

LA PRIVATION DE LIBERTÉ DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL EN BELGIQUE : UN DOUBLE RÉGIME

[Yves Cartuyvels](#), [Sophie De Spiegeleir](#)

Université Saint-Louis - Bruxelles | « [Revue interdisciplinaire d'études juridiques](#) »

2022/1 Volume 88 | pages 75 à 102

ISSN 0770-2310

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2022-1-page-75.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Université Saint-Louis - Bruxelles.

© Université Saint-Louis - Bruxelles. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime¹

Yves CARTUYVELS

Professeur ordinaire à l'Université Saint-Louis – Bruxelles
et

Sophie DE SPIEGELEIR

Doctorante à l'Université Saint-Louis – Bruxelles

Résumé

La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental connaît un double régime en Belgique. Un régime « civil », d'une part, encadré par la loi du 26 juin 1990, prévoit la privation et la restriction de liberté des personnes reconnues malades mentales qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui. Un régime « pénal », d'autre part, encadré par la loi du 5 mai 2014, prévoit lui aussi la privation ou la restriction de liberté des auteurs d'infraction pénale reconnus atteints d'un trouble mental. Proposant une approche historique de l'élaboration du cadre sociojuridique de ce double dispositif de prise en charge, la présente contribution aborde ensuite les enjeux de la privation de liberté sous le prisme des droits fondamentaux, se basant sur deux textes internationaux : la Convention Européenne des droits de l'homme et la Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées. Enfin, une troisième partie propose un regard plus empirique sur les questions que soulève la privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental dans la pratique, en analysant inter alia la tendance à la désinstitutionnalisation qui traverse les deux régimes.

Abstract : The deprivation of liberty of persons with a mental disorder in Belgium : a double legal system

The deprivation of liberty of persons suffering from a mental disorder knows a double-track legal system in Belgium. A « civil » regime, on the one hand, framed by the Act of June 26, 1990, provides for the deprivation and restriction of liberty of persons recognized as mentally ill who present a danger to themselves and to others. A "criminal" regime, on the other hand, framed by the Act of May 5, 2014, also provides for the deprivation or

¹ Cette contribution s'inscrit dans le cadre d'un projet d'Action de Recherche Concertée (ARC) « AutonomiCap », mené à l'Université Saint-Louis – Bruxelles (2019-2023).

restriction of liberty of perpetrators of criminal offenses recognized as having a mental disorder. We first propose a historical approach to the development of the socio-legal framework of this dual legal system. This contribution then addresses the issues of deprivation of liberty under the prism of fundamental rights, basing itself on two international texts : the European Convention on Human Rights and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Finally, this contribution also offers a more empirical look at the issues raised by the deprivation of liberty of persons with a mental disorder in practice. Among other things, we analyze the trend towards deinstitutionalization that affects both regimes.

La privation de liberté de personnes atteintes d'un trouble mental connaît une double voie en Belgique. Dans le premier cas, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux envisage des mesures de protection privatives (ou restrictives) de liberté à l'égard de personnes atteintes d'un trouble mental qui représentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans le deuxième cas, une loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes règle la privation, ou ici encore la restriction, de liberté des auteurs d'infraction pénale reconnus atteints d'un trouble mental.

La première loi « civile » de 1990, déjà ancienne, soulève relativement peu de discussions et a été peu étudiée empiriquement. La loi « para-pénale » de 2014 est, à l'inverse, le fruit d'une réforme mouvementée qui fait suite à plusieurs condamnations récentes de l'État belge par la Cour Européenne des droits de l'homme. La Belgique a été amenée à modifier un régime légal d'internement dont les fondements remontaient au début du XIX^e siècle mais aussi à créer de nouvelles structures de prise en charge plus orientées sur le soin et la réintégration sociale. On rappellera ici que si dans les filières civile et pénale, un régime factuel « d'internement » au sens d'une privation de liberté est régulièrement de mise, le terme lui-même n'est utilisé que pour qualifier le régime applicable aux auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental (volet pénal). Pour ce qui est du volet « civil », on s'en tiendra à la terminologie légale qui parle de « protection des malades mentaux ».

L'objectif de cette contribution est double : d'une part, faire le point sur le cadre sociojuridique de ce double dispositif de prise en charge, en éclairant ses sources, ses évolutions et ses grandes lignes à l'heure actuelle (1), notamment à l'aune de leur conformité au droit des droits fondamentaux (2). D'autre part, mettre l'accent sur un certain nombre de

tensions et d'évolutions repérables dans les pratiques de la prise en charge des malades mentaux et des internés pour en repérer les logiques de fond (3).

1. La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime juridique

En Belgique, la privation de liberté des « aliénés » est envisagée sous domination française dès le Code civil de 1804, lequel ne fait pas la distinction entre les aliénés, qu'ils soient délinquants ou non. La *protection juridique des malades mentaux* va connaître une évolution par étapes, marquant le passage progressif d'un régime familial à un régime médico-administratif, avant d'être marquée par un retour du droit à l'aube du XXI^e siècle (A). À partir de 1930, la volonté de défendre la société contre les aliénés criminels débouche sur un régime de prise en charge distinct. *L'internement de défense sociale* sera également réformé de manière substantielle dès le début du XXI^e siècle, pour faire ici aussi une place plus importante au droit mais aussi remédier aux insuffisances du soin (B).

A. La protection juridique de la personne des malades mentaux : entre médecine et droit

1. La prise en charge des aliénés : un système à dominante médico-administrative (1804 - 1990)

Au début du XIX^e siècle, le sort réservé aux aliénés, qu'ils soient criminels ou non, est réglé par des dispositions diverses, disséminées au sein des codes civil et pénal, des lois communale et provinciale. Le Code civil de 1804 conférait toutefois au conseil de famille ou, à titre subsidiaire, à l'autorité communale, le pouvoir de décider le *placement provisoire* d'un aliéné dans une maison de santé ou un hospice, dans l'attente d'une décision judiciaire d'incapacité. En 1836, l'article 95 de la loi communale permettra à l'autorité communale d'ordonner la *séquestration définitive*, sous le contrôle *a posteriori* du juge de paix ou du parquet². À cette époque, l'enfermement ne fait guère de place ni aux instances médicales ni aux autorités judiciaires³.

² C. ALEXANDER et S. GUTWIRTH, « Pendelbeweging of sciïnbewegingen ? De dwangopname van geesteszieken in evolutief perspectief », in C. ALEXANDER et S. GUTWIRTH, *Te gek voor recht ? De geesteszieke tussen recht en psychiatrie*, coll. Tegenspraak Cahier (n°17), Gent, Mys & Breesch, 1997, p. 45.

³ M. VAN DE KERCHOVE, « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? », in *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit ?*, J. Gillardin (dir.), Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis, 1985, p. 22.

Ce système, *de facto* laissé aux mains des autorités administratives, est réformé par une loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, qui vise à mieux défendre la sécurité publique, protéger les libertés individuelles et améliorer les soins proposés aux aliénés⁴. La loi prévoit une mesure de *séquestration à domicile*, qui suppose l'avis de deux médecins et une décision du juge de paix, et une *mesure de collocation*. Celle-ci peut être prise soit par le Conseil de famille, sur la base de l'interdiction judiciaire préalable de l'aliéné (art. 7, 1°), soit par une autorité administrative au nom de la sécurité publique⁵. La mesure, qui suppose désormais la production préalable d'un certificat médical constatant l'état mental de la personne (art. 8), reste administrative et ne fait intervenir le pouvoir judiciaire qu'en cas de recours (art.17).

À partir des années 1960, les limites d'un système à dominante médico-administrative sont critiquées. Le pouvoir prépondérant du médecin⁶, l'absence de débat contradictoire et la faible présence des autorités judiciaires posent question dans un régime de privation de liberté, ce que la Cour européenne des droits de l'homme souligne à propos de régimes d'hospitalisation forcée similaires dans des pays voisins⁷. On dénonce également les effets pratiques d'un modèle de prise en charge qui débouche sur des privations de liberté de longue durée qui rendent difficile toute forme de réinsertion sociale⁸. Si un premier mouvement de désinstitutionnalisation encourage le transfert de patients malades mentaux vers des services plus « ouverts »⁹, il se heurte aux lacunes du suivi

⁴ Projet de loi sur le régime des aliénés, *Doc. Parl. Chambre*, sess. Ord., 1848-1849, n°215, p. 4.

⁵ Sur ce point, voy. G. BENOIT, « La collocation, la séquestration à domicile et l'imagination jurisprudentielle », in *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit*, op. cit., supra note 3, p. 164-167.

⁶ M. DE CLERCQ et P. HOYOIS, « La nouvelle loi du 26 juin 1990 : des mesures de collocation aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, G. Benoît, I. Brandon et J. Gillardin (dir.), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 54 : « La loi de 1850 donnait une place essentielle au bourgmestre. Place que ce dernier n'occupait guère. Le bourgmestre suivait, dans la plupart des cas, l'avis du médecin (...). Seule, finalement, la décision du médecin avait force de loi ».

⁷ Cour eur. D.H., *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73, 24 octobre 1979 ; Cour eur. D.H., *Ashingdane c. Royaume-Uni*, n° 8225/78, 28 mai 1985.

⁸ L. CASSIERS, « Les bases psychiatriques de la collocation », in *Malades mentaux : Patients ou sujets de droit ?*, op. cit., supra note 3, p. 8-9.

