

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 12/12/2002

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/220-1 (*)

AVIS RELATIF AUX ADMISSIONS FORCÉES

**Pour le Pr. J. Peers, Président,
Le secrétaire,**

**C. DECOSTER ,
Directeur-Général.**

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 12 décembre 2002.

0. Mission du groupe de travail : Le groupe de travail permanent a donné pour mission, lors de la réunion du 21/09/01, de compléter l'avis existant relatif à la psychiatrie légale par l'évaluation de l'application de la loi du 26/06/1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Quelle influence a cette loi sur les soins aux patients pour lesquels cette loi est d'application ?

Il est évident que ce thème se trouve non seulement dans le prolongement des arrêtés relatifs à la psychiatrie légale, mais montre également des points communs avec (et doit être vu dans le cadre) d'autres avis du CNEH, à savoir, le deuxième avis partiel relatif à l'organisation et au développement futur des soins de santé mentale (Juin 1997), l'avis relatif à l'accueil et au traitement des patients présentant des troubles du comportement et/ou agressifs (PTCA) (8 février 2001), l'avis relatif au travail social dans les soins de santé mentale (12 juillet 2001) et l'avis de synthèse (11/07/02).

1. Composition du groupe de travail :

1.1 Membres ordinaires : administration : j. Holsbeek, v. Lefebvre ; M. Vandervelden, I. Pelc, J. Boydens, J-C Frogneux, I. Van der Bempt, J. Wilmotte, R. Derycke, C. Bostyn, J ; Bollen, le président.

1.2 Experts : experts permanents : M. Chevalier, J. Peuskens, J. Nollet, D. Lecompte, H. Van Malderen, A. Seghers, G. Jonard, H. Bryon, P. Arteel, M. Van Halewyn, J. De Lepeleire, K. Oosterlinck, B. Casteleyn.

Experts invités : L. Kenis, E. Houtman, A. Liégeois, X. Stilmans, M. De Boodt.

2. Compétences. Les membres ordinaires se sont réunis les 22/11/01, 09/01/02, 24/04/02, 12/06/02 et 04/09/02.

Il y a eu deux réunions communes des membres ordinaires et experts le 20/02/02 et le 20/03/02.

Lors des deux premières réunions, on a discuté pour savoir quels experts seraient invités et quelles questions seraient traitées.

3. Documents que les membres et les experts avaient à disposition :

- Le texte de loi, publié au Moniteur belge du 27/07/90.
- Les données chiffrées : RPM 1998

Les statistiques annuelles des cours et des tribunaux 1999

- La note de synthèse du symposium VVGG « Loi sur la protection de la personne » 1995.
- Evaluation de la loi du 26/06/90, document de M. R. De Rycke, provincialat des Frères de la Charité, 20/11/01.
- Lettre du Pr JP Roussaux, Clinique Universitaire St Luc, 21/11/01.
- Lettre du Pr I. Pelc, CHU Brugmann, 14/11/01.
- Propositions de modification, par le groupe de travail « Admissions forcées », collectées par la plateforme de concertation SSM région de Bruxelles-capitale, janvier 2002.

- Rapport de la journée d'étude « Evaluation des admissions forcées », Limbourg, 15/09/01.
- « L'intérêt de la loi sur les droits des patients dans la politique des soins de santé », Min. Aelvoet, conférence du 12/10/01.
- Loi BOPZ pour personnel soignant et infirmier, Ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport, Pays-Bas. Janvier 2002.
- Texte préparatoire relatif à l'internement des délinquants présentant des troubles mentaux, de O. Vandemeulebroeke, avec en annexe, l'avis du syndicat des juges de paix, avril 2001.
- « Omgaan met vrijheid en dwang in de GGZ », A. Liégeois.
- « Discussion de la loi du 26 juin 1990 relatif à la protection de la personne des malades mentaux » de la plateforme de concertation soins de santé mentale du Brabant flamand.

4. Problèmes et questions qui ont été discutés au sein du groupe de travail.

4.1. Données chiffrées.

Une évaluation doit partir de données objectives. Le groupe de travail constate qu'il y a une lacune.

On peut déduire de différentes données partielles (1a) que le nombre d'admissions forcées représente probablement entre 5 et 6 % du nombre total d'admissions en HGP, (1b) que ce nombre augmente. La plupart des diagnostics fixés sont, par ordre d'importance : la schizophrénie, la toxicomanie, le trouble de l'humeur et le trouble de l'adaptation ; (2) que le nombre d'admissions forcées dans les services SPHG est négligeable. En effet, un seul SPHG est agréé en ce moment afin d'admettre des patients en application de la loi du 26/06/90.

