

Faculté de droit et de criminologie

La nouvelle réforme annoncée de la loi du 26 juin 1990 permettra-t-elle de mieux protéger la société tout en respectant les droits fondamentaux de la personne malade mentale?

Auteur : Pauline Vanesse
Promoteur : Nathalie Dandoy
Année académique 2023-2024
Master en droit, à finalité justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Nathalie Dandoy, de m'avoir encadrée durant deux ans et prodiguée de nombreux conseils.

Je tiens à remercier particulièrement les différents professionnels qui ont accepté de me rencontrer et qui ont apporté leur expérience et savoir à ce travail. Merci à Mesdames, Marjorie Dosogne (psychiatre), Céline Plomb (assistante sociale), Anne Solbreux (substitut du procureur du Roi) et à Monsieur Rudy Ghyselinck (juge de paix).

Enfin, j'adresse un remerciement tout particulier à mes parents et à mes proches pour leur soutien tout au long de ces années d'études.

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE 1. LA PROTECTION DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE SELON LA LOI DU 26 JUIN 1990	4
Chapitre 1. Contexte historique et général de la législation en vigueur	4
Section 1. La privation de liberté sous la loi du 18 juin 1850	4
Section 2. L'adoption de la loi du 26 juin 1990 : une avancée prometteuse	6
Section 3. Évènement tragique du 10 novembre 2022	9
Chapitre 2. Le régime juridique de la personne atteinte de maladie mentale	11
Section 1. Les conditions d'application de la loi.....	11
Section 2. La mise en observation : procédures et critères.....	12
Section 3. Le maintien en hospitalisation : durée et modalités.....	15
PARTIE 2. L'APPROCHE CRITIQUE DE LA LOI DU 26 JUIN 1990.....	18
Chapitre 1. Les limites et imprécisions du cadre juridique actuel.....	18
Section 1. L'appréciation complexe des conditions d'application de la loi	18
Section 2. Les acteurs impliqués dans la procédure	21
Section 3. Le consentement, l'autonomie et l'hospitalisation sous contrainte : le délicat équilibre	24
Chapitre 2. Les enjeux de la protection de la personne atteinte de maladie mentale : entre dangerosité et respect des droits fondamentaux	27
Section 1. Les enjeux éthiques et sociaux	27
Section 2. Les enjeux de sécurité publique et de prévention.....	29
Section 3. Les enjeux économiques et organisationnels au service de la santé publique	31
PARTIE 3. VERS UNE NOUVELLE RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 ?	32
Chapitre 1. Le projet de loi sur la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique : état des lieux et perspectives.....	32
Section 1. Les critiques du système actuel et les motifs de réforme	32
Section 2. Les propositions d'aménagement ou de refonte du cadre juridique actuel.....	34
Section 3. Les défis politiques et institutionnels de la réforme	48
Chapitre 2. L'impact de la réforme sur les droits fondamentaux de la personne atteinte de maladie mentale et sur la protection de la société	52
Section 1. Au terme de notre réflexion : tension entre la protection des malades mentaux et la protection de la société à l'encontre de ceux-ci.....	52
Section 2. La réforme du régime juridique italien : une vision plus progressiste.....	56
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	64

INTRODUCTION

Le 10 novembre 2022, un fait divers terrible secoue l'opinion publique, les forces de l'ordre, le monde judiciaire, le monde médical et, plus que tout, les proches du policier qui a été poignardé à mort par un individu présentant un trouble mental.

Nous savons, par d'autres faits d'actualité malheureusement trop fréquents, que beaucoup d'homicides sont commis par des personnes psychologiquement fragiles, parfois aliénées et/ou se trouvant sous l'emprise de produits illicites.

Néanmoins, la tragédie évoquée ci-dessus est apparue évitable car l'individu qui a commis l'irréparable venait de quitter volontairement et sans contrainte le service psychiatrique des urgences d'un centre hospitalier où des policiers l'avait laissé sur décision d'un juge après l'appel personnel de cet individu qui demandait de l'aide car ses pensées le poussaient à tuer.

Pourtant, il semblerait que la loi ait été respectée et que personne ne pouvait être mis en cause dans la gestion des événements qui ont précédé l'agression.

La loi qui fait référence et dont il sera question dans ce présent travail est celle du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux.

Pour éviter le pire, ce criminel aurait dû, semble-t-il, être privé de liberté.

Or, la privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental connaît un double régime en Belgique. D'une part, un régime « civil », 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/ou pour autrui. D'autre part, un régime « pénal », 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.

Ainsi, il apparaît que la loi du 26 juin 1990 qui se veut préventive révèle une problématique qui touche aussi bien le domaine médical que judiciaire. En effet, son application peut amener les autorités judiciaires à restreindre la liberté d'un individu, qui n'a en réalité commis aucune infraction, en le confiant au domaine médical afin de le contraindre à suivre un traitement.

Or, l'hospitalisation psychiatrique forcée d'une personne ne peut être justifiée que par la nécessité de protéger sa propre santé, ce qui constitue la principale raison de son internement¹.

Toutefois, nous l'avons illustré, la dangerosité pour autrui doit également être prise en considération.

Cette situation soulève donc des enjeux sensibles et complexes.

En réponse à cette problématique et pour éviter notamment qu'un tel fait dramatique se reproduise à l'avenir, le législateur a revu les termes de la loi du 26 juin 1990 et le nouveau projet a été approuvé en séance plénière au Parlement fédéral le 2 mai 2024. Les réformes entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Lorsque nous avons décidé d'analyser les enjeux de cette nouvelle loi comme objet de ce mémoire, celle-ci n'était encore qu'un projet élaboré par les ministres concernés et leur Cabinet suite aux recommandations d'un groupe de travail publiées dans un rapport le 3 novembre 2022 et aux événements du 10 novembre 2022 - postérieurs au rapport - qui auront attirés inévitablement l'attention sur une autre problématique, celle de la protection de la société face aux personnes atteintes d'un trouble mental qui pourraient être dangereuses.

La question de recherche à laquelle nous allons nous efforcer de répondre dans ce présent travail aborde une réelle difficulté, tant elle se trouve à l'intersection complexe entre la justice et la médecine, la société et l'individu, ainsi que la liberté et la santé d'un même individu².

La présente étude abordera l'analyse de la protection de la personne atteinte de maladie mentale en trois parties distinctes. La première partie portera sur la protection de la personne atteinte de maladie mentale selon la loi du 26 juin 1990 en détaillant le contexte historique et général de la législation en vigueur ainsi que le régime juridique des personnes concernées. Ensuite, la deuxième partie se penchera sur une approche critique de la protection de la personne atteinte de maladie mentale en examinant les limites et imprécisions du cadre juridique actuel ainsi que ses enjeux. Enfin, la troisième partie consistera à étudier les propositions de réforme actuelles

¹ M. VAN DE KERCHOVE, « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 14.

² D. DESMEDT, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 132.

de la loi du 26 juin 1990, en analysant le nouveau projet de loi, son impact sur les droits fondamentaux de la personne atteinte de maladie mentale et la protection de la société.

PARTIE 1. LA PROTECTION DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE SELON LA LOI DU 26 JUIN 1990

Chapitre 1. Contexte historique et général de la législation en vigueur

Section 1. La privation de liberté sous la loi du 18 juin 1850

Au début du XIX^{ème} siècle, la Belgique est sous domination française (de 1792 à 1815). Le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux, qu'elles soient criminelles ou non, était régi par diverses dispositions dans les codes civil et pénal, ainsi que dans les lois communales et provinciales³. Le Code civil de 1804 (copie du Code Napoléon) permettait au conseil de famille ou, à défaut, à l'autorité communale de décider du placement provisoire d'un aliéné dans une maison de santé en attendant une décision judiciaire sur son incapacité⁴. En 1836, l'article 95 de la loi communale a autorisé l'autorité communale à ordonner la séquestration définitive, avec un contrôle a posteriori par le juge de paix ou le parquet⁵. À cette époque, les décisions d'enfermement ne prenaient pas suffisamment en compte les avis médico-judiciaires et encore moins les droits fondamentaux de la personne concernée⁶.

Ce système, *de facto* laissé aux mains des autorités administratives, a été réformé par la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés.

Cette loi poursuivait trois objectifs :

- renforcer la sécurité publique en protégeant les citoyens contre les accidents que peuvent occasionner les aliénés laissés en liberté ;
- garantir la liberté individuelle en prévenant les séquestrations fondées sur une aliénation mentale supposée ;
- pourvoir aux traitements et aux besoins que réclame la guérison des aliénés, ces personnes atteintes de troubles psychiatriques nécessitant un internement⁷.

³ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, « La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 88, n° 1, 2022, p. 77.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ M. VAN DE KERCHOVE, « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? », *op. cit.*, p. 22.

⁷ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1968-1969, n° 1-253, pp. 3-4.

En 1850, le législateur remet donc l'accent sur l'intérêt de l'ordre et de la sécurité publique⁸.

En effet, cette notion d'assurer l'ordre public paraissait déjà dans un décret des 16-24 août 1790 dans ces termes : « (...) *qu'il appartient aux corps municipaux d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces* » .

La loi de 1850 visait davantage à protéger la tranquillité publique et la santé des aliénés qu'à préserver la liberté individuelle de ceux-ci puisque la protection de la sécurité publique constitue, aux côtés de la protection du malade lui-même, une condition suffisante d'application des mesures d'internement⁹.

La décision d'hospitalisation était formellement prise par le bourgmestre, qui entérinait la proposition d'un médecin, basée sur un certificat assez sommaire¹⁰. Conférant ainsi au corps médical la possibilité de priver un individu de sa liberté, sans qu'il n'y ait ni débat contradictoire, ni de contrôle effectif sur ses décisions¹¹.

Ainsi, les psychiatres se voyaient assigner un double rôle : celui de thérapeute et celui de gardien assurant la sécurité du patient et d'autrui, la prévention de la violence, le maintien de la paix familiale, la tranquillité publique, ainsi que la préservation des biens¹². Un rôle excessivement important dévolu exclusivement au corps médical, susceptible de laisser la porte ouverte aux pires abus, puisque sa fonction principale est fondamentalement celle de soigner¹³.

Cette préoccupation liée au trouble de l'ordre public par des « fous » ou des « furieux » apparaîtra encore plus tard à l'article 556 du code pénal de 1867 qui prévoit une contravention pour le fait « *d'avoir laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde* ».

A cette époque, les objectifs sociétaux étaient tout autres ; la priorité était de veiller davantage à la protection de la société qu'à la protection des droits fondamentaux des individus. On

⁸ M. VAN DE KERCHOVE, « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? », *op. cit.*, p. 15.

⁹ *Ibid.*, p. 17.

¹⁰ D. DESMEDT, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », *op. cit.*, p. 131.

¹¹ *Ibid.*

¹² R. FRANCK, « La psychiatrie et le droit sont-ils conciliables ? » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 40.

¹³ D. DESMEDT, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », *op. cit.*, p. 132.

marginalisait les malades mentaux en les dépeignant comme des fous, des insensés n'ayant pas leur place dans la société.

Puisque les intérêts des malades étaient abordés en termes thérapeutiques plutôt que juridiques, que leur satisfaction dépendait exclusivement de l'appréciation du monde médical qui en assumait toute la responsabilité et que le pouvoir judiciaire n'exerçait quasiment aucune influence, l'intérêt des droits fondamentaux des malades passait au second plan¹⁴.

À partir de 1960, les limites d'un système principalement médico-administratif commencent à être critiquées¹⁵. Comme n'a pas manqué de le souligner la Cour européenne des droits de l'homme: «*Le pouvoir dominant du médecin, l'absence de débat contradictoire et la faible implication des autorités judiciaires soulèvent des questions dans un régime de privation de liberté*»¹⁶.

Les critiques soulignent également que ce système de prise en charge des malades entraîne en pratique des privations prolongées de liberté, ce qui rend très difficile leur réinsertion sociale¹⁷.

Les insuffisances juridiques, la volonté de mettre davantage l'accent sur les soins dans un système trop centré sur la sécurité et l'intérêt croissant pour les interventions en milieu ouvert conduisent alors à une réforme du régime mis en place¹⁸.

Section 2. L'adoption de la loi du 26 juin 1990 : une avancée prometteuse

Alors qu'un premier projet de loi datant de 1969 maintenait la prééminence du modèle médical, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux établit un nouveau partage des responsabilités entre les juges et les médecins, visant à mieux respecter les droits fondamentaux des individus¹⁹.

En effet, l'adoption de cette nouvelle loi a été motivée par l'arrêt *Winterwerp* de la Cour européenne des droits de l'homme du 24 octobre 1979. Cette décision oblige la Belgique à

¹⁴ L. CASSIERS, « Les bases psychiatriques de la collocation », in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 8.

¹⁵ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 78.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*, p. 79.

¹⁹ *Ibid.*

adapter sa législation pour se conformer aux normes européennes²⁰. Désormais, seule une procédure judiciaire contradictoire peut justifier une privation de liberté, remplaçant ainsi la mesure administrative qui était permise sous la loi du 18 juin 1850²¹.

L'objectif de cette loi est clair : protéger le patient contre l'avis arbitraire du psychiatre et garantir les libertés individuelles, en particulier celles des personnes atteintes de troubles mentaux, réaffirmés comme sujets de droit²². Cette nouvelle loi marque alors une évolution de la société et une nouvelle conception des libertés individuelles.

En 1850, l'asile psychiatrique était une structure d'accueil, de soins éventuels, mais surtout d'enfermement, d'isolement et de ségrégation des individus qu'on considérait comme fous²³. Progressivement, ces institutions ont évolué pour devenir des hôpitaux psychiatriques et les aliénistes ont fait place aux médecins psychiatres qui utilisent de nouveaux traitements permettant l'obtention d'amélioration significative et ainsi ouvrant la voie à de potentielles réinsertions sociales²⁴.

D'ailleurs, Michel De Clercq et Philippe Hoyois écrivaient qu'il n'était plus possible « d'oublier » un malade mental dans un asile avec la nouvelle loi du 26 juin 1990²⁵. Cette phrase nous a paru assez choquante prouvant, une fois de plus, que la loi de 1850 sur le régime des aliénés bafouait complètement les droits fondamentaux de la personne malade mentale.

Depuis 1990, les mentalités et les pratiques ont encore évolué, tout comme l'efficacité des moyens thérapeutiques. Les portes des hôpitaux psychiatriques s'ouvrent de plus en plus : les hospitalisations deviennent partielles, de jour ou de nuit et peuvent être compatibles avec une vie sociale, professionnelle et familiale²⁶. D'autres moyens sont mis en place comme les soins

²⁰ Cour eur. D.H., arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, req. N° 6301/73, § 45.

²¹ Cour eur. D.H., arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, req. N° 6301/73, §45.

²² F. GUIOT-GOFFIOUL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 129.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ M. DE CLERCQ et P. HOYOIS, « La nouvelle loi du 26 juin 1990 : des mesures de collocations aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 50.

²⁶ F. GUIOT-GOFFIOUL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », *op. cit.*, p. 129.

ambulatoires et l'aide à domicile qui visent à respecter, au plus près, le patient dans son environnement habituel²⁷.

Le médecin ne pratique plus seul et sous sa responsabilité exclusive l'art de guérir ce type de pathologie ; désormais, le juge, en veillant au respect de la loi, participe aussi à la prise de décision thérapeutique²⁸.

La loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux est largement reconnue comme une avancée par rapport à la loi de 1850. Elle paraît plus adaptée à notre société démocratique postmoderne en mettant l'accent sur la protection des droits individuels plutôt que celle de la société²⁹. Cette loi s'inscrit dans un ambitieux projet de réforme psychiatrique où l'enfermement est l'exception et les soins extrahospitaliers, notamment par les soins à domicile, deviennent la priorité³⁰.

De plus, la personne concernée par cette loi bénéficie désormais de plusieurs soutiens - dont la présence d'un avocat - et la mesure de protection sous contrainte est régulée par des garanties spécifiques, incluant des critères clairs et cumulatifs pour sa mise en œuvre, la tenue d'un débat contradictoire, une durée limitée pour la mesure imposée et des voies de recours pour contester la décision³¹.

Bien que les champs de compétences de la médecine et de la justice soient distincts, l'adoption de cette loi a contraint ces deux matières à développer une certaine interaction tout au long de la procédure, nécessitant un débat constant et constructif entre soignant et juriste, ainsi qu'une compréhension mutuelle, en restant dans la mission qui leur a été confiée par cette loi qui se veut respectueuse des droits de l'homme³².

²⁷ F. GUIOT-GOFFIOUL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », *op. cit.*, p. 129.

²⁸ D. DESMEDT, « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », *op. cit.*, p. 132.

²⁹ D. DE VLEESCHOUWER, « Enquête exploratoire auprès des familles de patients schizophrènes sur les répercussions de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Chartre, 2011, p. 214.

³⁰ *Ibid.*

³¹ M. ROLAND et Y. CAELS, « Proposition de modification législative », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Chartre, 2011, p. 328.

³² *Ibid.*, p. 330.

Section 3. Évènement tragique du 10 novembre 2022

Le 10 novembre 2022, un évènement tragique s'est produit, soulignant la défaillance de la loi du 26 juin 1990.

Ce jour-là, quelques heures avant les faits, un individu s'était rendu au commissariat de police d'Evere. Ce dernier y a tenu des propos incohérents, exprimant de la haine à l'encontre de la police et demandant d'être pris en charge au niveau psychologique pour éviter de commettre le pire en raison de sa « *haine* » envers la police³³.

Comme l'a expliqué aux journalistes le procureur du Roi du parquet de Bruxelles, Tim De Wolf: « Conformément à la procédure, les services de police ont contacté le magistrat de garde du parquet de Bruxelles pour initier la procédure de mise en observation psychiatrique prévue par la loi du 26 juin 1990. Après vérification, il est apparu que la personne ne remplissait pas les critères légaux car elle était prête à se faire soigner volontairement »³⁴.

Et a précisé : « À la demande du magistrat de garde, les services de police ont accompagné l'individu à l'unité psychiatrique des Cliniques Universitaires Saint-Luc pour une prise en charge. La patrouille de police est restée sur place jusqu'à ce que la personne soit prise en charge par les infirmiers. Mais puisque l'homme a été reçu par une infirmière après trente minutes d'attente et qu'il a encore patienté une vingtaine de minutes, il a été laissé seul et a fini par quitter l'hôpital sans avoir été examiné par un psychiatre »³⁵. Peu de temps après, il a commis le meurtre d'un policier et en a grièvement blessé un autre dans les rues de Bruxelles.

