des lieux et, en définitive, une prise en charge adaptée des personnes incarcérées. **Le Comité recommande aux autorités belges de prendre des mesures en ce sens et de faire tout leur possible afin que les efforts de « rationalisation » des effectifs du personnel de surveillance ne compromettent pas cet objectif.**

Le CPT souhaite également être tenu informé des mesures prises visant à faire face à l'absentéisme parmi les agents pénitentiaires et à améliorer les procédures disciplinaires, les procédures de recrutement et la formation du personnel pénitentiaire.

92. Comme par le passé, les services psychosociaux (SPS) n'étaient pas épargnés par le manque d'effectifs, ce qui compromettait le suivi individuel des différentes catégories de détenus, ainsi que les efforts de réinsertion. **Le CPT encourage les autorités belges à prendre les mesures nécessaires afin que les effectifs des services psychosociaux (psychologues, assistants sociaux, etc.) correspondent aux besoins réels au sein de chaque prison.**

b. régime disciplinaire

93. Les sanctions disciplinaires les plus sévères étaient l'isolement dans l'espace de séjour attribué au détenu (IES), qui consistait à maintenir le détenu isolé en cellule ordinaire pendant une période pouvant aller jusqu'à 15 ou 30 jours maximum suivant la gravité des infractions (voire jusqu'à 45 jours lorsque le détenu en IES commet une infraction grave), et l'enfermement en cellule de punition (ECP), pour une période maximale allant jusqu'à trois ou neuf jours selon la gravité des infractions, voire 14 jours maximum en cas de prise d'otage.⁴⁷

Lors de la visite, ces sanctions étaient généralement appliquées de manière proportionnée. Toutefois, il arrivait que les directions des établissements visités aient occasionnellement recours à une sanction disciplinaire d'IES d'une durée allant au-delà de deux semaines (jusqu'à 30 jours). De l'avis du CPT, étant donné les effets potentiels très dommageables de ce type de mesure, aucune sanction disciplinaire imposant un placement en situation d'isolement ne devrait dépasser 14 jours. **Le Comité recommande que des mesures soient prises à cette fin en ce qui concerne les placements en IES. Si nécessaire, la loi devrait être modifiée.**

⁴⁷ Voir l'article 132 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, telle que modifiée par la loi du 1^{er} juillet 2013 modifiant cette même loi (et entrée en vigueur le 16 septembre 2013).

94. Il convient de rappeler que la procédure disciplinaire contient un certain nombre de garanties formelles préconisées par le CPT (concernant la prise de connaissance des faits reprochés, l'audition préalable, le droit de se faire assister par un avocat, la communication orale et écrite de la décision, etc.). Le Comité relève que la loi ne prévoit pas d'alerter immédiatement les professionnels de santé lorsqu'une décision relative à un placement en IES est prise afin qu'un médecin puisse contrôler notamment si aucune raison médicale ne s'oppose à un IES. **Le CPT recommande de prendre des mesures visant à signaler immédiatement aux professionnels de santé toute décision de placement en IES. Le cas échéant, la loi devrait être amendée.**

Le CPT souhaite en outre recevoir des informations actualisées sur les modalités de recours à l'encontre des décisions de placement en IES ou d'ECP.

95. Lors de la visite de 2017, la délégation a constaté que la procédure disciplinaire prévue par la loi était généralement respectée. Cependant, la délégation a recueilli certaines allégations de détenus, notamment dans les prisons de Leuze-en-Hainaut et de Saint-Gilles, selon lesquelles les infractions qui étaient à l'origine de leur IES ou ECP avaient été « inventées » par les auteurs des rapports disciplinaires (agression sur agent, par exemple) afin de couvrir des agissements dits répréhensibles de leur part ou de la part de leurs collègues. Il est renvoyé à ce sujet aux paragraphes 46 et 48.

96. Le CPT relève qu'un professionnel de santé effectuait une visite quotidienne des détenus soumis à un ECP. Toutefois, les détenus en IES ne recevaient qu'une visite hebdomadaire. Etant donné les effets potentiellement dommageables de la mesure d'IES sur la santé des détenus, **le Comité recommande de remédier à cette insuffisance. Si nécessaire, la loi devrait être modifiée.**

En outre, la délégation a observé que les éventuels entretiens et examens visuels des professionnels de santé avec les détenus soumis à un ECP s'effectuaient le plus souvent à travers les grilles de sécurité de la cellule. Il est renvoyé à la recommandation pertinente formulée au paragraphe 82.

97. Le droit belge permet de soumettre un détenu à une fouille au corps préalablement à l'ECP (ou au placement en cellule sécurisée) quand il y a des indices individualisés que la fouille des vêtements n'est pas suffisante.⁴⁸ Cela étant, dans l'ensemble des prisons visitées, les détenus avec lesquels la délégation s'est entretenue ont indiqué avoir quasi-systématiquement fait l'objet d'une mise à nu s'apparentant à une fouille au corps avant de mettre des vêtements fournis par l'administration (dans certains cas, le détenu devait apparemment effectuer des flexions). A la prison de Lantin, un membre de la délégation a assisté au placement d'un détenu en cellule de punition confirmant ces allégations. Qui plus est, à la prison de Saint-Gilles notamment, les agents pénitentiaires avaient reçu des instructions consistant à mettre à nu le détenu placé en cellule de punition et à l'entraver avec ses vêtements de rechange avant la sortie des agents pénitentiaires de la cellule, et ce même lorsque le détenu était coopératif ; une telle pratique n'est pas admissible.

⁴⁸ Voir l'article 108, paragraphe 2, de la loi de principe concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, tel que modifié à la suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 20/2013 du 30 octobre 2014.

Le CPT recommande aux autorités belges de revoir les procédures d'enfermement en cellule de punition (et de placement en cellule sécurisée) afin que les éventuelles fouilles au corps soient effectuées, dans les faits, selon les principes de proportionnalité, de nécessité et de responsabilité, dans le respect de la dignité des détenus. Il est également renvoyé au paragraphe 46 concernant l'usage de la force lors des enfermements en cellule de punition.

98. Les conditions matérielles en cellule de punition étaient variables. A l'exception de la prison de Leuze-en-Hainaut où les cellules de punition n'appellent pas de commentaires particuliers, un certain nombre de cellules de punition vues par la délégation au complexe pénitentiaire de Bruges, à la maison d'arrêt de la prison de Lantin et à la prison de Saint-Gilles présentaient des insuffisances notables : matelas déchiré, état de propreté laissant sérieusement à désirer (déchets sur les murs, par exemple), mauvaise aération, robinets et toilettes défectueux, bouton d'appel/interphone défectueux, etc. **Le CPT recommande de remédier à ces insuffisances dans les cellules de punition du complexe pénitentiaire de Bruges, de la maison d'arrêt de la prison de Lantin et de la prison de Saint-Gilles.**

99. Pour ce qui est des préaux accessibles aux personnes faisant l'objet d'un IES ou d'un ECP, ils n'appellent en principe pas de commentaires spécifiques. La prison de Lantin constitue une exception. Les préaux, qui étaient également utilisés par les personnes soumises à un RSPI, étaient de la taille d'une cellule et exposés aux intempéries. Il est renvoyé à ce propos à la recommandation formulée au paragraphe 60.

c. mécanismes externes de surveillance et de plainte

100. Afin d'assurer une meilleure indépendance des organes externes de surveillance des établissements pénitentiaires, une nouvelle loi de 2016 institue le Conseil central de surveillance pénitentiaire auprès de la Chambre des représentants. En parallèle, les membres du Conseil central et les membres des commissions de surveillance sont appelés à jouer des fonctions supplémentaires. Il est en effet demandé à chaque commission de constituer parmi ses membres une commission des plaintes en son sein afin d'examiner les plaintes officielles des détenus et il est demandé au Conseil central de constituer parmi ses membres des commissions d'appel chargées d'examiner, le cas échéant, ces plaintes en appel, ainsi que les requêtes contre les décisions de placement en RSPI et les décisions de placement ou de transfèrement dans un établissement pénitentiaire.⁴⁹

Si le transfert des organes de surveillance et de plainte au parlement a été accueilli, à juste titre, favorablement, les nouvelles attributions du Conseil central et des commissions de surveillance étaient loin de faire l'unanimité. De nombreux interlocuteurs de la délégation s'interrogeaient non seulement sur la compatibilité des fonctions de surveillance, de médiation et de traitement des plaintes officielles et des requêtes contre des décisions de l'administration pénitentiaire par les membres d'une même commission, mais également sur leur capacité réelle à effectuer l'ensemble de ces tâches.

⁴⁹ Voir la Loi du 25 décembre 2016 modifiant le statut juridique des détenus et la surveillance des prisons et portant des dispositions diverses en matière de justice, publiée le 30 décembre 2016 et entrée en vigueur le 9 janvier 2017.

Par ailleurs, il est apparu au cours de la visite de 2017 que, de manière générale, les moyens humains (basés sur le bénévolat) venaient sérieusement à manquer au sein des commissions de surveillance qui, pour certaines, n'étaient pas au complet.

101. Le CPT tient à souligner qu'il n'existe pas de modèle unique de mécanismes externes de surveillance, de médiation, de plainte et d'appel, ni de modèle unique sur la manière de les organiser entre eux, le cas échéant. Cela étant, il est essentiel que ces organes puissent disposer de l'ensemble des moyens humains et budgétaires leur permettant de s'organiser de manière efficace et de remplir chaque mission de manière appropriée. Dans le cas contraire, la nécessaire confiance dans l'effectivité de ces mécanismes risque d'être rompue. Or, les informations recueillies au cours de la visite de 2017 n'invitent pas à l'optimisme en la matière. **Le CPT recommande aux autorités belges de faire en sorte que les fonctions de surveillance, de médiation, de plainte et d'appel puissent être exercées de manière effective.**

102. Pour ce qui est de l'accès confidentiel à ces mécanismes, le CPT relève que les établissements pénitentiaires avaient installé des boîtes aux lettres sécurisées destinées aux commissions de surveillance. Ces boîtes avaient généralement été placées près de points de passage, ce qui en facilitait l'accès. Cependant, la proximité des points de contrôle des agents pénitentiaires était, d'après certains détenus, dissuasive. A l'AIBV de Bruges, le système en place ne permettait de garantir aux détenus ni discrétion dans le dépôt de plainte ni confidentialité (boîtes non sécurisées et accessibles au personnel de surveillance). **Le CPT recommande de veiller à ce que, dans toutes les prisons visitées, y compris à l'AIBV de Bruges, l'accès aux boîtes sécurisées destinées aux commissions de surveillance permette un minimum de discrétion lors du dépôt de plaintes et à ce que la confidentialité de ces plaintes soit, et soit perçue comme étant, pleinement respectée.**

C. **Prise en charge des personnes internées en centre de psychiatrie légale ou en milieu pénitentiaire**

1. **Introduction**

103. Au moment de la visite périodique de 2017, les autorités belges étaient engagées dans une réforme en profondeur du système d'internement avec l'objectif, notamment, de remédier durablement aux défaillances générales de la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire, y compris dans les annexes psychiatriques et autres sections spécialisées dans les prisons.⁵⁰

104. La loi relative à l'internement du 5 mai 2014⁵¹ était entrée en vigueur quelques mois avant la visite, le 1^{er} octobre 2016. Cette nouvelle loi introduit d'importants changements, notamment en ce qui concerne la nature de l'expertise psychiatrique des personnes visées par une mesure d'internement, le type de délit pouvant donner lieu à une mesure d'internement, les modalités d'exécution de la mesure, ainsi que le processus de révision de celle-ci. La loi remplace les anciennes commissions de défense sociale qui statuaient sur la mesure, par les chambres de protection sociale des tribunaux d'application des peines. Enfin, la loi consacre le droit des internés à être soignés et vise à favoriser leur réinsertion. L'objectif de la loi est de limiter l'usage des annexes psychiatriques et des sections dédiées aux internés en milieu pénitentiaire, y compris lors de la phase d'observation à des fins d'expertise. Elle prévoit à cet égard la création d'un « centre d'observation clinique sécurisé créé par le Roi ».⁵²

105. Afin d'enrichir l'offre de prise en charge des internés dans des structures psychiatriques dédiées, un programme spécifique, le Masterplan Internement, a été conçu et sa mise en œuvre était désormais amorcée.

