

TRIBULATIONS D'UNE VIEILLE DAME

De la «loi relative aux anormaux et délinquants d'habitude» à la «loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental»

S. GARCET (1)

RÉSUMÉ : Le système belge de prise en charge des délinquants atteints de troubles mentaux est organisé selon un principe de défense sociale. Il se caractérise par une double attention pour, d'une part, la protection de la société par une neutralisation du risque et, d'autre part, la nécessité de soins à prodiguer à la personne internée. L'évolution du cadre juridique de la loi de 1930 relative aux anormaux et délinquants d'habitude à la loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental de 2014 rend compte des vicissitudes nées du tiraillement entre ces deux piliers sécuritaire et thérapeutique. Dans ce difficile rapport de forces, bien que publiée mais pas encore d'application, la version de 2014 de la loi constitue, à bien des égards, une évolution positive dans la prise en compte des personnes internées et de leurs besoins.

MOTS-CLÉS : Défense sociale - Internement - Loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental - Expertise

MISE EN PLACE DE LA LOI RELATIVE AUX ANORMAUX ET DÉLINQUANTS D'HABITUDE

C'est dans le contexte sécuritaire du XIX^{ème} siècle et des idées de l'école positiviste italienne qu'est né le mouvement de défense sociale en tant que critique des conceptions classiques du droit pénal (1). Il visait à rééquilibrer les droits de la société par rapport à ceux des individus, fonder la réaction sociale au crime, non plus sur la gravité de l'infraction et la responsabilité morale de son auteur, mais sur le danger qu'il fait courir à la société, et mettre en place des moyens répressifs dont la fonction principale réside dans la neutralisation du danger criminel lié à leur personnalité (2).

L'article 71 du Code Pénal (CP) de 1867 stipulait que le délinquant atteint de troubles mentaux, reconnu dément, et, donc, non responsable de ses actes, était acquitté et libéré. Le Code Pénal ne permettait pas de prendre en compte le devenir de celui-ci en dehors d'une possible collocation. La démarche fut critiquée puisque la décision de libération était retirée aux juristes et laissée aux médecins supposés peu soucieux de la protection du corps social par leur tendance à considérer la question de

TRIBULATIONS OF AN OLD LADY : FROM THE LAW «RELATED TO ABNORMAL AND HABITUAL OFFENDERS» TO THE LAW ABOUT «INTERNMENT OF PERSONS WITH MENTAL DISORDER»

SUMMARY : The Belgian forensic system for offenders with mental disorders is organized according to a principle of social defense. It is characterized, on the one hand, by the protection of the society and neutralization of risks and, on the other hand, by the requirements of mental care for the internee. The evolution of the legal framework from the 1930 law related to «abnormal and habitual offenders» to the law about «internment of persons with mental disorder» voted in 2014 reflects the vicissitudes born of the tension between these two pillars. In this difficult balance between medical and judicial issues, although published, but not yet effective, the 2014 version of the law is, in many ways, a positive development in the integration of internees and their needs.

KEYWORDS : Forensics - Internment - Law about “internment of persons with mental disorder” - Expertise

la maladie (3), plutôt que la dangerosité liée à l'état du délinquant.

Cette réflexion influença le législateur belge qui proposa différentes législations relatives à la libération conditionnelle (1888), aux vagabonds et mendiants (1891), aux mineurs (1912) et, enfin, à la défense sociale le 9 avril 1930 sous l'appellation de «loi relative aux anormaux et délinquants d'habitude». Cette loi reprit les mêmes principes de sûreté que celle de 1912 relative aux mineurs, en substituant à l'emprisonnement pénal ou à une libération immédiate, une mesure de sécurité accompagnée de possibilités thérapeutiques (4); cette approche fait de la défense sociale une mesure hybride qui oscille entre souci sécuritaire (protéger la société contre des individus dangereux qui échappent à la sanction pénale) et objectif curatif (5) en apportant à l'interné le traitement scientifique que requerrait son état (6). Enfin, elle ajoutait aux déments de l'article 71 du CP de 1867, les personnes dans un état «de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actes».

Les questions soulevées par les antagonismes judiciaires et psychiatriques autour des catégories de délinquants (déments, normaux), de la responsabilité pénale, du traitement, des régimes d'application et de libération et des commissions psychiatriques (qui deviendront ultérieurement les Commissions de défense sociale) se poursuivirent dans les différentes

(1) Professeur, Service de Victimologie, Département de Criminologie, Faculté de Droit, ULg, Quartier Agora Place des Orateurs, 1, Bât. B 33, 4000 Liège.

commissions (Briffart et Cornil (1940) (7) et Fettweis (1961) (8)) qui se succéderent.

