

INTERNEMENT PÉNAL : L'AUTONOMIE COMME CRITÈRE DE SORTIE

Publié le 13 janvier 2026



par Camille Stassart

[En Belgique, environ 4 000 personnes font l'objet d'un internement psychiatrique pénal](#). Cette mesure, décidée par un juge, s'applique lorsqu'un individu a commis un crime ou un délit portant atteinte – ou menaçant de porter atteinte – à l'intégrité physique ou psychique d'autrui, et qu'il présente un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou le contrôle de ses actes. Un risque de récidive doit également être établi.

Dans sa thèse menée entre 2019 et 2025 à l'UCLouvain Saint-Louis Bruxelles, Sophie De Spiegeleir s'est intéressée à la préparation à la sortie de l'internement. Qu'attend-on de ces personnes, en vue de leur réinsertion sociale ? Et comment leur retour dans la société est-il envisagé ?

Une mesure orientée vers la réinsertion

A la différence d'une peine de prison, dont la durée est fixée, l'internement est une mesure de sûreté sans limite dans le temps. « Sur le billet d'écrou, on note d'ailleurs l'année "9999" », signale Sophie De Spiegeleir, aujourd'hui chargée de recherches [FNRS](#) au [Centre d'études et de recherches en anthropologie, sociologie et psychologie](#). Mais l'absence de durée précise ne signifie pas que la réinsertion n'est pas envisagée. Au contraire, l'internement s'articule autour d'un trajet de soins visant à dispenser les traitements nécessaires en vue d'un retour dans la société.

« Ce trajet de soins peut toutefois être long ». Durant ce parcours, l'individu passera généralement par différentes institutions, aux niveaux de sécurité variables. « Il est ainsi possible de rester plusieurs années dans des structures hautement sécurisées, puis encore quelques années en libération à l'essai dans des institutions de moyenne sécurité, puis de faible sécurité, jusqu'à la libération définitive. »

Un regard sur le quotidien des UPML

Dans son étude, la chercheuse part du constat que le principal critère pour évaluer les perspectives de réinsertion de la personne internée est son autonomie. « J'ai donc tenté de comprendre précisément ce que recouvrait ce concept. »

Pour cela, elle a mené plusieurs entretiens et, surtout, réalisé plus de 200 heures d'observation au sein de deux unités psychiatriques médico-légales (UPML). Des structures moyennement sécurisées, que l'on trouve dans certains hôpitaux psychiatriques. « L'idée était de déterminer ce que les professionnels de la santé entendent par "autonomie", comment ils l'évaluent, et quelles pratiques d'intervention sont mises en place pour rendre les patients plus autonomes. »

La triple dimension de l'autonomie

De ce travail de terrain, elle montre que l'autonomie attendue par les soignants se décline en 3 axes : l'indépendance, soit la capacité de se débrouiller seul (se laver, préparer ses repas, gérer son réveil, etc.) ; la socialisation, soit la capacité à établir et à maintenir de bonnes relations avec autrui ; et la responsabilité morale. « Ce dernier point est le plus saillant. On attend du patient qu'il reconnaisse les actes commis, identifie l'existence d'une éventuelle victime, et cherche à réparer ses fautes. »

S'il satisfait à ces trois variables, ses chances de réinsertion sont jugées favorables par les équipes. Dans le cas contraire, il sera considéré comme plus à risque de récidive, et donc potentiellement dangereux. Cela peut poser question, car on s'éloigne de la sphère du soin : « l'autonomie évaluée par les professionnels intègre dans ce cas une dimension morale, fondée sur la distinction entre le bien et le mal. L'hôpital se retrouve, en quelque sorte, à endosser le rôle de garant de normes pénales. »

Contraindre à l'autonomie

Les pratiques d'intervention des soignants visent à guider vers cette autonomie prescrite. « Elles consistent surtout à faire intégrer des règles de fonctionnement de l'UPML, très régulé : heures fixes de réveil, de prise de médicaments, de repas, de couvre-feu... ainsi que l'obligation de participer à certaines activités. » La difficulté est que les personnes internées dans ces unités n'ont pas choisi d'être là. Les convaincre de respecter ces règles est donc rarement possible. Les professionnels ont alors recours à des formes de contrainte pour orienter les comportements.

« Prenant appui sur les [travaux de l'anthropologue française Anne Lovell](#), on peut citer le volontarisme contraint, qui repose sur une logique de privation. Par exemple, si un patient refuse de prendre ses médicaments, on peut lui présenter deux options : les prendre, ou être privé de sortie. L'adhésion utilitaire, à l'inverse, fonctionne par récompense. J'ai aussi observé des formes de "ruses", comme fermer les portes des chambres pour éviter que les patients ne passent la journée au lit, et ainsi les inciter à participer aux activités prévues (cuisine, sport...). »

Des professionnels sous pression

Il ressort de l'étude que le contexte social influence aussi ces pratiques. La société actuelle n'entend plus enfermer des individus pendant des décennies et veut privilégier des formes d'accompagnement hors des murs hospitaliers. « Dans cette optique, le trajet de soins doit être fluide. Or, il y a des embouteillages à tous les niveaux. Les lieux d'internement sont tellement saturés que certains attendent une place en prison. »

Idéalement, les personnes faisant l'objet d'une mesure d'internement ne devraient pas y être envoyées. Mais dans les faits, elles sont souvent placées à titre temporaire dans l'une des 8 annexes psychiatriques que comptent les prisons belges. « Pourtant, ces annexes ne sont pas toujours adaptées pour prendre en charge efficacement ces personnes. Surtout, la loi ne définit pas ce que "temporaire" signifie. Certains y restent des années, alors même qu'ils ne sont pas condamnés ! ». Le phénomène prend d'ailleurs de l'ampleur : [en 2024, 1 009 étaient internés en milieu pénitentiaire, contre 529 en 2018.](#)

« Les soignants se retrouvent donc pris en étau entre faire sortir suffisamment vite pour accueillir ceux qui attendent, tout en évitant de libérer ceux qui ne sont pas assez autonomes.»

Pour Sophie De Spiegeleir, il est finalement nécessaire d'examiner de plus près les décisions judiciaires d'internement elles-mêmes, un champ encore largement ignoré. « Pourquoi leur nombre augmente-t-il ? Interne-t-on plus qu'avant ? Qui est concerné ? Et surtout, quel est l'impact réel du dispositif ? Le taux de récidive après internement est très peu connu. On ignore donc si le système fonctionne.»