L'inauguration du tout premier centre de psychiatrie légale (CPL) à Gand en 2014 apporte une illustration majeure de l'orientation prise par les autorités belges. Un deuxième CPL a ouvert ses portes à Anvers (182 lits) quelques mois après la visite. De même, l'offre s'est élargie au sein du réseau hospitalier, avec la création de nouvelles unités pour longs séjours (60 places) et des places supplémentaires (26) pour femmes. Au début de la visite, la délégation a été informée que la création de 160 à 170 lits supplémentaires était encore prévue en milieu hospitalier d'ici la fin de 2017.

⁵⁰ Voir notamment l'arrêt pilote de la Cour européenne des droits de l'homme en date du 6 septembre 2016 (devenu définitif le 6 décembre 2016) dans l'affaire [W.D. c Belgique](#) et le paragraphe 95 du rapport du CPT relatif à la visite périodique de 2013 en Belgique, ainsi que le paragraphe 3 de la déclaration publique du CPT du 13 juillet 2017.

⁵¹ Voir la réponse du Gouvernement belge au rapport relatif à la visite de 2013 ([CPT/Inf \(2016\) 14](#)).

⁵² Pour rappel, la précédente loi, à savoir la loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels, ne prévoyait que les internés ne séjournent en prison que de façon temporaire. Les places dans les institutions de soins spécialisées faisant cruellement défaut, le temps de séjour des internés dans les prisons était dans les faits souvent prolongé.

106. D'après les autorités, ces efforts devraient ramener le nombre d'internés en prison sous la barre des 300 en 2018 (contre 500 environ lors de la visite périodique de 2017 et 900 en 2014). Ce chiffre devrait encore diminuer au cours des prochaines années avec l'ouverture annoncée d'autres CPL (notamment à Wavre et à Paifve) et la création de lits supplémentaires au sein du circuit hospitalier, bien qu'à une échéance plus lointaine. Dans la mesure où il est prévu que l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve ferme ses portes également (voir paragraphe 111), plus aucun interné ne devrait relever, d'ici quelques années, de la seule responsabilité du SPF Justice.

107. Le CPT salue les efforts déployés par les autorités belges dans leur recherche d'une prise en charge adaptée des personnes faisant l'objet d'un internement. En effet, comme le CPT l'a souligné à de maintes reprises, les établissements pénitentiaires n'ont jamais été véritablement dotés des moyens suffisants pour leur assurer des soins de qualité.⁵³ **Le CPT souhaite être tenu informé de la suite de la mise en œuvre du Masterplan Internement et de l'évolution des effectifs concernant les personnes internées placées dans les établissements pénitentiaires.**

Dans l'attente de la mise en œuvre totale du Masterplan, **le CPT recommande une plus grande implication du SPF Santé publique dans la prise en charge des personnes internées en milieu pénitentiaire, que ce soit à l'EDS de Paifve ou dans les annexes psychiatriques et sections dédiées aux internés dans les prisons. Ceci devrait pouvoir être élaboré dans le cadre du transfert de compétences envisagé concernant l'ensemble des soins de santé dans les établissements pénitentiaires** (voir paragraphe 75).

Les autorités belges sont également invitées à multiplier les options de prise en charge, notamment au sein du circuit hospitalier, pour répondre aux besoins des personnes dont le profil n'est pas ou plus compatible avec le modèle évolutif proposé par les CPL.

108. Au cours de la visite périodique de 2017 en Belgique, la délégation s'est rendue dans plusieurs types de lieux d'enfermement, situés en dehors du circuit hospitalier, dans lesquels les personnes internées peuvent être prises en charge : le CPL de Gand, visité pour la première fois, l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve, qui a fait l'objet d'une visite complète en 1997 et d'une brève visite dans le cadre des mouvements de grève de 2016⁵⁴, et les annexes psychiatriques des prisons de Lantin et de Saint-Gilles, ainsi que la section dédiée aux femmes internées du complexe pénitentiaire de Bruges, soit des structures pénitentiaires qui ont pour la plupart fait l'objet de visites du CPT dans le passé.⁵⁵

⁵³ Voir, par exemple, le [paragraphe 92](#) du rapport relatif à la visite périodique de 2013 (CPT/Inf (2016) 13).

⁵⁴ Concernant l'EDS de Paifve, voir les rapports relatifs aux visites de 1997 ([CPT/Inf \(98\) 11](#), paragraphes 220 à 229, 232 à 239) et de 2016 ([CPT/Inf \(2016\) 29](#), paragraphes 13, 16, 19).

⁵⁵ Concernant l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, voir les rapports relatifs aux visites de 1993 ([CPT/Inf \(94\) 15](#), paragraphes 175 à 194), 1997 ([CPT/Inf \(98\) 11](#), paragraphes 152 à 156), 2001 ([CPT/Inf \(2002\) 25](#), paragraphes 60 à 63), 2009 ([CPT/Inf \(2010\) 24](#), paragraphes 133 à 142)

Concernant l'annexe psychiatrique de la prison de Forest, récemment transférée à la prison de Saint-Gilles, voir les rapports relatifs aux visites de 2012 ([CPT/Inf \(2012\) 36](#), paragraphes 33 à 41) et de 2013 ([CPT/Inf \(2016\) 13](#), paragraphes 87 à 99).

109. Le *CPL de Gand* a ouvert ses portes en 2014 et est entièrement fonctionnel depuis avril 2015. Il se situe aux abords de la ville. Le centre a été conçu dans le but d'offrir, dans un cadre sécurisé, des soins psychiatriques de qualité, avec comme but final la réinsertion sociale des patients. Placé sous la responsabilité conjointe du SPF Justice et du SPF Santé publique qui assurent les frais de séjour des patients (40% SPF Justice, 60% assurance maladie), la gestion en est confiée à un consortium composé de plusieurs prestataires privés. Selon sa direction, le CPL n'a pas été pensé comme un centre pour séjours de longue durée, la durée de séjour ne devant en principe pas excéder quatre ans. Ce modèle est voué à être dupliqué puisque le Masterplan Internement prévoit l'ouverture de plusieurs CPL.

Sa capacité était de 264 places, réservées à des hommes adultes, tous soumis à une mesure d'internement par les chambres de protection sociale relevant de la juridiction des cours d'appel de Bruxelles, d'Anvers et de Gand. Au moment de la visite, le centre était complet. Le centre assignait à chaque patient un profil pathologique parmi sept : psychotique à multiple troubles, psychotique typique, antisocial (troubles de la personnalité), patient souffrant de troubles sexuels, de troubles autistiques, de toxicomanie ou d'incapacités intellectuelles ou de troubles de l'apprentissage. La majorité des personnes internées au moment de la visite souffrait de psychose (96 patients). L'encadrement des patients dans le centre était assuré exclusivement par les équipes de soins.

110. Cela étant, il convient de signaler d'emblée une problématique majeure liée au manque de placements alternatifs pour accueillir les patients arrivés en fin de parcours de leur trajet de soins au CPL. Depuis son ouverture, 25 patients avaient quitté le centre pour rejoindre des unités sécurisées de long séjour (*long stay*), des institutions de soins moins sécurisées ou un hébergement semi-autonome ou autonome. Au moment de la visite, 85 patients étaient indiqués pour une sortie mais étaient contraints de rester au centre, faute de « débouchés ». Ces patients bloquaient aussi des places dans des sections vers lesquelles d'autres patients étaient prêts à évoluer, et les durées de séjour dans les sections augmentaient. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités à ce sujet. Il souhaite également recevoir de nouvelles données chiffrées concernant les sorties de patients internés du CPL de Gand.**

En outre, il est clairement apparu au cours de la visite de 2017 que certains patients n'avaient pas leur place dans ce type d'établissement. Il convient de faire référence à cet égard à un patient interné souffrant de démence, ayant perdu l'usage de la parole et ne pouvant plus se déplacer seul, placé dans un sac de couchage (« turbulette ») pendant la nuit pour éviter les chutes. **Il convient de rechercher des placements alternatifs dans ces cas de figure.**

111. L'*EDS de Paifve*, visité pour la troisième fois par le CPT⁵⁶, est le seul établissement pénitentiaire en Belgique dédié exclusivement à la prise en charge d'internés (hommes adultes uniquement). Sa capacité de 208 places, qui avait considérablement cru depuis la visite de 1997, était inchangée depuis 2016.⁵⁷ L'établissement était complet au moment de la visite. Les patients de l'EDS relevaient des chambres de protection sociale rattachées à la juridiction des cours d'appel de Bruxelles, de Liège et de Mons. Ils souffraient de psychose (65%), de troubles de la personnalité (10%) et d'incapacités intellectuelles ou de troubles de l'apprentissage (25%). La durée moyenne de séjour à l'EDS était de sept ans. Un patient, admis dans l'établissement en 1977⁵⁸, était toujours présent en 2017.

⁵⁶ L'établissement a été visité en 1997 (voir document [CPT/Inf \(98\) 11](#)) et en 2016 dans le cadre des grèves (voir document [CPT/Inf \(2016\) 29](#)).

⁵⁷ 205 places et trois lits d'urgence.

⁵⁸ Voir le paragraphe 239 du rapport relatif à la visite de 1997 (document [CPT/Inf \(98\) 11](#)).

D'après le Masterplan Internement, l'EDS en tant que tel est voué à disparaître au cours des prochaines années. Il doit être remplacé par un nouveau CPL de 250 places qui verra le jour sur le terrain joutant l'établissement actuel, qui sera, quant à lui, transformé en prison. Le modèle de l'EDS actuel n'a pas été jugé satisfaisant par les autorités pour être maintenu ou dupliqué. En effet, à bien des égards, et malgré son statut particulier d'établissement réservé aux personnes internées, l'EDS partage beaucoup des défaillances identifiées dans le fonctionnement des annexes psychiatriques des prisons.

112. Les *annexes psychiatriques de la prison de Lantin et de la prison de Saint-Gilles*, ainsi que la *section spécialisée du complexe pénitentiaire de Bruges*, accueillaient principalement, mais pas uniquement, des personnes internées⁵⁹. Les profils des patients étaient variés : troubles psychotiques, troubles de la personnalité, incapacités intellectuelles ou troubles de l'apprentissage. Leur classification et répartition au sein des annexes psychiatriques ou sections spécialisées n'étaient pas toujours perceptibles.