Les Cliniques Universitaires Saint-Luc ont également précisé dans un communiqué que : « Les Cliniques tiennent à rappeler que tout patient qui se présente aux urgences est libre de les quitter à son initiative sauf si cela s'inscrit dans le cadre d'une surveillance policière continue, ce qui n'était pas le cas dans le cadre de cette admission »³⁶. « Aucune consigne n'a été donnée par

³³ X, « Policier tué à Schaerbeek ce jeudi 10 novembre : le parquet confirme qu'une personne s'est présentée au commissariat le matin », disponible sur <https://www.lavenir.net/actu/belgique/2022/11/11/policier-tue-aschaerbeek-ce-jeudi-10-novembre-le-parquet-confirme-quune-personne-sest-presentee-au-commissariat-le-matin-Z2VMNIX63NFTNGAC77I7UEN5VI/>, consulté le 19 mai 2024.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ A. PRINS, « Rôle du parquet, accueil psychiatrique... les questions en suspens après la mort du policier à Schaerbeek », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/14/role-du-parquet-accueil-psychiatrique-les-questions-en-suspens-apres-la-mort-du-policier-a-schaerbeek-250549>, consulté le 19 mai 2024.

les autorités compétentes, soit le parquet ou la police, ayant accompagné le suspect », ajoutait le communiqué de l'hôpital³⁷.

Ce drame a suscité de nombreuses questions et protestations, y compris au sein de la coalition gouvernementale dirigée alors par le Premier ministre Alexander De Croo. D'ailleurs, Georges-Louis Bouchez, président du Mouvement réformateur tweetait : « Comment un individu classifié risque terroriste sur une liste #OCAM peut-il être laissé en liberté par un magistrat alors qu'il dit vouloir attaquer la police ? Inacceptable. Le magistrat doit donner des explications et une enquête est indispensable. Nous allons agir @LaChambreBE »³⁸.

Toutefois, le procureur du parquet de Bruxelles a défendu l'attitude du substitut de service ce jour-là, expliquant que l'individu « ne remplissait pas les critères légaux » pour un internement de force car il était « volontaire » pour recevoir des soins³⁹. En effet, la loi du 26 juin 1990 encadrant strictement les restrictions de liberté pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques stipule en son article 3 que « *la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment* »⁴⁰.

Il apparaît alors qu'aucune erreur manifeste n'a été commise par les différents intervenants et que la loi a été correctement appliquée, mais que cela n'a pas empêché le drame de se produire.

Pour différents hommes politiques, cette affaire soulève des problèmes au sein même de la loi, liés à la procédure de mise en observation des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier lorsqu'elles se présentent volontairement à la police⁴¹. Maxime Prévot soulignait lors d'une interview : « Peut-être est-ce la faute du système. Mais dans ce cas, il faut le réformer d'urgence »⁴². Olivier Slosse, chef de corps de la zone de police de Bruxelles-Nord d'où proviennent les deux victimes, partage un avis similaire : « On pourrait se trouver dans une

³⁷ A. PRINS, « Rôle du parquet, accueil psychiatrique... les questions en suspens après la mort du policier à Schaerbeek », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/14/role-du-parquet-accueil-psychiatrique-les-questions-en-suspens-apres-la-mort-du-policier-a-schaerbeek-250549>, consulté le 19 mai 2024.

³⁸ G.-L. BOUCHEZ, disponible sur <https://x.com/GLBouchez/status/1591058679889108994>, consulté le 19 mai 2024.

³⁹ X, « Policier tué à Bruxelles: l'assaillant était fiché par les services antiterroristes », disponible sur <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/policier-tue-a-bruxelles-l-assaillant-etait-fiche-par-les-services-antiterroristes-20221111>, consulté le 19 mai 2024.

⁴⁰ Art. 3 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990.

⁴¹ X. « Policier tué à Schaerbeek : Vincent Van Quickenborne demande la "clarté" et la "transparence totale" », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/13/policier-tue-a-schaerbeek-vincent-van-quickenborne-demande-la-clarte-et-la-transparence-totale-250516>, consulté le 19 mai 2024.

⁴² *Ibid.*

situation où il n'y a pas d'erreur mais où l'erreur réside dans le système. On doit réfléchir au système »⁴³.

Toutefois, nous pouvons affirmer que l'urgence invoquée par ces hommes politiques a été prise très au sérieux puisque la loi du 26 juin 1990 a été réformée et cette réforme entrera en vigueur le 1er janvier 2025⁴⁴.

Nous découvrirons les changements apportés par cette nouvelle loi et examinerons quelles solutions ceux-ci pourraient apporter dans la pratique.

Chapitre 2. Le régime juridique de la personne atteinte de maladie mentale

Section 1. Les conditions d'application de la loi

Tout d'abord, l'article 5, § 1, e) de la Convention européenne des droits de l'homme dispose 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 (...)* »⁴⁵. Le terme « aliéné » dans le texte semble désigner à la fois « *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* »⁴⁶. Cet article indique donc qu'une personne peut être privée de liberté, même si elle n'a commis aucun acte pénalement répréhensible, à condition que cette privation soit autorisée par une loi et régulière, comme le prévoit la loi du 26 juin 1990.

D'ailleurs, la Cour européenne des droits de l'homme n'a condamné la Belgique que pour des cas d'internement dans le cadre pénal, mais jamais pour des violations des droits des malades mentaux dans un contexte civil en application de la loi de 90⁴⁷.

⁴³ X. « Policier tué à Schaerbeek : Vincent Van Quickenborne demande la "clarté" et la "transparence totale" », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/13/policier-tue-a-schaerbeek-vincent-van-quickenborne-demande-la-clarte-et-la-transparence-totale-250516>, consulté le 19 mai 2024.

⁴⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 45.

⁴⁵ Art. 5, de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955.

⁴⁶ T. 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.

⁴⁷ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 89.

En conséquence, l'article 1^{er} de la loi du 26 juin 1990 fixe de manière précise le champ d'application des mesures de soins sous contrainte en indiquant : « (...) *sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle* »⁴⁸.

L'article 2 établit, à son tour, les conditions pour qu'une mesure de mise en observation, entraînant une privation de liberté pour la personne concernée, soit justifiée. Ces conditions sont les suivantes : l'existence d'une maladie mentale, une dangerosité pour soi-même ou autrui, un refus de soins, ainsi que l'absence d'alternatives à la mesure de protection⁴⁹.

En précisant, cependant, que la personne atteinte d'une maladie mentale doit être traitée en respectant ses libertés d'opinion ainsi que ses convictions religieuses et philosophiques, celles-ci ne pouvant jamais, en elles-mêmes, justifier son internement⁵⁰.

Cependant, la loi ne définit pas la notion de « maladie mentale », laissant aux acteurs de terrain la responsabilité d'interpréter la notion selon les outils dont ils disposent (par exemple en se basant 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). Il en est de même pour la notion de « dangerosité »⁵¹.

Si les conditions sont remplies, deux mesures peuvent être appliquées : la mise en observation (et/ou son maintien) ou une mesure de postcure et de soins en milieu familial⁵².

Section 2. La mise en observation : procédures et critères

Pour rappel, la mise en observation d'une personne requiert la réunion de trois conditions : la présence d'une maladie mentale, un état de dangerosité et l'absence de toute alternative thérapeutique⁵³.

⁴⁸ Art. 1 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁴⁹ Art. 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁵⁰ Art. 2, al. 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁵¹ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 80.

⁵² *Ibid.*, p. 79.

⁵³ Art. 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

Nous pouvons recourir à deux procédures pour établir une mise observation : la procédure ordinaire (articles 5 à 8 de la loi du 26 juin 1990) et la procédure d'urgence (article 9 de cette même loi).

Premièrement, la procédure ordinaire est définie à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990 et prévoit que toute personne intéressée peut soumettre une requête au juge de paix pour obtenir la mise en observation d'une personne, en annexant un certificat médical sur son état de santé ; à défaut de quoi, la requête sera déclarée irrecevable⁵⁴. C'est donc le juge de paix qui est chargé d'accepter ou de refuser la demande de mise en observation, après avoir entendu en audience en chambre du conseil le patient, son avocat et « si possible » d'autres personnes concernées⁵⁵. La décision peut être contestée en appel devant le tribunal de la famille, mais cet appel n'a pas d'effet suspensif⁵⁶.

Cette procédure offre une alternative plus respectueuse des droits du patient par rapport à la procédure d'urgence. En effet, elle fournit à la personne malade les garanties démocratiques que la loi du 26 juin 1990 avait précisément pour but de lui fournir, à savoir, un débat judiciaire avant toute décision privative de liberté⁵⁷.

De plus, elle garantit la présence d'un avocat, fixe une date pour la chambre du conseil et empêche toute privation de liberté sans décision judiciaire⁵⁸.

Incontestablement, la qualité des échanges entre le juge de paix et une personne souffrant possiblement de troubles mentaux, avant la prise de toute décision, est très différente de celle avec un patient déjà privé de liberté dans un service psychiatrique suite à une décision du procureur du Roi⁵⁹.

Toutefois, en pratique, la procédure ordinaire est rarement utilisée et la majorité des décisions de mise en observation est prise par le biais de la procédure d'urgence. Cela s'expliquerait par la difficulté de convaincre le patient de consulter un médecin ou de se présenter devant le juge,

⁵⁴ Art. 5 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁵⁵ Art. 5 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁵⁶ Art. 30 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁵⁷ J.P. Ixelles II, 18 juin 1993, *J.J.P.*, n° 103, 1994, p. 102.

⁵⁸ G. DESCHIETERE, « Les alternatives de soins, le défaut de tout autre traitement approprié », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 272.

⁵⁹ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 72.

les réticences des médecins à rédiger un rapport pouvant nuire à la relation thérapeutique ainsi que la crainte des familles à se porter requérantes, incluant à la fois les proches du patient mais aussi le lieu « dans lequel le malade se sent comme dans sa famille »⁶⁰.

Deuxièmement, la procédure d'urgence, conçue à l'origine comme une exception à la procédure ordinaire, est prescrite à l'article 9 de la loi⁶¹.

Dans le cadre d'une mise en observation d'urgence, c'est le procureur du Roi qui, soit de sa propre initiative, soit sur demande d'une personne concernée, décide d'une mise en observation, à condition qu'un rapport médical circonstancié justifie l'urgence et la nécessité de la mesure⁶². En situation d'extrême urgence, le procureur peut prendre une décision sans consulter un médecin, mais il devra justifier pourquoi cet avis médical n'a pas pu être sollicité⁶³.

Concernant l'évaluation de l'urgence, le Tribunal de première instance de Neufchâteau a défini l'urgence comme une condition essentielle pour justifier le recours à la procédure initiée par le Ministère public, en la décrivant comme « *la situation médicale à ce point critique que non seulement elle exige de priver un individu de sa liberté sur base des conditions visées à l'article 2 de la loi, mais qu'en outre aucune autre solution ne soit envisageable sans aller au-devant de dommage irréversible pour l'intéressé et la société* »⁶⁴.

De plus, la loi du 26 juin 1990 a été adoptée pour que l'enfermement forcé soit une mesure exceptionnelle et non systématique. Cependant, nous le constaterons, en pratique, la réalité s'avère bien différente.

Cette décision de mise en observation forcée reste en vigueur jusqu'à ce que le juge de paix, saisi par une requête dans les vingt-quatre heures par le procureur, rende son jugement, ou jusqu'à ce que le médecin-chef du service psychiatrique estime que la privation de liberté de la personne concernée n'est plus justifiée⁶⁵.

⁶⁰ 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.

⁶¹ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 66.

⁶² Art. 5 et 9 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁶³ K. ROTTHIER et M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geestelijke : handleiding bij de wet Persoon Geestelijke*, Brugge, Die Keure, 2012, p. 88.

⁶⁴ Civ. Neufchâteau, 20 juillet 1994, *R.R.D.*, 1994, p. 338.

⁶⁵ F. REUSENS, « La protection de la personne des malades mentaux », in *À la découverte de la justice pénale : parole de juriste*, (sous la dir. C. DE VALKENEER et I. DE LA SERNA), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 423.

Dès ce moment, la procédure habituelle décrite ci-dessus reprend son déroulement.

En effet, le juge de paix doit statuer dans les dix jours suivant le dépôt de la requête par le procureur du Roi⁶⁶. À l'issue d'un débat contradictoire en présence du malade et de son avocat, ainsi que du médecin et éventuellement d'un(e) assistant(e) social(e), soit le juge confirme la mise en observation décidée par le procureur et la durée maximale de cette mesure ne pourra pas excéder quarante jours, soit il estime que la personne ne souffre pas de maladie mentale et met fin à la mesure. Il est à noter, qu'à tout moment, dès l'entrée en milieu psychiatrique, le médecin-chef de service peut aussi mettre fin à la mise en observation et ce même avant l'audience fixée par le juge de paix⁶⁷.

Pendant toute la durée de la mise en observation en milieu fermé, le malade est attentivement surveillé. Il est soumis à des examens approfondis et traité en tenant compte de sa pathologie et de la durée temporaire de cette mesure.

Section 3. Le maintien en hospitalisation : durée et modalités

À l'issue des quarante jours de mise en observation, si l'état de la personne le nécessite, cette période peut être prolongée par une mesure de « maintien en hospitalisation » dans un service psychiatrique, pour une durée maximale de deux ans, renouvelable pour une autre période de deux ans maximum⁶⁸. La décision de prolongation ne peut être prise que par le juge compétent, sur la base d'un rapport médical circonstancié du médecin-chef de l'établissement attestant de la nécessité de cette mesure⁶⁹.

Le maintien de la mesure permet d'administrer un traitement médical approprié en vue de parvenir à la guérison et à la « libération » du malade⁷⁰.

De plus, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 26 juin 1990, un processus de désinstitutionalisation a été officiellement consolidé puisqu'elle introduit le principe de soins « en dehors de l'hôpital » dans deux cas de figure⁷¹.

⁶⁶ Art. 8 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁶⁷ Art. 24, § 3 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁶⁸ Art. 13 et 14 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁶⁹ Art. 14 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷⁰ M. BOGAERTS, « Le maintien (art. 13 à 22 de la loi) », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, pp. 101 et s.

⁷¹ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 81.

En effet, en cas de mesure de « maintien en hospitalisation » décidée par le juge de paix, le médecin-chef de service peut décider, avec l'accord du patient, de mettre en place une postcure en dehors de l'établissement psychiatrique pour une durée d'un an⁷². Cette alternative vise à faciliter la réintégration progressive du patient dans la société tout en continuant les soins⁷³. Pendant cette période, le médecin peut annuler la postcure, réintégrer le patient dans l'établissement d'origine si nécessaire, transférer le patient dans un autre service psychiatrique ou mettre fin à la mesure⁷⁴. Dans tous ces cas, la décision du médecin doit être communiquée au juge de paix, sauf pour les transferts entre services psychiatriques, où seule une coordination entre médecins est requise⁷⁵.

La loi du 26 juin 1990 permet également au juge de paix de « placer » le patient « en milieu familial » pour le déroulement de la mesure de protection, lorsque la privation de liberté ne se justifie pas, plutôt que de laisser le patient hospitalisé dans un centre psychiatrique⁷⁶. La personne est alors confiée à une « famille » à entendre au sens large⁷⁷, sous le contrôle d'un médecin désigné par le juge de paix⁷⁸. La décision est rendue par le juge de paix, sur la base d'une requête accompagnée d'un rapport médical circonstancié⁷⁹. Cette décision respecte le principe du contradictoire et permet à la personne concernée d'interjeter appel⁸⁰. Cependant, si le juge considère, finalement, la mesure comme inappropriée, il peut la modifier ou ordonner une mise en observation dans un service psychiatrique, en se fondant sur l'avis du médecin⁸¹.

Toutefois, l'intention de la loi de 1990 de vouloir réduire l'institutionnalisation, est restée largement théorique puisque les soins en milieu familial ont peu de succès en raison des risques associés, ce qui conduit les juges de paix et les médecins, qui sont responsables de la mise en œuvre de ces mesures, à être réticents à les appliquer⁸². En effet, le juge de paix Rudy Ghyselinck, que nous avons interviewé, nous faisait part que depuis 2019, date de son entrée

⁷² Art. 16 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷³ Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 81.

⁷⁴ Art. 17, 18 et 19 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷⁵ Art. 18 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷⁶ Art. 23 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷⁷ 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.*, p. 385.

⁷⁸ Art. 23 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁷⁹ Art. 24 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁸⁰ Art. 25 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁸¹ Art. 29 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁸² 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*, (sous la dir. de G. BENOIT), Brugge, Die Keure, 2010, p. 236-237.

en fonction, il n'avait ordonné qu'une mesure de protection en milieu familial et, qu'en plus, celle-ci s'était terminée par un échec.

Enfin, la fin de la mesure de protection, qu'elle soit décidée par le psychiatre ou le juge de paix, représente pour chacun d'eux une prise de responsabilité majeure, tant pour le patient que pour la société⁸³.

⁸³ F. GUIOT-GOFFIOL et R. WAXWEILET, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », *op. cit.*, p. 131.

PARTIE 2. L'APPROCHE CRITIQUE DE LA LOI DU 26 JUIN 1990

Chapitre 1. Les limites et imprécisions du cadre juridique actuel

Section 1. L'appréciation complexe des conditions d'application de la loi

La loi du 26 juin 1990, fondée sur le principe « la liberté est la règle, l'enfermement est l'exception », limite l'application d'une mesure de protection aux situations exceptionnelles afin de protéger les droits fondamentaux de la personne malade mentale⁸⁴.

Le législateur a fixé, en ce sens, l'exigence stricte de trois critères cumulatifs pour justifier une mesure de protection à l'encontre d'une personne :

- la présence d'une maladie mentale ;
- la dangerosité ;
- l'absence d'un autre traitement approprié⁸⁵.

Premièrement, pour statuer sur la présence d'une maladie mentale dans le chef d'un individu présentant des troubles mentaux, il n'existe pas de définition légale de ce qu'est une « maladie mentale » au sein de la loi.

D'une part, l'examen des travaux préparatoires montre bien que les membres de la commission n'ont pas voulu en donner une définition explicite⁸⁶. D'autre part, malgré que le projet de loi de 1969 définissait le malade mental comme « *la personne qui, en raison de son état mental, nécessite des soins et une protection, tant pour son propre bien que pour le maintien de la tranquillité publique* »⁸⁷, les parlementaires en 1990 ont préféré ne pas fournir de définition précise, laissant le soin à la doctrine et à la jurisprudence d'interpréter cette notion en tenant compte des évolutions de la science médicale⁸⁸.

