

La défense sociale en Belgique, une matière complexe qui mérite un vaste débat

Trois interpellations parlementaires ont été adressées le 7 octobre dernier au ministre de la Justice Koen Geens, concernant l'avenir de la défense sociale en Belgique. Les professionnels du secteur encouragent la poursuite du débat en attirant l'attention sur la complexité criminologique et psychopathologique de cette matière sensible.

Le sort des personnes inter-
nées n'est pas une question simple. Le pire que l'on puisse faire serait de caricaturer le débat et de le simplifier. Deux « tactiques » s'opposeraient alors : les uns insisteraient à tout va sur la haute dangerosité de ces malades mentaux, les autres prôneraient une stricte considération médicale de ces personnes dont on aurait évacué toute problématique criminologique. Le débat médico-légal est hautement plus complexe et mérite une considération subtile.

Un interné est une personne qui a commis une infraction (crime ou délit), qui a été reconnue irresponsable de ses actes

en raison d'un trouble mental et dont on estime qu'il existe un danger qu'elle commette de nouvelles infractions. L'internement est une mesure d'enfermement à durée indéterminée, destinée à protéger la société mais aussi à soigner la personne en vue de sa réinsertion. Celle-ci est actée lorsque l'état du patient présente une amélioration suffisante et si le risque de commettre de nouvelles infractions est lui aussi réduit.

La loi du 12 janvier 2005, répondant aux recommandations de la Cour européenne des droits de l'homme et au Code de déontologie médicale, impose, de façon nuancée, une séparation entre les missions de soin et celles d'expertise. La philosophie de fond de cette directive est que la personne internée

doit avoir un espace de parole libre et indépendant de toute conséquence sur l'évolution de son internement. Par exemple, un patient pourra confier à son soignant un comportement ou une envie qu'il souhaiterait ne pas révéler à l'évaluateur dialoguant avec la Commission de Défense Sociale (futurs Chambres de protection sociale du Tribunal de l'Application des Peines). Cette instance statue sur une éventuelle remise en liberté ou sur un aménagement de la mesure d'internement comme l'obtention d'une permission de sortie. Bien que difficile à mettre en application au sein d'un même établissement, cette séparation des mandats de soignants et d'évaluateurs, est, en plus de répondre à une exigence légale et déontologique,

une nécessité absolue si l'on se place du point de vue éthique et humaniste. Il ressort de ce dispositif, instauré au prix de contorsions institutionnelles, la possibilité d'un débat riche, d'une hétérogénéité des points de vue, d'un dialogue fécond et constructif à propos d'une personne qui a la chance d'être appréhendée à travers des points de vue différents.

Une analyse complète

Dans ce contexte, le soignant se donne pour objectif l'évolution psychique du patient, il cherche à améliorer ses habiletés sociales et tente d'agir sur ses possibilités d'adaptation dans ses environnements actuel et futur. L'évaluateur cherche à comprendre le fonctionnement psychologique, le trouble psychia-

trique et l'enracinement (qui est souvent un déracinement) social qui organisent la vie du patient. Il évalue minutieusement le volet criminologique, analyse son acte délinquant, et propose une réflexion intégrative.

Les pratiques de soignant et d'évaluateur, rigoureuses et scientifiquement appareillées, ont plusieurs points communs. Toutes deux s'inscrivent dans le temps, elles sont latitudinales – une vision la plus ample possible du phénomène observé – et longitudinales – se répètent dans le temps. Ce dernier point est décisif pour la pratique expertale, inédite de ce point de vue puisqu'elle apporte une série d'informations essentielles sur le décours de la psychopathologie qu'une expertise pénale mandatée par le pouvoir judi-

ciaire – réalisée en quelques séances rapprochées dans le temps – ne peut méthodologiquement rencontrer. De nombreux troubles mentaux présentent une fluctuation des états que seule l'observation dans le temps peut révéler.