L'annexe psychiatrique de la prison de Saint-Gilles existe depuis octobre 2016 seulement, après que, dans le cadre de la restructuration des prisons bruxelloises, les patients de l'annexe psychiatrique de la prison de Forest y ont été transférés⁶⁰. Elle pouvait accueillir jusqu'à 100 patients. Au moment de la visite, sa capacité maximale était atteinte et plus des trois quarts de ses patients faisaient l'objet d'une mesure d'internement.

L'annexe psychiatrique de la prison de Lantin avait été visitée par le CPT en 1993, 1997 et 2009. Elle accueillait, au moment de la visite de 2017, 54 personnes, dont 32 internés, pour une capacité de 40 places.

La section dédiée aux femmes internées du complexe pénitentiaire de Bruges accueillait quant à elle 22 femmes, dont 19 soumises à une mesure d'internement. L'effectif de cette section avait baissé de façon considérable depuis juin 2016 quand avait été amorcé le transfert d'internées au Centre psychiatrique Sint-Jan-Baptist à Zelzate. Cette section était vouée, d'après la direction, à fermer d'ici la fin de l'année 2017. **Le CPT souhaite recevoir des informations relatives au transfert effectif des patientes internées du complexe pénitentiaire de Bruges en structure adaptée.**

⁵⁹ Les autres patients étaient soit des personnes en attente d'une décision de la chambre de protection sociale (parfois désignés d'« internés non définitifs »), soit des détenus (condamnés ou prévenus) en phase de décompensation et placés sous observation psychiatrique.

⁶⁰ Le CPT avait visité l'annexe psychiatrique de la prison de Forest en 2012 (voir document [CPT/Inf \(2012\) 36](#)) et 2013 (voir document [CPT/Inf \(2016\) 13](#)).

2. Mauvais traitements

a. comportement des équipes de soins et du personnel de surveillance

113. Dans aucun des établissements visités la délégation n'a reçu d'allégation de mauvais traitement physique qui aurait été le fait du personnel chargé des soins. Les femmes et les hommes internés avec lesquels la délégation s'est entretenue ont estimé que les équipes de soins se comportaient de manière correcte à leur égard, même si elles auraient parfois fait preuve d'une attitude distante, y compris au CPL de Gand.

114. A l'EDS de Paifve, les patients étaient en revanche plus critiques concernant le comportement de certains agents de surveillance. Plusieurs patients ont fait état d'épisodes occasionnels de violences physiques de la part de certains agents de surveillance (gifles, coups de pieds, par exemple) et/ou de propos injurieux.

Sur un registre plus positif, la délégation n'a pas reçu d'allégations similaires dans les autres structures pénitentiaires visitées.

Le CPT recommande qu'il soit clairement et régulièrement instruit au personnel pénitentiaire travaillant au contact des personnes internées à l'EDS de Paifve, et dans tout autre établissement le cas échéant, qu'aucune forme de mauvais traitements, qu'ils soient de nature physique ou verbale, à l'encontre de patients internés ne sera tolérée. Tout membre des équipes de soins ou du personnel de surveillance ayant connaissance de ce type d'agissement doit le signaler, et pouvoir le signaler, par les voies appropriées.

b. violence entre internés

115. Au *CPL de Gand*, les altercations entre patients semblaient relativement peu fréquentes et contenues. Les effectifs en personnel y étaient plus élevés et les soignants recevaient une formation de cinq jours concernant la gestion de la violence (comprenant les techniques de maîtrise des patients et de défense).

116. Dans les *établissements pénitentiaires*, les faits de violence entre patients internés restaient un risque au regard de l'oisiveté forcée des patients et de leur classification parfois imprécise. La faiblesse des effectifs en personnel, l'absence de formation spécifique à la gestion des incidents représentaient des facteurs supplémentaires.

A l'EDS de Paifve, les allégations d'actes de violence entre internés n'étaient pas rares tout au long des mois et des années qui ont précédé la visite. La délégation a recueilli notamment des allégations de violences sexuelles (attouchements, masturbation forcée, par exemple). En outre, la délégation a eu connaissance de plusieurs constats de coups et blessures établis par les médecins généralistes, ainsi que d'autres éléments d'information dans les dossiers individuels des patients concernés et dans les rapports de commissions de discipline. Dans les annexes psychiatriques ou autres sections spécialisées fermées, les risques semblaient généralement contenus. Les risques pouvaient toutefois être bien présents, notamment au sein de cellules partagées. Ainsi, à l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, plusieurs incidents graves étaient survenus en cellule, notamment l'homicide d'un patient interné dans une cellule double le 17 mai 2016⁶¹ ou encore, dans cette même annexe, une violente agression d'un interné envers un autre en date du 28 janvier 2017.

Le CPT recommande que les autorités belges prennent des mesures afin que le personnel de soins et de surveillance des établissements pénitentiaires protège les patients internés des autres patients qui pourraient leur causer préjudice, que ce soit physiquement, sexuellement ou psychologiquement. Cela nécessite non seulement une présence et surveillance adéquates du personnel de tous les instants, y compris la nuit et le weekend, mais aussi une formation appropriée relative à la gestion des situations ou des comportements difficiles.

Le CPT recommande, en outre, que les équipes de soins et de surveillance soient formées spécifiquement aux techniques de contrôle non physiques (techniques de communication verbale, techniques posturales, etc.) et d'immobilisation manuelle des patients internés agités ou violents. La possession de telles aptitudes donnera au personnel une plus grande liberté de choix entre différents niveaux de réponse appropriée dans les situations difficiles et permettra de réduire d'autant les risques de blessures tant pour les patients que pour le personnel.

3. Prise en charge des internés en centre de psychiatrie légale : le Centre de psychiatrie légale (CPL) de Gand

a. remarques préliminaires

117. Le CPL de Gand était divisé en deux grands espaces. La première zone était réservée à l'hébergement des patients, répartis en quatre sections, comptant elles-mêmes plusieurs unités de vie. Chaque unité de vie comptait, d'une part, des chambres individuelles, ainsi qu'une grande salle de vie commune avec une cuisine ouverte sur une salle à manger et un coin salon. Les unités de vie du rez-de-chaussée avaient un accès sur un petit jardin, dont l'accès était régulé. L'autre zone était dédiée aux activités thérapeutiques et comptait notamment des ateliers de travail et un grand gymnase.

⁶¹ Voir, à ce propos, le paragraphe 8 de la déclaration publique du CPT du 13 juillet 2017 ([CPT/Inf \(2017\) 18](#)).

118. L'organisation des lieux était calquée sur le projet thérapeutique qui prévoyait la progression du patient interné dont l'aboutissement est la sortie et la réinsertion sociale. A chaque étape du « trajet de soins » correspondait une section de l'établissement. Les conditions de séjour et l'offre thérapeutique variaient à chaque stade et donc dans chaque section, offrant une autonomie croissante et une prise en charge de plus en plus diversifiée. A chaque section correspondaient un logo et une couleur, repris dans la signalétique du bâtiment.

La section RIVIER, dédiée à l'observation et l'accueil en soins intensifs, accueillait 56 patients, groupés en petites unités de huit patients, pour une durée minimale de trois mois. Les patients y avaient une vie communautaire réduite en raison de leur trouble psychique ou pour des raisons d'observation. Les sorties à l'air libre étaient au maximum d'une heure par jour (variant suivant les contre-indications médicales). Lors de la phase d'observation, une évaluation psychiatrique (associée à un traitement psychiatrique intensif) et une évaluation psychocriminologique étaient effectuées.

Au terme de la période d'observation (et pour autant qu'il y ait une place disponible), le patient était ensuite transféré dans la section STAD de soins intensifs, constituée de quatre unités : une unité pour les patients souffrant de psychose, deux unités pour les patients présentant un trouble de personnalité et une unité pour les patients présentant des incapacités intellectuelles ou des troubles de l'apprentissage. Elle pouvait accueillir un total de 92 patients.

Par la suite, le patient stabilisé sur le plan psychique était transféré dans la section HAVEN, dite de resocialisation, qui accueillait 100 patients.

Lorsque le patient avait évolué favorablement, il était transféré dans l'aile PARK, dite de réintégration, permettant aux patients de passer la journée à l'extérieur du centre. Cette aile était constituée de quatre unités de quatre patients. Cette dernière section ne recevait que les patients les plus autonomes et pour qui il était envisagé à terme l'intégration dans un appartement. Des patients pouvaient donc être éligibles à une sortie ou un transfert hors de l'établissement avant cette dernière étape.

119. La distinction entre personnel administratif, personnel de soins et personnel de surveillance était nette. La direction du CPL était assurée par un directeur général administratif, ainsi que deux directeurs médicaux. Les agents de la société *Securitas* assuraient la sécurité du périmètre extérieur de l'établissement et des zones non fréquentées par les patients (dites « zones froides »). Ils n'entretenaient donc aucune interaction avec ceux-ci. Ils contrôlaient à distance l'ouverture des portes des chambres, selon un programme préenregistré prenant en compte un planning défini ou à la demande du personnel soignant autorisé. La vidéosurveillance était limitée aux zones communes et aux chambres d'isolement. En conséquence, il est apparu au cours de la visite que, si l'aspect sécuritaire était bel et bien réel, la priorité était donnée au soin. Il y avait en outre une réelle classification des patients, comprise par ceux-ci, reflétée dans les modes de prise en charge différenciées et orientée vers une réintégration sociale.

b. conditions de séjour

120. La délégation a été globalement impressionnée par la qualité des installations et des conditions matérielles de séjour offertes aux patients internés du CPL de Gand. Les chambres étaient suffisamment spacieuses, bien équipées (lit, bureau, armoire, douche et sanitaire, TV, interphone, accès internet limité selon l'unité) et propres.

La délégation a également pu apprécier les efforts de décoration et de personnalisation des chambres et des espaces communs, des vues sur l'extérieur et des espaces verts aménagés et entretenus.

En outre, aucune réserve n'a été formulée s'agissant de l'hygiène ou de l'alimentation.

121. Tous les patients étaient d'office en chambre de 21h30 à 7h en semaine et de 21h à 11h le weekend. En dehors de ces horaires, il existait plusieurs régimes de chambre (pas de sortie de chambre hors promenade, moins de quatre heures ou plus de quatre heures par jour). Certains patients pouvaient se déplacer librement au sein l'établissement (d'après un programme individuel enregistré sur un badge électronique), certains ne pouvaient se déplacer qu'accompagnés, d'autres encore ne pouvaient quitter leur unité.

Plus un patient progressait d'une section à l'autre, plus les activités proposées étaient nombreuses. Il accédait à davantage de privilèges (possibilité d'avoir plus d'effets personnels et de mobilier dans la chambre, réfrigérateur, accès plus fréquent aux jardins) et la vie communautaire était progressivement développée. Par exemple, certaines unités (HAVEN) disposaient d'un petit budget que les patients géraient pour organiser des activités communes ou les repas du weekend.

122. En ce qui concerne les contacts avec le monde extérieur, les patients pouvaient voir leurs proches ou leur téléphoner, sauf contre-indication médicale, ainsi que recevoir la visite ou téléphoner à leur avocat, depuis leur chambre qui offrait également un accès internet limité (numéros programmés et autorisés par la direction). Les visites des proches avaient lieu dans les chambres des patients.