⁸⁴ M.-M. DE SOETE et P. WAUTIER, « Le rapport médical », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 55.

⁸⁵ Art. 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁸⁶ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, rapport fait au nom de la commission de la justice, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1988-1989, n° 2-733, p. 12.

⁸⁷ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, projet de loi, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1968-1969, n° 1-253, p. 16.

⁸⁸ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, rapport fait au nom de la commission de la justice, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1988-1989, n° 2-733, pp. 11 et 12.

Toutefois, nous pouvons considérer que la loi, si elle ne dit pas ce qu'est la maladie mentale, précise, dans une certaine mesure, ce qu'elle n'est pas puisque qu'elle considère que l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale⁸⁹.

L'individu qui a perpétré le meurtre évoqué dans l'introduction était toutefois fiché par l'organe belge d'analyse de la menace terroriste (l'OCAM).

La question se pose également au sujet des assuétudes par exemple. A cet égard, un arrêt rendu par la Cour constitutionnelle le 12 janvier 2023 stipule « *qu'il ne peut être exclu qu'une personne atteinte d'une assuétude éthylique, toxicologique ou médicamenteuse, lorsque celle-ci est grave, puisse, le cas échéant, être considérée comme une personne malade mentale au sens de la disposition en cause, ce qu'il appartient au juge compétent d'apprécier in concreto en tenant compte des conditions d'application de la loi* »⁹⁰. Cet arrêt adopte une interprétation large de la loi, en incluant les personnes gravement dépendantes dans la catégorie des malades mentaux, en laissant toutefois l'appréciation au juge.

Cependant, l'absence délibérée de définition de la « maladie mentale » et la liberté d'interprétation ainsi accordée par le législateur engendrent de l'incertitude chez les juges quant à leurs prises de décision liées à l'appréciation de certains comportements déviants dans le respect de la loi qu'ils doivent appliquer.

Pour pallier cette difficulté, le juge de paix du 2^{ème} canton de Namur, dans son jugement du 22 octobre 2020, a justifié la mise en observation d'un individu, considérant que, dans le doute, elle permettra d'identifier ou pas la maladie dont souffre la personne et ainsi, soit pouvoir lui prodiguer les soins adéquats, que son état requiert, soit lever la mise en observation⁹¹. Ce jugement, à titre d'illustration, laisse entendre qu'en dépit de l'absence de précision sur le type de maladie mentale dans le certificat médical, la décision de placer la personne sous observation contrainte repose essentiellement sur l'interprétation des faits et de leur gravité.

Deuxièmement, le législateur n'a pas non plus précisé la notion de dangerosité or, celle-ci laisse également place à différentes interprétations. D'autant plus que la dangerosité s'applique pour

⁸⁹ Art. 2, § 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁹⁰ C. const., 12 janvier 2023, n° 6/2023, *M.B.*, 2023, p. 5.

⁹¹ J.P. Namur (2^e c.), 22 octobre 2020, *J.J.P.*, n° 5-6, 2021, p. 283.

soi-même et/ou pour autrui⁹². La nature floue et complexe de ce concept rend son évaluation délicate, laissant ainsi, une fois de plus, au juge, le pouvoir de décider éventuellement de la privation de liberté d'une personne selon une appréciation plutôt subjective⁹³.

Dans l'exemple concernant l'assuétude, une part majoritaire de la jurisprudence, considère que l'assuétude (drogue, alcool, ...) ne constituerait pas une maladie mentale de nature à autoriser le placement d'un individu en hôpital psychiatrique contre sa volonté, sauf dans le cas d'une « dangerosité » particulière dans son chef⁹⁴.

Une décision rendue par le juge de paix d'Etterbeek en 2011 indique « (...) *si la situation de la personne à protéger se dégrade ou si elle n'arrive pas à reprendre sa vie en mains, une nouvelle demande pourra être formulée si du moins son problème d'alcoolisme venait à présenter un danger pour elle-même ou pour autrui* »⁹⁵. Cette décision souligne malgré tout l'importance du critère de la dangerosité dans la prise de décision de mise en observation, malgré l'absence d'un diagnostic clairement établi de maladie mentale.

Le degré de dangerosité de l'individu qui a commis l'irréparable le 10 novembre 2022 était difficilement appréciable, d'autant plus, par un magistrat qui doit prendre une décision à distance à partir du témoignage des agents de police. La décision prise de le faire conduire en unité psychiatrique était tout à fait conforme à la loi puisque l'individu était volontaire et aucune faute n'a été reconnue. Le pire est pourtant arrivé.

Troisièmement, les médecins, confrontés aux réalités pratiques, éprouvent souvent des difficultés à satisfaire le critère de l'absence d'un autre traitement approprié. Ils se trouvent fréquemment incapables de proposer des alternatives à l'hospitalisation lorsque les patients, dès lors déjà placés sous contrainte, refusent de se faire soigner⁹⁶. Quant au juge, censé ne pas se fier aveuglément au corps médical, il semble souvent manquer de temps et de ressources pour évaluer de manière approfondie la possibilité d'autres options thérapeutiques⁹⁷.

⁹² Art. 2 de la loi précitée du 26 juin 1990.

⁹³ L. DÉSIR et B. GILLAIN, « Champ d'application : réflexions croisées sur la maladie mentale en général, sur celle visée par la loi de 1990 en particulier et sur la dangerosité », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, pp. 102 et 103.

⁹⁴ J.P. Etterbeek, 26 mai 2011, *J.J.P.*, n° 7, 2013, p. 416.

⁹⁵ J.P. Etterbeek, 26 mai 2011, *J.J.P.*, n° 7, 2013, p. 416.

⁹⁶ M.-M. DE SOETE et P. WAUTIER, « Le rapport médical », *op. cit.*, p. 55.

⁹⁷ N. DE VISSCHER, « La privation de liberté et les droits individuels (article 2 de la loi) » in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 55.

Ce qui se dégage de la jurisprudence et des faits d'actualité nous interpelle. Dès lors que le juge, pour prendre une mesure de protection vis-à-vis d'un individu, doit cumulativement répondre à la question de l'existence d'une maladie mentale, du critère de la dangerosité et de l'absence de traitement alternatif, il est inévitablement confronté à des difficultés d'interprétation et de motivation pour décider la mise en observation ou, au contraire d'en abuser, dans certains cas, car le monde psychiatrique n'a pas de réponse adéquate.

C'est pourquoi, depuis trente ans, de nombreux professionnels constatent que son application pose question : la loi ne permet pas d'éviter les dérives et la réforme psychiatrique tarde à offrir de bonnes alternatives de soins, ce qui maintient trop souvent, *de facto*, le recours au traitement sous contrainte⁹⁸.

Dans tous les cas, le respect des droits de la personne concernée est en question et ne devrait pas être bafoué.

Section 2. Les acteurs impliqués dans la procédure

La particularité de cette matière réside dans l'interaction complexe entre les différents acteurs médicaux et judiciaires impliqués dans l'application de la loi du 26 juin 1990, ainsi que dans le dialogue difficile entre les deux disciplines en raison des différences de normes et de raisonnements entre psychiatres et juristes⁹⁹.

Le procureur du Roi est le premier acteur à intervenir dans la mise en œuvre de la procédure d'urgence¹⁰⁰. Il peut être sollicité aussi bien par les services de police que par les médecins, les services sociaux ou encore des particuliers.

Dans le cadre de cette procédure d'urgence, son rôle est fondamental, et il a pris encore plus d'importance depuis que cette procédure est devenue la norme. Contrairement aux autres acteurs impliqués, le procureur du Roi n'a pas réellement de pouvoir discrétionnaire pour évaluer les conditions d'application des mesures de protection, à l'exception de l'appréciation du critère d'urgence¹⁰¹. En effet, il lui suffit de vérifier que l'avis ou le rapport médical indique

⁹⁸ D. DE VLEESCHOUWER, « Enquête exploratoire auprès des familles de patients schizophrènes sur les répercussions de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *op. cit.*, p. 215.

⁹⁹ J. GILLARDIN, « Introduction » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 3.

¹⁰⁰ Art. 9 de la loi précitée du 26 juin 1990.

¹⁰¹ P. BOXHO, « Applications médico-légales de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *Rev. trim. dr. fam.*, 2003, p. 25.

que les conditions prévues par l'article 2 de la loi sont remplies pour pouvoir ordonner immédiatement une mise en observation¹⁰².

La spécificité de sa mission réside dans le fait qu'il doit décider de la mise en observation d'une personne, entraînant sa privation de liberté, sans même l'avoir vue¹⁰³. Il est donc essentiel de souligner l'importance du rapport médical dressé par le médecin ainsi que de la relation de confiance entre le procureur du Roi et ce dernier.

Ensuite, les médecins des services psychiatriques interviennent dans le processus de mise en observation en hôpital et de soins en milieu familial des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le médecin certificateur peut être généraliste ou spécialiste¹⁰⁴. Désigné par le procureur du Roi, il rédige un rapport médical circonstancié suite à l'examen du patient, servant de base pour la décision judiciaire d'une mesure de protection prise par le procureur du Roi et par le juge de paix¹⁰⁵. Malgré l'importance capitale de ce rapport, il est souvent rédigé de manière précipitée, surtout lors d'une procédure d'urgence, ce qui peut ne correspondre que partiellement, voire de manière imprécise, aux critères fixés par le législateur¹⁰⁶.

Le juge de paix est un autre acteur décisionnel très important. Comme son nom l'indique, fidèle à sa mission de conciliateur et de pacificateur, il cherche la solution la moins contraignante possible qui satisfasse la personne malade, ou à tout le moins, qu'elle soit acceptée par elle¹⁰⁷. Cela libère le médecin de toute responsabilité de contrainte, renforçant ainsi la relation de confiance essentielle entre le soignant et le soigné¹⁰⁸.

En effet, selon le vœu du législateur de 1990, la décision finale lui revient, malgré le fait qu'en raison de sa formation de généraliste en droit, il dispose de peu de connaissance dans le domaine

¹⁰² P. BOXHO, « Applications médico-légales de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *Rev. trim. dr. fam.*, 2003, p. 25.

¹⁰³ S. DAUTREBANDE, « L'intervention du parquet aux divers stades de la procédure – l'expérience nivelloise », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Chartre, 2011, p. 47.

¹⁰⁴ P. BOXHO, « Applications médico-légales de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *op. cit.*, p. 10.

¹⁰⁵ M.-M. DE SOETE et P. WAUTIER, « Le rapport médical », *op. cit.*, p. 57.

¹⁰⁶ F. SWENNEN, « De materiële voorwaarden voor dwangopname van een psychiatrische patiënt », note sous Vred. Borgerhout, 16 februari 1995, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, pp. 290 et 291.

¹⁰⁷ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 70.

¹⁰⁸ L. DÉSIR ET B. GILLAIN, « Réflexions croisées sur la maladie mentale en général, sur celle visée par la loi de 1990 en particulier et sur la dangerosité », *op. cit.*, p. 68.

médical, en particulier en psychiatrie¹⁰⁹. C'est pourquoi, le juge se retourne vers le psychiatre pour avoir son avis sur le diagnostic d'une maladie mentale, la dangerosité de l'individu pour lui-même ou pour autrui, les traitements possibles et ses chances de réussite ainsi que le moment estimé où le patient pourrait retrouver la capacité de mener une vie normale¹¹⁰.

Selon nous, le choix du juge de paix pour traiter cette matière est cohérent avec la volonté du législateur de 1990, étant donné que le juge de paix est l'instance judiciaire la plus proche du citoyen¹¹¹.

Toutefois, la problématique que nous abordons dans ce travail se manifeste encore lorsque l'on considère que, dans les procédures d'urgence, la décision de mise en observation est confiée au procureur du Roi, qui représente davantage l'intérêt de la société. Cette situation met en évidence le débat entre le respect des droits de la personne concernée et la vigilance nécessaire pour garantir la sécurité publique.

Cependant, bien que la judiciarisation relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions soit effective avec l'adoption de la loi de 1990, laissant ainsi le pouvoir de décision à l'autorité judiciaire et le rôle de certificateur et thérapeute aux autorités médicales¹¹², nous constatons que le corps médical s'est quasi vu confier une mission de contrôle sur les individus dont la santé mentale menace potentiellement la société¹¹³. En effet, le ministère public, les juges de paix, les avocats interprètent les règles de droit en fonction de leur rôle respectif¹¹⁴ mais nous ne pouvons ignorer l'influence déterminante du discours médical, qui guide souvent leurs décisions de manière significative¹¹⁵.

¹⁰⁹ G. LAMBERT, « Le déroulement de l'audience et ses acteurs », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 121.

¹¹⁰ L. CASSIERS, « Les bases psychiatriques de la collocation », *op. cit.*, p. 11.

¹¹¹ M. DE CLERCQ et P. HOYOIS, « La nouvelle loi du 26 juin 1990 : des mesures de collocations aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », *op. cit.*, p. 48.

¹¹² DE VISSCHER, « La privation de liberté et les droits individuels (article 2 de la loi) » *op. cit.*, p. 65.

¹¹³ L. DÉSIR et B. GILLAIN, « Réflexions croisées sur la maladie mentale en général, sur celle visée par la loi de 1990 en particulier et sur la dangerosité », *op. cit.*, p. 67.

¹¹⁴ M. ROLAND et Y. CAELS, « Proposition de modification législative », *op. cit.*, p. 359.

¹¹⁵ W.-J. DENYS, « Les conditions d'enfermement en rapport avec le trouble mental », *L'Observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, n° 21, 1999, p. 69.

Section 3. Le consentement, l'autonomie et l'hospitalisation sous contrainte : le délicat équilibre

Tout d'abord, il est rare qu'une procédure législative pose autant de questions fondamentales liées aux droits de l'homme à chaque étape de son application. Les enjeux qu'elle soulève incluent la liberté individuelle (article 5, CEDH), le droit à l'intégrité physique (article 3, CEDH) ainsi que le respect de la vie privée (article 8, CEDH).

Au niveau éthique, la relation entre la loi de mise sous protection de 1990 et celle relative aux droits du patient de 2002 met en lumière une tension entre deux valeurs : protéger par la contrainte et affirmer les droits à l'autodétermination¹¹⁶. Toutefois, la forte présomption existante considérant que le patient mis en observation n'est pas nécessairement doté de discernement justifie souvent des comportements qui ne respectent pas ses droits de patient, notamment son droit au consentement clair et éclairé¹¹⁷.

En effet, puisque la loi du 26 juin 1990 est une loi de « protection », elle prévoit l'utilisation de la contrainte en sa procédure d'urgence¹¹⁸. Il s'agit alors, d'emmener la personne *manu militari* entre deux policiers auprès du médecin désigné par le procureur du Roi pour la placer en hospitalisation forcée¹¹⁹.

Toutefois, la Cour européenne des droits de l'homme rappelle que l'état d'infériorité et de dépendance des patients internés dans les hôpitaux psychiatriques exigent une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)¹²⁰.

Bien que les autorités médicales soient chargées de déterminer les traitements thérapeutiques à administrer, y compris l'utilisation de la force si nécessaire pour protéger la santé physique et mentale des patients, elles ne peuvent en aucun cas autoriser des atteintes à la vie privée, à l'intimité, aux convictions philosophiques ou aux croyances religieuses de ces patients¹²¹.

¹¹⁶ M.-F. MEURISSE, « Les droits du patient », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Chartre, 2011, p. 23.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 24.

¹¹⁸ S. DAUTREBANDE, « L'intervention du parquet aux divers stades de la procédure – l'expérience nivelloise », *op. cit.*, p. 54.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ J. CALLEWAERT, « L'affaire Herczegfalvy ou le traitement psychiatrique à l'épreuve de l'article 3... et vice versa », *Rev. Trim. D.H.*, 1993, p. 434.

¹²¹ *Ibid.*

Ceux-ci sont également protégés par l'article 3 de la CEDH et généralement, une mesure dictée par une nécessité thérapeutique ne peut être considérée comme inhumaine ou dégradante¹²².

À ce sujet, la loi ne définissant pas les conditions auxquelles doit répondre le traitement sous contrainte, le Comité consultatif de bioéthique du 10 mars 2003 aborde cette question des traitements forcés administrés aux patients souffrant de troubles mentaux, qui ne sont pas en mesure de donner un consentement libre et éclairé aux soins médicaux dont ils ont besoin¹²³.

« Les recommandations reposent sur la recherche d'un équilibre entre différentes valeurs éthiques et sont les suivantes :

- l'exigence de sollicitude pour la vulnérabilité et le devoir de soigner qui, dans le domaine psychiatrique, vise à restaurer une capacité d'autonomie affaiblie ou paralysée;
- l'exigence de prudence extrême pour éviter les abus de la psychiatrie et l'instrumentalisation de la médecine au nom de logiques politiques, judiciaires, sécuritaires ;
- le respect de l'intégrité avec la particularité que le traitement psychiatrique agit non pas sur une fonction physiologique, mais sur le comportement, sur l'identité même ;
- le respect de l'autonomie et de la dignité qui conduit à considérer :
 - o d'une part, que même hospitalisé sous contrainte, le patient peut avoir une capacité partielle – intervalles de lucidité – qui doit être recherchée et respectée;
 - o d'autre part, que l'absence de consentement initial motivant la décision judiciaire ne fige pas définitivement la relation soignant-patient. La situation doit être réexaminée tout au long du traitement car elle est évolutive, alors surtout que le traitement vise à restaurer l'autonomie. Ceci est important car le médecin-chef de service peut prendre des décisions importantes :
 - autoriser des sorties pendant la mise en observation ;
 - mettre fin à la mise en observation avant l'expiration du délai de quarante jours ;
 - attester de la nécessité d'un maintien après la mise en observation ;
 - lever la mesure de maintien ;

¹²² J. CALLEWAERT, « L'affaire Herczegfalvy ou le traitement psychiatrique à l'épreuve de l'article 3... et vice versa », *Rev. Trim. D.H.*, 1993, p. 434.

¹²³ N. GALLUS, *Bioéthique et droit*, Bruxelles, Anthémis, 2013, p. 233.

- le respect des conditions de vie »¹²⁴.