LA LOI DE DÉFENSE SOCIALE À L'ÉGARD DES ANORMAUX ET DES DÉLINQUANTS D'HABITUDE DE 1964

Dans une logique de compromis à la belge, la version de 1964 (9) de la loi fut considérée comme minimaliste (3) puisque la réforme maintint dans ses 32 articles, l'équilibre entre les piliers judiciaire et médical en plaçant la décision de juger de la responsabilité dans les mains des magistrats et la possibilité de soins appropriés aux mains des psychiatres. Elle institutionnalisa le caractère indéterminé de l'internement par opposition aux périodes de cinq, dix et quinze ans qui prévalaient jusqu'alors et autorisa la mise en observation à tous les stades de la procédure. Enfin, en termes de dangerosité, elle supprima l'obligation de libération de l'interné lorsqu'il ne présente plus un danger social pour en faire une possibilité soutenue par des conditions renforcées, à savoir que l'interné ne constitue plus, par lui-même, un danger social sérieux et que le risque de récidive est exclu.

LA LOI RELATIVE À L'INTERNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL DE 2007

Différentes critiques furent formulées à l'encontre de la loi de 1964 (10, 11). En 2007, suite aux travaux de la Commission Delva, mise en place dans le contexte de traumatisme collectif de «l'affaire Dutroux», et la dynamique sécuritaire qui prévalait au sein des états européens (1), une nouvelle réforme fut proposée dans le projet du 21 avril (156 articles) de la «loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental» (12). Un premier pas dans ce sens avait déjà été réalisé pour les délinquants d'infractions à caractère sexuel (AICS) par l'ajout, à la loi de 1964, de l'article 20b subordonnant la libération d'auteurs à un avis motivé préalable d'un service spécialisé.

Différents articles sont représentatifs de l'orientation sécuritaire, notamment, la possibilité d'exécution immédiate de l'internement sans possibilité d'opposition ou d'appel (art. 9), la limitation des possibilités de congés (art. 19) ou la suppression des possibilités de libération immédiate à l'essai sans mesures de conditions préalables (art. 25). Enfin, en matière de libération définitive, la version de 2007 mit en place, comme condition, la conjonction d'une

moindre dangerosité (rechute délinquante) et d'une absence de rechute dans le trouble mental. Dans un avis sur la loi, le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne manqua pas de relever le côté impraticable de cette loi trop détaillée et contraignante (13).

Le recours à un Tribunal de l'Application des Peines (TAP), instauré en 2006, pour toutes les décisions relatives à l'exécution d'un internement en lieu et place des Commissions de défense sociale jugées trop «hybrides» (14), fut aussi vu comme une judiciarisation de la défense sociale puisqu'il restreignait l'implication des médecins, limités à une fonction d'experts. Le Conseil National de l'Ordre (13) proposa de prévoir une chambre spéciale au sein du TAP pour traiter les questions relatives à l'internement dans laquelle siégerait un médecin (13).

La loi fut publiée au Moniteur Belge du 13 juillet 2007 dans un souci de cohérence par rapport aux exigences en matière pénale, notamment au regard de la loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe du détenu, mais n'entra pas en vigueur et fut rapidement soumise à révisions.

LA LOI RELATIVE À L'INTERNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL DE 2014

Plusieurs propositions d'amendements de la loi de 2007 furent présentées, notamment la version «Heimans» du 4 novembre 2012. Dans cette proposition de 120 articles, la prise en compte des internés apparut plus clairement et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (15) souligna les efforts de flexibilité, comme : les possibilités offertes aux juridictions d'instruction et de jugement de libérer sur-le-champ, par une décision spécialement motivée, un inculpé ou un prévenu interné; la mise en place d'une chambre spéciale au sein du TAP, avec la capacité d'accorder différentes mesures d'aménagement de l'internement ou de libération aux différentes phases de l'internement; ou, encore, la capacité de négocier le transfert ou le placement de l'interné avec l'établissement de destination (art. 19 et 20).

Dans la foulée, et sur les mêmes bases, la proposition déposée par le sénateur Bert Anciaux, qui préfigurait la loi du 09 juillet 2014, reçut un accueil positif de la part du Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH) et le Centre pour l'Egalité des chances et la lutte contre le racisme.