⁹ M. VAN DE KERCHOVE, « Mise en perspective historique de la prise en charge judiciaire des malades mentaux », in *Malades mentaux, Justice et libertés, renverser l'entonnoir ?*, Y. Cartuyvels et I. de Viron (dir.), coll. Mental idées, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mental, 2012, p. 8. ; M.-T. FOUREZ, « Le malade mental, sujet de droit en protection de la personne et en internement », in *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?*, I. Brandon et Y. Cartuyvels (dir.), coll. Loi et Société, Bruxelles, La Charte, 2004, p. 155 .

ambulatoire en milieu ouvert et se solde régulièrement par des réintégrations en milieu asilaire fermé¹⁰.

2. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux : entre soin et retour du droit

(a) *Ratio legis* de la loi : d'un modèle médical à un modèle judiciaire

Lacunes en droit, volonté d'accroître la place faite du soin dans un système trop marqué par son pôle sécuritaire et intérêt pour un mode d'intervention en milieu ouvert favorisent une nouvelle réforme du régime.

Si un premier projet de loi de 1969 maintient encore la primauté du modèle médical¹¹, la *loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux* introduit un nouveau partage de pouvoir entre juges (de paix) et médecins dans un dispositif soucieux de mieux respecter les droits fondamentaux¹², de faire une place plus importante au soin et de questionner une politique de placement en institution peu attentive aux besoins thérapeutiques de la personne¹³.

La loi de 1990 limite la restriction de liberté d'une personne malade mentale aux mesures qu'elle prévoit, sous réserve de l'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes (art. 1 de la loi). Elle exige, pour que soit imposée une mesure de protection, la réunion de trois conditions : la personne est « malade mentale » et son état requiert une mesure de protection ; elle met gravement en péril sa santé et sa sécurité et/ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ; il n'existe pas d'« autre traitement approprié » (art. 2). La loi ne se risque pas ici à définir la notion de « maladie mentale »¹⁴, laissant aux acteurs de

¹⁰ M. VERRYCKEN, G. BAETEMAN, H. CASMAN et S. DE MEUTER, *Het nieuwe statuut van de (gesestes)zieken : wetten van 1990-1991*, Antwerpen, Story-Scientia, 1992, p. 3.

¹¹ *Ibidem*.

¹² La loi sera notamment soucieuse de respecter l'arrêt de la Cour eur. des droits de l'homme *Winterwerp c. Pays-Bas* de 1979.

¹³ M. VERRYCKEN, G. BAETEMAN, H. CASMAN et S. DE MEUTER, *Het nieuwe statuut van de (gesstes)zieken : wetten van 1990-1991*, *op. cit.*, *supra* note 10, p. 3. ; I. HACHEZ, Y. CARTUYVELS et O. NEDERLANDT, « Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental », in *Les grands arrêts en matière de handicap*, I. Hachez et J. Vrielink (dir.), Bruxelles, Larcier, 2020, p. 758.

¹⁴ La loi précise toutefois, en son article 2, al. 2, que « l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale ».

terrain le choix de se saisir de la notion en fonction des instruments disponibles¹⁵, pas plus que celle de « dangerosité ».

Si les conditions sont réunies, deux mesures sont envisagées : la mise en observation (et son maintien) et une mesure de postcure et de soins en milieu familial.

(b) La mesure de mise en observation et son maintien

La mesure de « mise en observation », qui peut avoir lieu via une procédure ordinaire (art. 5 à 8) ou en recourant à une procédure d'urgence (article 9). Dans la procédure ordinaire, c'est le juge de paix qui accepte ou refuse la demande de mise en observation, après avoir entendu en audience publique le malade, son avocat, et « si possible » d'autres personnes concernées (art. 5). La requête adressée au juge de paix peut l'être par toute personne intéressée et doit être accompagnée d'un « rapport médical circonstancié » (art. 5, § 2), rédigé par un médecin. La décision peut faire l'objet d'un recours en appel (non suspensif) devant le tribunal de la famille (art. 30).

Dans les faits le recours à la procédure ordinaire est plutôt rare¹⁶ et la grande majorité des décisions de mise en observation se produit *via* la procédure d'urgence. Dans ce cas de figure, c'est le procureur du Roi qui, qu'il se saisisse d'office, – ou qu'il soit saisi par une personne intéressée, peut décider de la mise en observation, pour autant qu'il dispose d'un rapport médical circonstancié justifiant l'urgence (art. 5 et art. 9). Si le procureur n'est pas tenu par l'avis positif du médecin (en principe un psychiatre), il ne peut par contre ordonner la mesure, si le médecin conclut à l'absence de sa nécessité. En cas d'extrême urgence, le procureur peut prendre immédiatement une décision sans l'avis du médecin, mais devra motiver l'impossibilité du recours à cet avis¹⁷. Dans les vingt-quatre heures, le procureur informe de sa décision les différentes parties, dont le juge de

¹⁵ Ils peuvent, par exemple, se baser sur des instruments de référence en la matière, tel que le DSM-V (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association Américaine de Psychiatrie) publié aux USA en 2013.

¹⁶ Les raisons en seraient la difficulté de convaincre le patient de se présenter chez le médecin et le juge, les réticences des médecins à procéder à un rapport mettant en danger la relation thérapeutique, la crainte des familles de se porter partie requérante incluant l'entourage de la personne mais aussi des lieux « dans lequel le malade se sent comme dans sa famille (communauté thérapeutique, habitation protégée, etc. »), voy. S. LEISTEDT, « La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine », *Revue médicale de Bruxelles*, vol. 34, 2013, n°4, p. 380-387.

¹⁷ K. ROTTHIER et M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geestesziekte : handleiding bij de wet Persoon Geesteszieke*, Brugge, Die Keure, 2012, p. 88.

paix compétent, la personne concernée et le directeur de l'établissement (art. 9). À partir de ce moment, la procédure ordinaire décrite ci-dessus suit son cours. Dès lors que cette procédure d'urgence est devenue la règle, certains estiment que la pratique de la mise en observation n'est pas conforme à l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), dans la mesure où la décision de placement ne fait pas l'objet d'un contrôle juridictionnel préalable, ce qui ne peut être admis que dans des cas exceptionnels¹⁸.

La période de mise en observation est limitée à quarante jours. Elle peut prendre fin avant-terme, par une décision du juge compétent, du procureur du Roi ou du médecin-psychiatre (art.12). Elle peut également être prolongée à l'issue des 40 jours par une mesure de « maintien de l'hospitalisation » de la personne dans un service psychiatrique si l'état de la personne le justifie et pour une durée maximale de deux ans, qui peut à son tour être prolongée pour une autre période de deux ans maximum (art. 13 et 14). Seul le juge compétent peut décider de la mesure de maintien, après rapport circonstancié du médecin-chef de l'établissement attestant de sa nécessité.

(c) Postcure et soins en milieu familial : favoriser le soin en milieu ouvert

À la différence de la législation antérieure, la loi de 1990 entérine aussi le mouvement de désinstitutionnalisation que connaît la psychiatrie depuis le milieu du XX^e siècle et introduit le principe de soins « en dehors de l'hôpital » dans deux cas de figure.

En cas de mesure de « maintien de l'hospitalisation » tout d'abord, le médecin chef de service peut décider à tout moment, avec l'accord de l'intéressé, une mesure de *postcure* « en dehors de l'établissement » pour une durée d'un an. Cette modalité alternative de la mesure de maintien vise à favoriser la réintégration progressive du malade mental dans la société, sous contrôle et avec continuation de soins (art.16). En cours d'exécution, le médecin peut même mettre fin à la mesure de postcure, tout comme il peut au contraire ordonner la réintégration de la personne dans son institution de départ si besoin est (art. 17). Le médecin peut encore, durant le maintien, décider le transfert du patient vers un autre service psychiatrique (art. 18) ou décider de mettre fin à la mesure (art. 19). Dans ces divers cas, la décision est prise par le médecin, avec information du juge de paix (sauf dans le cas

¹⁸ M. VERRYCKEN, « Procedurele waarborgen bij dwangopname van een psychiatrische patient », in *Liber amicorum E. Krings*, Bruxelles, Story-Scientia, 1991, p. 907-920.

visé à l'article 18, où le médecin décide en accord avec le médecin de l'autre service, sans devoir informer le juge de paix).

La loi prévoit également que la mesure de protection puisse se dérouler d'entrée de jeu « en milieu familial », lorsque la privation de liberté ne se justifie pas. La personne peut alors être confiée à « une famille » – terme à entendre au sens large¹⁹ – sous le contrôle d'un médecin (art. 23). La décision est prise par le juge de paix, sur réquisition écrite accompagnée d'un rapport médical circonstancié, dans le respect du contradictoire et avec possibilité pour le malade mental d'interjeter appel de la décision. D'une durée de 40 jours, la mesure peut être prolongée pour une période de deux ans (art. 24 §1^{er}, 24 §3 et 25 §1). S'il l'estime inadéquate, le juge peut modifier la mesure ou ordonner une mise en observation dans un service psychiatrique, en prenant appui sur l'avis du médecin traitant (art. 29).

La loi de 1990 a fait l'objet ces dernières années d'une double critique. D'une part, si la judiciarisation a incontestablement rééquilibré les rapports entre médecins et acteurs judiciaires à l'entrée dans le système protectionnel, renforçant le statut de sujet de droit du malade mental, le pouvoir médical reste largement souverain au stade de l'exécution des mesures, notamment lorsqu'il s'agit de la mise en observation et de son maintien. Pour certains, le pouvoir laissé au(x) médecin(s) et la faiblesse du contrôle juridictionnel sur cette phase met la législation belge en défaut en regard de l'article 5, al. 4 de la CEDH qui prévoit un contrôle judiciaire régulier de la privation de liberté et de ses modalités²⁰. D'autre part, la volonté de désinstitutionnalisation affichée par la loi de 1990 est longtemps restée un vœu pieux : la mesure de soins en milieu familial aurait eu peu de succès, les risques qu'elle comporte freinant les juges de paix et les médecins *de facto* co-responsables de son édicition²¹. Toutefois, la réforme récente des soins en santé mentale, la « réforme 107 » pourrait changer la donne, avec la création de circuits et de réseaux de soin, renforçant le maillage des intervenants en milieu ouvert et la possibilité de prise en charge mobile (voyez point 3, A, 2.)