Toutefois, nous pensons qu'une autre dérive à l'hospitalisation sous contrainte se transpose dans le sentiment que pourrait ressentir la personne malade. En effet, bouleversée par l'atteinte soudaine à sa liberté, elle n'aura généralement qu'une seule préoccupation : la retrouver. Cet élément peut devenir un obstacle au dialogue que le juge tentera d'entretenir avec cette dernière lors de l'audience de mise en observation¹²⁵. Elle pourrait adopter une attitude plus agressive voire de mutisme, ce qui pourrait influencer la décision du juge. En revanche, si elle ressentait un sentiment d'autonomie et de liberté, elle pourrait se comporter de manière totalement différente.

De plus, comme évoqué précédemment, un patient sous contrainte, privé de sa liberté, pourrait ne pas être en mesure de donner un consentement clair et éclairé, ce qui complique la recherche d'alternatives thérapeutiques menant, alors, les médecins à considérer son comportement comme un refus de soins, bien que ce refus soit en réalité influencé par la situation de contrainte dans laquelle il se trouve¹²⁶.

Ainsi, après des années d'application de cette loi, il apparaît clairement que pour les patients les mesures privative de liberté et de contrainte ajoutent souvent une souffrance inutile à leur état déjà très fragile¹²⁷. Bien que l'hôpital psychiatrique puisse offrir un semblant de protection en isolant les patients du monde extérieur, il peut également avoir un effet pervers en les confinant dans un univers artificiel, les éloignant ainsi d'une vie autonome¹²⁸.

¹²⁴ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 236.

¹²⁵ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 72.

¹²⁶ M.-M. DE SOETE et P. WAUTIER, « Le rapport médical », *op. cit.*, p. 60.

¹²⁷ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 78.

¹²⁸ *Ibid.*

Chapitre 2. Les enjeux de la protection de la personne atteinte de maladie mentale : entre dangerosité et respect des droits fondamentaux

Section 1. Les enjeux éthiques et sociaux

Les mesures de protection de la personne atteinte de troubles mentaux créent une interaction entre différents domaines : ceux des droits de l'homme, de la liberté individuelle, des droits du citoyen et de la sécurité de la société¹²⁹.

Dans le cas du présent fait d'actualité qui nous occupe, une question subsiste : les autorités auraient-elles pu priver l'intéressé de sa liberté ?

En réalité, le droit ne permet pas de priver quelqu'un de sa liberté sauf dans des situations bien précises. Il y a bien sûr les cas de privation de liberté suite à une condamnation par un juge à une peine d'emprisonnement pour une infraction grave¹³⁰. Dans certains cas, une personne peut être placée en détention préventive, c'est-à-dire privée de liberté sur ordre d'un juge d'instruction, avant même d'avoir été jugée¹³¹. Il existe également la détention administrative, décidée par la police sous des conditions strictes et pour des durées très limitées, la Constitution fixant cette durée à 48 heures¹³². Par ailleurs, il y a des situations où une personne, bien qu'elle n'ait pas commis d'infraction, est dans un état mental tel qu'elle met gravement en danger sa propre santé et sécurité, ou représente une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité d'autrui¹³³.

C'est bien sur ce dernier cas de privation de liberté qui nous intéresse dans ce présent travail.

Ainsi, lorsqu'une personne refuse de se faire soigner, elle peut être mise en observation afin d'assurer sa propre sécurité et/ou celle des autres¹³⁴. Cette procédure de mise en observation vise à préserver les droits individuels en imposant un contrôle judiciaire et la présence d'un avocat¹³⁵. Toutefois, il est indéniable que la sécurité publique demeure une préoccupation

¹²⁹ F. GUIOT-GOFFIOUL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », *op. cit.*, p. 129.

¹³⁰ X. « Un policier tué par un homme déséquilibré : dans quelles conditions aurait-il pu être privé de sa liberté avant d'avoir agi ? » disponible sur <https://questions-justice.be/Un-policier-tue-par-un-homme>, consulté le 19 mai 2024.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

majeure des acteurs de terrain en application de la loi. Cette préoccupation est sûrement d'autant plus forte que lorsque la loi du 26 juin 1990 a été adoptée.

En effet, le nombre de dossiers traités sous la loi du 26 juin 1990 ne cesse d'augmenter, soulevant ainsi la question des causes de cette hausse¹³⁶. Plusieurs facteurs sociaux peuvent l'expliquer.

Premièrement, par une meilleure connaissance de la mesure d'urgence et ses modalités d'application par les services d'urgence et les médecins généralistes ainsi que par les forces de l'ordre¹³⁷.

Deuxièmement, par une hausse du nombre de personnes présentant des comportements dangereux ou menaçants pour eux-mêmes ou pour autrui¹³⁸. Rudy Ghyselink, le juge de paix que nous avons interrogé, a particulièrement noté que l'augmentation de ce facteur s'est intensifiée après la crise du COVID-19 que nous avons traversée.

Troisièmement, la perception floue de la maladie mentale, ainsi que le fait que la psychiatrie n'est pas une science exacte, favorise la médicalisation de la détresse psychosociale ou des comportements déviants qui conduit les médecins généralistes, les urgentistes, et les psychiatres à adopter une approche prudente¹³⁹.

Quatrièmement, la médiatisation de faits divers émotionnellement marquants, qui mettent en lumière la dangerosité de certaines personnes et renforce les réflexes sécuritaires encourageant le recours aux mesures urgentes pour « rassurer » ceux qui les mettent en œuvre¹⁴⁰.

Ainsi, les différents facteurs évoqués pour expliquer l'augmentation des mises en observation montrent que la priorité donnée à la sécurité et à la gestion des risques par les intervenants de cette loi peut souvent l'emporter sur la protection des droits et des libertés de la personne concernée par la mesure.

Abordons également la question de l'éthique médicale. La psychiatre, Docteur Marjorie Dosogne, que nous avons interviewée a souligné que certains de ses confrères, par crainte de

¹³⁶ F. GUIOT-GOFFIOL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », *op. cit.*, p. 131.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

leur responsabilité médicale, développent une sorte de « psychose du risque »¹⁴¹. Qu'à tout le moins, en tant que jeune psychiatre, elle observe une nette différence entre les pratiques des psychiatres plus âgés et celles des plus jeunes. De nombreux psychiatres expérimentés tendent à prescrire de fortes doses de neuroleptiques, ce qui a pour effet de « calmer » les patients, les rendant ainsi moins dangereux pour la société. Cette méthode privilégie la protection sociale par la médication intensive. En revanche, les jeunes psychiatres optent pour une approche plus collaborative avec le patient, en se concentrant davantage sur la psychothérapie plutôt que sur la médication. Leur objectif est d'accompagner et d'aider véritablement le patient, plutôt que de simplement le rendre docile par une forte prescription de médicaments.

Cette prudence médicale, associée à la logique « sécuritaire » souvent adoptée par les parquets génère un cadre qui prédispose à l'enfermement systématique des malades mentaux et à l'abus des mesures d'urgence¹⁴². Les juges de paix, face à ces enjeux, doivent alors parvenir à faire la part des choses en se concentrant sur la vérification rigoureuse des conditions légales, afin de garantir à la fois le respect de la loi et la protection de la personne concernée¹⁴³.

Pourtant, comme me l'a confié le juge de paix interrogé, ces enjeux éthiques et sociaux, peuvent conduire, en conséquence, certains juges à prononcer des mesures d'observation et de maintien, même lorsque les conditions légales ne sont pas tout à fait réunies¹⁴⁴. En effet, ils se laissent parfois convaincre par les médecins qu'il serait inhumain de libérer le malade, le renvoyant à sa souffrance, à sa maladie et à sa solitude, peu importe si toutes les conditions de la loi ne sont pas respectées¹⁴⁵.

Section 2. Les enjeux de sécurité publique et de prévention

En 2018, un groupe de psychiatres a étudié la réforme de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹⁴⁶. Cette initiative, lancée sous la législature précédente par l'ancien ministre de la Justice Koen Geens et l'ancienne ministre de la Santé Maggie De Block, a abouti à un rapport final approuvé par le ministre de la Justice, Vincent Van

¹⁴¹ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 76.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*, p. 77.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 76.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ A. FARR, « Policier tué à Schaerbeek : des outils légaux n'ont pas été utilisés alors qu'ils auraient pu sauver la vie de Thomas », disponible sur <https://www.dhnet.be/actu/belgique/2022/11/16/policier-tue-a-schaerbeek-des-outils-legaux-nont-pas-ete-utilises-alors-quils-auraient-pu-sauver-la-vie-de-thomas-JF6XUJVJ25EZFHUYZZAGITLKM/>, consulté le 19 mai 2024.

Quickenborne, le 3 novembre 2022. Cette réforme proposait des mesures concrètes, telles que l'instauration d'une période d'évaluation clinique de 48 heures maximum en cas de procédure d'urgence, avec une décision prise par le procureur du Roi¹⁴⁷.

Plus concrètement, ce délai de 48 heures aurait permis d'établir un rapport médical circonstancié, tout en assurant une surveillance continue du patient par la police entre le moment où la décision de l'hospitalisation sous contrainte est prise et son admission au service psychiatrique de l'hôpital¹⁴⁸. Selon les recommandations du groupe de travail, durant cette période de 48 heures, le patient reste dans l'établissement où l'évaluation a lieu, ou dans un autre service psychiatrique si l'évaluation est faite en ambulatoire¹⁴⁹.

Cette mesure aurait ainsi permis de prévenir les situations où le patient quitte l'hôpital avant d'être pris en charge, ainsi que les incidents pouvant survenir au sein des hôpitaux¹⁵⁰. Christie Morreale, ministre wallonne de la santé et de l'action sociale, a motivé cette mesure en soulignant que « chaque année, près de 4000 personnes font l'objet d'une hospitalisation sous contrainte qui débouche souvent sur des faits d'agressivité à l'encontre des visiteurs ou du personnel soignant de l'hôpital. Jeudi dernier, le drame s'est passé en rue mais cela aurait pu survenir aussi à l'hôpital »¹⁵¹.

En définitive, il est essentiel de réévaluer la gestion des cas d'urgence, puisque, dans la pratique, près de 90 % des demandes de mise en observation sont adressées au procureur du Roi¹⁵².

Toutefois, nous tenons à préciser que cette réforme, telle qu'évoquée, n'aurait pas été suffisante pour empêcher l'accident du 10 novembre 2022. En effet, aucune procédure d'urgence n'avait été engagée à l'encontre de l'individu. Par conséquent, il n'aurait pas été soumis à une évaluation clinique de 48 heures ni placé sous surveillance, étant donné que la demande de soins volontaire avait été retenue.

¹⁴⁷ A. FARR, « Policier tué à Schaerbeek : des outils légaux n'ont pas été utilisés alors qu'ils auraient pu sauver la vie de Thomas », disponible sur <https://www.dhnet.be/actu/belgique/2022/11/16/policier-tue-a-schaerbeek-des-outils-legaux-nont-pas-ete-utilises-alors-quils-auraient-pu-sauver-la-vie-de-thomas-JF6XUJVV25EFHTUYZZAGITLKM/>, consulté le 19 mai 2024.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² M. DE CLERCQ, « Le bilan de deux ans d'application de la loi », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 148.

Section 3. Les enjeux économiques et organisationnels au service de la santé publique

Dans le cas ayant conduit au drame qui nous occupe, il ne suffit pas seulement de remettre en question la loi du 26 juin 1990. Il est également pertinent de se demander si une prise en charge plus rapide à l'hôpital aurait pu éviter le pire.

C'est d'ailleurs ce que soulignait Xavier Ghuysen, juge de paix à Namur dans *Le Soir* : « La lenteur de la prise en charge à l'hôpital pose également problème. Selon les informations dont je dispose, cet homme a été vu par une infirmière après trente minutes d'attente, puis il a encore attendu une vingtaine de minutes avant de quitter les lieux sans avoir été examiné par un psychiatre. Il est bien connu que l'accueil psychiatrique est sous-dimensionné dans tout le pays, et les services sont débordés. Il faut rappeler qu'en 2017, le gouvernement précédent a réduit le nombre de lits en psychiatrie dans le cadre d'une réforme menée par Maggie De Block »¹⁵³.

Une réforme organisationnelle du système de soins de santé en Belgique, et plus spécifiquement dans le domaine psychiatrique, représente également un enjeu crucial dans cette matière. L'actuelle lenteur et inefficacité des services de santé mentale ne mettent pas seulement en danger les personnes en crise, mais posent également un risque pour la société dans son ensemble. Un service psychiatrique sous-équipé peut entraîner des situations où des personnes potentiellement dangereuses ne reçoivent pas l'attention immédiate nécessaire, augmentant ainsi les risques de conséquences tragiques. La loi du 26 juin 1990 montre ses limites lorsqu'elle est confrontée aux défis pratiques, tels que le manque de ressources.

En effet, la loi du 26 juin 1990, ayant été adoptée pour que l'enfermement forcé soit une mesure exceptionnelle et non systématique, n'a probablement pas prévu de réponse suffisante pour l'ensemble des cas d'urgence¹⁵⁴. Il devient donc impératif de repenser l'organisation des services d'urgence psychiatrique, notamment en augmentant les effectifs spécialisés, afin de répondre efficacement à la demande croissante et de garantir une prise en charge rapide et adaptée, respectant à la fois les droits des patients et les exigences de sécurité.

¹⁵³ A. PRINS, « Rôle du parquet, accueil psychiatrique... les questions en suspens après la mort du policier à Schaerbeek », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/14/role-du-parquet-accueil-psychiatrique-les-questions-en-suspens-apres-la-mort-du-policier-a-schaerbeek-250549>, consulté le 19 mai 2024.

¹⁵⁴ G. GILLARDIN, « Les prémices d'une évolution », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 14.

PARTIE 3. VERS UNE NOUVELLE RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 ?

Chapitre 1. Le projet de loi sur la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique : état des lieux et perspectives

Section 1. Les critiques du système actuel et les motifs de réforme

Nous avons constaté que l'application sur le terrain de la loi actuelle ne permet pas de rencontrer tout à fait la volonté initiale du législateur, à savoir protéger la personne malade mentale par la mise en place de mesures légales et médicales pour protéger ses droits et sa sécurité lorsqu'elle représente une menace pour elle-même ou pour autrui¹⁵⁵.

Les mesures de protection prévues devaient, par exemple, rester exceptionnelles puisqu'elles s'assimilent à une restriction de la liberté individuelle. Cette pratique radicale reste violente et traumatisante pour la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et pour son entourage¹⁵⁶.

Or, en pratique, en cas d'urgence, environ 90 % des mises en observation sont prises par le procureur du Roi lorsqu'il est sollicité par les forces de l'ordre ou par les services de santé mentale confrontés aux crises de leurs patients pour les raisons déjà évoquées plus avant¹⁵⁷. Des craintes ont déjà été maintes fois exprimées à ce sujet, notamment dans un rapport rédigé au nom de la Commission de la justice du Sénat en ces termes : « On insista également pour qu'il ne puisse en aucun cas être recouru à la procédure d'urgence, à l'intervention du procureur du Roi, dans l'unique but d'échapper à la procédure ordinaire, laquelle renferme des garanties importantes pour le malade mental »¹⁵⁸. Anne Solbreux, le procureur du Roi que nous avons interviewé, nous confirme également que la procédure d'urgence doit rester l'exception et la procédure ordinaire, qui prévoit des garanties procédurales, doit redevenir la règle. Soulignant néanmoins que le parquet est trop souvent sollicité comme une instance sociale de dernier recours et que cela génère une charge de travail supplémentaire inutile. Elle justifie notamment l'utilisation abusive de la procédure d'urgence et le recours trop systématique au procureur du Roi par le sentiment de culpabilité des proches du malade qui ne veulent porter la responsabilité de l'enfermement par le biais d'une requête « classique ».

¹⁵⁵ I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 69.

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ M. DE CLERCQ, « Le bilan de deux ans d'application de la loi », *op. cit.*, p. 168.

¹⁵⁸ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, rapport fait au nom de la commission de la justice, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1988-1989, n° 2-733, p. 7.

Un autre constat concerne les conditions prévues qui devraient permettre au juge de paix de prendre les décisions adéquates, au cas par cas. Elles s'avèrent insuffisantes. En effet, le manque d'informations médicales claires répondant aux exigences légales et le délai de rigueur de 24 heures pour la prise de décision peuvent engendrer soit l'irrecevabilité de la requête introduite par un proche, soit la fixation de la demande afin d'ordonner la mise en observation pour obtenir un diagnostic valable¹⁵⁹.

De plus, nous constatons également que le modèle de certificat prévu par la loi du 26 juin 1990 rencontre une faiblesse en ce qu'il n'exige pas d'affirmer l'existence d'une maladie mentale, puisque son article 5, §2 ne parle pas de maladie mentale mais de la description de l'état de santé et des symptômes de la maladie¹⁶⁰. L'évaluation de la situation des personnes souffrant d'assuétude reste vague.

Il est aussi évident que, depuis 1990, les soins de santé mentale ont considérablement évolué. Le système de santé a vu une socialisation accrue, une évolution vers des soins intégrés et de réhabilitation, et une coopération intersectorielle renforcée au sein des réseaux de soins de santé mentale¹⁶¹. Aujourd'hui, l'accent n'est plus uniquement mis sur les soins résidentiels, mais aussi sur toutes les formes de traitements ambulatoires¹⁶². Les parcours de soins pour les personnes en situation de crise psychiatrique se développent au sein de ces réseaux, dans lesquelles les soins ambulatoires jouent un rôle prépondérant, avec des extensions possibles vers des équipes mobiles de crise et des unités de soins intensifs de haut niveau¹⁶³.

Dans les mesures prévues, la protection d'autrui n'est pas vraiment garantie comme nous l'a tristement prouvé l'agression meurtrière perpétrée le 10 novembre 2022. En référence à l'article 3 qui stipule que : « *La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment* »¹⁶⁴, le criminel - malgré la menace - a quitté l'hôpital sans contrainte et a commis l'irréparable.

¹⁵⁹ J.P. Binche, 25 novembre 2020, *J.J.P.*, n° 5-6, 2021, p. 280.

¹⁶⁰ Art. 5 de la loi précitée du 26 juin 1990.

¹⁶¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁶² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁶³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁶⁴ Art. 3 de la loi précitée du 26 juin 1990.

Nous comprenons donc aisément que les objectifs principaux de la nouvelle loi, tels qu'ils ont été présentés lors de la séance parlementaire seront d'éviter autant que possible la stigmatisation, d'utiliser le moins possible la coercition et de maximiser l'utilisation des alternatives à l'admission forcée, tout en veillant à la sécurité de la société¹⁶⁵.