123. En conclusion, le CPL de Gand offrait d'excellentes conditions de séjour aux patients internés, fondées sur une approche différenciée.

c. équipes de soins et traitement

124. Concernant l'organisation des équipes de soins, chaque unité de vie était placée sous la responsabilité d'un chef d'unité (chargé de l'organisation), d'un psychologue et d'un psychiatre dédiés. Le psychiatre assumait la responsabilité finale de la prise en charge des patients.

Les soins psychiatriques étaient assurés par le directeur médical (18h/semaine) et par quatre autres psychiatres (3,5 ETP). Par principe, les patients rencontraient leur psychiatre de manière hebdomadaire, même si certains ont affirmé une fréquence moins élevée (mais au moins une fois par mois).

Les psychologues étaient au nombre de 16.

L'équipe de soins était également constituée de 47 infirmiers (45,2 ETP), de neuf ergothérapeutes (8,6 ETP), trois animateurs (1,5 ETP), deux éducateurs sportifs (2 ETP), un assistant sport (1 ETP), un thérapeute pour le travail artistique (1 ETP), trois rapporteurs sur le traitement (3 ETP), deux criminologues (2 ETP), deux assistantes sociales (2 ETP) et un kinésithérapeute (0,5 ETP). Il y avait également un diététicien en permanence.

Enfin, les soins de base étaient dispensés par 16 auxiliaires d'infirmierie (15,6 ETP), également appelés « accompagnants » ou « assistants thérapeutes », tous assignés à une unité de vie, avec une présence les weekends et les jours fériés.

La coordination des équipes pluridisciplinaires (infirmiers, ergothérapeutes, etc.) était assurée par les psychologues.

125. Les soins de médecine générale étaient assurés par un médecin qui consultait sur les lieux deux demi-journées par semaine, assisté de deux infirmiers en journée (2 ETP).

Les consultations de spécialistes étaient assurées par des consultants et il existait un protocole d'accord avec l'hôpital universitaire Saint-Luc pour le transfert de patients.

126. Pendant la nuit, en plus des agents de sécurité privée, il y avait deux infirmiers et deux auxiliaires d'infirmierie d'astreinte. Les psychologues, les psychiatres et les médecins généralistes étaient astreints à un piquet par tournus et devaient pouvoir se rendre au centre sous 45 minutes.

127. Le plan de traitement de chaque patient comprenait un traitement pharmacologique ainsi qu'une série de modules (UV) d'apprentissage et d'activités, pour lesquels le patient recevait un planning hebdomadaire. La situation de chaque patient était réévaluée tous les six mois, en prenant en compte les différentes composantes du traitement (thérapies, travail, avis du psychiatre, du service médical, du service social, du psychologue) et en incluant une auto-évaluation.

La prescription des traitements médicamenteux semblait globalement appropriée. Toutefois, les membres médicaux de la délégation se sont interrogés sur certains cas de polypharmacie, voire de surdosage. A titre d'illustration, un patient se voyait administrer une combinaison de sept substances à des dosages parfois très élevés.⁶² **Le CPT souhaite recevoir des commentaires des autorités belges à ce sujet.**

Si le volume d'activités dépendait de la situation clinique du patient, les possibilités offertes étaient nombreuses : activités sportives variées, ateliers créatifs, ateliers de production (bois, métal, réparation de vélos). Les installations dédiées à ces activités étaient remarquables. Le programme des patients était établi par le psychologue référent, en tenant compte de l'avis des infirmiers.

⁶² Le traitement consistait en la prise durable des médicaments qui suivent : Bupropion (450 mg/jour), Méthylphénidate (30 mg/jour), Mirtazapine (30 mg/jour), Olanzapine (10 mg/jour), Palipéridone (3 mg/jour), Prégabaline (225 mg/jour) et Venlafaxine (150 mg/jour).

128. En conclusion, la qualité des soins était globalement bonne, l'offre thérapeutique variée et menée par des équipes pluridisciplinaires généralement en nombre suffisant. En outre, l'information, l'implication et la participation du patient étaient privilégiées.

Toutefois, une zone sensible a été identifiée au sein de la section RIVIER, concernant les unités pour patients souffrant de psychose ou de troubles de l'apprentissage. Ces patients nécessitaient un encadrement et un soutien important au quotidien. Les soignants de cette section (en général, il y a trois infirmiers sur deux unités pour un total de 16 patients) devaient intervenir en priorité au niveau des soins de base (maintien de l'hygiène, alimentation, etc.) et n'avaient pas le temps de développer des activités thérapeutiques ou relationnelles avec les patients. A la lumière de ce constat pendant la visite, la direction du centre a convenu qu'il serait nécessaire d'augmenter les effectifs de l'équipe soignante dans cette section afin d'éviter de voir la qualité des soins diminuer et un épuisement du personnel. **Le CPT recommande que les équipes soignantes soient renforcées au sein de la section RIVIER.**

d. moyens de contrainte

129. Il est apparu que les soignants recherchaient prioritairement l'adhésion du patient et négociaient au moyen de méthodes de stimulation douce. Le concept de prise en charge des patients ne prévoyait pas de sanction mais des mesures de « limitation de mouvement » : restriction de la zone de déplacement (confiscation du badge d'accès), consignation à l'unité de vie, consignation en chambre individuelle, en chambre d'hypostimulation ou en chambre d'isolement. Les différents types de consignations entraînaient la suspension de la plupart des activités.

130. Les chambres d'hypostimulation (chambres nues et sans effets personnels), au nombre de sept, se situaient au sein des unités. Certains patients ont parfois confirmé avoir demandé à y être transférés (pour se « calmer »), mais d'autres placements étaient, d'après eux, prescrits par un psychiatre ou un psychologue, parfois pour des séjours de plusieurs jours. De l'avis du CPT, le recours à cette mesure s'apparente à un isolement et devrait être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation chaque fois que la décision est prise par un psychologue. A cette fin, le patient concerné devrait également être examiné par un médecin le plus tôt possible.

131. Le centre comptait également huit chambres d'isolement, séparées des unités de vie. Chacune était équipée d'un lit en bois fixé au sol, d'un matelas, d'une couverture ignifugée et d'un W-C en inox. Le lit ne comportait pas de points de fixation. Chaque chambre était également pourvue d'un interphone et d'une caméra de surveillance activée en permanence. Une porte fenêtre donnait sur une petite cour de promenade individuelle d'environ 20 mètres carré. Deux chambres d'isolement attenantes donnaient sur la même salle de bains (douche et W-C). Il y avait un temps fixe pour les douches.

Les mesures de mise en chambre d'isolement étaient décidées par le psychiatre référent. Cela étant, comme pour le placement en chambre d'hypostimulation, la décision pouvait être également prise par le psychologue, sans que cela soit porté immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation.

Lors d'un placement en isolement, le patient était amené par 16 membres du personnel de soins, formés à une telle procédure. La surveillance des patients en chambre d'isolement était assurée par du personnel de l'unité du patient et par du personnel de l'unité d'isolement. En revanche, elle n'était pas continue : un soignant passait toutes les heures et effectuait un contrôle visuel et une discussion à travers le guichet. Une ouverture de porte était effectuée six fois par jour.

132. La durée de chaque placement en chambre d'hypostimulation ou d'isolement était documentée avec précision. La délégation a toutefois relevé des mesures de très longue durée (jusqu'à 20 jours en chambre d'hypostimulation et jusqu'à 44 jours en chambre d'isolement).

Les motifs de placement manquaient de clarté. Le règlement intérieur⁶³, entre autres, mentionnait dans une certaine mesure le protocole à suivre en cas d'isolement/« séparation », mais les dispositions pertinentes pouvaient se justifier par des explications générales de type « perturbation de la vie de l'unité », « maintien d'un environnement thérapeutique propice ». En outre, ces mesures de sécurité étaient le plus souvent perçues comme des mesures disciplinaires par les patients. Certains ont expliqué avoir été consignés dans leur chambre, par exemple, pour non-respect du règlement intérieur (bagarre, trafic de cigarettes, heure de retour de permission non respectée, test positif aux benzodiazépines, etc.).

Le CPT estime que la pratique actuelle du recours à l'isolement ou autre mesure analogue devrait être revue. Ce type de mesure ne doit jamais être utilisé à titre de sanction. En outre, il est essentiel, lorsque la mesure prend fin, qu'une séance de « débriefing » ait lieu avec le patient concerné afin de lui expliquer la raison pour laquelle la mesure a été appliquée, de réduire les traumatismes psychologiques de cette expérience et de rétablir l'alliance thérapeutique avec le patient.

133. En ce qui concerne l'application de moyens de contention mécanique, le CPT relève que des alternatives à l'immobilisation étaient privilégiées. Lors d'un placement en chambre d'isolement, le patient en crise et/ou violent pouvait être enroulé dans une couverture ignifugée avant que les soignants ne quittent la pièce, et ce afin d'éviter que le patient n'agresse le personnel au moment de la sortie. Dans ces mêmes chambres, le cadre du lit contenait deux trous devant lesquels il pouvait être demandé au patient de se mettre en position assise et d'y placer ses jambes avant que le personnel n'entre dans la chambre.

134. Les informations consignées dans les registres et dossiers individuels n'ont malheureusement pas permis à la délégation de déterminer avec précision la fréquence, les motifs et la durée des recours à la contention mécanique. D'après le personnel, il était fait rarement usage des ceintures ventrales avec attaches pour fixer les poignets et du casque de protection. Par ailleurs, aucun patient rencontré par la délégation n'en a relaté l'usage. Cependant, l'utilisation de menottes est apparue lors de la visite comme étant une pratique usuelle lors du transfert d'un patient en chambre d'isolement. Il convient de remédier à cette situation.

⁶³ Voir l'article 12.2.

135. L'administration forcée de médicaments (contention chimique) était prévue par le règlement intérieur qui requérait pour la pratiquer l'avis de deux médecins (le médecin traitant du patient et un autre médecin du centre).

Plusieurs patients internés ont rapporté à la délégation qu'ils avaient refusé certains traitements neuroleptiques, sans que cela n'ait porté à conséquence. D'autres, toutefois, ont dit avoir fait l'objet d'injections forcées avec utilisation de menottes.