¹⁹ Le terme « famille » inclut l'entourage de la personne mais aussi des lieux dans lesquels « le malade se sent comme dans sa famille (communauté thérapeutique, habitation protégée, etc.) ». S. LEISTEDT, « La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine », *op. cit.*, note 16, p. 385.

²⁰ E. D'HOEST, « De rechterlijke controle in de wet op de bescherming van de persoon geesteszieke en de impact van artikel 107 Ziekenhuiswet », *Journal des juges de paix/Tijdschrift van de Vrederechters*, 2013, n° 7-8, p. 364-367.

²¹ M. MOSSELMANS, G. STEGEN et G. BENOIT, « Voorstellen tot verbetering van de wet », in *De bescherming van de persoon van de geesteszieke : ethische, medische en juridische perspectieven*, G. Benoit *et al.* (dir.), Brugge, Die Keure, 2010, p. 236-237.

B. L'internement des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental : entre soin et sécurité

1. L'internement des aliénés délinquants : aux sources de la loi de défense sociale de 1930

L'évolution qu'a connue l'internement pénal apparaît assez similaire, dans ses principes, à celle relatée pour la loi « civile » de 1990. L'article 71 du Code pénal belge de 1867 faisait de la démence une cause de non imputabilité et l'auteur d'une infraction reconnu pénalement irresponsable faisait l'objet d'une prise en charge médico-administrative. Si l'aliénation mentale était moindre, l'aliéné bénéficiait d'une circonstance atténuante et d'une peine plus légère.

Dès la fin du XIX^e siècle, ce système est dénoncé au motif qu'il ne protège pas la société contre des délinquants « défectueux » considérés comme « dangereux ». Le législateur décide alors de compléter l'article 71 du Code pénal par une loi de défense sociale du 9 avril 1930 à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. Cette loi, fille du courant de la défense sociale et des théories de l'École positive italienne, introduit un régime d'internement à durée indéterminée pour l'aliéné criminel qui, au moment du jugement, se trouve dans un état de démence ou dans un « état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1^{er}). L'internement suppose aussi, condition introduite par la jurisprudence, qu'il soit porteur d'un danger social²².

Dès l'origine, la mesure vise à défendre la société contre des « individus dangereux », tout en leur prodiguant des soins de nature à favoriser leur réintégration dans la société²³. Oscillant entre soin et sécurité, elle débouche sur une privation de liberté dans des Établissements de défense sociale mais aussi dans des annexes psychiatriques de prison dont ce n'est pas la vocation²⁴. Partiellement réformée en 1964²⁵, la loi de défense sociale n'échappe pas à la logique sécuritaire qui la porte depuis ses débuts²⁶. Maintien des internés dans un cadre carcéral, violation des

²² Cassation belge, 8 novembre 1983, *Pasicrisie*, 1984, I, p. 260.

²³ Cf. e.a. Y. CARTUYVELS, « L'internement en Belgique : une "troisième voie" qui en cherche une autre... », *Annales Médico-Psychologiques*, 2018, n° 176, p. 395-403.

²⁴ Trois Établissements de défense sociale (EDS) seulement seront créés, dans la partie francophone du pays.

²⁵ La loi autorise notamment, dans un but thérapeutique, le placement dans un établissement privé « approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner ». Elle introduit un régime de semi-liberté et de libération à l'essai accompagnée d'une tutelle médico-légale.

²⁶ J. CORNIL, « La loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude du 9 avril 1930 », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1930, p. 875.

droits fondamentaux et lacunes du soin sont dénoncés par la jurisprudence belge²⁷, les organes de contrôle du Conseil de l'Europe²⁸, des associations de la société civile ou encore la doctrine²⁹. La commission de défense sociale, organe médico-judiciaire chargé d'assurer le contrôle de la mesure jusqu'à la libération définitive, est également critiquée. À la fin du XX^e siècle, à l'heure d'un « retour du droit » et des tendances à la désinstitutionnalisations de la prise en charge des populations vulnérables, une réforme substantielle du régime légal se précise.

2. La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes

(a) Une réforme en deux temps

Une première *loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental* est promulguée en 2007. Cette loi, qui n'entrera jamais en vigueur, introduit des innovations importantes : elle sépare le régime des aliénés et celui des récidivistes, englobés dans un même texte en 1930 ; elle judiciarise le contrôle de la mesure d'internement, confié au Tribunal de l'application des peines. Mais elle maintient la privation de liberté comme pivot du système et calque la trajectoire de l'interné sur celle des condamnés détenus. Elle supprime aussi le psychiatre de l'organe de contrôle de la mesure. En deux mots, la loi de 2007 reste trop « pénale »³⁰, fait trop peu de place à une logique de soin et reste encore insensible aux appels à la désinstitutionnalisation qui se font entendre dans le champ de la maladie mentale.

Sept ans plus tard, *une loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes* réforme le système de l'internement. Entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2016, cette loi qui fera l'objet de diverses modifications partielles

²⁷ Voy. e.a. Mons, 26 décembre 2006, ; Civ. Liège (réf.), 17 septembre 2007, ; Civ. Liège, 27 avril 2009; Liège, 11 janvier 2010

²⁸ Le CPT a dénoncé la situation de l'emprisonnement mais aussi de l'internement pratiquement à chacune des nombreuses visites qu'il a consacrées à la Belgique depuis 1993 jusqu'en 2017 (<http://www.cpt.coe.int/fr/etats/bel.htm>).

²⁹ Cf. notamment Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER et A. WYVEKENS, *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, USL-B, 2010 ; P. COSYNS et K. GOETHALS, « Penitentiary mental health care in Belgium », in *Ethical issues in prison psychiatry*, B. Konrad et B. Völm (dir.), Dordrecht, Springer, 2013, p. 145-151 ; Ph. MARY et al., « The Treatment of "dangerousness" in Belgium : internment and placing at the government's disposal », *Champ Pénal/Penal field*, vol. VIII, 2011, p. 1-33.

³⁰ Sur la loi de 2007, voy. e.a. D. VANDERMEERSCH, « La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », *Journal des Tribunaux*, 2008, n°6299, p. 117-120.

par la suite³¹, maintient le principe de l'internement, toujours conçu comme une « mesure de sûreté et de soin » (art. 2) pour les auteurs d'infractions reconnus irresponsables sur le plan pénal. Aux termes de l'article 9 de la loi, quatre conditions cumulatives sont requises pour prononcer la mesure d'internement : la personne doit avoir commis « un fait qualifié crime ou délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers »³² ; elle doit, au moment de la décision judiciaire, être atteinte d'« un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes »³³ ; au moment du jugement, le juge doit constater qu'il existe « un danger que la personne ne commette de nouveaux faits du même type en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque » ; enfin, la décision d'internement doit être précédée d'une expertise psychiatrique médico-légale (art. 5 et art. 9 §2). Si ces conditions sont réunies, le juge – il s'agit des juridictions d'instruction ou des juridictions de fond – a la faculté (et pas l'obligation) de prononcer l'internement de la personne. Si le principe semble clair, sa mise en œuvre l'est beaucoup moins³⁴.

³¹ J. CASSELMAN, B. DE RYCKE et H. HEIMANS (dir.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, Brugge, Die Keure, 2015 ; O. NEDERLANDT et al. (dir.), « La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ? », *Les dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie*, 2018, n° 26 ; K. HANOULLE, *Internering en toerekeningsvatbaarheid*, Antwerpen, Intersentia, 2018.

³² L'internement est donc désormais réservé à des auteurs d'actes d'une certaine gravité, attentatoires aux personnes et non plus aux seuls biens, ce qui traduit une volonté de réduire le champ de l'internement en regard de la situation antérieure (Projet de loi relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice, Exposé des motifs, *Doc. Parl. Chambre*, session 2015-2016, n°54-1590/001, p. 102). Toutefois, en introduisant la notion de « menace », le législateur ouvre d'une main ce qu'il semble avoir fermé de l'autre : l'internement est ici possible si un crime ou délit non attentatoire aux personnes a été commis mais que cet acte semble porteur d'une menace pour l'intégrité physique ou psychique de tiers. La jurisprudence semble faire usage de cette possibilité. Pour des exemples, voy. N. COLETTE-BASECQZ et P. JASPIS, « La réforme de l'internement : regard sur quatre années d'application de la loi du 5 mai 2014 », in *Actualités en droit de l'exécution des peines et de l'internement*, H. D. Bosly et Ch. De Valkeneer (dir.), Bruxelles, Larcier, 2021, p. 222-223.

³³ La notion de « trouble mental » remplace celle d'« état de déséquilibre mental ». Elle est considérée comme plus fluide et conforme aux avancées de la psychiatrie contemporaine, en outre capable de couvrir tant les handicaps que les maladies mentales (Projet de loi relatif à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, exposé des motifs, *Doc. Parl., Chambre*, sess. 2006-2007, n° 2841/001, p. 7 et 21).