Section 2. Les propositions d'aménagement ou de refonte du cadre juridique actuel

Les trois objectifs visés ont conduit la réflexion d'un groupe de travail désigné spécifiquement pour émettre des recommandations dans le cadre de la réforme de la loi de 1990. Ce même groupe a rendu son rapport le 3 novembre 2022 à l'intention du ministre de la Justice, Paul Van Tigchelt, et du ministre de la Santé, Frank Vandebroucke¹⁶⁶.

Ce document leur a alors permis de rédiger un projet de loi sur base de ces recommandations tout en réévaluant l'aspect sécuritaire afin d'éviter de nouveaux drames.

Nous abordons les lignes directrices et les principaux changements qu'elles induisent avant de les détailler plus précisément, de découvrir ce qu'en pensent les quelques professionnels interrogés concernés et notre propre réflexion critique.

a) Les lignes directrices suivies par le groupe de travail et les aménagements prévus

Il est à noter cependant qu'une première modification de cette loi a déjà eu lieu en 2017. Elle visait à mieux protéger les malades mentaux en augmentant le nombre de personnes à entendre pour permettre au juge d'avoir une idée plus complète de la situation¹⁶⁷. Elle introduisait, en ce sens, un droit obligatoire et conditionnel (« si possible ») à être entendu pour l'entourage proche et améliorait la communication en leur notifiant chaque décision judiciaire¹⁶⁸. Cependant, ces modifications ont engendré des problèmes d'ordre pratique sur le terrain, ce qui a conduit le secteur des soins de santé mentale à proposer des corrections¹⁶⁹.

¹⁶⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 3.

¹⁶⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 5.

¹⁶⁷ Art. 2 de la loi du 20 février 2017 modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 22 mars 2017.

¹⁶⁸ Art. 2 de la loi du 20 février 2017.

¹⁶⁹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 4-5.

La première ligne directrice, suivie par le groupe de travail évoqué ci-dessus, vise à éliminer autant que possible le traumatisme et à recourir le moins possible à la contrainte, en favorisant les solutions alternatives volontaires¹⁷⁰. L'admission forcée ne doit être utilisée qu'en dernier recours et pour une durée aussi courte que nécessaire¹⁷¹.

Selon un rapport du SPF Santé publique, en 2020, sur 102.898 nouvelles admissions dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques d'hôpitaux généraux en Belgique, 9.363 étaient des admissions forcées, soit une moyenne de 26 par jour¹⁷². Près d'un tiers de ces admissions avait une durée de 10 jours et l'autre majorité, une durée de moins de 40 jours, indiquant que l'admission était limitée à la période d'observation ou qu'après cette période, l'admission pouvait être prolongée sur une base volontaire¹⁷³. Le nombre d'admissions forcées augmente ainsi de 4.36% par an. Le groupe de travail insiste sur la priorité à accorder aux soins de la personne atteinte de troubles mentaux, à son trouble psychiatrique et à son entourage, tout en favorisant un parcours thérapeutique volontaire, sans pour autant négliger la sécurité de la société, qui relève de la responsabilité des autorités¹⁷⁴.

À la lumière de cette recommandation et à la suite des événements tragiques de l'attaque au couteau d'un policier le 10 novembre 2022, le projet de loi introduit entre autres, une nouvelle mesure de protection, à savoir, le traitement volontaire sous condition¹⁷⁵.

La deuxième ligne directrice recommande de clarifier la définition du trouble psychiatrique en tenant compte des dernières évolutions de la médecine et de la nouvelle vision des soins de santé mentale, tout en respectant davantage les droits des patients conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et à la Convention relative aux droits de l'enfant¹⁷⁶.

¹⁷⁰ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 3.

¹⁷¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 3.

¹⁷² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 3.

¹⁷³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 3.

¹⁷⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁷⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 4-5.

¹⁷⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

Le projet de loi propose dès lors une définition légale positive du « trouble psychiatrique » suffisamment ouverte pour évoluer avec les avancées médicales, n'entraînant pas de limitation stricte du champ d'application de la loi¹⁷⁷. Il modifie également certains termes pour éviter la stigmatisation ; « malades mentaux » est remplacé par « personnes atteintes d'un trouble psychiatrique » par exemple¹⁷⁸.

La troisième ligne directrice cherche à réduire le recours à la procédure d'urgence en la précédant d'une période d'évaluation clinique de 48 heures¹⁷⁹. Cette période permet de limiter les admissions forcées en favorisant les soins volontaires et en évitant les abus de la procédure d'urgence¹⁸⁰. Cette période retenue dans le projet est doublée par rapport à ce qui était d'application.

La quatrième ligne directrice recommande l'utilisation d'un modèle standard pour la rédaction du rapport médical circonstancié, qui est le document par excellence sur lequel le juge fonde sa décision¹⁸¹. Actuellement, la qualité de ce rapport est jugée insuffisante. Le projet de loi délègue au Roi la définition de ce modèle de rapport médical circonstancié, s'articulant autour de 7 critères proposés par le groupe de travail¹⁸².

La cinquième ligne directrice insiste sur l'importance d'impliquer la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et son entourage dans l'ensemble de la procédure¹⁸³. Cette admission étant une mesure radicale pour le patient et son environnement social¹⁸⁴.

Le projet de loi adapte certaines modifications introduites par la loi du 20 février 2017 pour maintenir l'implication et l'information de l'entourage proche¹⁸⁵.

¹⁷⁷ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

¹⁷⁸ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

¹⁷⁹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸⁰ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 7.

¹⁸² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc.*

Le groupe de travail souligne également l'importance de la coopération entre les tribunaux et le secteur des soins de santé mentale, ainsi qu'entre la police, le ministère public et les réseaux de soins¹⁸⁶. Cette coopération est essentielle pour la mise en œuvre efficace des nouvelles mesures proposées.

Pour le ministre Vandenberghe, le projet impose un changement de mentalité de tous les acteurs concernés mais il met à leur disposition une série de leviers à cette fin.

Un autre aspect que le groupe de travail souligne mais qui n'a pas encore été abordé est la nécessité de moderniser et numériser les registres actuels, notamment pour surveiller les admissions forcées de personnes souffrant de troubles psychiatriques et de constituer un moyen de contrôle supplémentaire pour prévenir les abus¹⁸⁷. Cette recommandation porte sur l'aspect sécuritaire.

Cependant, ce projet ne modifie pas la réglementation actuelle concernant le fonctionnement des registres car l'autorité de protection des données recommande de séparer cette numérisation du projet de réforme législative¹⁸⁸. Une numérisation complète nécessite une coopération politique, du temps, et des ressources financières¹⁸⁹. Un engagement concret existe pour mener ce projet à une étape ultérieure, en conformité avec le RGPD¹⁹⁰.

b) Les principaux changements en détail et ce qu'en pensent des professionnels du secteur

- Adaptations terminologiques

Pour atteindre l'objectif de réduire au mieux la stigmatisation, l'intitulé de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, est remplacé par ce qui suit : « Loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique ». En ce sens, les termes « malade mental » sont à chaque fois remplacés par les mots « personne atteinte

parl., Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

¹⁸⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 8.

¹⁸⁷ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

¹⁸⁸ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

¹⁸⁹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

¹⁹⁰ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

d'un trouble psychiatrique », les termes « mise en observation » par les mots « mesure d'observation protectrice », les termes « service psychiatrique » par « établissement résidentiel »¹⁹¹ et encore « maintien » par « extension de la mesure d'observation protectrice ».

Selon Céline Plomb, assistante sociale à l'hôpital psychiatrique « Chêne aux Haies » à Mons, l'expression « personne atteinte d'un trouble psychiatrique » représente un changement très positif, rendant la loi moins discriminante pour les personnes concernées. Elle jugeait le terme utilisé dans la loi de 1990 particulièrement brutal envers ces personnes. Toutefois, elle estimait que le terme « mise en observation » était plus approprié que le terme « mesure d'observation protectrice ». D'après elle, cette nouvelle appellation pourrait générer de la frustration chez les patients, qui pourraient se demander pourquoi ils ont besoin d'être protégés et contre qui. De plus, lorsque la personne arrive à l'hôpital psychiatrique, le personnel médical se sent investi d'une mission d'observation pour évaluer son état de santé et établir un diagnostic. Elle considère donc qu'il est inopportun de, déjà, parler de protection sans avoir préalablement réalisé une évaluation complète de l'état mental la personne.

Concernant le remplacement du terme « service psychiatrique » par « établissement résidentiel », le Docteur Marjorie Dosogne, psychiatre à l'hôpital psychiatrique « Chêne aux Haies » à Mons, a souligné l'importance de ce changement pris par le législateur car il permet d'élargir les options d'hospitalisation au-delà des seuls hôpitaux psychiatriques. Cette nouvelle terminologie ouvre la possibilité pour les patients d'être accueillis dans d'autres types de centres, plus adaptés et plus humains en fonction de leur pathologie. Cependant, elle a relevé que, malgré ce changement de terminologie, certains patients se retrouveront inévitablement en service psychiatrique. Il est donc inutile de leur dissimuler cette réalité puisque ces services sont dédiés au traitement des troubles psychiatriques et peuvent conduire à un placement en unité fermée.

Pour les acteurs judiciaires, Anne Solbreux, procureur du Roi au parquet de Mons, et Rudy Ghyselink, juge de paix à Mons, ces changements terminologiques sont considérés comme de

¹⁹¹ Institution agréée par les autorités compétentes en matière de politique de la santé en vertu des articles 128, 130 et 135 de la Constitution, offrant des garanties de sécurité suffisantes pour la personne concernée et pour la société et permettant une observation, le cas échéant, par l'intervention de services externes ; Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 16.

simples ajustements aux normes contemporaines d'une société qui aspire à être la plus inclusive possible et n'y voient aucun autre impact ou influence significative.

Ces adaptations terminologiques convainquent unanimement les acteurs de terrain, affirmant l'intention du législateur à réduire efficacement la stigmatisation.

- Nouvelle définition

L'une des nouveautés de ce projet de loi se trouve également dans l'insertion d'une définition positive du trouble psychiatrique, qui avait volontairement été omise par le législateur en 1990 car ce dernier considérait qu'il s'agissait d'une notion, à caractère évolutif, dont la doctrine et la jurisprudence auront à préciser, au fil du temps, le contenu, mais qui, comme nous l'avons vu, engendre de l'incertitude dans les décisions judiciaires¹⁹².

L'article 1^{er}/1 de la nouvelle loi est alors rédigé comme suit : *« l'on entend par « trouble psychiatrique » : un trouble défini comme tel en fonction de l'état actuel de la science et susceptible d'altérer gravement la perception de la réalité, la capacité de discernement, les processus de pensée, l'humeur ou le contrôle de ses actes. L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autre n'est pas considéré comme un trouble psychiatrique »*.

Le législateur a justifié l'insertion de cette définition en invoquant que *« la définition positive d'un trouble psychiatrique évite, d'une part, que certains troubles échappent au champ d'application de la loi (par exemple, les troubles de la personnalité) et, d'autre part, que certains troubles tombent sous le coup de la loi (par exemple, la démence, une lésion cérébrale acquise consécutive à un accident de roulage, etc.) »*¹⁹³.

Il est donc manifeste que la volonté du législateur a changé par rapport à celle du législateur de 1990. Il est toutefois impératif de déterminer si l'insertion d'une définition permettra de lever le voile sur ce que nous devons précisément entendre par la notion de trouble psychiatrique pour satisfaire au mieux ce critère et si elle entraînera une variation dans le nombre de personnes considérées comme atteintes d'un trouble psychiatrique.

¹⁹² I. BRANDON, « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », *op. cit.*, p. 58.

¹⁹³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 12.

Toutefois, les problèmes d'assuétude ne sont pas explicitement inclus dans la définition légale, alors que, selon l'exposé des motifs, ce type de problèmes peut bel et bien relever d'un trouble psychiatrique¹⁹⁴. Le texte renvoie à un arrêt récent de la Cour constitutionnelle (arrêt du 12 janvier 2023), vu précédemment, selon lequel il appartient au juge compétent d'apprécier *in concreto* si une personne atteinte d'une assuétude éthylique, toxicologique ou médicamenteuse peut être considérée comme une personne malade mentalement au sens de loi de¹⁹⁵.

Les différents professionnels que nous avons interrogés ont apporté des réponses nuancées.

En ce qui concerne le juge de paix et le procureur du Roi, l'ajout de cette définition ne change pas fondamentalement les choses et n'allège en rien l'importance de cette condition. En effet, ils considèrent que la définition a pour objectif de préciser la notion de trouble psychiatrique en servant de référence claire pour les médecins chargés de déterminer si la personne présente un trouble psychiatrique – ou non.

Pour l'assistante sociale et la psychiatre, au contraire, leur principale préoccupation est que cette définition, en raison de sa portée excessive, pourrait justifier de nombreuses pathologies. Elles ont évoqué le cas des personnes atteintes de troubles de la personnalité, soulignant que, d'après leur expérience, imposer un soin sous contrainte est souvent voué à l'échec. Selon elles, la volonté et la participation active des patients sont essentielles pour obtenir des résultats. C'est la raison pour laquelle le « Chêne aux Haies » ne prend pas en charge ce type de pathologie. En conséquence, ces patients pourraient être maintenus indéfiniment, à moins que des mesures de traitement volontaire sous conditions ne soient envisagées et se révèlent efficaces, car ils resteraient constamment soumis aux trois critères de la loi, empêchant toute décision de libération par le juge de paix. Elles ont également mentionné un autre cas lié au trouble de l'attachement, qui ne peut pas être traité par contrainte médicamenteuse, mais nécessite une psychothérapie intensive et volontaire.

Nous pouvons donc établir une forte présomption d'inquiétude dans le chef du corps médical de devoir traiter certaines pathologies que la nouvelle définition du trouble psychiatrique justifierait, alors que l'absence délibérée de cette définition dans la loi de 1990 leur offrait une plus grande liberté pour traiter les troubles selon leurs propres critères. *A contrario*, il est

¹⁹⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 13.

¹⁹⁵ C. const., 12 janvier 2023, n° 6/2023, *M.B.*, 2023, p. 5.

compréhensible que les acteurs judiciaires perçoivent cela positivement, car leur manque d'expertise en matière de diagnostic psychiatrique fait de cette définition un outil plus clair pour orienter leurs décisions. Cela pourrait réduire leur dépendance à l'expertise médicale, permettant une évaluation plus impartiale et fondée sur des critères objectifs. Toutefois, le juge de paix nous a indiqué que la définition restait, malgré tout, trop large et trop vague.

- Nouvelle mesure : le traitement volontaire sous conditions

La nouveauté majeure pour réduire le recours à la contrainte et privilégier les alternatives à l'admission forcée est l'introduction d'une nouvelle mesure, à savoir, le traitement volontaire sous conditions¹⁹⁶. Dorénavant, lorsqu'un individu se trouvera être dans l'état défini ci-dessus et satisfaisant aux deux autres critères (inchangés) de l'article 2, le procureur du Roi et le juge pourront prononcer deux mesures à l'encontre de ce dernier :

- Soit une mesure d'observation protectrice (anciennement appelée mise en observation) ;
- Soit un traitement volontaire sous conditions (la nouveauté du législateur)¹⁹⁷.

Cette nouvelle mesure trouvera également à s'appliquer lorsque le patient, satisfaisant aux conditions de la loi, entre volontairement dans un établissement et décide de se faire soigner conformément à un plan de traitement¹⁹⁸. À la différence de l'internement volontaire initialement prévu par l'article 3 de la loi du 26 juin 1990, le patient est soumis dès le départ au contrôle de la justice¹⁹⁹. Toutefois, pour que cette mesure puisse être activée, il est primordial que toutes les conditions soient acceptées par le patient et que l'on puisse « raisonnablement penser qu'elles seront respectées »²⁰⁰. L'appréciation de la bonne volonté de la personne concernée revient au juge²⁰¹. Les conditions peuvent ainsi être imposées par le juge de paix dans le cadre d'une procédure ordinaire ainsi que par le procureur du Roi dans le cadre d'une procédure d'urgence avec un contrôle *a posteriori* par le juge de paix²⁰². Cette nouvelle mesure

¹⁹⁶ Art. 4/2 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

¹⁹⁷ Art. 4 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

¹⁹⁸ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 17.

¹⁹⁹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 17.

²⁰⁰ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

²⁰¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

²⁰² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 19.

offre également la possibilité d'assurer le suivi du déroulement des soins prodigués, qui peuvent être dispensés soit dans une « institution résidentielle », soit dans un hôpital²⁰³. Pour se faire, un plan de traitement sera établi avec le médecin et le malade, celui-ci sera soumis au juge de paix pour approbation²⁰⁴. En cas de fuite du patient, l'article 12 est toujours expressément prévu. Si la personne ne souhaite plus être traitée ou si les conditions imposées ne sont plus remplies, le juge doit en être immédiatement informé pour qu'il puisse imposer de nouvelles mesures telle qu'une admission forcée.

À la demande du Conseil d'État, il a été précisé quelles conditions spécifiques pourraient être établies pour un traitement volontaire sous conditions, tout en notant que cette liste reste non exhaustive. Nous pourrions retrouver des conditions formelles (par exemple : une observation et un traitement intensifs en hospitalisation complète (jour et nuit) dans un hôpital psychiatrique et dans une unité sécurisée)²⁰⁵ ainsi que des conditions de fond (par exemple : l'adhésion obligatoire à une thérapie convenue, la prise obligatoire de médicaments et les contrôles correspondants, des tests d'urine en cas de problème de drogue ainsi que par les contacts que la personne doit avoir, ou au contraire, l'interdiction de contact parce que le contact n'est pas approprié compte tenu du contexte spécifique)²⁰⁶. Le législateur précise que ce type de conditions étaient déjà appliquées dans le cadre de la postcure obligatoire – dorénavant remplacé par une conversion en traitement volontaire sous conditions²⁰⁷.

Pour l'assistante sociale, cette nouvelle mesure représente une façon plus douce et plus acceptable pour le patient de se soigner, lui permettant de participer activement à son projet de soins et à la gestion de sa maladie, plutôt que de subir une admission forcée en hôpital psychiatrique. Elle nous confie que l'imposition de 40 jours de mise en observation est souvent très mal vécue par le patient.