De plus, le règlement intérieur autorisait la réalimentation forcée et le lavage d'estomac forcé. De l'avis du CPT, ces deux points du règlement intérieur doivent être précisés au niveau des indications cliniques. Par ailleurs, des règles médico-éthiques doivent encadrer la pratique de tels traitements contraints qui ne peuvent, en tout état de cause, être envisagés que dans le cas de patients dépourvus de capacité de discernement. **Le CPT souhaite recevoir les commentaires des autorités belges et de plus amples informations sur les modalités d'application de ces dispositions.**

136. A la lumière de ce qui précède, **le CPT recommande de revoir la politique générale relative au recours à la contention (mise en chambre d'isolement ou mesure analogue, contention mécanique et contention chimique) au CPL de Gand, ainsi que, le cas échéant, dans tout autre CPL. Cette politique devrait viser, dans la mesure du possible, à prévenir le recours à l'isolement et autres recours à la contention et devrait indiquer clairement les moyens pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la mesure. Cette politique devrait également prévoir des chapitres sur d'autres sujets importants comme la consignation dans les registres, les dispositifs de signalement interne et externe et le « débriefing » avec les intéressés, ainsi que les procédures de plaintes. Par ailleurs, les patients internés devraient bénéficier de toutes les informations pertinentes relatives à la politique relative au recours à la contention dans l'établissement.**

137. En outre, le Comité recommande que des mesures soient prises au CPL de Gand et, le cas échéant, dans tout autre CPL, afin que :

- les recours à l'isolement et aux autres moyens de contention (mécanique ou chimique) soient toujours appliqués sur ordre exprès d'un médecin, après une évaluation individuelle du patient concerné, ou être immédiatement portés à la connaissance d'un médecin pour approbation. A cette fin, un médecin doit pouvoir examiner le patient concerné le plus tôt possible ;
- le recours à des moyens de contention mécanique dans le cadre de transfert en chambre d'isolement ne puisse être qu'exceptionnel. Celui-ci doit toujours résulter d'une évaluation individuelle et la durée de la mesure doit être la plus courte possible. Dans ce contexte, l'usage de moyens limitant le risque de blessures est à privilégier.
- les motifs des recours aux mesures de contention soient définis avec plus de précision et que les protocoles et documents internes soient révisés à cette fin ;

- un « débriefing » soit systématiquement effectué avec le patient interné placé contre son gré en chambre d'hypostimulation ou d'isolement, sous contention mécanique et/ou soumis à un traitement médicamenteux sous contrainte quand la mesure prend fin ;
- une surveillance continue et directe, par du personnel qualifié, soit toujours assurée auprès des patients placés en chambre d'hypostimulation, en chambre d'isolement, ou maintenus sous contention mécanique ; les moyens techniques audiovisuels pour la surveillance ne sauraient remplacer cette forme de contact humain direct avec des membres du personnel de soins.
- le placement en chambre d'isolement ou toute mesure analogue fasse l'objet d'un réexamen par un médecin à brefs intervalles si exceptionnellement, pour des motifs impérieux, cette mesure est appliquée pour une période plus longue que quelques heures ;
- un registre séparé soit instauré concernant l'ensemble des mesures de contention auxquelles il est fait recours (restrictions de mouvement, consignation en espace de séjour, placements en chambre d'isolement ou d'hypostimulation, utilisation de moyens de contention mécanique, contention chimique). Chaque mesure doit être systématiquement consignée avec mention des éléments suivants : l'heure de début de la mesure ainsi que l'heure à laquelle elle a pris fin ; les circonstances dans lesquelles l'événement s'est déroulé et les raisons précises ayant dicté la mesure en question ; un compte-rendu des blessures éventuellement subies par des patients ou des membres du personnel.⁶⁴

4. Prise en charge des internés en milieu pénitentiaire

138. De façon générale, la prise en charge des personnes internées au sein des établissements pénitentiaires était fortement marquée par une logique sécuritaire, et à bien des égards au dépens de l'impératif thérapeutique. Cette approche doit être revue en attendant le transfert des patients dans des structures adaptées.

a. surveillance

139. Les internés placés dans les établissements pénitentiaires, que ce soit à l'EDS de Paifve ou dans les annexes psychiatriques et sections dédiées des prisons, étaient encadrés principalement par des agents pénitentiaires, qui assuraient la surveillance et le lien avec le personnel soignant. Les agents pénitentiaires étaient par conséquent les premiers points de contact avec les patients.

En effet, tout mouvement des patients internés hors chambre (cellule) était dépendant de la disponibilité – et parfois de la disposition – de ces mêmes agents. C'est à eux qu'il revenait le plus souvent de stimuler les patients dans leurs tâches quotidiennes, de négocier, de détecter les risques et de gérer des situations de crise.

⁶⁴ Voir également les normes du CPT relatives aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes ([CPT/Inf\(2017\)6](#)).

140. Pour autant, ces agents ne recevaient toujours aucune formation spécifique, même de base, au travail en milieu psychiatrique, mises à part quelques initiatives ponctuelles qui avaient été prises notamment par les directions de l'EDS de Paifve et des prisons concernées.

141. De plus, la prise en charge des internés souffrait du fort taux d'absentéisme des agents pénitentiaires dans l'ensemble de ces établissements, ainsi que de la menace d'actions collectives d'agents. A l'EDS de Paifve en particulier, le taux d'absentéisme des agents pénitentiaires oscillait en moyenne entre 30 et 35%. Dès que le nombre d'agents passait en-dessous d'un certain seuil, le service tournait au ralenti et une partie des activités, y compris thérapeutiques, était suspendue. Dans la journée du 3 avril 2017, l'établissement fonctionnait avec 18 agents au lieu de 25, par exemple; deux sections n'étaient que partiellement fonctionnelles (régime d'ouverture minimale). A l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, au moment de la visite, il n'y avait que trois agents à l'annexe, au lieu des cinq planifiés, et ces agents pouvaient être sollicités en priorité en maison d'arrêt à tout moment par le chef de quartier (qui couvrait à la fois l'annexe et la maison d'arrêt). Par conséquent, l'ensemble des activités pouvaient être suspendues, y compris les sorties au préau. Le nombre de douches hebdomadaires avait été revu à la baisse, de trois à deux fois.

En attendant le transfert des internés en milieu adapté, **le CPT recommande que des mesures soient prises afin que le SPF Justice, de concert avec le SPF Santé publique, adapte un cahier des charges spécifique pour la fonction d'agent pénitentiaire affecté à l'EDS, aux annexes psychiatriques et aux sections dédiées aux internés, et dispense systématiquement à ces agents une formation de base au travail en milieu psychiatrique et leur fournisse un soutien psychosocial, professionnel et anonyme.**

Le Comité recommande également aux autorités belges de prendre les mesures nécessaires pour réduire autant que possible les effets de l'absentéisme, en partie chronique, du personnel de surveillance afin de ne pas mettre à mal l'accès des patients internés aux services et soins de base dans les établissements pénitentiaires. Il est renvoyé aux paragraphes 89 et 91, ainsi qu'à la déclaration publique du 13 juillet 2017 en ce qui concerne les actions collectives d'agents pénitentiaires.

b. conditions de séjour

142. A l'EDS de Paifve, une nouvelle aile avait été ouverte depuis la visite de 1997. Les patients étaient donc répartis sur deux bâtiments.

Un premier pavillon de type cellulaire (dit PCE), de deux étages, comptait 80 places distribuées sur quatre sections de 20 places chacune. Au rez-de-chaussée, les patients ne bénéficiaient que de peu de sorties de chambres. Il s'agissait des patients les plus difficiles à stabiliser et supportant mal la vie communautaire. A l'étage, les patients pouvaient davantage circuler au sein leur section, les portes des chambres restant ouvertes la plus grande partie de la journée. Les sorties à l'extérieur de l'aile restaient limitées. Tous les patients du PCE avaient droit en principe à une heure de promenade par jour au minimum.

Le second pavillon (dit PCO), organisé sur une dynamique communautaire comptait 125 places, réparties sur six sections et sur deux étages. Le régime y était plus ouvert, les chambres restaient ouvertes de 7h à midi puis de 14h30 à 21h, les sorties au préau étaient libres. Cela étant, l'aire de promenade n'était équipée ni de bancs ni d'abris contre les intempéries.

143. L'infrastructure et les conditions matérielles sont apparues comme étant globalement satisfaisantes. Les chambres individuelles, mesurant environ 10 m², étaient correctement équipées. Toutes comportaient des sanitaires entièrement cloisonnés.

L'alimentation était préparée sur place. Les repas étaient servis sur les sections, souvent dans les chambres. Cela étant, la moitié des patients étaient en surpoids et 35 patients souffraient de diabète.

144. De manière générale, les installations des annexes psychiatriques, conçues avant tout pour l'enfermement et non pour le traitement des internés, ne se différenciaient que peu de celles des quartiers de détention ordinaires.

Les conditions matérielles, notamment des chambres (cellules) individuelles et doubles, voire triples, étaient, dans l'ensemble, acceptables, malgré la vétusté de certains établissements. Dans les annexes psychiatriques, sauf celle de Saint-Gilles, les toilettes en cellule étaient partiellement ou non cloisonnées. En outre, certains internés, en raison de leur état de santé, n'étaient pas en mesure d'accomplir les démarches nécessaires pour obtenir des produits d'hygiène personnelle ou de nettoyer régulièrement leur chambre.

Le régime des douches, des promenades et des visites était globalement similaire à celui des personnes en détention provisoire ou en exécution de peine. Il en allait de même pour les repas, sans que la spécificité des patients internés soit pleinement prise en compte.

Il n'en demeurait pas moins que l'environnement cellulaire et la logique carcérale n'étaient pas propices à l'organisation des soins.

145. Conscient des contraintes structurelles des établissements pénitentiaires, **le CPT recommande néanmoins les améliorations suivantes aux conditions de séjours des internés :**

- **à l'EDS de Paifve, équiper l'aire de promenade destiné aux patients du pavillon communautaire de bancs et d'un abri contre les intempéries ;**
- **à l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, cloisonner les toilettes dans les chambres, et en priorité celles des chambres partagées, afin d'assurer intimité et dignité aux patients ;**
- **dans l'ensemble des établissements pénitentiaires visités,**
 - o **veiller plus activement à la distribution du matériel d'hygiène personnel aux patients internés qui ne sont pas toujours en mesure d'accomplir les démarches pour en formuler la demande auprès du personnel ;**
 - o **prendre des mesures pour assurer l'entretien et le nettoyage des chambres des patients internés qui sont dans l'incapacité, de par leur condition, de les assurer ;**
 - o **mettre en place un suivi spécifique par une diététicienne, incluant l'élaboration de menus adaptés et une éducation à l'hygiène alimentaire, et instaurer un contrôle renforcé de l'alimentation par le personnel médical.**

c. personnel de soins et traitement

146. Depuis sa première visite en Belgique, le CPT souligne les déficiences de la prise en charge des internés dans les établissements pénitentiaires,⁶⁵ en particulier l'absence d'activités thérapeutiques ou occupationnelles adaptées. Dans une large mesure, la délégation a pu constater lors de la visite de 2017 que la situation à l'EDS ou les annexes psychiatriques restait inchangée, voire dans certains cas qu'elle s'était dégradée.

147. Dans l'ensemble des établissements visités, une pression budgétaire avait revu les effectifs théoriques des équipes de soins à la baisse et nombre de postes existants étaient vacants. Cela concernait tous les profils de professionnels : psychiatres, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes ou éducateurs.

148. A l'EDS de Paifve, qui comptait le plus grand nombre de patients, quatre psychiatres travaillaient à temps partiel, totalisant 48 à 50 heures par semaine, soit l'équivalent de 1,3 ETP. Dans les faits, de nombreux patients n'avaient accès au psychiatre que toutes les quatre à six semaines. De plus, les psychiatres étant tous à temps partiel, il était difficile d'assurer une continuité des soins, mettant à mal le développement d'une relation de confiance et thérapeutique avec les patients. Les psychiatres intervenaient le plus souvent pour gérer les situations d'urgence tandis que l'essentiel du suivi était assuré par les psychologues (3,5 ETP). L'administration n'arrivait pas à recruter de psychiatres supplémentaires.