La nouvelle loi «relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental» fut adoptée le 25 mars 2014 et publiée au Moniteur Belge le 9 juillet 2014. Elle serait amenée à remplacer la loi du 1^{er} juillet 1964, toujours en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (16).

APPORTS DE LA VERSION DE 2014 DE LA LOI RELATIVE À L'INTERNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL

a) Le stade de l'expertise

Dès la proposition de loi, le sénateur Anciaux marquait son intérêt pour ce moment de l'évaluation dans la mesure où il conditionne le devenir de l'interné. Les axes de cette réforme de l'expertise concernent autant une reformulation des définitions que de nouvelles procédures.

La loi de 2014 fait référence aux personnes atteintes d'un trouble mental. Au niveau de la définition des conditions, conformément à l'évolution entamée en 2007, l'article 9 supprime la référence à un état de démence, un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale qui rend la personne incapable du contrôle de ses actions. La définition est la suivante : Les juridictions peuvent prononcer l'internement d'une personne qui (1) a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement et (2) qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et (3) pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque. Cette lecture plus large aura pour effet positif de dissiper certaines ambiguïtés de sens, notamment sur le concept de démence. Par contre, cela pourrait entraîner des dérives dans la notion de troubles mentaux par la prise en compte possible d'autres pathologies, comme les troubles graves de la personnalité ou d'autres troubles cliniques. Par contre, les conditions d'altération grave ou d'abolition du discernement et du contrôle des actes qui renvoient aux composantes volitives et cognitives restent similaires.

La reformulation des questions posées à l'expert, soutenue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, inscrit un peu plus la question de la dangerosité dans l'examen. La dangerosité psychiatrique était envisagée dans les précédentes lois dans les questions : Dire si l'état de l'inculpé constitue actuellement un danger pour lui-même ou pour la société ?

(dans la version de 1964) ou, du fait du trouble mental, la personne risque-t-elle de commettre de nouvelles infractions ? (dans la version de 2007). Les questions reprises aux points 2° et 3° de l'article 5 de la loi de 2014 mettent en lumière, et le lien causal entre le trouble mental et les faits, et le risque de récidive (déjà présent en 2007), éventuellement dans le cadre d'une conjonction du trouble mental et d'autres facteurs de risques. Cette approche élargit la notion de dangerosité psychiatrique à une lecture criminologique du risque de récidive en intégrant d'éventuels facteurs de risque.

Il existe une obligation d'expertise lorsqu'il y a des raisons de considérer que la personne se trouve dans une situation visée à l'article 9. Dans ces cas, une expertise psychiatrique médico-légale ou une expertise psychologique médico-légale est ordonnée par le Procureur du Roi, le Juge d'Instruction ou les juridictions d'instruction ou de jugement (Art. 5). La modification de cet article 5, qui institue l'examen psychologique médico-légal, n'a pas manqué de soulever une objection au niveau de l'Ordre des Médecins. Ainsi, dans son avis concernant la proposition «Heimans» qui préfigurait la Loi, il notait, outre l'expertise psychiatrique médico-légale, que cette nouvelle version de la loi prévoit l'alternative d'une «expertise psychologique» par un «psychologue légiste porteur du titre reconnu de psychologue et enregistré auprès de la commission de psychologues» (article 5, § 2). Le Conseil National souscrit, sans réserve, au fait que l'expertise psychiatrique puisse être effectuée en collège et/ou avec l'assistance d'autres scientifiques du comportement, sous la direction et la responsabilité d'un expert satisfaisant aux conditions de l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Dans la mesure où la mission de l'expert consiste aussi à établir un diagnostic médical et à donner des recommandations de traitement, le Conseil national ne peut se déclarer d'accord avec la proposition d'également confier cette mission à des prestataires de soins non reconnus par l'arrêté royal précité (15). Cet argument n'est actuellement plus recevable, depuis la modification, publiée le 20 mai 2014, de l'arrêté royal relatif à l'exercice des professions des soins de santé en vue de reconnaître l'agrément de la psychologie clinique. Suite à cette modification, dans son article 21 § 3, il est dit que, par exercice de la psychologie clinique, on entend l'accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour

objet ou présentés comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain et dans un cadre de référence scientifiquement étayé de psychologie clinique, la prévention, l'examen, le dépistage ou l'établissement du psychodiagnostic de souffrances psychiques ou psychosomatiques, réelles ou supposées, et la prise en charge ou le soutien de cette personne (17). Rien ne s'oppose donc à ce qu'un psychologue clinicien puisse assumer la responsabilité de la mission d'expertise psychologique médico-légale alternative à l'expertise psychiatrique, étant bien un prestataire de santé susceptible de poser des actes autonomes, notamment des examens et des psychodiagnostics.