La psychiatre exprime également un avis favorable à l'introduction de cette nouvelle mesure. Selon elle, cette mesure permettrait d'éviter des mises en observation et donc l'hospitalisation

²⁰³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 19.

²⁰⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 30.

²⁰⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 17-18.

²⁰⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch. Repr., 1^{er} décembre 2023, 3721/001, p. 18.

²⁰⁷ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 16.

sous contrainte pour les patients acceptant de suivre un traitement, tout en leur assurant un suivi médical. En l'absence d'indications concrètes sur la mise en œuvre de cette mesure, elle suppose que les psychiatres seront chargés de déterminer le traitement approprié pour le patient et de convenir, avec lui, les conditions, qu'ils soumettraient ensuite au juge pour garantir leur application. Si le patient respecte ces conditions, la mise en observation pourrait être évitée. En revanche, en cas de non-conformité, une mise en observation pourrait être envisagée. Elle compare cette mesure à la phase de maintien qui suit une mise en observation, mais sans passer par cette étape préalable. Actuellement, chaque mise en observation, lorsque nécessaire, est suivie d'une phase de maintien ; avec la nouvelle mesure, le patient serait soumis à des conditions similaires préalablement sans tout l'aspect contraignant de l'hospitalisation.

Les deux professionnels du milieu hospitalier considèrent donc cette nouvelle mesure comme favorable pour le patient et pouvant avoir un impact positif sur sa santé mentale et sa guérison, plutôt que de la voir principalement comme un moyen visant à renforcer la sécurité de la société.

Pour le procureur du Roi, tout l'enjeu avec l'introduction de cette nouvelle mesure sera de correctement évaluer si un individu peut réellement s'engager dans un traitement volontaire sous la surveillance d'un juge, ou s'il nécessite une mise en observation forcée. Selon, elle, le contrôle juridictionnel qui accompagne cette nouvelle mesure, ne rendant plus possible l'application de l'article 3 de la loi du 26 juin 1990, est destiné à pallier aux lacunes précédentes et à offrir une meilleure protection, tant du patient que de la société, en s'assurant qu'un suivi strict soit mis en place, bien que la personne accepte de se faire soigner volontairement. Elle admet que si cette mesure se révèle efficace dans la pratique, cela aiderait – peut-être – à désengorger les établissements psychiatriques et à garantir une approche plus personnalisée qui prend en compte la volonté du patient.

Le juge de paix estime aussi qu'il s'agit d'une avancée positive car elle permet de concilier traitements volontaires et contraints, ce qui n'était pas possible auparavant. Cette mesure permettrait d'éviter certaines hospitalisations forcées et à privilégier les thérapies volontaires, améliorant ainsi la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cependant, il souligne que cette mesure devra être évaluée en pratique, et que des résultats ne seront observables qu'en 2026. À l'heure actuelle, les juges de paix ne sont pas encore impliqués dans les changements et ne disposent pas, jusqu'alors, d'information complémentaire concernant la mise en œuvre de cette nouvelle mesure. Toutefois, il ne peut

que craindre à ce que les juges de paix et les médecins ne soient surchargés par cette nouvelle obligation, pouvant ainsi rendre difficile le respect de certains délais imposés par la loi. Puisque cela impliquerait aussi que les médecins, dans un délai de 48 heures (comme nous le verrons) mettent en place un suivi et proposent un plan de traitement que les juges de paix devront sans doute approuver.

En revanche, lorsque le patient est conscient de ses troubles psychiatriques, il faudra juger de la fiabilité de ses engagements à suivre un traitement volontairement. Cette nouvelle loi imposera ainsi aux psychiatres de poser des questions inédites, entraînant une responsabilité accrue pour les médecins.

En effet, selon nous, cette nouvelle mesure imposera aux médecins une nouvelle prise de responsabilité, les obligeant à consacrer davantage de temps à l'évaluation du patient. Les médecins devront désormais évaluer le critère de la dangerosité en relation avec la contrainte afin de garantir l'efficacité du traitement volontaire sous conditions. Ils devront déterminer le risque potentiel que représente l'intéressé pour lui-même et pour autrui en l'absence d'un traitement contraignant en milieu forcé. Il est évident qu'un patient inconscient de son état, dont les comportements semblent dictés par des voix ou contrôlés par un délire, rend presque impossible l'idée de traitement sans contrainte. En revanche, lorsque le patient est conscient de ses troubles psychiatriques, la question sera de déterminer le degré de confiance que l'on peut accorder à ses engagements de suivre un traitement de manière volontaire. Cette nouvelle mesure conduira donc les psychiatres à se poser de nouvelles questions.

Cette nouvelle mesure, étant la réforme la plus significative, elle soulève la question centrale de notre recherche et sera abordée en détail dans le chapitre suivant.

- Modèle standard pour le rapport médical circonstancié

En ce qui concerne l'aspect procédural, les procédures ordinaires et d'urgence existent toujours, bien que les règles aient été adaptées. En effet, le rapport médical devra être rédigé sur base d'un modèle établi par le Roi afin d'en garantir et d'en améliorer la qualité pour fournir au

juge compétent toutes les informations pertinentes lui permettant de prendre une décision²⁰⁸. Le modèle standard élaboré s'articule autour de sept critères²⁰⁹.

Ces critères sont énumérés par le projet de loi à la suite d'une demande du Conseil d'État et seraient donc les suivants : « les circonstances de l'examen, l'état physique de la personne atteinte d'un (possible) trouble psychiatrique, la situation familiale et le contexte social, le trouble psychiatrique, les possibilités de soins adaptés ou l'absence d'alternative, le critère de danger, le degré d'urgence »²¹⁰. Cette nouvelle loi exclut également que certains médecins soient compétents pour rédiger ce type de rapport et organise un remplacement possible de ceux-ci, là où la loi du 26 juin 1990 ne contenait aucune exigence quant aux compétences et à la spécialisation du médecin rédacteur du rapport médical²¹¹. De plus, la présence, tout au long de la procédure d'un avocat, devient obligatoire et ce, dès le début de la période d'évaluation clinique²¹². Il apparaît que le législateur impose un contrôle judiciaire, mais compense cette contrainte en rendant obligatoire la présence d'un avocat pour garantir les droits de la défense.

Ce nouveau modèle de certificat médical semble favoriser les droits des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique en évitant la privation de liberté excessive par un certificat médical sommaire d'un individu qui ne relèverait, en réalité, pas du champ d'application de la loi.

Selon la psychiatre, le modèle n'étant pas élaboré, il est difficile d'en donner un avis critique. Toutefois, les travaux parlementaires indiquant que le modèle standard s'articule autour de sept critères, par rapport à la nécessité d'en remplir seulement trois auparavant, elle considère alors, que cela représente beaucoup de paramètres à prendre en compte. Cependant, elle ne pense pas que l'objectif du législateur soit de compliquer le travail des psychiatres, mais plutôt de réduire les mises en observation et les hospitalisations, comme avec l'instauration de la mesure de traitement volontaire sous conditions, en désengorgeant ainsi les hôpitaux. L'augmentation du nombre de critères viserait donc à mieux encadrer les pratiques et à rendre le processus de cette loi plus rigoureux pour éviter les abus. Bien que cela puisse, malgré tout, alourdir la charge de travail des psychiatres, il s'agirait ici d'un pas vers une meilleure régulation des mises en

²⁰⁸ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 24-25.

²⁰⁹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 24-25.

²¹⁰ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 25.

²¹¹ F. REUSENS, « La protection de la personne des malades mentaux », *op. cit.*, p. 418

²¹² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 35.

observation.

L'assistante sociale partage cet avis car elle constate dans sa pratique que de nombreux certificats médicaux sont mal rédigés et n'ont aucune valeur. Bien souvent, les équipes d'urgence sont surchargées de travail, alors elles concluent parfois rapidement à une mise en observation au sein du certificat. De plus, la plupart des médecins au sein des services d'urgence ne sont pas formés à ce genre de procédure et se décharge de ces patients. Une fois à l'hôpital psychiatrique, le médecin-psychiatre lève souvent la mesure, car le patient ne remplit pas les critères requis.

Cependant, le procureur du Roi et le juge de paix, partageant l'avis du corps médical, ont tout de même souligné que, bien qu'il y ait un modèle standard de certificat médical exigeant de nombreux critères, cela n'affectera pas leur pratique tant que les critères légaux prévus à l'article 2 de la loi seront respectés et clairement mentionnés dans le certificat médical.

Toutefois, ce nouveau certificat circonstancié - encore plus détaillée, nous laisse craindre à un effet pervers. En effet, bien que les médecins disposent désormais, comme nous le verrons, d'une évaluation clinique de 48 heures, ce délai reste, à notre sens, insuffisant pour établir un diagnostic précis et détaillé tel que l'exige ce modèle de certificat. Cela pourrait amener les médecins à hésiter à recommander la mise sous protection d'une personne, en raison des contraintes liées aux critères imposés par ce nouveau certificat.

- Période d'évaluation clinique de 48 heures

Concernant les modalités d'application de cette nouvelle loi, les mesures de protection restent d'une durée de 40 jours. Toutefois, la loi prévoit une période d'évaluation clinique de 48 heures. Selon le législateur, cette période permettra de mieux évaluer si la personne concernée par cette mesure rencontre bien les critères pour une admission forcée ou pour un traitement volontaire sous conditions²¹³.

Nous pensons que ce nouveau délai de 48 heures pourrait permettre de réduire le nombre des mises en observation en laissant plus de temps aux médecins de réaliser un examen plus approfondi pour se prononcer sur la nécessité d'une mise en observation.

²¹³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 32.

La psychiatre est également de cet avis, elle considère que cette nouvelle période d'évaluation de 48 heures est bénéfique car elle permettra de mieux distinguer une véritable décompensation psychotique d'une crise due au sevrage d'addiction notamment. Elle souligne que cette différenciation nécessite souvent plus de temps qu'un délai de 24 heures car une observation prolongée permet d'identifier correctement la cause de l'état du patient, d'éviter les erreurs de diagnostic et, ainsi, potentiellement réduire les décisions de mise en observation.

Toutefois, l'assistante sociale, ne voit pas très bien comment ce délai peut être mis en place dans la pratique. Pour elle, les unités psychiatriques d'urgence ne vont pas pouvoir garder les patients pendant 48 heures et craint à une surcharge des hôpitaux généraux. Sous la loi du 26 juin 1990, le procureur du Roi devait rendre sa décision dans les 24 heures, ce qui, en pratique, s'avérait efficace, puisqu'une fois la personne arrivée au sein de l'hôpital psychiatrique, ils ont la possibilité d'annuler la mesure de mise en observation si cette dernière n'est pas justifiée, et cette option reste toujours en place.

La procureur du Roi partage également l'avis que cette introduction du délai de 48 heures permettra une évaluation plus réfléchie concernant l'état de la personne. Elle suppose également que, dans la pratique, ce délai sera nécessaire pour permettre au médecin de prendre une décision éclairée quant au choix de placer la personne sous une mesure de protection forcée ou bien de la sentir prête à s'engager pour un traitement volontaire sous conditions. Toutefois, elle relève que cette nouvelle période d'évaluation clinique de 48 heures soulève la question de la logistique sur le suivi des décisions, nécessitant une coordination entre les procureurs successifs et les services de police pour assurer le respect des procédures.

Nous avons également fait part au juge de paix de nos préoccupations concernant les personnes qui se présenteront volontairement après l'entrée en vigueur de cette loi, probablement sans être informées de cette nouvelle mesure, et qui, sans le savoir, risquent d'être privées de liberté pour une période d'évaluation clinique pouvant aller jusqu'à 48 heures. Le juge, de son côté, a relativisé cette situation. Selon lui, cette période d'observation est déterminante car elle assure à la fois la protection du patient, qui a potentiellement besoin de recevoir des soins pour son propre bien-être, et la sécurité de la société, étant donné que cette mesure a été instaurée en réponse au drame du 10 novembre 2022. Ainsi, soit la personne ne remplit pas les critères et sera rapidement relâchée, soit elle les remplit et sera maintenue sous surveillance. Il a également précisé que les intéressés ont toujours la possibilité de faire appel ou de demander une expertise judiciaire. De plus, le juge a souligné que le médecin peut décider de libérer la

personne avant la fin des 48 heures s'il constate qu'elle ne présente aucune pathologie mentale²¹⁴. Ainsi, la responsabilité de cette décision repose sur le médecin, et le juge ne pourrait être tenu pour responsable, n'ayant pas directement rencontré la personne concernée.

- Autres modifications

D'autres modifications concernent également la possibilité pour le patient de changer de médecins en cas de traitement volontaire sous conditions ainsi que la possibilité de passer d'une mesure de protection à une autre²¹⁵.

En ce qui concerne la fin des mesures, la mesure d'observation protectrice prend fin à l'expiration du délai et les conditions liées au traitement sous conditions cessent à l'achèvement de celui-ci²¹⁶.

Enfin, la loi entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025 et sera également d'application pour les personnes qui ont été mises en observation et celles dont le maintien a été ordonné avant l'entrée en vigueur de cette loi²¹⁷.

Section 3. Les défis politiques et institutionnels de la réforme

L'émergence des droits fondamentaux dans cette matière a mis l'accent sur la nécessité de garantir les droits liés à la privation de liberté ainsi que sur l'encadrement juridique des traitements médicaux²¹⁸. Aujourd'hui, le principal enjeu politique est de concilier les droits des personnes atteintes de troubles psychiatriques avec les exigences de sécurité et de protection de la société²¹⁹.

À la suite de l'événement tragique du 10 novembre 2022, le Conseil supérieur de la Justice a commandé une enquête pour formuler des recommandations visant à prévenir la répétition de

²¹⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 34.

²¹⁵ Art. 15 et 16 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

²¹⁶ Art. 19 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

²¹⁷ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 45.

²¹⁸ H. NYS, « De bescherming van de persoon van de geestelijke. Enkele medischrechtelijke problemen », in *Het statuut van de geestesgestoorden*, Anvers, Maklu, 1999, p. 72.

²¹⁹ *Ibid.*

tels incidents. Cette enquête a conduit à l'introduction d'une nouvelle mesure dont nous avons déjà fait l'objet : le traitement volontaire sous conditions²²⁰.

Cependant, malgré les objectifs ambitieux de la réforme de la loi du 26 juin 1990, plusieurs défis politiques et institutionnels subsistent, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre effective de la réforme et son efficacité sur le terrain. Le manque de ressources humaines et financières soulève des questions importantes.

En effet, bien que la période d'observation clinique de 48 heures semble prometteuse sur le papier, sa faisabilité est remise en question en raison des ressources limitées des services d'urgence, tant en termes de personnel que de capacité d'accueil. Parallèlement, il est difficile de trouver des institutions agréées, telles que les maisons de soins psychiatriques, qui ne soient pas saturées pour répondre aux besoins de l'alternative aux services psychiatriques²²¹.

En effet, l'article 25 du projet de loi, qui fixe les procédures d'urgence, est particulièrement problématique. Il prévoit une évaluation clinique d'une durée maximale de 48 heures dans une institution résidentielle. L'amendement n° 5 introduit la possibilité, probablement en raison du manque de places, que l'admission ait lieu dans une autre institution garantissant des conditions de sécurité suffisantes pour la personne concernée et la société, et permettant une observation, le cas échéant avec l'intervention de services extérieurs²²². Il reste à clarifier quelles institutions sont visées par cette disposition : s'agit-il des services d'urgence de tous les hôpitaux, ou des unités spécialisées en psychiatrie, avec quelle capacité d'accueil²²³ ?

À cette question, le ministre précise que l'évaluation clinique peut se faire dans une institution résidentielle ou dans d'autres types d'institutions, comme les maisons de soins psychiatriques, afin d'éviter l'engorgement des institutions résidentielles définies dans l'article 4/1, § 2²²⁴. Ces institutions alternatives doivent garantir un certain niveau de sécurité, en permettant de

²²⁰ Conseil Supérieur de la Justice, « Enquête particulière - Affaire Yassine Mahi », le 20 décembre 2023, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/20231220-ep-y.-mahi-rapport-fr.pdf>, consulté le 10 juillet 2024.

²²¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 33.

²²² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, pp. 17-18.

²²³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 18.

²²⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 18.

surveiller la personne sans l'intervention de la police pendant la période d'évaluation clinique de 48 heures²²⁵.

Toutefois, il reste à déterminer si les institutions psychiatriques disposent de la capacité nécessaire pour traiter les personnes dangereuses. La police a déjà signalé que cette capacité est insuffisante²²⁶. En pratique, les policiers sont souvent appelés à surveiller les services d'urgence et se plaignent du temps que cela leur prend, notamment pour assurer le transport et la surveillance des personnes souffrant de troubles mentaux dans l'attente d'une décision d'admission forcée²²⁷. Il est à craindre que cette nouvelle évaluation clinique de 48 heures alourdisse et complique encore davantage leur mission²²⁸.

L'application du traitement volontaire sous conditions nécessitera également un renforcement significatif des effectifs, ce qui impliquera une augmentation des tâches et du temps consacré par la police, les juges, les médecins et les procureurs, ainsi qu'une coopération accrue entre ces différents acteurs. La mise en place d'un registre pour le partage des informations est cruciale, mais ce point semble avoir été négligé par les législateurs, ce qui pourrait nuire à l'efficacité de la mesure²²⁹. Le Conseil supérieur de la Justice, dans le cadre de son enquête, avait déjà pourtant recommandé le partage d'informations entre les acteurs de la santé²³⁰.

En outre, le législateur prévoit d'exclure certains médecins de la rédaction de ces rapports alors que la Belgique connaît une pénurie de praticiens. Il sera donc difficile de trouver des médecins compétents disponibles en urgence. Au lieu d'exclure certains médecins, il aurait peut-être été plus judicieux de fournir des modèles de certificats circonstanciés accompagnés d'une note explicative pour former et sensibiliser les médecins à cette pratique²³¹. Une formation

²²⁵Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 18.

²²⁶Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 19.

²²⁷Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, pp. 18-42.

²²⁸Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 42.

²²⁹Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

²³⁰Conseil Supérieur de la Justice, « Enquête particulière - Affaire Yassine Mahi », le 20 décembre 2023, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/20231220-ep-y.-mahi-rapport-fr.pdf>, consulté le 10 juillet 2024.

²³¹Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 16.

spécifique, encore à définir, serait utile pour familiariser les médecins avec les exigences de la loi et les procédures nécessaires²³².