L'équipe infirmière assurait essentiellement des soins de base et effectuait occasionnellement des entretiens de soutien seulement. Il y avait dix infirmiers (9 ETP). Deux à quatre infirmiers étaient présents les jours ouvrables de 7h30 à 16h30. Le reste de l'équipe de soins comptait un ergothérapeute et un orthophoniste, tous deux à temps partiel. Près de la moitié des éducatrices étaient en absence longue durée sans être remplacées. Consciente du manque criant de personnel dans l'établissement, le SPF Santé publique finançait depuis peu et pour une période de quatre ans, du personnel en renfort (ergothérapeute, psychologue, éducateur) dans le cadre d'un projet pilote concernant la prise en charge de patients souffrant de psychose. Malgré cet effort, la situation restait critique.

Le comité médical (composé des psychiatres, des médecins généralistes, du psychologue coordinateur et d'une infirmière cheffe) se réunissait une fois par semaine pour discuter de l'organisation et des cas cliniques. L'équipe de soins de chaque section se réunissait (psychologues, infirmières, éducateurs, assistants sociaux, parfois psychiatre) une à deux fois par mois. Cependant, le coordinateur des soins, un psychologue, semblait manquer d'autorité sur les psychiatres.

149. La circulaire n° 1800 du ministre de la Justice du 7 juin 2007 prévoit qu'une équipe de soins pluridisciplinaire soit affectée dans les établissements pénitentiaires disposant d'une *annexe psychiatrique*. Cette équipe doit en théorie être composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et d'éducateurs. Dix ans plus tard, cette disposition n'était toujours pas reflétée dans les faits ; les équipes n'étaient au complet dans aucune des annexes visitées. En outre, les lignes hiérarchiques au sein de ces équipes étaient parfois floues, le responsable médical de l'établissement n'étant pas toujours clairement identifié.

⁶⁵ Voir, à ce propos, le paragraphe 190 du rapport relatif à la visite périodique du CPT de 1993 en Belgique ([CPT/Inf \(94\) 15](#)).

150. Au *complexe pénitentiaire de Bruges*, un psychiatre assurait la prise en charge des femmes internées. En journée, l'équipe de soins comptait deux à trois infirmières, tous les jours de la semaine, jusqu'à 16h30. Celles-ci avaient reçu une formation en psychiatrie. Etaient également intégrés à l'équipe de soins une psychologue coordinatrice et, à temps partiel, un éducateur, un ergothérapeute et une assistante sociale formée en criminologie. Etant donné le faible nombre de patientes, cette section semblait la mieux lotie des établissements visités.

151. A l'*annexe psychiatrique de la prison bruxelloise de Saint-Gilles*, l'équipe de soins n'était dotée que de cinq à six ETP pour la prise en charge d'une centaine de patients. Celle-ci était composée de quatre psychiatres travaillant chacun à temps partiel (1,7 ETP), d'une infirmière (0,5 ETP), de deux psychologues (1,5 ETP), d'un assistant social (1 ETP) et d'un éducateur (1 ETP). Les psychiatres partageaient leur temps entre l'annexe et les quartiers de détention ordinaire. Un psycho-criminologue intervenait à temps partiel, partageant son temps entre six établissements différents. Il n'y avait plus d'ergothérapeute.

152. Au moment de la visite à l'*annexe psychiatrique de la prison de Lantin*, un seul psychiatre, détaché du centre hospitalier universitaire de la Citadelle de Liège, partageait 12h de travail hebdomadaires entre les différentes sections de la prison (maison d'arrêt, maison de peine, quartier des femmes et annexe psychiatrique). D'après la direction, il était question d'augmenter son volume-horaires de travail à 24h. Une infirmière venait au mieux trois jours par semaine et le médecin généraliste au maximum une heure par jour ouvrable.

Les postes de psychologues, d'éducateur, d'ergothérapeute et d'assistant social étaient tous vacants au moment de la visite. En vertu de l'article 8, paragraphe 5, de la Convention, la délégation avait formulé, au terme de la visite, une observation sur-le-champ demandant que des mesures visant l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin soient prises afin qu'une équipe pluridisciplinaire soit mise à disposition de toute urgence et qu'une équipe de surveillance soit en place de manière effective afin de permettre le bon déroulement d'activités thérapeutiques. Ces mesures d'urgence devaient avoir pour objectif de permettre la reprise des soins en attendant le transfert des internés de la prison de Lantin dans une structure plus adaptée.

Dans leur lettre en date du 26 juin 2017, les autorités belges ont informé le CPT des initiatives prises à la suite de la visite en vue de répondre à la problématique :

- lancement de procédures de recrutement d'un infirmier psychiatrique, d'un éducateur et d'un ergothérapeute ;
- signature d'un accord avec le centre hospitalier universitaire de la Citadelle de Liège afin d'organiser quatre demi-journées de consultations psychiatriques par semaine dans l'immédiat et cinq à six demi-journées par semaine à partir de novembre 2017 ;
- renforcement du travail d'une criminologue engagée par le SPF Santé publique ;
- prise de contact avec le Service d'Aide aux Détenus (SAD) durant l'absence de l'assistante sociale afin de demander leur collaboration et d'améliorer éventuellement la prise en charge ;
- examen d'une éventuelle prise en charge par un psychologue relevant de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le CPT souhaite recevoir des informations actualisées sur la mise en œuvre de ces démarches à l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin et sur les éventuels transferts d'internés dans des structures plus adaptées.

153. La situation était particulièrement critique pendant les soirées et les weekends dans l'ensemble des établissements visités. A l'EDS de Paifve, à partir de 17 heures, il n'y avait plus aucun personnel soignant dans l'établissement. En l'absence d'un psychiatre, les prescriptions pouvaient se faire par téléphone. Si, dans les prisons, des infirmiers de garde pouvaient répondre aux situations les plus urgentes, aucun système d'astreinte n'existait pour les psychiatres.

154. Dans l'ensemble des établissements visités, la priorité au niveau des soins était axée sur les internés en crise ou en plus grande souffrance de semaine en semaine, faute de moyens. Il était tout juste possible d'assurer les soins de base et de répondre aux situations de crise aiguës.

155. Par conséquent, il était parfois fait recours au personnel de surveillance afin de pallier les effets de la pénurie de personnel de soins. Dans certains cas, notamment à l'EDS de Paifve et aux annexes psychiatriques des prisons de Lantin et de Saint-Gilles, il était demandé aux agents pénitentiaires d'assurer la distribution de médicaments aux patients. Dans l'ensemble des établissements visités, les agents pénitentiaires devaient aider au travail lié au maintien de l'hygiène avec certains patients. Cette organisation ne peut être satisfaisante. En effet, le manque de motivation, la tendance au retrait social, sont souvent symptomatiques chez les patients souffrant de certaines pathologies, il faut alors les stimuler, négocier, tâches qui doivent incomber au personnel qualifié.

156. Dans le même temps, la rigidité du système carcéral était un réel obstacle au travail des équipes de soins. Comme indiqué précédemment, l'organisation d'activités était en grande partie tributaire de la disponibilité et de la bonne volonté des agents pénitentiaires. A l'annexe de la prison de Saint-Gilles par exemple, certains membres de l'équipe de soins ont rapporté qu'il arrivait régulièrement qu'un interné ne puisse pas participer à une activité thérapeutique sur décision du chef de quartier (pour raisons de sécurité), sans concertation avec les professionnels concernés.

Il a également été indiqué à la délégation qu'il pouvait arriver que l'injection d'un neuroleptique dépôt doive être faite à travers le guichet de la cellule lorsque l'agent de surveillance refusait d'ouvrir la porte. L'équipe soignante n'avait pas la possibilité de contester ces protocoles dits « sécuritaires ». Pendant les heures de promenade, toujours à l'annexe de la prison de Saint-Gilles, les agents de surveillance devaient se déplacer dans un des bureaux de l'équipe soignante pour observer les patients dans le préau, allant à l'encontre du principe de confidentialité médicale.

157. Dans tous les établissements visités, il ne figurait pas aux dossiers médicaux de plans individuels de traitement spécifiant des objectifs précis et les options thérapeutiques retenues.

158. Le traitement des patients se limitait encore, le plus souvent, à un *traitement pharmacologique*. A cet égard, dans l'ensemble, les traitements et les dosages prescrits étaient adéquats. Le CPT relève avec satisfaction que la prescription de benzodiazépines avait considérablement diminuée depuis un an au sein de la section pour internées de Bruges.

159. Les *autres options thérapeutiques* étaient peu nombreuses et au mieux irrégulières.

A l'EDS de Paifve, les activités avaient diminué. Les patients se voyaient néanmoins proposer quelques sessions : thérapie de groupe, ergothérapie, cours de français, de dessin, relaxation, lecture de revues. Ces activités avaient peine à se mettre en place régulièrement, dû au manque de personnel socio-éducatif. Certaines activités, confiées par le passé à des intervenants externes, telles l'hortithérapie et l'hippothérapie, avaient été suspendues par manque de ressources financières. Des sorties de groupe (jogging, kayak, cinéma, zoo) avaient lieu trois à cinq fois par mois en moyenne. Chacune nécessitait de mobiliser au moins deux éducateurs et un agent pénitentiaire pour encadrer cinq patients. En moyenne, les patients sortaient tous les deux mois.

A l'annexe psychiatrique de la prison de Saint-Gilles, l'équipe de soins proposait, en théorie, une activité le matin (peinture, thérapie de groupe, cinéma, jeux de société, lecture de journaux). L'après-midi, des intervenants extérieurs (psychologues, assistants sociaux, criminologues, membres d'associations financées par les Communautés flamande et française) pouvaient proposer d'autres activités. Patients internés et membres du personnel étaient d'avis qu'avec le transfert de l'annexe psychiatrique de la prison de Forest à celle de Saint-Gilles, les patients avaient gagné en confort matériel, mais ils avaient connu une diminution des activités proposées et une perte au niveau de la vie communautaire.

A l'annexe psychiatrique de la prison de Lantin, toutes les activités thérapeutiques, au moment de la visite, étaient suspendues dû au manque de personnel, touchant à la fois le personnel de soins et, dans une certaine mesure, le personnel de surveillance. Les patients passaient par conséquent jusqu'à 24 heures par jour en chambre (cellule).

160. Dans tous les établissements visités, les psychiatres avaient grand peine à faire hospitaliser des détenus en milieu hospitalier psychiatrique pour des soins aigus, ils devaient alors gérer des situations d'urgence et trouver des solutions de prise en charge au sein de l'établissement.

161. Les soins de médecine générale étaient assurés, dans les annexes psychiatriques, par le biais des structures médicalisées au sein des prisons, et à l'EDS de Paifve, par quatre médecins généralistes vacataires (chacun assurait une présence de deux heures par jour à tour de rôle).

162. Les délais de transferts en milieu hospitalier pour accéder à des soins somatiques spécialisés étaient souvent longs et l'organisation d'une extraction difficile à obtenir. C'était le cas des patients de l'EDS de Paifve qui étaient transférés soit au centre médico-chirurgical de la prison de Lantin ou au centre hospitalier universitaire de la Citadelle de Liège, sous réserve de place.

163. En conclusion, dans l'ensemble des établissements pénitentiaires visités, les effectifs du personnel de soins étaient largement insuffisants pour répondre aux besoins des patients internés et les programmes thérapeutiques destinés aux internés étaient appauvris. Si les soins de base étaient globalement assurés de façon correcte, les soins psychiatriques étaient largement inadéquats.