La loi de 2014, dans son article 5, prévoit aussi la mise en place de collèges d'experts. Cet ajout contribue à envisager la condition de l'interné dans une lecture multidisciplinaire et non plus seulement psychiatrique. Le collège est une opportunité pour reconsiderer la démarche expertale et introduire d'autres professions spécialisées en sciences du comportement, tels des criminologues, afin d'éclairer sur les questions de dangerosité criminologique et de récidive, par exemple. Cette approche transversale fait d'ailleurs écho aux mesures proposées au niveau de la chambre de protection sociale et s'inscrit dans une évolution déjà présente, notamment dans le système français (18). Dans cette même logique d'ouverture, les articles 7 et 8 précisent, par rapport à la version de 2007, le caractère contradictoire de l'expertise par la garantie pour l'interné de faire valoir ses observations sur les résultats de l'examen d'expertise et par l'obligation faite à l'expert de se positionner de manière circonstanciée.

L'attention mise sur la qualité des expertises est également portée par les paragraphes 2 et 5 de l'article 5 qui mentionnent la nécessité d'un agrément pour les experts. Remarquons que les conditions professionnelles défavorables de l'expertise en Belgique limitent, bien souvent, le nombre d'années d'expérience valorisables, critère indispensable à une éventuelle reconnaissance en tant qu'expert. Cet article introduit aussi, au sein du SPF Santé publique, une cellule de surveillance chargée de vérifier, dans les rapports d'expertise, la présence des critères de qualité en matière de forme et de fond. La démarche est porteuse et nécessaire. Cependant, nous restons prudents quant à la capacité de cette cellule à assurer ce travail d'évaluation des rapports avant qu'ils ne soient transmis au Tribunal, comme il est prescrit.

b) Les modalités d'exécution de l'internement

Rappelons, dans l'article 2, les deux socles constitutifs de la défense sociale à savoir la mesure de sûreté envisagée pour protéger la société et la nécessité d'apporter des soins requis par l'état de trouble mental que présente la personne. Dans les versions de 1930 et 1964, le soin vise la stabilisation des manifestations du trouble mental, sans envisager, comme finalité thérapeutique, un retour dans la société. La loi de 2014 propose, en plus de la réinsertion sociale présente dans la loi de 2007, la notion de trajectoire de soins qui traduit l'envie de repenser le parcours d'internement selon plus de cohérence thérapeutique.

Au niveau des modalités d'exécution, un assouplissement et une plus grande cohérence des procédures ont été proposés entre les versions de 2007 et 2014. Relevons, parmi les avancées, la possibilité laissée aux Procureurs du Roi, juridictions d'instruction et de jugement, de libérer sur le champ l'interné, qu'il soit prévenu ou inculpé avec ou sans conditions, et la possibilité d'accorder aux différentes phases de l'exécution de la décision judiciaire d'internement, les différentes modalités d'exécution (autorisation de permission de sortie, art. 20, de congé, art. 21, de détention limitée, art. 23, de surveillance électronique, art. 24 ou de libération conditionnelle, art. 25).

Les critiques portées à l'encontre de la suppression des Commissions de défense sociale ont aussi été partiellement rencontrées puisqu'une chambre spéciale du TAP dénommée «chambre de protection sociale», exclusivement compétente en matière d'internement, est instituée au sein du TAP, même si la dimension médicale reste en retrait au niveau des décisions.

La prise en compte des trajets de soins et l'intégration de la personne internée à la réforme de la santé mentale ont également entraîné une attention particulière sur la nécessaire coopération avec les institutions extérieures à la défense sociale et la plus-value d'une approche en réseau. Cette attention se retrouve, au-delà de l'article 2, dans la dimension concertée des transferts ou placements, notamment dans des institutions privées (art. 34). Cette démarche s'appuie sur la mise en place de coordinateurs attachés aux chambres de protection sociale (art. 83) en vue de faciliter les collaborations entre l'intra- et l'extra-muros au sein du trajet de soins (19).

Malheureusement, malgré ces avancées, l'opposition entre les dimensions médicale et judiciaire constitue toujours une limite du système et, compte tenu de la séparation stricte entre les missions de l'expert et du soignant, les termes de l'article 5 en matière de recueil d'informations auprès des dispensateurs de soins par l'expert risquent encore longtemps d'être source de frustrations et d'oppositions.