Un objet d'étude complexe

Un second point commun est que ces deux positions de soignant et d'évaluateur, sont intrinsèquement cliniques, reposant sur la rencontre entre deux personnes. La pratique de la clinique, si rigoureuse qu'elle soit, est également un art. Celui de la découverte, de la co-construction, de la tentative de compréhension, du discours sur l'évolution. Le soignant et l'évaluateur ne peuvent se limiter à une recherche de normativité et d'ob-

jectivité toujours désuètes. L'un et l'autre comprennent qu'à la différence d'un idéal scientifique rigide, avoir l'homme pour objet d'étude est une affaire complexe. Les sciences de l'humain ne peuvent se résoudre à réduire leur objet d'étude à un ramassis de variables ou de chiffres. Les outils scientifiques – échelles d'évaluation du risque de récidive, tests psychologiques, données neurologiques, etc. – sont bien sûr utiles mais toujours insuffisants. Ils situent un sujet « anormal » au sein d'une norme chiffrée. Leur application, pour ces patients si spécifiques, présentant des psychopathologies parfois hors-norme, peut devenir une absurdité, une aberration psychopathologique. Si bien qu'un respect scrupuleux de leurs résultats peut conduire

à des prises de décisions incohérentes.

Soignant et évaluateur, en répondant à leur cadre déontologique et aux règles indépassables du secret professionnel, viennent autour de la table pour évoquer les perspectives d'avenir de l'être humain qui les préoccupe. Ils se rencontrent autour du projet existentiel qu'un malade mental-délinquant est en train d'ébaucher ou de construire, parfois aussi de rater ou de saboter. Indéniablement et inévitablement, l'évaluateur et le soignant se retrouvent lorsque le malade mental délinquant cherche à s'émanciper de ces deux étiquettes, c'est-à-dire lorsqu'il cherche à regagner le monde social.

En tenant compte d'éléments sensibles et dynamiques comme

la dangerosité, le risque de récidive, la stabilisation de la maladie, les ressources sociales potentielles et bien entendu les forces intrinsèques du sujet, cette pratique clinique originale et rigoureuse s'efforce d'œuvrer à la construction d'un avenir pour ces personnes. À de nombreuses reprises, sans que ces constats ne soient faciles à poser, il est conclu qu'une réinsertion est prématurée, à repenser, voire inenvisageable.

Plaider pour conserver la complexité du débat revient à préserver ce double regard, tant expertal que soignant. La défense sociale ne cherche pas à soigner un délinquant ou à classer et contrôler le malade. Elle a compris, forte de son expérience, qu'il s'agit d'une seule et même personne. ■

(*) Les signataires : J. Englebort, S. Aberghaz, V. Follet, J. Vaneetveld-Usé, L. Collin, L. Saint-Remy, B. Houet, P. Leblanc, L. Delestrée, N. Frennet, R. Di Prima, M. Castano, S. Verdicq, S. Hallet, S. Dernet, A. Poirrier, F. Danhiez, S. Stiers, C. Mottart, G. Lemoine, C. Mercenier, S. Dessers, V. Nandrin, L. De Vuyst, M. Tran, J. Schumann, B. Lejeune, I. Lorent, C. Scheffers, L. Réquillé, J. Zougaghi, J. Tilkin, F. Lievens, C. de Beco, C. Messaud, J. Pardo Garcia (EDS de Paifve), Pr. C. Mormont (Ulg), Pr. C. Adam (ULB, UCL), Pr. D. Kaminski (UCL), Pr. E. Delruelle (Ulg), V. Seron (Ulg), Pr. A. Blavier (Ulg), Pr. M. Martin (UMons), Pr. J.-M. Gauthier (Ulg), Pr. A. Masson (UCL, UNamur), Pr. M. Dantinne (Ulg), Pr. M. Dupuis (UCL), Pr. G. Kellens (Ulg), C. Paque, M. Van Brustem (CDS Forest), T. Henrion (CDS Namur).