³⁴ Le collège des Procureurs généraux a ainsi été amené à rédiger un « tableau » des différentes décisions possibles à prendre en fonction de l'état mental de la personne au moment des faits et au moment du jugement, et de la présence ou non, au moment du jugement, des autres conditions requises pour une décision d'internement (Circulaire du collège des Procureurs généraux COL 1/2018, « Directive relative à la nouvelle loi sur l'internement »).

(b) Le « trajet de soins », fil directeur de l'internement

Une fois prise la décision d'internement, c'est un organe judiciaire, la Chambre de protection sociale (CPS) du Tribunal de l'application des peines, qui en assure le suivi. Présidée par un magistrat, la CPS est également composée d'un assesseur spécialisé en psychologie clinique (qui remplace le psychiatre, acteur clé de l'ancienne commission de défense sociale) et d'un assesseur en réinsertion sociale. L'évolution traduit la volonté de judiciariser le suivi des internés, tout en laissant une place à un regard clinique et social, dès lors que le but du trajet est de proposer des soins et de réinsérer (art. 2).

Si l'ambivalence du système de prise en charge, entre soin et sécurité, demeure, l'introduction de la notion de « trajet de soins » comme fil directeur de la trajectoire de l'interné traduit une volonté de changement (art. 2). Certes, le placement en institution reste le pivot du système. Celui-ci doit en principe avoir lieu dans un « établissement approprié », qu'il s'agisse d'un établissement de défense sociale (EDS), d'une section de défense sociale (de prison), d'un centre de psychiatrie légale (CPL), d'une institution privée ou publique reconnue par l'autorité compétente ou encore d'un établissement psychiatrique classique (art. 19 et art. 3, 4). Le placement en annexe psychiatrique de prison peut même encore avoir lieu de manière provisoire et pour une durée limitée, dans quelques cas strictement prévus par la loi³⁵. Toutefois, la CPS est désormais libre de proposer, dès le début du parcours d'internement, la modalité (par exemple ambulatoire) qui lui paraît la plus adaptée à la trajectoire de soins de l'interné. Ainsi, la CPS peut, si elle le souhaite, placer d'entrée de jeu l'interné en libération à l'essai (art. 25), dans un régime assorti de conditions probatoires, pouvant s'effectuer dans des cadres divers en fonction du degré d'autonomie de la personne³⁶. La libération à l'essai reste néanmoins un sas obligatoire dans le trajet de soins, étape nécessaire avant de pouvoir bénéficier d'une

³⁵ Saisie d'un recours en annulation à l'encontre, notamment, de l'article 11 de la loi du 5 mai 2014, la Cour constitutionnelle a considéré dans son arrêt n° 22/2016 du 18 février 2016 que le caractère limité dans le temps de l'admission dans l'annexe psychiatrique d'une prison est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 3 et 5 de la Convention européenne des droits de l'homme (cons. B.68.2). La Cour constitutionnelle se prévaut à cette fin de la jurisprudence de la Cour européenne selon laquelle « la personne internée ne peut exiger d'être admise dans un établissement spécialisé dès le premier jour de son internement (Cour eur. D.H., *Pankiewicz c. Pologne*, n° 34151/04, 12 février 2008, § 44-45 ; *Morsink c. Pays-Bas*, n° 48865/99, 11 mai 2004, § 67-69 ; *Brand c. Pays-Bas*, n° 49902/99, 11 mai 2004, § 64-66) » (cons. B.68.1).

³⁶ Reste à voir si, en pratique, la CPS saisit cette possibilité ou si un principe de précaution l'amène à privilégier, comme avant, une trajectoire par étape commençant systématiquement par le placement en institution fermée.

libération définitive. Durant cette période (comme d'ailleurs tout au long de la mesure d'internement), l'interné peut être suivi par une équipe mobile « Trajet de Soins Internés » (TSI) dont la mission est de favoriser la réintégration sociale de la personne et de préparer au mieux sa libération définitive (voy. *infra*, point 3, B, 2). On notera encore, qu'en cas de nécessité, la CPS peut suspendre, réviser ou révoquer la libération à l'essai (art. 59 à 65 de la loi).

La libération définitive est soumise à une double condition : elle ne peut être octroyée qu'à l'expiration du délai de la libération à l'essai, qui est d'une durée minimale de trois ans (art. 42 §1) et suppose, en outre, que « le trouble mental soit suffisamment stabilisé³⁷ pour qu'il n'y ait raisonnablement plus à craindre qu'à cause du trouble mental ou non, en conjonction éventuellement avec d'autres facteurs de risque, la personne internée commette à nouveau des infractions visées à l'article 9 §1,1° » (art. 66). L'énoncé de cette double condition appelle trois commentaires. Tout d'abord, on notera qu'en 2019, la Cour de cassation a estimé que l'exigence du délai temporel n'était pas compatible avec l'article 5.1 et 5.4 de la CEDH si l'autre condition était remplie. Pour la Cour, un interné remplissant la condition prévue à l'article 9 §1, 1 devait faire l'objet d'une décision de libération définitive, « même si la période d'essai prévue à l'article 42 §1^{er} de la loi relative à l'internement ne s'est pas encore écoulée »³⁸. Ensuite, la formulation de l'article 9 §1, 1 laisse entendre que le trajet de soins doit avoir fait preuve de son efficacité et que la stabilisation de trouble mental écarte le risque de récidive. Le risque de récidive reste bien le pivot du système au stade de la libération définitive, plus que l'amélioration de l'état de santé ou la présence de signes de réintégration sociale. Enfin, on peut s'interroger sur la portée d'une formule qui évoque, comme contre-indication à la libération définitive, un risque de récidive « en lien avec le trouble mental ou non ». Dans un arrêt du 25 novembre 2020, la Cour de cassation a déjà décidé que l'existence d'un risque de récidive lié à *d'autres troubles* qu'au trouble originaire pouvait constituer une contre-indication à la libération³⁹. Dès lors que le texte évoque un risque de récidive « en lien avec

³⁷ Le législateur avait d'abord évoqué « l'amélioration » de l'état mental mais en est revenu par la suite à un critère de « stabilisation » pour ne pas empêcher la libération définitive de personnes comme les débiles mentaux dont l'état est peu susceptible de s'améliorer (Projet de loi relatif à l'internement et à diverses dispositions en matière de justice, Exposé des motifs, *Doc. Parl., Chambre*, sess. ord., 2015-2016, n°54-1590/001, p. 135).

³⁸ Cass., 9 avril 2019, *Pas.*, 9 avril 2019 ; Cass., 11 juin 2019, *Pas.*, 11 Juin 2019.

³⁹ Dans cet arrêt, la Cour de Cassation écrit ainsi que « même en cas de disparition ou de stabilisation du trouble mental qui a donné lieu à l'internement, le maintien de l'internement sous la contrainte peut se justifier lorsque d'autres formes de troubles entraînent un risque de récidive » (Cass., 25 novembre 2020, R.G., n° P.20.1102.F/1, cité in N. COLETTE-BASECQZ et

son trouble mental *ou non* », faut-il considérer que l'existence d'un risque de récidive lié à d'autres éléments peut constituer une contre-indication, même si l'état mental est stabilisé ?

2. La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental au regard du droit des droits fondamentaux

Qu'il s'agisse de la protection de la personne des malades mentaux ou de l'internement des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental, la prise en charge de ces derniers repose régulièrement sur une privation de liberté. Cette option, entérinée par les textes législatifs belges n'a pourtant rien d'évidente en regard du droit des droits fondamentaux. À cet égard, deux textes sont susceptibles de jouer un rôle important. Le premier, plus familier au juriste, est la *Convention Européenne des droits de l'homme* (A). Le second, moins connu dans le champ de la santé mentale, est la *Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées* (B).

A. La Convention européenne des droits de l'homme : l'internement dans le viseur de l'article 5

Largement mobilisée en la matière, la Convention prévoit en son article 5 § 1, e), que « toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : (...) e) s'il s'agit de la *détention régulière* (...) d'un *aliéné* (...) » (nous soulignons). Autrement dit, la Convention autorise la détention de certaines catégories de personnes, dont les aliénés, pour autant que cette détention soit régulière. Par « aliéné », le texte semble bien viser tant « le malade mental privé de sa liberté à cause de son état d'aliénation, que le dément, à savoir le malade mental criminel, ainsi que le psychopathe, à savoir le patient non psychiatrique violent »⁴⁰.

Sous l'empire de la loi de 1930, la Belgique sera condamnée à de multiples reprises par les juges de Strasbourg pour le type de détention réservé aux internés. Dans plusieurs arrêts de principes rendus en 2021 et 2013⁴¹, la Cour condamne ainsi le maintien de nombre d'internés dans les

P. JASPIS, « La réforme de l'internement : regard sur quatre années d'application de la loi du 5 mai 2014 », *op. cit.*, *supra* note 32, p. 270.).

⁴⁰ Th. DOURAKI, *La Convention européenne des droits de l'homme et le droit à la liberté de certains malades et marginaux*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1986, p. 57 ; voy. aussi p. 17, 50 et 51.