CONCLUSIONS

Depuis sa mise en place, la loi dite de «défense sociale» reflète la difficile cohabitation entre une approche sécuritaire de protection de la communauté et la prise en compte de la personne en souffrance psychique. Longtemps guidée par une volonté d'instaurer des mesures de sûreté, l'interné a été le «laissé-pour-compte» du système judiciaire. Si la loi de 2007 présentait encore une logique sécuritaire marquée ayant engendré beaucoup de critiques, la loi de 2014 fait évoluer la dynamique, tant au niveau de l'évaluation lors de la phase d'observation, du traitement que de la réinsertion avec l'inscription de la personne dans une logique de trajet de soins caractérisée par une approche multidisciplinaire. Cette évolution témoigne d'une volonté démocratique de respect des droits de la personne. Il reste, cependant, encore à traduire ces intentions dans les faits puisque, si cette loi est publiée, elle n'est toujours pas d'application. Or, pour mettre en place et développer les points liés à la réforme de la santé mentale, le support d'un cadre juridique cohérent est incontournable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Van de Kerchove M.— Introduction. *Déviance et Société*, 2010, **34**, 4, 479-482.
2. Van de Kerchove M.— Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité. *Déviance et Société*, 2010, **34**, 4, 485-502.
3. Mary P, Kaminski D, Maes E, et al.— Le traitement de la «dangerosité» en Belgique : internement et mises à disposition du gouvernement. *Champ pénal*, 2011, **8**.
4. Braas A.— La loi de défense sociale du 09 avril 1930 à l'égard des délinquants anormaux, *Revue Droit Pénal Criminol*, 1957, **1907-1957**, 117-131.
5. Cartuyvels Y, Champetier B, Wyvckens A.— Soigner ou punir? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique. *Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis. Travaux et recherches*, 2010.
6. Denys W.— Les conditions d'enfermement en rapport avec le trouble mental. *L'observatoire. Enfermement psychiatrique : défense sociale et protection des malades mentaux*, 1999, **21**.
7. Briffort L, Cornil L.— Commission chargée d'étudier la révision de la loi du 09 avril 1930, de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. Rapport sur la révision des dispositions relatives aux déments et aux anormaux. *Rev Droit Pénal Criminol*, 1940, **4-5**, 212-284.
8. Fettweis A.— Le projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux. *Rev Droit Pénal Criminol*, 1961, **4**, 311-324.
9. Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964, vig.01 septembre 1964.
10. Bernard-Tulkens F.— A propos du statut du malade mental en droit pénal – des questions qui subsistent, *Ann Droit*, 1973, **2-3**, 195-217.
11. Vervaele J.— La défense sociale en (temps de) crise: la criminologie en prétoire ou sur le banc des accusés?. *Rev Int Criminol Police Technique*, 1987, **40**, 9-27.
12. Loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental du 21 avril 2007.
13. Conseil national de l'Ordre des médecins.— Avis sur la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. *Bull Cons Nat Ordre Méd*, 2010, **132**.
14. Centre pour l'Egalité des chances et la lutte contre le racisme.— Avis du centre pour l'Egalité des chances et lutte contre le racisme destiné au Sénat de Belgique concernant la proposition de loi N°5 – 2001/1 relative à l'internement des personnes déposée par M. Bert Anciaux et consorts le 21 février 2013, 25 juin 2013.
15. Conseil national de l'Ordre des médecins.— Proposition «Heimans» de modification de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. *Bull Cons Nat Ordre Méd*, 2012, **140**.
16. Loi relative à l'internement des personnes. *MB*, 09 juillet 2014, vig. 01 janvier 2016.
17. Loi réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé. *MB*, 20 mai 2014, vig. 01 septembre 2016.
18. Senon JL, Voyer M, Davignon G, Delbreil A.— L'expertise psychiatrique pénale, Psychiatrie légale et criminologie clinique, Senon JL, Jonas C, Voyer M, Elsevier Masson, 2013, pp. 123-129.
19. Garcet, S.— Entre soins aux patients psychiatriques délinquants et protection sociale à l'égard des délinquants psychiatriques : enjeux et perspectives criminologiques du plan pour patients psychiatriques médico-légaux. *Rev Droit Pénal Criminol*, 2015, 1256-1265. URL : <http://hdl.handle.net/2268/188912>.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. S. Garcet, Service de Victimologie, Département de Criminologie, Faculté de Droit, ULg, Quartier Agora, Place des Orateurs, 1, Bât. B 33, 4000 Liège. Mail : serge.garcet@ulg.ac.be