Par conséquent, le CPT recommande aux autorités belges de prendre sans délai les mesures nécessaires à l'EDS de Paifve et dans les annexes psychiatriques de Lantin et de Saint-Gilles afin:

- de garantir la présence effective d'une équipe de soins pluridisciplinaire complète comprenant les fonctions suivantes : psychiatre, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducateur, assistant social et infirmiers spécialisés en psychiatrie, en adaptant les effectifs au nombre de patients présents et en fonction des besoins réels ;
- qu'il soit établi pour chaque patient un plan de traitement individuel, mentionnant des objectifs et des moyens, comprenant un suivi psychiatrique, ainsi que des activités thérapeutiques et occupationnelles adaptées ;
- d'assurer une permanence infirmière de jour comme de nuit, tous les jours, y compris les weekends et les jours fériés, et d'instaurer un système d'astreinte pour les psychiatres ;
- de renforcer les mécanismes de coordination entre les membres de l'équipe de soins et de clarifier les lignes hiérarchiques ;
- que tout patient ayant fait l'objet d'une prescription médicamenteuse obtenue par téléphone soit examiné dès que possible par un médecin ;
- de s'assurer que la distribution des médicaments soit faite par du personnel de santé. En cas d'impossibilité, une liste de médicaments devant être distribués, en toutes circonstances, par le personnel de santé (comme les antipsychotiques ou la méthadone) devrait être établie.

En outre, il convient de trouver une solution dans l'annexe psychiatrique de la prison de Saint-Gilles afin de garantir le plein respect du principe de confidentialité médicale dans les locaux de l'équipe de soins.

d. moyens de contrainte

164. Dans tous les établissements pénitentiaires visités, il était fait recours à la mise en cellule d'isolement/cellule de punition des patients internés, à des fins d'observation, de gestion des patients agités, mais aussi à titre de sanction. Le placement à l'isolement était autorisé, selon les cas, soit par un psychiatre, soit par l'administration.

165. A l'annexe de la *prison de Lantin*, le placement à l'isolement était décidé par la direction selon le même protocole que pour les personnes en détention provisoire ou en exécution de peine. Le psychiatre n'était consulté qu'en cas de prolongation de la mesure, le plus souvent par téléphone.

166. A l'annexe psychiatrique de la *prison de Saint-Gilles*, le personnel de surveillance, avec l'aval de la direction, pouvait recommander un placement en isolement dans l'espace de séjour attribué à l'interné ou un enfermement en cellule de punition (autrement dit, à titre de sanction disciplinaire). Il y avait également au sein de l'annexe psychiatrique une cellule nue. Les patients pouvaient y être placés sur ordre de la direction ou du psychiatre.

167. La direction de l'*EDS de Paifve* distinguait la mise à l'isolement « disciplinaire » (généralement effectué dans l'espace de séjour du patient interné) de l'isolement de type « médical » (en cellule d'isolement). Dans le premier cas, la procédure disciplinaire ordinaire était suivie, à la différence près que la direction sollicitait l'avis de l'un des experts psychiatres de l'établissement. Il pouvait arriver que sur la base de l'avis de l'expert psychiatre, un patient interné ne soit pas sanctionné, notamment en cas d'incapacité de discernement. L'isolement « médical » était pratiqué, lui, sur ordre du psychiatre traitant, qui en informait la direction par courrier électronique. **Le CPT émet de sérieuses réserves quant à l'utilisation de l'isolement à titre de sanction disciplinaire en milieu pénitentiaire à l'encontre de personnes présentant des troubles psychiatriques ou de l'apprentissage. En outre, le Comité ne reconnaît en aucun cas de justification thérapeutique à l'isolement. Cette approche n'exclut pas que le psychiatre puisse avoir recours à la mesure d'isolement dans des cas bien spécifiques (par exemple, prévention d'un passage imminent à un acte auto- ou hétéro-agressif lorsque les autres moyens de contrôle n'étaient ni efficaces ni appropriés).**

Il convient par ailleurs de relever que quatre autres cellules d'isolement/de punition n'étaient plus utilisées, notamment suite à un incident survenu en 2013 et ayant abouti au décès d'un patient interné qui avait été placé dans l'une de ces cellules. **Le CPT souhaite recevoir des informations concernant l'avancée de cette affaire en justice.**

168. Les mesures d'isolement n'étaient pas toutes consignées au dossier du patient. Si cela était généralement le cas pour les mises à l'isolement pour raison disciplinaire, cela n'était pas systématique pour les autres types d'usage. En outre, à l'*EDS de Paifve*, l'information disponible dans les dossiers médicaux était incomplète et ne mentionnait ni clairement la date et l'heure du début de la mesure ni sa justification. Dans un cas, un délai de plusieurs jours a été relevé entre une mention d'un état compatible avec un retour en chambre individuelle et la levée effective de la mesure.

Dans la plupart des établissements, il n'y avait pas de registre spécifique réservé à la documentation de ces pratiques. Quand celui-ci existait, comme au complexe pénitentiaire de Bruges, l'information y figurant était incomplète.

169. La surveillance médicale des patients placés en isolement variait et était généralement lacunaire. Quand il existait des instructions concernant la nature de la surveillance, cela ne concernait que les placements disciplinaires.

A titre d'illustration, à l'*EDS de Paifve*, le dossier d'un patient interné placé en isolement pour raison dite « médicale », indiquait que celui-ci n'avait pas été vu quotidiennement par un médecin. Au moment de la visite, la mesure courait depuis plus de dix jours et il lui était prescrit une dose très élevée d'halopéridol.

Paradoxalement, dans les annexes psychiatriques, un patient interné en isolement pour raison disciplinaire recevait plus d'attention médicale. Ainsi, au complexe pénitentiaire de Bruges ou à la prison de Saint-Gilles, en cas de séjour en cellule de punition, le patient ou la patiente interné(e) recevait la visite quotidienne d'un médecin.

170. Les techniques de contrôle et l'utilisation de moyens de contention mécanique étaient en général inadaptées à la condition des patients internés dans les établissements visités. Les patients internés en état de crise et/ou violents étaient souvent maîtrisés par le seul personnel de surveillance, y compris par les membres casqués, équipés de boucliers et de protections, de l'équipe spéciale d'intervention de l'établissement. En effet, la présence d'un membre du personnel soignant n'était même pas autorisée dans certains cas. En outre, certaines techniques utilisées par les agents pénitentiaires pour maîtriser le patient interné en crise ou violent étaient clairement à proscrire : par exemple, un patient interné de la prison de Saint-Gilles a été immobilisé sur le ventre et menotté dans le dos afin que l'infirmier pratique une injection dépôt. En outre, il était souvent fait usage de menottes lors du transfert dans la cellule destinée à l'isolement et le patient interné pouvait parfois rester entravé dans la cellule d'isolement/de punition sans réelle justification, comme la délégation a pu le constater par elle-même au complexe pénitentiaire de Bruges.

Les prisons de Lantin et de Saint-Gilles comprenaient des cellules équipées de lits de type « sarcophage », avec attaches. Toutefois, il n'était apparemment pas fait recours à la contention mécanique avec l'aide de ces équipements. La section dédiée aux femmes internées à Bruges faisait sans doute office d'exception.⁶⁶ Le médecin pouvait autoriser l'immobilisation d'une patiente sur recommandation d'un infirmier, sans se déplacer pour l'examiner au préalable. Le maintien sous contention mécanique, réévalué toutes les 24 heures, se faisait sans surveillance continue organisée auprès du patient concerné.

171. A l'EDS de Paifve, la direction et les psychiatres se sont dit réticents à pratiquer des traitements médicamenteux sous contrainte en raison de la présence réduite des soignants et par conséquent du manque de surveillance clinique des patients. Cela se produisait donc rarement mais lorsqu'il y était fait recours, l'indication d'un traitement médicamenteux sous contrainte était en principe discutée en comité médical. Néanmoins, il était arrivé que les psychiatres prescrivent une injection intramusculaire sous contrainte par téléphone sans véritable examen médical par la suite.

Aux prisons de Lantin et de Saint-Gilles, lorsqu'un traitement sous contrainte était prescrit à un interné, l'accord de deux médecins était nécessaire. A la prison de Saint-Gilles, un patient était généralement transféré au centre médico-chirurgical situé au sein de l'établissement et placé en chambre d'isolement. Il existait un protocole de surveillance infirmière qui se limitait toutefois à un contrôle visuel toutes les heures et un médecin passait une à deux fois par jour. A la prison de Lantin, un psychiatre se rendait auprès du patient au moins une fois par jour mais la surveillance infirmière n'était pas spécifiée.

⁶⁶ Un registre faisait mention de 14 cas d'utilisation en 2016 (concernant six patientes) et de trois cas en 2017 (concernant deux patientes).

172. Le CPT recommande aux autorités belges de prendre des mesures visant à revoir en profondeur les protocoles en vigueur encadrant le recours aux pratiques d'isolement, aux moyens de contention mécanique et aux traitements médicamenteux sous contrainte visant les patients internés dans les établissements pénitentiaires. Ces protocoles doivent expliciter les éléments suivants : les circonstances dans lesquelles il peut être recouru à la mesure de contention, les objectifs visés par celle-ci, sa durée, la fréquence à laquelle elle doit être révisée, l'obligation de maintenir des contacts humains envers le patient, l'obligation d'une attention renforcée du personnel de soins, qui doit assurer une surveillance continue et directe auprès du patient.

Il est également primordial dans ce contexte qu'une approche axée sur les soins prévale : le personnel de soins devrait rester maître de la prise en charge lorsqu'il considère le recours à ce type de mesure indispensable, et ce afin d'assurer la continuité des soins. Dans ce contexte, il doit être clairement établi que l'isolement ou tout autre moyen de contention ne doit jamais être utilisé dans une optique punitive, ni être prolongé à cet effet. Dans ce contexte, il conviendrait de mettre fin au recours à l'isolement à titre de sanction disciplinaire, conformément à ce qui est par ailleurs pratiqué dans les autres établissements spécialisés dans la prise en charge des internés (voir le paragraphe 129 concernant le CPL de Gand).

Si le recours à l'isolement ou à un autre moyen de contention s'impose, l'intéressé doit être transféré au plus vite dans une structure médicalisée adaptée permettant une telle prise en charge.

173. Qui plus est, le CPT recommande à nouveau que tout recours à l'isolement ou à d'autres moyens de contention fasse l'objet, outre d'une mention dans le dossier du patient, d'une consignation dans un registre spécifiquement établi à cet effet comportant l'indication de l'horaire de début et de fin de la mesure, ainsi que celle des circonstances et du motif. Ce registre devrait également comporter un compte-rendu des blessures éventuelles subies par des patients ou des membres du personnel.

174. Concernant l'application de menottes ou de moyens analogues aux patients internés lors de transferts en chambre d'isolement, lorsque celle-ci est strictement nécessaire, des moyens limitant le risque de blessures sont à privilégier. L'utilisation de tels moyens doit être d'une durée la plus courte possible, et leur utilisation couplée à une mise à l'isolement ne saurait être justifiée. En cas d'immobilisation (même pour quelques minutes) en vue de l'injection d'un traitement médicamenteux sous contrainte, les patients internés doivent toujours être allongés sur le dos, les bras le long du corps et l'utilisation de menottes (chaînes ou entraves métalliques) est à proscrire.⁶⁷ Dans ce contexte, il est également renvoyé au paragraphe 116 concernant la formation des agents pénitentiaires en matière de techniques d'immobilisation.