⁴¹ Cour eur. D.H., *L.B. c. Belgique*, n° 22831/08, 2 octobre 2012, § 72-74 ; Cour eur. D.H., arrêt *Claes c. Belgique*, n° 43418/09, 10 janvier 2013, § 42-69 et 70-72 ; Cour eur. D.H., arrêt *Dufoort c. Belgique*, n° 43653/09, 10 janvier 2013, § 37-62 et 63-65 ; et Cour eur. D.H., arrêt

annexes psychiatriques de prison, sur la base des articles 3 (interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants) et 5 (droit à la liberté et à la sûreté), voire 2 (droit à la vie) de la Convention. En 2016, dans son arrêt pilote *W.D. contre Belgique*, la Cour épinglera la nature structurelle du problème, auquel l'État belge est à l'époque invité à remédier dans un délai de deux ans⁴². L'entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016 de la loi de 2014 est saluée comme un progrès par les juges de Strasbourg, notamment en raison de la place faite au soin⁴³. Cela ne suffit pas à mettre fin aux condamnations pour autant. Dans son arrêt *Rooman contre Belgique* du 31 janvier 2019, la Cour cible cette fois un placement réalisé dans un établissement de défense sociale (*a priori* approprié), en raison de l'absence d'une thérapie adéquate. La Cour rappelle ici que les droits de la Convention ne sont pas seulement formels et qu'ils doivent être respectés quel que soit le lieu de détention⁴⁴.

Toute la jurisprudence de la Cour concerne l'internement (volet « pénal »). Concernant son régime de protection des malades mentaux, la Belgique n'a pas fait l'objet de condamnation par la Cour européenne des droits de l'homme. Mais il semble bien, d'une part, que la loi de 1990 visait à respecter les exigences de la jurisprudence de Strasbourg en matière de privation de liberté des aliénés⁴⁵ ; et d'autre part, que le principe de l'article 5 et la jurisprudence de la Cour à son égard, qui concerne l'internement vaut également en matière de protection des malades mentaux.

B. La Convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées : la privation de liberté au prisme du handicap

Si cette question a été moins travaillée jusqu'ici, il apparaît que l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental entre également dans le champ d'application de la *Convention onusienne relative aux droits*

Swennen c. Belgique, n° 53448/10, 10 janvier 2013, § 29-53 et 54-56. La Cour qualifie elle-même ces arrêts d'arrêts de principe dans l'arrêt pilote *W.D. c. Belgique*, n° 73548/13, 6 septembre 2016, § 121 et 132.

⁴² Arrêt *W.D. contre Belgique*, n° 73548/13, 6 septembre 2016, § 134. Sur cet arrêt, voyez N. COLETTE-BASECQZ et O. NEDERLANDT, « L'arrêt W.D. contre Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques de prison ? », obs. sous Cour eur. D.H., arrêt *W.D. c. Belgique*, 6 septembre 2016, *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 2018, n°113, p. 231-239.

⁴³ Cour eur. D.H., *W.D. contre Belgique*, n° 73548/13, 6 septembre 2016, §168 et 170.

⁴⁴ Un dernier arrêt *Venken contre Belgique* du 6 avril 2021 (n° 46130/14) condamne à nouveau le maintien en détention de personnes internées dans une aile psychiatrique de prison sur pied des articles 3 et 5 de la Convention

⁴⁵ Voy. J. GILLARDIN, « Les droits de l'homme, fondements de la loi du 26 juin 1990 », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, op. cit., supra note 6, p. 13-14.

des personnes handicapées (CDPH) de 2006. Le relatif désintérêt pour cette source de droit dans le monde de l'internement montre sans doute que les deux sphères, aliénation mentale et handicap, sont longtemps restées étrangères l'une à l'autre, même si le vocabulaire clinique de l'aliénation mentale souligne depuis ses débuts l'existence d'une forme de faiblesse mentale dans le chef des aliénés⁴⁶. Cette situation est cependant en train de changer, comme en témoignent plusieurs indices soulignant que la grille de lecture du handicap comme les instruments juridiques issus de ce champ font petit à petit leur entrée dans le champ de l'internement⁴⁷.

Sans entrer dans les détails de l'analyse ici, on soulignera que, se basant sur l'article 14 §1 de la CDPH, le Comité des droits des personnes handicapées, organe de contrôle de la Convention, se montre particulièrement critique tant à l'égard de la loi de 1990 qu'à l'égard de celle de 2014. Concernant la première, le comité « s'inquiète de ce que la loi de santé mentale, adoptée en 1990, permette l'hospitalisation forcée des personnes présentant un handicap psychosocial » et recommande à l'État partie « d'abroger les lois permettant l'hospitalisation d'office, sur la base de leur handicap, des personnes ayant un handicap psychosocial »⁴⁸. Concernant la seconde, le Comité recommande également de « réviser la loi de mai 2014 afin d'éliminer le système des mesures de sûreté pour les personnes handicapées qui sont déclarées irresponsables de leurs actes »⁴⁹. Selon certains auteurs, le Comité endosserait ici une position radicale, estimant que l'article 14 de la CDPH s'oppose, au nom d'une lecture socialement inclusive du handicap, à toute privation de liberté de personnes affectées d'un handicap⁵⁰. Si cette lecture radicale n'est pas privilégiée par d'autres acteurs internationaux⁵¹, il n'est pas sûr qu'elle puisse être attribuée de manière aussi catégorique au Comité : une lecture comparée des versions française et anglaise de l'*Observation* du Comité relative à la loi belge pourrait indiquer que la cible de la critique n'est pas tant la privation de

⁴⁶ Si l'on se réfère à la loi de défense sociale de 1930 et à la littérature de l'époque, les termes de « défectueux », « arriérés », « dégénérés » évoquent bien un univers qui englobe le handicap mental, comme le terme de « *feeble minded* » en anglais.

⁴⁷ Pour une analyse plus fouillée, voy. Y. CARTUYVELS, « L'internement en Belgique au prisme du droit des droits fondamentaux », *Archives de Politique criminelle*, 2022, à paraître.

⁴⁸ *Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées du 28 octobre 2014 concernant le rapport initial de la Belgique*, adoptées à sa douzième session (15 septembre-3 octobre 2014), §25 et 26.

⁴⁹ *Observations finales*, § 28.

⁵⁰ I. HACHEZ, Y. CARTUYVELS et O. NEDERLANDT, « Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental », *op. cit.*, *supra* note 13, p. 765-767.

⁵¹ On pense ici au haut-commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme ou au Comité des droits de l'homme (voy. *ibidem*, p. 767-768).

liberté *in se* que son mode d'attribution, peu respectueux des garanties procédurales et des principes classiques comme les droits de la défense et la proportionnalité de la sanction⁵².

3. Protection des malades mentaux et internement en pratique

La protection des malades mentaux a fait l'objet de peu d'attention en Belgique. Il faut attendre le début du XX^e siècle pour que des initiatives viennent infléchir les pratiques existantes pour encourager une prise en charge dans le milieu de vie. La « réforme 107 » symbolise cette tendance (A). La situation des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental est différente. Si les critiques importantes de divers organes nationaux et internationaux ont amené les autorités à changer le régime légal en 2014, elles ont également poussé les autorités à modifier les structures de prise en charge des internés, pour faire une place plus importante à la logique de soin (B).

A. La protection des malades mentaux : d'une réalité mal connue à une tendance à la désinstitutionnalisation

1. La protection des malades mentaux : une « black box » empirique

En matière de protection des malades mentaux, la littérature existante a été, tout au long du XX^e siècle, essentiellement historique et juridique et les choses n'ont guère changé aujourd'hui. Mis à part quelques colloques ou ouvrages associant des contributions de juristes, psychiatres ou historiens⁵³, un colloque interdisciplinaire plus récent réunissant également des intervenants en 2012⁵⁴, on ne trouve pas grand-chose. Sociologues ou anthropologues semblent s'être complètement désintéressés de ce domaine. De même, les organes de contrôle de la Convention européenne des droits de l'homme comme le CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants) ou la Cour de Strasbourg sont restés très discrets sur cette scène. Le résultat est qu'on sait en réalité peu de choses sur les pratiques de prise en charge des malades mentaux en Belgique.

⁵² Voy. Y. CARTUYVELS, L'internement au prisme du droit des droits fondamentaux : CEDH versus CDPH, *Archives de politique criminelle*, 2022, n° 44, (à paraître).

⁵³ Voy. par exemple I. BRANDON et Y. CARTUYVELS (dir.), *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?*, Bruxelles, La Charte, 2004.

⁵⁴ Y. CARTUYVELS et I. DE VIRON (dir.), « Malades mentaux, Justice et Liberté. Renvoyer l'entonnoir ? », Actes du colloque organisé par le SAD, l'IRSI et le CRC, en collaboration avec la LBFSM, *Mental 'Idées*, 2012, n°17.

Deux exceptions sont à signaler dans ce désert. La première est une recherche ancienne intitulée *Urgences et collocation en Communauté Française (de Belgique)*. Menée par la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale en 1985, cette recherche antérieure à la loi de 1990 s'est penchée sur les mesures de collocation prise en 1984 en Wallonie. Elle donne des informations sur la population des colloqués, souligne le faible nombre de mesures de collocation, les antécédents psychiatriques de la plupart des personnes colloquées, l'échec des mesures de suivi ambulatoire ou encore le rôle important des familles comme principal demandeur de la mesure de collocation⁵⁵.