En termes de moyens et de capacités, le ministre a évoqué plusieurs aspects importants : la dispersion des hôpitaux reconnus, l'intégration et l'alignement de l'offre de crise dans les soins de santé mentale avec la nouvelle législation, l'intégration des nouvelles compétences des entités fédérées (transfert vers les Communautés des soins d'assuétude, des maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, etc.) et les investissements complémentaires pour 2024²³³. Le gouvernement fédéral semble prendre ses responsabilités en avançant progressivement.

Pour l'offre de crise pour les adultes, un budget de 23,9 millions d'euros a été prévu, avec un renforcement de la collaboration entre la police, les médecins, les équipes de crise mobiles et les services d'urgence des hôpitaux²³⁴. Une attention particulière est également accordée au développement des services de crise par les entités fédérées²³⁵.

Enfin, en réponse à l'affaire du 10 novembre 2022 impliquant un policier tué par un individu qui était fiché de l'OCAM, le ministre a évoqué un projet de loi pour créer une banque de données commune sur le terrorisme, l'extrémisme et le processus de radicalisation²³⁶. Ce projet modifie également plusieurs lois existantes pour renforcer les mesures de sécurité.

Bien que le gouvernement fédéral progresse étape par étape avec les moyens dont il dispose, cela illustre que, malgré une législation bien conçue, son application effective nécessite des moyens adéquats.

Récemment encore, le 19 juin 2024, l'Assemblée générale du Conseil supérieur de la Justice a approuvé un Mémoire adressé au formateur du prochain gouvernement fédéral, Bart De Wever. La recommandation 17, concernant les justiciables vulnérables, propose de réexaminer les moyens alloués au secteur de la santé mentale pour garantir une prise en charge adéquate,

²³² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 16.

²³³ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, pp. 11-12.

²³⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 12.

²³⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 12.

²³⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 13.

en augmentant notamment le nombre de places disponibles dans « les institutions psychiatriques »²³⁷. Cette recommandation souligne l'importance d'une compréhension mutuelle entre les juges, les procureurs, les psychiatres et les institutions psychiatriques pour assurer une coopération efficace²³⁸. Elle appelle également à une prise de conscience des défis liés aux problèmes de santé mentale et à des mesures structurelles durables pour que le secteur puisse fonctionner normalement et répondre aux demandes du monde judiciaire²³⁹.

Cette recommandation montre une prise de conscience du déficit budgétaire en santé mentale, mais il est surprenant que, tout en visant à favoriser les parcours thérapeutiques volontaires en utilisant les termes « institution résidentielle », le Conseil recommande également d'augmenter les places dans les institutions psychiatriques. Cela pourrait soulever des questions sur la cohérence des politiques proposées.

Avec cette nouvelle législation, nous pourrions en faire beaucoup plus si nous nous en donnons les moyens et c'est peut-être là que réside le véritable défi.

Chapitre 2. L'impact de la réforme sur les droits fondamentaux de la personne atteinte de maladie mentale et sur la protection de la société

Section 1. Au terme de notre réflexion : tension entre la protection des malades mentaux et la protection de la société à l'encontre de ceux-ci

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques ont fréquemment été perçues à travers le prisme de la marginalisation²⁴⁰. On associe souvent la folie au chaos, à l'irrationalité et à l'incontrôlabilité²⁴¹. Dans un monde obsédé par la sécurité et la prévention des risques, elles sont souvent considérées comme des éléments perturbateurs de l'ordre social et vues comme une menace²⁴².

²³⁷ Conseil supérieur de la Justice, « Mémoire au formateur du prochain gouvernement fédéral », 19 juin 2024, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/2024-memorandum-conseil-superieur-de-la-justice.pdf>, consulté le 25 juillet 2024.

²³⁸ Conseil supérieur de la Justice, « Mémoire au formateur du prochain gouvernement fédéral », 19 juin 2024, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/2024-memorandum-conseil-superieur-de-la-justice.pdf>, consulté le 25 juillet 2024.

²³⁹ Conseil supérieur de la Justice, « Mémoire au formateur du prochain gouvernement fédéral », 19 juin 2024, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/2024-memorandum-conseil-superieur-de-la-justice.pdf>, consulté le 25 juillet 2024.

²⁴⁰ M-L. MEURISSE, « Les droits du patient », *op. cit.*, p. 23.

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Ibid.*

Il est, tout de même, essentiel de préciser que toute délinquance n'est pas pathologique²⁴³. On peut être atteint d'un trouble psychiatrique sans pour autant être délinquant, ces phénomènes ne sont pas intrinsèquement liés²⁴⁴. Faire cette distinction est crucial pour éviter de stigmatiser injustement les personnes souffrant de troubles psychiatriques, qui, dans la majorité des cas, ne représentent aucun danger pour la société.

Malheureusement, ces dernières années, particulièrement après les vagues d'attentats que nous avons connues, le climat de peur s'est intensifié. Comme nous l'avons déjà détaillé, ces tragédies ont renforcé la panique, alimentant une tendance à la peur collective. Dans un tel contexte, la peur devient un facteur déterminant dans la prise de décisions politiques, incitant les autorités, sous la pression d'une société inquiète, à adopter de nouvelles mesures.

Pour illustrer notre propos, il convient de noter que durant les trente années d'application de la loi du 26 juin 1990, de nombreuses propositions de réforme ont été formulées, sous forme de rapports de groupes de travail spécialisés en santé mentale et de divers avis, mais dont les résultats sont restés inaperçus²⁴⁵. Cependant, c'est un drame, devenu l'objet d'une attention médiatique intense et largement commenté, qui a déclenché l'adoption d'une nouvelle loi, laquelle entrera en vigueur en janvier 2025.

En effet, bien qu'un rapport final ait été rédigé par un groupe de travail sept jours avant l'accident du 10 novembre 2022, ce rapport ne prévoyait pas l'introduction de la mesure de traitement volontaire sous conditions²⁴⁶. Il est d'ailleurs explicitement invoqué dans l'exposé des motifs de ce nouveau projet de loi²⁴⁷. Nous ignorons s'il aurait été adopté aussi rapidement sans cet accident, mais cela prouve qu'il répond, d'autant plus, à une logique de protection contre les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

²⁴³ J. GILLARDIN, « Les prémices d'une évolution », *op. cit.*, p. 14.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ Cf. Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2001-2002, n° 50-1784/1 ; Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2007-2008, n° 52-0612/1 ; Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2010-2011, n° 5-1079/1 ; Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2014-2015, n° 54-0765/1

²⁴⁶ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 5.

²⁴⁷ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

Comme nous l'avons exposé, la réforme principale introduite par cette nouvelle législation est la mesure de traitement volontaire sous conditions. Conçue pour améliorer la protection des personnes vulnérables, cette mesure vise à promouvoir une approche moins coercitive en réduisant les admissions forcées et en favorisant la « socialisation » des soins.²⁴⁸ Cependant, certains arguments personnels détaillés ci-dessous peuvent nous laisser penser que cette nouvelle mesure n'atteigne pas les résultats attendus et ne remplisse pas les objectifs fixés au départ. En conséquence, la mise en pratique pourrait finalement ne pas garantir une meilleure protection des droits de ces personnes au profit d'une société qui a besoin d'être rassurée.

Tout d'abord, sous la législation de 1990, le juge de paix n'intervenait pas et ne disposait d'aucun pouvoir de contrôle sur les personnes se présentant volontairement en vertu de l'article 3 de cette loi, son rôle étant limité à la vérification des conditions pour les hospitalisations forcées²⁴⁹. Avec la nouvelle mesure, le contrôle de l'application des conditions imposées à une personne volontaire atteinte d'un trouble psychiatrique serait désormais assuré par le pouvoir judiciaire²⁵⁰. Cela signifie que le juge pourrait désormais imposer des soins, alors qu'auparavant, il se contentait de vérifier la conformité aux exigences légales.

C'est pourquoi nous craignons une dérive avec l'ajout des termes « sous conditions » désormais contrôlé par le juge, ce qui s'apparente à une forme de jugement et, par conséquent, de contrainte. La totale liberté précédemment accordée aux personnes atteintes de troubles psychiatriques par cette procédure, rappelons civile et non pénale, n'existe donc plus²⁵¹.

Bien que nous pensons, toutefois, que cette nouvelle mesure pourrait renforcer les droits des patients en leur permettant de changer de médecin et en les impliquant activement dans leur traitement, ce qui améliorerait l'efficacité des soins tout en favorisant leur autonomie et leur responsabilité²⁵².

Il est important de souligner que la procédure d'urgence est souvent déclenchée lorsque le patient est en crise, rendant difficile toute tentative de persuasion pour lui faire suivre un

²⁴⁸ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 48.

²⁴⁹ Art. 3 de la loi précitée du 26 juin 1990.

²⁵⁰ Art. 23 et 25 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

²⁵¹ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 15.

²⁵² Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 45.

traitement volontaire, surtout si son état ne lui permet pas de respecter cet engagement²⁵³. En effet, bien que la nouvelle période d'évaluation de 48 heures puisse permettre une meilleure compréhension du patient et de ses besoins, les traitements sont généralement initiés en cas de crise aiguë. Dans ce contexte, les médicaments administrés pour calmer le patient pourraient altérer son consentement à accepter un traitement volontaire, compromettant ainsi la pleine conscience et la volonté nécessaires à cette mesure.

De plus, cette nouvelle mesure remplace le concept de postcure prévu initialement par la loi de 1990, qui était proposé au patient pendant sa période de maintien, soit après sa mise en observation de 40 jours²⁵⁴. Cela signifierait que, dans ce cadre, une « postcure » serait proposée sans aucun traitement préalable, une idée difficile à comprendre. En effet, la mesure de postcure initiale intervenait généralement après que le patient ait reçu un traitement pendant sa période de mise en observation, et que son état se soit stabilisé²⁵⁵. Il est donc difficile d'imaginer que cette nouvelle mesure soit aussi efficace sans soins préalable.

Toutefois, la pertinence de cette mesure à renforcer les droits du patient résiderait dans l'application du nouvel article 16 de la loi, qui permet de passer d'une mesure d'observation protectrice (précédemment appelée mise sous observation) à un traitement volontaire sous conditions. Cette transition peut être décidée à tout moment par le médecin-chef, avec l'accord du patient, après l'établissement d'un plan de traitement²⁵⁶. Cette nouveauté est particulièrement positive, car auparavant, un tel changement de traitement n'était possible qu'après une période de maintien d'au moins 40 jours.

Cependant, nous demeurons convaincus que la mise en œuvre de cette mesure dès l'évaluation clinique de 48 heures semble peu prometteuse et nécessitera probablement un admission forcée même si nous espérons que celle-ci sera de courte durée.

De plus, bien que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique accepte le traitement volontaire sous conditions, elle reste sous la menace constante de l'article 4/2, §3 de la nouvelle loi. Cet article stipule que si les conditions ne sont plus respectées, le médecin psychiatre doit en informer le procureur du Roi, qui peut, si nécessaire, initier une procédure d'urgence²⁵⁷.

²⁵³ Entretien avec Docteur Marjorie Dosogne.

²⁵⁴ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 18.

²⁵⁵ Art. 16 et 17 de la loi précitée du 26 juin 1990.

²⁵⁶ Art. 16 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

²⁵⁷ Art. 4/2, §3 de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

Ainsi, la personne initialement volontaire risque de se retrouver en hospitalisation forcée, où ses droits ne sont plus garantis. Le patient perd alors le choix de son traitement, de sa médication et de son médecin, et peut être contraint de recevoir son traitement par injonction en cas de refus, voire être placé en chambre de contention en cas de comportement violent²⁵⁸. Finalement la contrainte est alors dissimulée.

Nous ne pensons donc pas que ce nouveau projet de loi offre une réelle solution pour renforcer la protection des droits fondamentaux du patient. Cependant, nous comprenons la difficulté de concilier le respect de la liberté individuelle avec la nécessité de maintenir un cadre sécuritaire pour les personnes susceptibles de constituer un risque pour elles-mêmes ou pour autrui.

Cependant, avant d'en tirer des conclusions définitives, il est essentiel de mettre cette loi en pratique afin d'évaluer ses promesses.

Section 2. La réforme du régime juridique italien : une vision plus progressiste

Comme nous l'avons déjà détaillé, malgré des réformes législatives, aussi inclusives soient-elles, il est difficile de voir comment les objectifs de cette loi pourront se concrétiser en pratique sans les moyens humains et financiers adéquats. Cet argument peut sembler anodin, mais c'est précisément de cela dont nous avons besoin pour espérer un véritable renversement du système de soins en santé mentale en Belgique, respectueux des droits fondamentaux de la personne malade.

Pour illustrer nos propos, prenons l'exemple de l'Italie et de la célèbre expérience de Trieste, qui a acquis une renommée internationale.

En effet, en 1978, l'Italie a mis en place une réforme psychiatrique radicale qui a transformé de manière révolutionnaire le système de dispensation de soins de santé mentale. Cette réforme s'est démarquée par son engagement à remplacer les hôpitaux psychiatriques traditionnels par un nouveau modèle de soins décentralisé. À cet effet, la Loi 180, adoptée le 13 mai 1978, a marqué le début de ce changement en éliminant progressivement les établissements psychiatriques classiques et en mettant en place un système centré sur la nécessité de soins à dispenser aux patients²⁵⁹.

²⁵⁸ Entretien avec Docteur Marjorie Dosogne.

²⁵⁹ Loi n° 833/1978 du 23 décembre 1978, *J.O.*, 28 décembre 1978.

Immédiatement après son adoption, la loi a mis fin à toute nouvelle admission et, deux ans plus tard, a interdit les réadmissions dans les établissements hospitaliers²⁶⁰. L'objectif était de créer un système de soins psychiatriques qui ne dépende plus des hôpitaux traditionnels, évitant ainsi de placer de nouveaux patients et de mieux concentrer les ressources sur les patients sévèrement atteints²⁶¹.

Pour remplacer les hôpitaux psychiatriques, la loi a mis en place des services communautaires qui assurent des soins psychiatriques localisés pour chaque secteur en utilisant le personnel des anciens hôpitaux psychiatriques²⁶². Les hospitalisations, lorsqu'elles sont nécessaires, sont désormais effectuées dans des unités spéciales au sein des hôpitaux généraux, chaque unité étant limitée à 15 lits pour prévenir la concentration excessive de patients, qui nuit à leur bien-être²⁶³.

Les hospitalisations involontaires doivent répondre à des critères spécifiques, tels que l'urgence médicale, le refus de traitement par le patient, ou l'impossibilité d'offrir une alternative de traitement communautaire²⁶⁴. Contrairement aux lois antérieures, la Loi 180 ne prend pas en compte la dangerosité du patient, mettant plutôt l'accent sur les soins de santé publique et non sur la surveillance²⁶⁵.

La décision d'une hospitalisation sous contrainte nécessite deux évaluations médicales indépendantes, l'approbation des autorités locales de la santé et une révision du dossier par un juge au deuxième et septième jour d'hospitalisation²⁶⁶. De plus, le patient conserve certains droits tels que la possibilité de contester légalement les décisions, le choix du médecin ou bien de l'hôpital, ainsi que son consentement et sa collaboration doivent être constamment demandés²⁶⁷.

Les évaluations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant les services où la réforme a été mise en œuvre sont élogieuses et encourageantes²⁶⁸.

²⁶⁰ L. BURTI, « La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2, 1997, p. 72.

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² *Ibid.*

²⁶³ *Ibid.*, p. 73.

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 83.

Une étude a suivi pendant sept ans 60 patients diagnostiqués schizophrène, dont 11 résidaient en hôpital public et 49 étaient traités en milieu communautaire²⁶⁹. Les patients en hôpital public n'ont montré aucun changement dans leurs symptômes ou dans leur performance sociale ou ont même vu une détérioration de leur interaction sociale²⁷⁰. En revanche, bien qu'une proportion importante de ceux traités en communauté soit restée stable au fil des ans, 46 % ont montré une amélioration des symptômes et 26 % une amélioration de leur performance sociale²⁷¹.

Au vu de ces éléments, nous pouvons constater que l'offre de soins communautaires offre de véritables résultats sur les états psychique et relationnel pour les patients.

Cependant, des progrès apparaissent en Belgique sous les critiques de l'« institution totale » et du mouvement antipsychiatrie par la mise en place de réformes qui favorisent les soins ambulatoires en santé mentale en tendant à vouloir réduire les lits en milieu hospitalier pour en ouvrir davantage dans des structures extrahospitalières, en milieu ouvert²⁷².

En effet, la dernière réforme fédérale en date des soins de santé mentale en Belgique est la « réforme psy 107 » (2010). Cette réforme accélère la désinstitutionalisation dans le domaine psychiatrique en favorisant la mise en place de réseaux et de circuits de soins. Elle vise à répondre aux excès de la prise en charge institutionnelle en prodiguant des soins au patient directement dans son environnement de vie²⁷³. Pour assurer la continuité des soins, elle tient à engager de nombreux acteurs issus de diverses disciplines, tout en intégrant activement le patient et sa famille, qui joue un rôle indispensable et complémentaire dans la prise en charge²⁷⁴.

La Réforme 107 est structurée autour de cinq fonctions principales. Les trois premières fonctions se concentrent sur les soins en milieu ouvert : la première encourage le travail de première ligne, axé sur la prévention, la détection précoce et le diagnostic ; la deuxième met en place des équipes de traitement à domicile pour les cas urgents et chroniques ; la troisième soutient la réhabilitation et l'inclusion sociale pour la réintégration sociale et professionnelle des patients dans la société²⁷⁵. Les deux dernières fonctions prévoient une intervention en institution uniquement si nécessaire. Elles incluent des unités résidentielles intensives de court

²⁶⁹ L. BURTI, « La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences », *op. cit.*, p. 79.

²⁷⁰ *Ibid.*

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² Y. CARTUYVELS et S. De SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 93.

²⁷³ *Ibid.*, p. 94.

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ *Ibid.*

séjour en milieu hospitalier pour les personnes en phase aiguë ou chronique avec des troubles graves, avec une durée minimale, une coopération constante avec les équipes en milieu ouvert pour faciliter le retour à domicile et la réinsertion sociale et prévoient la création de logements protégés et d'appartements supervisés avec des programmes personnalisés, visant une réinsertion progressive en milieu ouvert tout en répondant aux besoins d'autonomie des personnes²⁷⁶.

Bien que la réforme ne supprime pas totalement les soins résidentiels, elle privilégie les soins en milieu ouvert dans une approche de désinstitutionalisation à l'image du modèle italien²⁷⁷.