⁶⁷ Voir également les normes du CPT relatives aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes ([CPT/Inf\(2017\)6](#)).

5. Garanties

a. garanties juridiques entourant la mesure d'internement

175. La nouvelle loi régissant l'internement raccourcit la durée de la période d'observation préalable à la décision initiale de placement ; celle-ci doit être prise sous deux mois, contre six précédemment. En outre, les nouvelles dispositions rendent à présent obligatoire une expertise psychiatrique potentiellement contradictoire avant la prononciation d'une mesure d'internement.

La décision d'internement ne doit être réexaminée qu'au minimum une fois par an par la chambre de protection sociale (CPS), mais de façon automatique, sans que, comme par le passé, l'institution accueillant l'interné n'ait à en formuler la demande.

Les décisions des CPS ne sont pas susceptibles d'appel. Seule subsiste la possibilité d'un pourvoi en cassation.

Le CPT relève que la réforme avait supprimé la présence d'un psychiatre au sein de ces chambres (celui-ci est remplacé par un assesseur spécialisé en psychologie clinique). Plusieurs interlocuteurs de la délégation se sont dits opposés à cette initiative, estimant qu'un psychologue n'est pas à même d'évaluer les traitements médicamenteux. **Le Comité souhaite recevoir les commentaires des autorités belges concernant ce point.**

176. Il est ressorti de la consultation des dossiers individuels des patients que, depuis l'entrée en vigueur de la loi, les réexamens ne se faisaient généralement que tous les ans, le minimum prévu par la loi. Les avis des CPS étaient correctement documentés et motivés. Les patients en détenaient généralement une copie. Ceux-ci ont également confirmé être présents et entendus lors des auditions des CPS qui se tenaient au sein des établissements, aux côtés de leur avocat.

Cela étant, **le CPT invite les autorités à augmenter la fréquence minimale de ces réexamens à deux par an.**

177. La délégation a observé des pratiques différentes concernant la préparation des rapports d'évaluation (avis), rédigés par les établissements accueillant des internés, à l'attention des CPS. Dans les annexes psychiatriques ainsi qu'à l'EDS de Paifve, ces rapports étaient rédigés par les experts-psychiatres du service psychosocial des établissements. Il y avait dans ces établissements une séparation nette entre les fonctions de psychiatre traitant et d'expert-psychiatre. En revanche, au CPL de Gand, les rapports étaient rédigés par une commission d'évaluation interne dont faisaient partie des membres des équipes de soins, notamment les médecins traitants du patient. Ces derniers cumulaient donc des fonctions de suivi thérapeutique et d'expertise.

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin que le psychiatre traitant du patient ne soit pas amené à établir le rapport circonstancié prévu par la loi dans le cadre du réexamen de la mesure d'internement dans les CPL, et ce afin de garantir la relation de confiance entre patient et thérapeute. Cette scission entre fonctions ne devrait en aucun cas exclure toute communication jugée utile entre médecins traitants et experts.

b. mécanismes de contrôle et de plainte

178. En ce qui concerne les mécanismes de contrôle, les membres des commissions de surveillance compétentes pouvaient se rendre à l'EDS de Paifve et dans les annexes psychiatriques et sections spécialisées des prisons visitées.⁶⁸

179. La direction du CPL de Gand a quant à elle mentionné plusieurs niveaux de surveillance : le parlement, un conseil de surveillance (contrôleur de Justice) et une commission de suivi composée des représentants des institutions de tutelle (SPF Justice, SPF Santé publique, Institut national d'assurance-maladie invalidité et Régie des Bâtiments).

En outre, un accord avait été passé avec les services de la communauté flamande pour évaluer la qualité des soins. Celle-ci avait effectué deux « audits » (un premier en novembre 2015, puis un « audit » de suivi en janvier 2017). En l'absence d'une grille d'évaluation spécifique à un centre de psychiatrie légale, les services d'inspection utilisaient celle utilisée pour un hôpital psychiatrique. Leurs membres s'étaient entretenus avec les patients sans témoin. La délégation a pu constater que la direction du CPL avait introduit plusieurs mesures en réponse à certains points relevés au cours de la première inspection.

Le Comité souhaite recevoir des précisions quant aux différents mécanismes de contrôle (mode de fonctionnement, fréquence, rapports), ainsi que sur les moyens offerts aux patients internés en centre de psychiatrie légale, pour s'adresser à ces instances en toute confidentialité.

180. Pour ce qui est des mécanismes de plaintes, la visite n'a pas permis d'identifier, dans les établissements visités, de mécanismes permettant aux patients de communiquer leurs griefs directement, de manière individuelle et confidentielle, à la direction ou d'autres instances internes. Dans les établissements pénitentiaires, la pratique décrite était la transmission, par l'intermédiaire des agents de surveillance, de « billets » à l'attention du personnel de soins ou des membres de la direction.

La constitution d'une assemblée de patients au CPL de Gand et la désignation à l'EDS de Paifve de patients « délégués » offraient la possibilité de faire remonter les doléances aux membres de la direction. L'aspect participatif de ces mécanismes est intéressant et à encourager. Ceux-ci n'assurent pas, en revanche, la confidentialité nécessaire à la formulation de plaintes individuelles en interne et ne sauraient remplacer les possibilités de s'adresser directement à la direction des établissements.

Le CPT recommande que des mesures soient prises afin qu'une structure formelle de recueil interne de plaintes soit mise en place et qu'un accès confidentiel à une autorité appropriée soit assuré. Cela pourrait prendre la forme de boîtes aux lettres spéciales sécurisées installées dans des endroits de passage mais néanmoins discrets. Le CPT recommande notamment aux autorités d'envisager qu'au CPL, les patients, dont la plupart d'entre eux avaient accès à des moyens de communication dans leur chambre, aient la possibilité de contacter directement des membres de l'équipe dirigeante.

⁶⁸ Voir les paragraphes 100 à 102 concernant les commissions de surveillance.

181. En ce qui concerne les mécanismes externes de plainte, les patients internés du CPL ou en milieu pénitentiaire avait la possibilité de s'adresser aux services des médiateurs fédéraux. En ce qui concerne les établissements pénitentiaires, il est renvoyé également aux paragraphes 100 et 101 en ce qui concerne les nouvelles fonctions liées au traitement des plaintes officielles.

ANNEXE I

Liste des établissements visités

Etablissements de police

Commissariat central de la police locale de Bruges
Commissariat central de la police locale de Gand
Commissariat central de la police locale de Liège
Commissariat central de la police locale de Tournai
Poste de la police fédérale des chemins de fer de la Gare ferroviaire de Liège-Guillemins

Etablissements pénitentiaires

Complexe pénitentiaire de Bruges
Prison de Lantin
Prison de Leuze-en-Hainaut
Prison de Saint-Gilles

Etablissements spécialisés dans la prise en charge des patients faisant l'objet d'un internement

Centre de psychiatrie légale de Gand
Etablissement de défense sociale de Paifve

Autres

Quartier cellulaire du bâtiment « Portalis » - Palais de Justice de Bruxelles (dont la surveillance est assurée par du personnel de police)
Quartier cellulaire du Palais de Justice de Bruxelles (dont la surveillance est assurée, pour l'essentiel, par le corps de sécurité du SPF Justice).

ANNEXE II

Liste des autorités, instances et organisations rencontrées par la délégation

A. Autorités

SPF Intérieur

Eddy Baelemans	Directeur sécurité et justice auprès du cabinet du ministre de la Sécurité et de l'Intérieur
Olivier Pire	Officier de liaison de la Police fédérale au sein du Secrétariat Administratif et Technique du ministre de la Sécurité et de l'Intérieur
Claude Fontaine	Directeur général de la direction générale de la police judiciaire de la police fédérale (DGJ)
Luc Ysebaert	Directeur général a.i. de la direction générale de la police administrative de la police fédérale (DGA) et Directeur coordonnateur administratif (Dirco) pour l'arrondissement de Bruxelles-Capitale
Saad Armrani Idrissi	Conseiller au sein du cabinet de la Commissaire générale de la police fédérale
Claude Passchier	Chef du département "Maitrise de la violence" de l'Académie Nationale de Police (ANPA)
Valérie Keuterickx	Conseillère juriste au sein du cabinet de la Commissaire générale de la police fédérale
Sophie Magerotte	Conseillère juriste au sein de la DGJ
Geert De Vulder	Conseiller Appui stratégique au sein de l'administration de l'Office des Etrangers
Tom Kersemans	Conseiller Retour au sein du Cabinet du Secrétaire d'Etat à l'Asile et à la Migration

SPF Justice

Koen Geens	Ministre de la Justice
Yves Van Den Berge	Cabinet Justice, Directeur-adjoint
Nele Staessens	Cabinet Justice, Conseillère Cellule stratégique
Kristel Stouffs	Cabinet Justice, Conseillère Cellule stratégique
Rudy Van de Voorde	Détaché Cabinet Justice, Directeur conseiller général de Saint-Gilles
Emmanuel Lerno	Cabinet Justice, Conseiller Cellule stratégique
Werner Vanhout	Conseiller-général Service Psychosocial, Direction générale des Etablissements Pénitentiaires
Laurent Sempot	Management Support et point de contact CPT pour Service Psychosocial, Direction générale des Etablissements Pénitentiaires
Elsa Van Herck	Chef de service Appui, Bâtiment et Sécurité, Direction générale des Etablissements Pénitentiaires

SPF Santé publique

Mathilde Steenbergen	Conseillère
Paul De Bock	Conseiller-général, Chef de Service Soins de Santé psychosociaux
Pierre-Jean Cornu	Coordinateur du Trajet de Soins Internés pour la Cour d'appel de Mons
Vincent Lefebvre	Attaché Direction générale Soins de Santé/ Soins de Santé Psychosociaux

Communautés

Sophie Vilain XIII	Attachée Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la Santé, Direction des Soins Hospitaliers, Service public de Wallonie
Nancy Bleys	Conseillère justice, Cabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Communauté flamande

B. Instances indépendantes

Médiateurs fédéraux

Catherine De Bruecker Médiateur fédéral

Guido Herman Médiateur fédéral

Comité permanent de contrôle des services de police (Comité P)

Inspection générale de la police fédérale et de la police locale

Conseil central de surveillance pénitentiaire

Centre fédéral Migration (Myria)

Centre interfédéral pour l'égalité des chances (Unia)

C. Organisations non gouvernementales

Défense des Enfants (DEI-Belgique)

Jesuit Refugee Service (JRS-Belgique)

Liga voor mensenrechten

Ligue des droits de l'homme

Observatoire international des prisons (OIP) – section Belgique

D. Autres organisations

Associations de chefs d'établissements pénitentiaires

Association des directeurs de prisons francophones

Federatie van Vlaamse Gevangenisdirecteurs

Organisations syndicales

Confédération des syndicats chrétiens de Belgique (CSC / ACV)

Fédération Générale du Travail de Belgique - Centrale générale des services publics (CGSP / ACOD)

Syndicat libre de la fonction publique (SLFP / VSOA)

Sypol-Epi