La seconde est un *Avis sur les remarques concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux*, rendu le 9 juillet 2015 par un Groupe de travail Permanent « Psychiatrie » du Conseil national des établissements hospitaliers pour le Service Fédéral Santé Publique⁵⁶. Dans cet avis, le Groupe de travail plaide pour le maintien des deux mesures principales prévues par la loi, la mise en observation et son maintien (ici appelée « admission forcée ») et les soins en famille, comme pour la conservation des deux procédures « normale » et d'« urgence », cette dernière étant massivement utilisée (à hauteur de 74,7%) (p. 6-7). L'avis souligne également l'importance du rôle des équipes ambulatoires de traitement intensif nouvellement créées dans le cadre du « réseau 107 » et prône le primat d'une prise en charge désinstitutionnalisée : l'« admission forcée » en institution psychiatrique doit faire office d'*ultimum remedium*, être d'une durée la plus brève possible et ne pas nécessairement avoir lieu dans des « unités systématiquement fermées ». La création d'un « trajet de soins alternatif aux admissions forcées » est également recommandé, pour réduire le nombre de celles-ci, lorsque « les critères de dangerosité sont moins péremptoirs » (p. 9-10). L'avis propose d'élargir la mesure de soins en famille (en élargissant le panel des lieux d'hébergement) tout en renforçant le rôle de l'entourage du patient, de « pairs-aidant » ou encore du médecin généraliste du patient (p. 13 et 16). S'il met encore l'accent sur un renforcement des droits du patient⁵⁷, l'avis encourage surtout la tendance

⁵⁵ Voy. Ph. HOYOIS, *Urgence et collocation en Communauté Française*, L.B.L.S.M.B, Bruxelles, 1986 ; M. DE CLERCQ et Ph. HOYOIS, « La nouvelle loi du 26 juin 1990 : des mesures de collocation aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », *op. cit.*, *supra* note 6, p. 41-59.

⁵⁶ *Avis sur les remarques concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux*, Groupe de travail Permanent « Psychiatrie », CNEH, 2015.

⁵⁷ En fin de texte, l'avis fait clairement référence à la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients mais aussi aux textes internationaux tels que la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées, la Convention des Nations-Unies pour la prévention de

montante dans le champ de la santé mentale à la désinstitutionnalisation et au développement d'un modèle d'intervention en réseau. Il s'inscrit clairement dans le fil de la « réforme 107 » implémentée en Belgique depuis 2010.

2. La réforme 107 : désinstitutionnalisation et travail en réseau

La seconde moitié du XX^e siècle est marquée par une remise en cause de l'institution psychiatrique et de la prise en charge résidentielle des personnes malades mentales. Les critiques de l'« institution totale »⁵⁸ et le succès (tout au moins dans le champ des idées) de l'antipsychiatrie⁵⁹ sont passées par là. Dans cette optique, la Belgique connaît un certain nombre de réformes encourageant l'offre ambulatoire de soins en santé mentale. La tendance est à fermer des lits psychiatriques en milieu hospitalier pour en ouvrir d'autres au sein de structures extrahospitalières, en milieu ouvert.

Parmi ces réformes, on retiendra la création des services de santé mentale (SSM) en 1975⁶⁰, la mise sur pied des Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) et des Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) en 1989⁶¹, la création des plateformes de concertation en santé mentale début des années 1990, suivie par la création des « soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile » (SPAD) au début des années 2000. Dans ces divers cas, l'objectif poursuivi est toujours d'accompagner le patient psychiatrique à partir de son domicile⁶².

À l'aube des années 2010, la Belgique connaît une dernière réforme fédérale des soins de santé mentale, communément appelée « Réforme 107 »⁶³, par référence à l'article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et

la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ou encore à la Convention Européenne des Droits de l'homme.

⁵⁸ E. GOFFMAN, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de minuit, 1968.

⁵⁹ D. COOPER, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1978.

⁶⁰ Les SSM sont régis par l'arrêté royal du 20 mars 1975.

⁶¹ C. PETIT, « Les institutions intra et extra-muros face à l'incapacité de gestion des biens », in *Malades mentaux et incapables majeurs. Émergence d'un nouveau statut civil*, I. Brandon, J. Gillardin et G. Benoît (dir.), Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis, 1994, p. 410-413.

⁶² Voy. C. H. WALKER et S. THUNUS, « Meeting Boundaries : Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems », *Social Inclusion*, vol. 8, 2020, n°1, p. 215 ; N. MARQUIS et R. SUSSWEIN, « "Rétablir par le réseau". Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale "Psy107" », *SociologieS*, 2020.

⁶³ B. JACOB, D. MACQUET et S. NATALIS, « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle », *L'information psychiatrique*, 2016, n°9, p. 735.

autres établissements de soins du 17 novembre 2008⁶⁴. Cette réforme marque un coup d'accélérateur dans l'effort de désinstitutionnalisation du champ psychiatrique et promeut « la création de réseaux et circuits de soins »⁶⁵. L'objectif est, en réaction aux excès de la prise en charge institutionnelle⁶⁶, de prodiguer des soins au patient dans son environnement de vie et d'engager de nombreux acteurs, issus de disciplines différentes, dans la continuité des soins, y compris le patient lui-même et sa famille, qui, dans la suite logique du paradigme de « rétablissement » en psychiatrie contemporaine⁶⁷, sont partie indispensable et complémentaire de la prise en charge.

La Réforme 107 se décline en cinq « fonctions clés », mises en œuvre et contrôlées par un coordinateur, dont l'objectif est d'assurer une collaboration entre les différents acteurs impliqués dans les soins de santé mentale, qu'ils aient lieu en ambulatoire ou, si nécessaire, à l'intérieur des murs de l'hôpital⁶⁸. Les trois premières visent clairement le développement d'une politique d'accompagnement et de soin en milieu ouvert. La première consiste à *encourager le travail de première ligne*. Il s'agit ici d'axer la prise en charge sur les « activités en matière de prévention, de soins en santé mentale, de détection précoce, de dépistage et pose d'un diagnostic »⁶⁹. L'objectif est de répondre de façon appropriée à la demande « formulée par

⁶⁴ « Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes » (art. 107).

⁶⁵ N. MARQUIS et R. SUSSWEIN, « "Rétablir par le réseau". Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale "Psy107" », *op cit.*, *supra* note 62, p. 8.

⁶⁶ On dénonce notamment le nombre trop élevé de places disponibles en institution (OMS, « Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges », 2008, p. 49, en ligne, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/policies-and-practices-for-mental-health-in-europe.-meeting-the-challenges> [consulté le 18 mai 2022] ; *ibidem*, p. 9) ou encore la durée généralement très longue des séjours en milieu hospitalier pour les personnes diagnostiquées d'un trouble mental, même si certains s'inquiètent de ce qu'il adviendrait des cas dits « les plus lourds » dans le cas d'une réduction des places disponibles en hôpital ou de la durée de séjour (voy. *ibidem*, p. 9).

⁶⁷ Sur le « rétablissement », voy. A. EHRENBURG, « L'idéal du potentiel caché. Le rétablissement, le rite et la socialisation du mal », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2020, n°20, en ligne, <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6059> (consulté le 26 avril 2022) ; L. DEMAILLY, « L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux », *Rhizome*, vol. 3, 2017, n°65-66, p. 6-7 ; A. LINDER, « Des patients aux soignants: les appropriations du "rétablissement" par les professionnels de la psychiatrie », *Inter Pares*, 2018, n°7, p. 19-25.

⁶⁸ B. JACOB, D. MACQUET et S. NATALIS, « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle », *op. cit.*, *supra* note 63, p. 735.

⁶⁹ FÉDÉRATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE BRUXELLOIS FRANCOPHONES, « Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale », *Mental'idées*, 2012, p. 89.

l'usager ou un tiers » et d'assurer la continuité des soins. La deuxième vise à fournir une *prise en charge mobile et intensive* des patients souffrant de troubles mentaux sévères et chroniques, à partir de leur domicile. Des « équipes de traitement à domicile »⁷⁰ ont été créées à cet effet, qui couvrent les cas d'urgence psychiatrique nécessitant une intervention immédiate et les cas chroniques. Ce type d'offre ambulatoire, auparavant confiée aux services de santé mentale, a donc glissé vers les équipes mobiles de traitement à domicile, dont le champ d'action s'est étendu à la mesure de l'impulsion donnée à une politique croissante de désinstitutionnalisation. La troisième fonction concerne la *remise au travail*, avec la création d'équipes de réhabilitation et d'inclusion sociale chargées de fournir aux intéressés un soutien pour une meilleure réintégration sociale et professionnelle dans la communauté⁷¹.

Les quatrième et cinquième fonction envisagent une intervention supplétive en institution. Des *unités résidentielles intensives de court séjour* en milieu hospitalier doivent, en dernier recours et pour un temps le plus bref possible, offrir un traitement aux personnes qui se trouvent dans une phase aigüe ou chronique et qui présentent des troubles graves⁷². Ces unités résidentielles doivent travailler en dialogue permanent avec les équipes et les dispositifs existant en milieu ouvert afin d'optimiser les chances de retour à domicile et de réinsertion dans la société. Est ensuite prévu le développement d'*habitats spécifiques* permettant une prise en charge de type résidentiel (habitations protégées, appartements supervisés, etc.)⁷³ et offrant de programmes individualisés axés sur leur réinsertion progressive en milieu ouvert et tenant compte des besoins d'autonomie exprimés par les personnes concernées.

Si elle ne supprime pas toute forme de prise en charge résidentielle, la réforme 107 privilégie la prise en charge et le soin dans le milieu de vie et s'inscrit clairement dans une logique de désinstitutionnalisation.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 90.

⁷¹ *Ibidem*, p. 92.

⁷² B. JACOB, D. MACQUET et S. NATALIS, « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle », *op. cit.*, *supra* note 63, p. 735.

⁷³ *Ibidem*, p. 736.