Nous en concluons que le maintien de la priorité sécuritaire dans les établissements psychiatriques, couplé aux conditions insuffisantes en termes de ressources et de personnel, soulève des doutes sur l'efficacité de toutes ces réformes qui se succèdent en vain au péril du respect des droits du malade. Les résultats en pratique montrent que les réformes n'ont pas suffisamment amélioré la qualité des soins ni résolu les problèmes liés à l'inadéquation entre les besoins des patients et les ressources disponibles. Par conséquent, il pourrait être nécessaire de repenser le système de manière plus radicale pour mieux répondre aux besoins des patients et améliorer réellement les conditions de prise en charge.

Cependant, l'actualité récente post-Covid, l'augmentation de la demande en soins psychiatriques, le manque de places dans les établissements psychiatriques imposent un changement de mentalité nécessaire pour que la santé mentale devienne une priorité.

²⁷⁶ Y. CARTUYVELS et S. De SPIEGELEIR, *op. cit.*, p. 95.

²⁷⁷ *Ibid*

CONCLUSION

Un fait divers tragique touchant la notion de la mise en observation des malades mentaux, thématique à laquelle je suis sensible à la suite d'un stage réalisé durant mes études, et les remous qu'il a créés au sein de l'opinion publique, du milieu médical et du monde judiciaire auquel je me suis destinée, m'ont amenée à l'étude de la problématique qui a été mise en avant : celle de la protection conjointe de la personne malade mentale et de la société.

Pour rappeler brièvement les circonstances, le 10 novembre 2022, un policier a été tué par un individu manifestant un trouble mental, conduit pourtant préalablement et volontairement dans un service des urgences d'un hôpital par la police mais il l'a quitté délibérément pour assouvir ses pulsions et commettre une agression meurtrière.

L'incompréhension et la colère se sont tout de suite manifestées contre les policiers, le personnel du service des urgences et le procureur du Roi qui n'auraient pas bien exécuté leur mission. Or, l'enquête n'a pas révélé de fautes car la loi en vigueur a été respectée.

Cette loi est la loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne atteinte de maladie mentale.

Si un tel fait dramatique s'est produit sans qu'il n'y ait de responsabilité autre que celle de l'agresseur au sens de la loi, c'est que cette loi comporte au moins une faille. Celle qui nous concerne a été rapidement identifiée et relève de l'article 3 : « *La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment.* ».

D'autres manquements déjà relevés au préalable ayant fait l'objet de recommandations et cette agression meurtrière ont conduit à un projet de loi visant prioritairement la prévention de tels actes.

Sur base de nos recherches et de témoignages de professionnels concernés par la nouvelle loi qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025, dans ce mémoire, nous avons tenté de répondre à la question essentielle mise en exergue par la situation évoquée ci-dessus : la nouvelle réforme annoncée de la loi du 26 juin 1990 permettra-t-elle de mieux protéger la société tout en respectant les droits fondamentaux de la personne malade mentale ?

L'étude du texte de la loi initiale nous a montré qu'elle a apporté des avancées remarquables dans la gestion de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, notamment par la description

du rôle des différents intervenants. Celui des magistrats, le juge de paix et le procureur du Roi, deviennent primordiaux car il incombe à la justice de prendre les décisions adéquates dans la protection de la personne malade mentale, ce qui est par ailleurs l'objet principal de cette loi. En effet, la volonté était de mettre fin à l'abus de « l'enfermement » en « asile », solution récurrente qui ne respectait pas la personne malade et portait atteinte à ses droits fondamentaux.

L'objectif poursuivi pour pallier cette dérive est que la procédure ordinaire, plus respectueuse, doit devenir la règle et la procédure d'urgence doit rester exceptionnelle. Par protection de la personne, il faut néanmoins entendre qu'elle s'exerce pour elle-même, pour son entourage et, au sens large, pour la société. Pour rendre sa décision, le magistrat se base sur un rapport médical, établi selon certains critères par un médecin, qui lui est adressé via une requête par toute personne qui le souhaite ou par un professionnel de la santé, désigné par le procureur dans le cas d'une mesure d'urgence ordonnée par ce même procureur. La responsabilité est ainsi partagée.

Nous avons constaté que dans les faits, malgré ces prérogatives, les intentions initiales ne sont pas respectées et que certains manquements dans le texte de loi laissent peu d'alternative à la mise en observation d'un patient manifestant un trouble mental.

Le manque d'une définition claire de la maladie mentale, le manque d'un certificat médical suffisamment explicite, le manque de temps laissé au magistrat pour prendre une décision à partir d'informations imprécises, l'usage trop fréquent de la procédure d'urgence favorisent finalement le recours à l'internement et donc remettent en cause les droits fondamentaux de la personne malade.

Néanmoins, le fait divers qui a provoqué l'intérêt de ce travail a montré une nouvelle faille car l'individu, laissé libre de toute surveillance parce qu'il avait accepté d'être conduit au service d'urgence, a finalement suivi ses pulsions et a commis l'irréparable.

Nous avons découvert sans surprise qu'une réforme s'imposait déjà depuis quelques années et qu'un groupe de travail avait émis des recommandations à la demande des ministres compétents dans un rapport édité le 3 novembre 2022 . Très peu de temps après, la tragédie évoquée s'est déroulée remettant en exergue l'aspect de la sécurité publique et de la protection de la société.

Tenant compte de ces éléments, un projet de loi visant à réformer la loi de 1990 a été déposé, débattu et finalement adopté le 2 mai 2024 pour une mise en application le 1^{er} janvier 2025.

Nous avons analysé les changements apportés par cette nouvelle loi, en les décrivant, en les justifiant et en les soumettant à l'avis de professionnels concernés : une psychiatre et une assistante sociale travaillant toutes les deux dans un hôpital psychiatrique, un procureur du Roi et un juge de paix représentant le monde judiciaire.

Nous nous sommes intéressés particulièrement à la réforme importante qui laisse penser qu'elle apportera un juste équilibre entre les droits fondamentaux de la personne malade et la protection de la société, à savoir « le traitement volontaire sous conditions ». Dans le texte, cette mesure paraît répondre aux intentions mais la question de la mise en pratique reste en suspens.

Dans nos témoignages, les professionnels sont assez unanimes pour souligner l'intérêt de cette mesure mais ils craignent le manque de moyens humains et financiers pour répondre aux attentes de celle-ci et, par conséquent, à une surcharge de travail qu'ils ne pourront assurer valablement.

Nous avons ensuite fait part de notre réflexion personnelle. Nous estimons notamment que cette nouvelle mesure, en particulier, confèrera un pouvoir de contrôle judiciaire renforcé dès sa mise en œuvre car le juge pourrait être chargé d'imposer des conditions au traitement volontaire et de veiller à ce qu'elles soient respectées sous peine d'une mesure plus restrictive : l'admission forcée. La tension nous paraît accrue entre l'aspect volontaire et les contraintes judiciaires. Le respect des droits de la personne malade mentale est, dès lors, à considérer avec scepticisme. En revanche, l'aspect sécuritaire vis-à-vis de la société semble renforcé.

Pour poursuivre la réflexion, nous avons évoqué la politique de gestion des malades mentaux en Italie après une réforme en 1978. La psychiatrie y a été désinstitutionnalisée et le système mis en place est mis en avant par l'OMS. Nous avons évoqué quelques initiatives qui tendent vers ce modèle en Belgique tout en signalant la nécessité d'une politique commune en matière de santé mentale.

Nous concluons au terme de notre étude que l'équilibre entre le respect des droits fondamentaux de la personne malade mentale et la protection de la société est très compliqué à atteindre et peut difficilement être garanti par un texte de loi. Il constitue néanmoins un des objectifs principaux de cette réforme et répond à la nécessité de considérer ces deux aspects sans en privilégier un plus que l'autre. Nous avons émis quelques réserves mais nous ne pourrons

vérifier la portée de ces nouvelles mesures à cet égard qu'en évaluant leur mise en œuvre sur le terrain. Celle-ci génère d'ailleurs beaucoup d'inquiétude chez les professionnels interrogés. Avant le 1^{er} janvier prochain, de nombreuses étapes restent à franchir pour les rassurer ; le législateur doit encore prévoir une juste information à tous les acteurs impliqués, la rédaction et la validation du modèle de certificat type et du plan de traitement, des procédures adéquates de mise en pratique et de collaboration, ainsi que des moyens indispensables, tant financiers que humains, afin de renforcer les services de santé mentale et de la justice, pour garantir leur application.

Nous tenons toutefois à mettre en évidence que cette nouvelle loi, comme la précédente, dépend du droit civil et a vocation de protéger les personnes plus vulnérables. Si des mesures visent à restreindre certains droits fondamentaux, comme la liberté, c'est pour en protéger d'autres, tel que le droit à la vie. En obligeant certains patients à accéder aux soins nécessaires, parfois sous contrainte, c'est avant tout pour leur donner l'espoir d'une qualité de vie meilleure. L'assistante sociale nous a d'ailleurs confirmé lors de notre rencontre que beaucoup de personnes hospitalisées « de force » reconnaissent par la suite que cette contrainte leur a été bénéfique, en comprenant qu'elles ont reçu les soins dont elles avaient besoin. L'entourage s'en trouve également souvent reconnaissant.

Néanmoins le respect de la personne dans toutes ses dimensions et la protection d'autrui doit toujours rester au centre de toutes les décisions tant judiciaires que médicales.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Législation interne

- Loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, *M.B.*, 21 juin 1850, modifiée par la loi du 28 décembre 1873, *M.B.*, 27 janvier 1874.
- Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.
- Loi du 20 février 2017 modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 22 mars 2017.
- Loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique (non encore publiée).

Législation européenne

- Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955.

Législation italienne

- Loi n° 833/1978 du 23 décembre 1978, *J.O.*, 28 décembre 1978.

TRAVAUX PRÉPARATOIRES

Documents parlementaires

- Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1968-1969, n° 1-253.
- Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, rapport fait au nom de la commission de la justice, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1988-1989, n° 2-733, p. 12.
- Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2001-2002, n° 50-1784/1.
- Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2007-2008, n° 52-0612/1.
- Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2010-2011, n° 5-1079/1.
- Proposition de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord. 2014-2015, n° 54-0765/1.
- Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/001.
- Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Doc. parl.*, Ch., sess., ord. 2023-2024, n° 55-3721/003.

DOCTRINE

- BOGAERTS M., « Le maintien (art. 13 à 22 de la loi) », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 101.
- BOXHO P., « Applications médico-légales de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *Rev. trim. dr. fam.*, 2003, p. 25.
- BRANDON I., « La mise en observation (articles 4 à 12 de la loi) », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 72.
- BURTI L., « La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2, 1997, p. 72.
- CALLEWAERT J., « L'affaire Herczegfalvy ou le traitement psychiatrique à l'épreuve de l'article 3... et vice versa », *Rev. Trim. D.H.*, 1993, p. 434.
- CARTUYVELS Y. et DE SPIEGELEIR S., « La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 88, n° 1, 2022, p. 80.
- CASSIERS L., « Les bases psychiatriques de la collocation », in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 8.
- DAUTREBANDE S., « L'intervention du parquet aux divers stades de la procédure – l'expérience nivelloise », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 47.
- DE CLERCQ M., « Le bilan de deux ans d'application de la loi », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 148.

- DE CLERCQ M. et HOYOIS P., « La nouvelle loi du 26 juin 1990 : des mesures de collocations aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application », *in Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 50.
- DENYS W.-J., « Les conditions d'enfermement en rapport avec le trouble mental », *L'Observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, n° 21, 1999, p. 69.
- DESCHIETERE G., « Les alternatives de soins, le défaut de tout autre traitement approprié », *in La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 272.
- DÉSIR L. et GILLAIN J., « Champ d'application : réflexions croisées sur la maladie mentale en général, sur celle visée par la loi de 1990 en particulier et sur la dangerosité », *in La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 102.
- DESMEDT D., « Un langage à inventer entre le droit et la psychiatrie », *in Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 132.
- DE SOETE M.-M. et WAUTIER P., « Le rapport médical », *in Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 55.
- DE VISSCHER N., « La privation de liberté et les droits individuels (article 2 de la loi) » *in Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 55.
- DE VLEESCHOUWER D., « Enquête exploratoire auprès des familles de patients schizophrènes sur les répercussions de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux », *in La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 3.

- DOURAKI T., *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.
- FRANCK R., « La psychiatrie et le droit sont-ils conciliables ? » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 40.
- GALLUS N., *Bioéthique et droit*, Bruxelles, Anthémis, 2013, p. 233.
- GILLARDIN J., « Introduction » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 3.
- GILLARDIN J., « Les prémices d'une évolution », in *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*, (sous la dir. de G. BENOÎT, I. BRANDON et J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1994, p. 14.
- GUIOT-GOFFIOUL F. et WAXWEILER R., « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien - Liberté et suivi du patient : regards croisés », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 130.
- LAMBERT G., « Le déroulement de l'audience et ses acteurs », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 121.
- LEISTEDT S., « 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.
- MEURISSE M.-F., « Les droits du patient », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 23.
- MOSSELMANS M., STEGEN G. et BENOIT G., « Voorstellen tot verbetering van de wet », in *De bescherming van de persoon van de geesteszieke: ethische, medische en juridische*

perspectieven, (sous la dir. de G. BENOIT), Brugge, Die Keure, 2010, p. 236.

- NYS H., « De bescherming van de persoon van de geestezieke. Enkele medischrechtelijke problemen », in *Het statuut van de geestesgestoorden*, Anvers, Maklu, 1999, p. 72.
- REUSENS F., « La protection de la personne des malades mentaux », in *À la découverte de la justice pénale : parole de juriste*, (sous la dir. C. DE VALKENEER et I. DE LA SERNA), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 423.
- ROLAND M. et CAELS Y., « Proposition de modification législative », in *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruges, La Charte, 2011, p. 328.
- ROTTHIER K. et SERVAES M., *Gedwongen opname van de geestezieke : handleiding bij de wet Persoon Geestezieke*, Brugge, Die Keure, 2012, p. 88.
- SWENNEN F., « De materiële voorwaarden voor dwangopname van een psychaitrische patiënt », note sous Vred. Borgerhout, 16 februari 1995, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 290.
- VAN DE KERCHOVE M., « La loi et l'hospitalisation psychiatrique forcée : de quel droit ? » in *Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?*, (sous la dir. de J. GILLARDIN), Bruxelles, FUSL, 1985, p. 3.

JURISPRUDENCE

Jurisprudence européenne

- Cour eur. D.H., arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, req. N° 6301/73.

Jurisprudence belge

- C. const., 12 janvier 2023, n° 6/2023, *M.B.*, 2023, p. 5.
- Civ. Neufchâteau, 20 juillet 1994, *R.R.D.*, 1994, p. 338.
- J.P. Ixelles II, 18 juin 1993, *J.J.P.*, n° 103, 1994, p. 102.

- J.P. Etterbeek, 26 mai 2011, *J.J.P.*, n° 7, 2013, p. 416.
- J.P. Namur (2^e c.), 22 octobre 2020, *J.J.P.*, n° 5-6, 2021, p. 283.
- J.P. Binche, 25 novembre 2020, *J.J.P.*, n° 5-6, 2021, p. 280.

SOURCES INTERNET

- BOUCHEZ G.-L., disponible sur <https://x.com/GLBouchez/status/1591058679889108994>, consulté le 19 mai 2024.
- Conseil supérieur de la Justice, « Enquête particulière - Affaire Yassine Mahi », le 20 décembre 2023, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/20231220-ep-y.-mahi-rapport-fr.pdf>, consulté le 10 juillet 2024.
- Conseil supérieur de la Justice, « Mémoire au formateur du prochain gouvernement fédéral », 19 juin 2024, en ligne : <https://csj.be/admin/storage/hrj/2024-memorandum-conseil-superieur-de-la-justice.pdf>, consulté le 25 juillet 2024.
- FARR A., « Policier tué à Schaerbeek : des outils légaux n’ont pas été utilisés alors qu’ils auraient pu sauver la vie de Thomas », disponible sur <https://www.dhnet.be/actu/belgique/2022/11/16/policier-tue-a-schaerbeek-des-outils-legaux-nont-pas-ete-utilises-alors-quils-auraient-pu-sauver-la-vie-de-thomas-JF6XUJVJ25EZFHTUYZZAGITLKM/>, consulté le 19 mai 2024.
- PRINS A., « Rôle du parquet, accueil psychiatrique... les questions en suspens après la mort du policier à Schaerbeek », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/14/role-du-parquet-accueil-psychiatrique-les-questions-en-suspens-apres-la-mort-du-policier-a-schaerbeek-250549>, consulté le 19 mai 2024.
- X, « Policier tué à Bruxelles: l'assaillant était fiché par les services antiterroristes », disponible sur <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/policier-tue-a-bruxelles-l-assaillant-etait>

[fiche-par-les-services-antiterroristes-20221111](#), consulté le 19 mai 2024.

- X. « Policier tué à Schaerbeek : Vincent Van Quickenborne demande la "clarté" et la "transparence totale" », disponible sur <https://www.moustique.be/actu/belgique/2022/11/13/policier-tue-a-schaerbeek-vincent-van-quickenborne-demande-la-clarte-et-la-transparence-totale-250516>, consulté le 19 mai 2024.
- X. « Un policier tué par un homme déséquilibré : dans quelles conditions aurait-il pu être privé de sa liberté avant d’avoir agi ? » disponible sur <https://questions-justice.be/Un-policier-tue-par-un-homme>, consulté le 19 mai 2024.
- X, « Policier tué à Schaerbeek ce jeudi 10 novembre : le parquet confirme qu’une personne s’est présentée au commissariat le matin », disponible sur <https://www.lavenir.net/actu/belgique/2022/11/11/policier-tue-aschaerbeek-ce-jeudi-10-novembre-le-parquet-confirme-quune-personne-sest-presentee-au-commissariat-le-matin-Z2VMNIX63NFTNGAC77I7UEN5VI/>, consulté le 19 mai 2024.

ENTRETIENS :

- Entretien avec Marjorie Dosogne, psychiatre à l’hôpital psychiatrique le « Chêne aux Haies » à Mons.
- Entretien avec Céline Plomb, assistante sociale à l’hôpital psychiatrique le « Chêne aux Haies » à Mons.
- Entretien avec Anne Solbreux, substitut du procureur du Roi à Mons.
- Entretien avec Rudy Ghyselincx, juge de paix du 1^{er} canton de Mons.