B. L'internement des auteurs d'infraction atteints d'un trouble mental : de la sécurité au soin ?

1. Les pratiques de l'internement : soin et sécurité en tension

En ce qui concerne l'internement, il a fallu attendre le début du XXI^e siècle pour que le voile commence à se lever sur les pratiques de l'internement. Dans un contexte plus large de dénonciations portées par diverses instances au niveau national, européen et international⁷⁴, divers (dys)fonctionnements d'un système toujours régi par la loi de 1930 sont dénoncés, notamment par la Cour européenne des droits de l'homme ou le CPT. La critique porte notamment sur le mélange entre internés et détenus de droit commun ; des taux de surpopulation dans les annexes psychiatriques plus importants qu'ailleurs ; l'insuffisance de personnel de soin (personnel infirmier, psychiatres) ; la réduction du soin à de la pure médication (parfois distribuée de manière automatisée) ; la grande faiblesse, voire l'absence de relation thérapeutique⁷⁵.

À ces constats s'ajoutent d'autres difficultés, relevées par quelques rares recherches menées en 2010 et 2012, comme le problème des soins sous contrainte et de la médication forcée et automatisée ; les difficultés liées au secret médical, le glissement des missions d'accompagnement thérapeutique vers des missions d'évaluation de la dangerosité ; la difficile cohabitation entre les missions de soin et les missions d'expertise ; un niveau de soin qui n'atteint pas le niveau de soin existant en hôpital psychiatrique ; le très faible rôle de l'avocat et la prédominance du risque de récidive comme critère de libération définitive ou encore la frilosité des institutions de soins classiques pour accueillir des internés dans le cadre de la libération à l'essai⁷⁶.

La loi de 2014 visait aussi à répondre à un certain nombre de ces problèmes, de même que la construction de deux Centres de psychiatrie légale en Région Flamande destinés à « vider » les annexes psychiatriques de prison et à offrir des structures de soin plus adaptées à la situation des internés⁷⁷. Force est de constater toutefois que, quelques années après,

⁷⁴ Pour un aperçu de ses diverses dénonciations, voy. I. HACHEZ, Y. CARTUYVELS et O. NEDERLANDT, « Internement (civil et pénal) des personnes souffrant d'un trouble mental », *op. cit.*, *supra* note 13, p. 773, notes 83, 84 et 85.

⁷⁵ Cour eur. D.H., *W.D. contre Belgique*, n° 73548/13, 6 septembre 2016, §71-76.

⁷⁶ Voy. pour une synthèse, Y. CARTUYVELS et G. CLIQUENOIS, « The Punishment of Mentally Ill Offenders in Belgium : Care as Legitimacy for control ? », *Champ pénal/Penal field*, vol. 12, 2015, en ligne, <https://journals.openedition.org/champpenal/9204> (consulté le 26 avril 2022).

⁷⁷ Un Masterplan III de 2016 « Pour une détention dans des conditions humaines » prévoit la construction d'autres Centres de psychiatrie légale, notamment à Paifve, Wavre et Alost.

divers problèmes subsistent. Le manque de soins en institution de défense sociale a encore été épinglé par les juges de Strasbourg en 2019, tout comme, deux ans plus tard, le placement d'internés en annexe psychiatrique de prison qui, s'il a fortement diminué⁷⁸, n'a pas disparu pour autant⁷⁹. De son côté, dans son dernier rapport du 8 mars 2018, le CPT salue l'amélioration que représente la création des deux centres de psychiatrie légale à Gand en 2014 (272 lits) et à Anvers en 2017 (182 lits) mais y dénonce la présence de personnes qui ne devraient pas s'y trouver et le recours excessif qui y est fait à la contention et à l'isolement. Questionnant l'imposition de traitements médicamenteux sous contrainte, il épingle une nouvelle fois la situation alarmante de l'annexe psychiatrique de prison de Paifve – constat réitéré par le Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire en 2020 – et rappelle la nécessité de mettre fin à l'internement en prison que la loi autorise toujours dans certains cas⁸⁰.

En pratique, il semble que la logique du soin ait régulièrement du mal à se faire une place dans les institutions fermées, y compris parfois dans les nouveaux centres de psychiatrie légale⁸¹. De même, le placement en annexe psychiatrique semble un réflexe difficile à surmonter, au point qu'un récent projet de loi du 9 septembre 2021 prévoyait de légaliser des pratiques illégales en la matière, au risque de s'exposer à de nouvelles

⁷⁸ Le nombre d'internés en prison serait passé de 1169 en 2013 à 609 en 2021. (<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-psychiatrie-legale/internement>, mis à jour au 31 mars 2021).

⁷⁹ Cour eur. D.H., *Venken c. Belgique*, n° 46130/14, 6 avril 2021.

⁸⁰ CPT, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 27 mars au 6 avril, CPT/Inf (2018), 8, Strasbourg, 8 mars, 2018, pp. 52-59. Concernant l'EDS de Paifve, un rapport du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire questionnait en 2020 le caractère « purement comportemental » et disciplinaire du trajet de l'interné à l'intérieur d'un EDS (Paifve), là où, placé dans une institution de soins, l'interné se verrait appliqué une « logique de soins et de traitement » dont l'importance semble ici « relativement minimisée, déniée, ou même méconnue » en contexte de manque chronique de personnel. Le CCSP dénonce également « le caractère inadmissible et totalement contraire à toute démarche de soin » des conditions de l'observation réservée aux nouveaux arrivants comme le caractère attentatoire à la dignité humaine de « fouilles à nu » systématiques (CONSEIL CENTRAL DE SURVEILLANCE PÉNITENTIAIRE, *Visite ad hoc à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve*, 5 et 6 mars 2020. *Rapport (2020/01) approuvé par le Conseil Central le 17 septembre 2020*, p. 16-17, 21 et 31-32).

⁸¹ En 2018, la presse néerlandophone se faisait l'écho de manquements sérieux relevés par les services de la « *zorginspectie* » relatifs aux conditions d'internement dans le Centre de psychiatrie légale pour femmes de Zelzate. L'organe de contrôle épinglait notamment des pratiques d'écoute, la violation du secret de la correspondance, mais aussi des pratiques punitives à caractère comportemental, des mises à l'isolement, des fixations répétées ou pratiques de menottage pour plusieurs semaines (*De Morgen*, semaine du 20 au 24 août 2018).

condamnations par la Cour européenne des droits de l'homme⁸². Sans doute n'est-il pas si simple de transformer la logique de l'« institution totale » dans un champ hésitant entre la prison et l'asile, pris entre impératifs de soin et de sécurité. C'est ce qui explique que les autorités aient également misé sur des innovations visant à fluidifier le trajet de soins et à favoriser la désinstitutionnalisation dans le champ de l'internement.

2. La réforme 107 à l'épreuve de l'internement : les équipes mobiles « Trajets de Soins Internés » (TSI)

Le concept de « trajet de soins » introduit en 2014 vise à encourager une prise en charge adaptée susceptible de déboucher plus vite, voire directement, sur un suivi et un contrôle ambulatoires dans le cadre de la libération à l'essai. La logique de désinstitutionnalisation touche donc également le régime de l'internement et la réforme 107 joue ici son rôle.

Au côté des équipes mobiles générales, les « équipes 107 », ont été créées des équipes mobiles pluridisciplinaires « Trajet de Soins Internés » (TSI). Le dispositif se veut inclusif et traduit une volonté de dé-stigmatiser la personne internée en assimilant celle-ci aux autres usagers de soins en santé mentale. Le rôle de ces équipes mobiles TSI est d'accompagner les personnes faisant l'objet d'une mesure d'internement tout au long de leur trajet de soins. Susceptibles d'intervenir dès les lieux de privation de liberté où elles suppléeraient l'insuffisance de l'accompagnement psycho-social des services pénitentiaires⁸³, les équipes TSI ont pour objectif de soutenir l'élaboration du trajet de soins comme de construire ou consolider un réseau entre les différents *lieux de vie et de soin* par lesquels passent les personnes internées (en annexe psychiatrique de prison, en EDS, dans une Unité Psy Médico-Légale, dans une communauté thérapeutique, à domicile, etc.). Si elles aident la personne internée à préparer la libération à l'essai d'abord, elles l'accompagnent aussi dans cette partie du parcours afin de soutenir son inscription dans les réseaux de soin, éviter la révocation de la mesure et préparer au mieux la libération définitive. Opérant le lien entre la personne internée, les établissements ou sections de défense sociale et les circuits de soin classiques, elles doivent aussi contribuer à atténuer la méfiance du secteur en milieu ouvert à l'égard des personnes internées,

⁸² Projet de loi visant à rendre la justice plus humaine, plus rapide et plus ferme, *Doc. Parl. Chambre*, n°2175/001, 9 septembre 2021, art. 126-129, p. 201-203. Les dispositions du projet de loi relatives à la légalisation de l'extension de la détention en annexe psychiatrique de prison ont finalement été rejetées (voy. Y. CARTUYVELS *et al.*, « Les internés en annexe psychiatrique de prison : A never-ending story ? », *Chronique Carta Academica, Le Soir*, 27 novembre 2021).

⁸³ CONSEIL CENTRAL DE SURVEILLANCE PÉNITENTIAIRE, *Visite ad hoc à l'établissement de défense sociale (EDS) de Paifve*, 5 et 6 mars 2020, *op. cit.*, *supra* note 80, p. 25.

faciliter leur passage vers les institutions de soin traditionnelles et épauler les partenaires du réseau en cas de besoin. Les équipes TSI jouent donc un rôle de fil rouge dans une trajectoire orientée – au moins formellement – plus qu'avant sur la réintégration et le soin dans le milieu de vie⁸⁴. Elles semblent pouvoir accompagner l'interné jusque six mois après sa libération définitive⁸⁵.

On notera que l'accompagnement par une équipe mobile TSI se fait sur une base volontaire, hors mandat judiciaire. La personne internée peut ainsi formuler une demande d'accompagnement à tout moment de sa trajectoire d'internement tout comme elle pourra décider de mettre fin au suivi quand elle le souhaite. L'équipe mobile se détache donc d'une logique de suivi sous contrainte et inscrit son travail en phase avec les évolutions de la psychiatrie contemporaine qui fait du patient un « acteur de sa prise en charge »⁸⁶.

La création des équipes mobiles TSI traduit la volonté de désinstitutionnaliser le « trajet de soins » des personnes internées. Si l'on en croit une recherche récente de l'Université de Gand (2014-2019) centrée sur l'expérience des internés et des membres de leur entourage, ce projet-là fait sens : l'aide en milieu ouvert, le développement de lien sociaux, la qualité des interactions et le soutien aux familles constituent en effet des éléments fondamentaux dans une trajectoire de réintégration sociale et de mise à distance du double stigmat institutionnel de malade mental et de criminel associé aux internés⁸⁷.

Conclusion

Le régime de prise en charge des personnes atteintes d'un trouble mental a fortement évolué au fil des périodes, dans des directions assez similaires. Un fil commun traverse, depuis le début du XIX^e siècle⁸⁸, le

⁸⁴ J. DHEEDENE, K. SEYNNAEVE et M. GOYENS, « Zorgcoördinatie en schakelteams », in *Internering : Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, J. Casselman, R. De Rijcke et H. Heimans (dir.), Brugge, Die Keure, 2015, p. 225-232.

⁸⁵ Information transmise par un coordinateur d'équipe TSI, le 26 octobre 2021.

⁸⁶ E. BUREAU et J. HERMANN-MESFEN, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, vol. 8, 2014, en ligne, <https://journals.openedition.org/anthropologie-sante/1342> (consulté le 26 avril 2022).

⁸⁷ N. AGA et al., *Sterke Verhalen. Internering anders belicht*, Oud-Turnhout/ s'Hertogenbosh, Gompel & Svacinana, 2019, p. 26-44.

⁸⁸ Nous reprenons cette période dans la mesure où notre analyse démarre avec le régime prévu par le Code civil de 1804. Cela ne signifie pas que des tendances similaires n'existaient pas déjà auparavant, mais ceci reste en dehors du champ de notre analyse.

régime des « aliénés », qu'il soient auteurs d'une infraction pénale ou non. Tant les malades mentaux à protéger que les auteurs d'infraction atteints de « démence », en « état grave de déséquilibre mental » ou, pour reprendre la terminologie contemporaine, perturbés par un « trouble mental » ont constamment oscillé entre le statut de malade à soigner et de personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui. Elles ont en conséquence constamment fait l'objet de mesures cherchant à concilier impératifs de sécurité et volonté de traitement. La situation n'a guère changé sur ce point aujourd'hui, comme en témoignent tant la loi de 2014 relative à l'internement que la loi, plus ancienne, de 1990 sur la protection des malades mentaux.

Dans ce cadre, l'évolution des régimes législatifs et institutionnels montrent une remarquable symétrie dans leur inspiration. Dans ces deux domaines partiellement interconnectés, une régime médico-administratif, propre à la logique d'intervention expertale de l'État social, a d'abord dominé les modalités d'intervention. De même, et de manière congruente avec les priorités de la psychiatrie asilaire, la prise en charge institutionnelle a été largement privilégiée. Mettre à l'abri et traiter se fait à l'intérieur des murs, dans des structures fermées qui apparaissent aussi comme le meilleur rempart contre la dangerosité.

Cette logique d'intervention est remise en question dès le dernier tiers du XX^e siècle. Faisant d'abord irruption dans le champ de la protection des malades mentaux, le modèle médico-administratif est remis en cause au nom de ses lacunes en droit, des dérives associées à l'institution totale⁸⁹, de la primauté donnée à la sécurité dans un modèle d'intervention ne faisant pas une place suffisante au soin. Dès la fin du XX^e siècle, dans un contexte marqué par un « retour du droit », la loi de 1990 relative à la protection des malades mentaux traduit cette volonté : il s'agit de mettre du « tiers » dans l'institution en développant le contrôle judiciaire des mesures de protection et de leur exécution, pas moins que de mettre un accent plus marqué sur les soins dans le milieu de vie. La loi de 2014 relative à l'internement souligne la même tendance, caractérisée par une judiciarisation importante du contrôle de l'exécution de la mesure et par la volonté de privilégier désormais un « trajet de soins » orienté sur la réintégration de la personne internée dans son milieu social.

Dans les deux champs, cette volonté d'accentuer la place du traitement prend appui sur une logique de désinstitutionnalisation et d'intervention en réseau qui caractérise les évolutions de la psychiatrie

⁸⁹ C. ALEXANDER et S. GUTWIRTH, *Te gek voor recht ? De geesteszieke tussen recht en psychiatrie*, op. cit., supra note 2, p. X.

contemporaine. La « réforme 107 », introduite en 2008, promeut la création de circuits de soins destinés à favoriser la prise en charge dans le milieu de vie et à diminuer le recours à l'offre résidentielle. Comme le souligne l'accord de gouvernement flamand, 2019-2024, il s'agit de faciliter le passage du secteur médico-légal vers le secteur régulier et donc de privilégier le soin « dans le régulier si possible, le médico-légal si nécessaire »⁹⁰. Prévue au départ pour réorganiser de manière générale les soins en santé mentale, la réforme 107 visera également l'internement. La création des « équipes mobiles TSI »⁹¹ en 2014 montre la volonté d'étendre cette nouvelle logique d'intervention aux personnes internées, en conformité du reste avec la notion de « trajet de soins » privilégiée par la loi de 2014. Orientée sur le soin dans le milieu de vie, la réforme 107 se fait également le symbole d'un mouvement contemporain mettant l'accent, dans le domaine des politiques publiques, sur l'autonomisation et la responsabilisation des bénéficiaires. Elle n'est, à cet égard, pas dénuée des ambiguïtés qui caractérisent de manière plus générale les politiques de désinstitutionnalisation et d'intervention en réseau propres à l'« État social actif », entre souci de démocratisation et d'insertion d'une part, de gestion efficiente, de circulation et de transfert de responsabilité de l'État vers les usagers, d'autre part.

Enfin, dernier fil commun à mettre en exergue, l'irruption de la catégorie du handicap dans le monde de la santé mentale s'affirme de manière croissante. Si cette catégorie est encore peu mobilisée par les acteurs de terrain, elle émerge progressivement dans le droit des droits fondamentaux et dans la littérature des organes de contrôle ou de suivi nationaux et internationaux de ces textes juridiques. Porteuse d'une dilution des frontières, la catégorie du handicap pourrait contribuer à introduire une lecture plus sociale du trouble mental placée sous le signe du déficit à résorber dans un champ traditionnellement marqué par la domination d'une lecture médicale raisonnant en termes d'altérité.

Sur deux siècles, les évolutions sont donc manifestes. Le régime légal et sa mise en œuvre n'échappent toutefois pas à l'ambiguïté de départ qui le caractérise, entre soin et sécurité. Aujourd'hui, la volonté semble être dans les deux cas de mettre plus l'accent sur le soin et de protéger les deux populations concernées contre les dérives d'une approche prioritairement sécuritaire. Y arrive-t-on en pratique ? On sait peu de choses sur le sort

⁹⁰ <https://www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2019-2024> (consulté le 26 avril 2022).

⁹¹ Sur ce point, voy. S. DE SPIEGELEIR, *L'internement à l'épreuve de l'ambulatorio*, *Archives de Politique criminelle*, 2022, à paraître.

réservé aux malades mentaux dans le secteur psychiatrique et sur le niveau de soin qui leur est octroyé. On peut espérer qu'il soit conforme aux normes de la psychiatrie contemporaine. On en sait beaucoup plus en matière d'internement. Et là, c'est loin d'être gagné. Depuis 1930, le soin est le talon d'Achille de la prise en charge des personnes internées, comme l'ont abondamment souligné les multiples condamnations de la Cour Européenne des droits de l'homme. La réforme de 2014 et son accent sur le « trajet de soins » visent à répondre à cette difficulté structurelle. Mais sans interdiction totale du recours aux annexes psychiatriques de prison, le programme croissant – mais régulièrement retardé⁹² – de construction d'hôpitaux psychiatriques à sécurité renforcée en soutien des EDS et autres sections de défense sociale existant en prison, comme le vent de désinstitutionnalisation incarné par la réforme 107, suffiront-ils à inverser la tendance et à faire véritablement du soin une priorité ? Rien n'est moins sûr. Tant les dernières condamnations de la Belgique par la Cour européenne des droits de l'homme en 2019 et 2021, que le récent rapport du Conseil de Surveillance Pénitentiaire de 2020 à propos de l'EDS de Paifve ou encore le récent projet de loi de du 9 septembre 2021 visant à légaliser les placements illégaux en annexe psychiatrique de prison soulignent la difficulté de sortir de l'ornière.

Quand les places et les moyens manquent, que le personnel infirmier est insuffisant et que les psychiatres font défaut, la priorité sécuritaire refait rapidement surface et remplacer les murs de la prison par ceux de l'asile ne suffit pas. Si cette situation perdurait, malgré les réformes, elle amènerait à poser la question de la réforme elle-même : si l'objectif est de proposer partout aux internés un niveau de soin réellement adapté à leurs besoins, ne faudrait-il pas plutôt les orienter vers une filière hospitalière générale et sortir du système « para-pénal » instauré en 1930, modifié mais maintenu aujourd'hui ? Plutôt que de réformer le système, ne faut-il pas penser à en changer ?

⁹² La construction des nouveaux Centres de psychiatrie légale prévus pour 2023 serait retardée à 2027.