Données des statistiques annuelles des cours et des tribunaux 1999 :

Cette année-là, il y a eu 6175 demandes d'admission forcée (Bruxelles 1821, Wallonie 1924, Flandre 2430).

Le groupe de travail est en faveur d'un enregistrement uniforme des données relatives à l'admission forcée en standardisant les rapports annuels déjà obligatoires.

On peut s'attendre à un feed-back des données traitées de la part de l'autorité.

4.2. La sécurité ou l'insécurité juridique du patient.

En ce moment, il y a un degré important d'insécurité juridique dans le sens où l'application de la loi dépend de la suite que le procureur donne à une demande d'admission forcée, de l'interprétation de celle-ci par le juge de paix local et par conséquent, elle peut différer de canton à canton. On a l'impression que c'est également le cas en ce qui concerne le contenu large ou bien strict du critère de danger, l'interprétation sur la présence ou non de maladie mentale, les délais préétablis, le recours ou non à des experts, les questions relatives à la compatibilité chez une personne à être à la fois médecin demandeur et traitant.

Afin de réduire cette incertitude, certaines exigences de qualité doivent être remplies :

- *Au point de vue juridique* : l'avocat qui aide le patient, doit avoir au moins parlé avec le patient et l'avoir informé au préalable.

- *Le rapportage médical est sujet à amélioration.* Il doit faire davantage que citer quelques termes généraux du jargon psychiatrique. Il doit contenir les faits qui se sont déroulés concrètement, ainsi que tous les éléments qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation du risque de danger. Il doit permettre au juge de paix de prendre une décision motivée.
- *L'interprétation du juge de paix* est d'autant plus acceptable qu'elle s'appuie sur des informations aussi correctes que possible, provenant non seulement de la part du médecin mais aussi, là où c'est possible, d'une étude sociale. En effet, le contexte social est très important lors de l'évaluation du danger qu'un patient représente pour les autres et pour lui-même. Cependant, il ressort de la littérature internationale qu'une précision correcte du danger est très difficile.

Le groupe de travail conclut qu'il est préférable d'accroître la sécurité juridique du patient par une bonne collaboration entre le juge de paix et le médecin responsable, par l'engagement d'un psychiatre expérimenté en tant qu'expert en cas de doute sur la qualité du rapport médical, afin de donner un avis au juge de paix, ou encore par une concertation régulière entre le juge de paix et les médecins concernés de son canton.

4.3. La zone d'ombre.

Il y a une zone de tension entre l'autonomie du patient, son droit à avoir des soins de qualité et la sécurité de son entourage. Comment réduire cette zone d'ombre ? Y a-t-il encore de la place pour le principe de « bienfaisance » d'un point de vue d'éthique professionnelle ?

Principes :

1) Cette zone de tension est inhérente aux soins de santé mentale et dépasse en tant que telle l'application de la loi du 26/06/90, dans la mesure où les troubles psychiques vont de pair avec une limitation de la liberté de choix et de la capacité du patient, et une intervention qui implique une limitation de la liberté est nécessaire entre autres, afin de rétablir l'autonomie du patient dans un stade ultérieur. Cette vision implique un modèle de concertation entre les prestataires de soins, le patient et la famille (informer, motiver, évaluer et corriger). Dès lors, la zone d'ombre peut être réduite.

2) La mesure de limitation de liberté doit être proportionnelle au danger.

Le groupe de travail conseille de ne pas faire aveuglément confiance aux procédures fixes en ce qui concerne cette question délicate, même si elles peuvent offrir un point d'appui dans des situations difficiles, mais de laisser la place à une concertation et une réflexion éthique de toutes les personnes concernées.

En outre, on fait remarquer que l'élément « droit à des soins de qualité » est parfois complexe. Ainsi, une désintoxication forcée répétée auprès d'un patient gravement intoxiqué, même si cette mesure est en soi justifiée parce qu'il représente à court terme un danger pour lui-même et pour son entourage, provoque à long terme davantage de détérioration du cerveau que si l'accoutumance avait persisté.

Le groupe de travail constate que le nouveau projet de loi sur le traitement des internés s'inspire en grande partie de la loi du 26/06/90. Cependant, le groupe de travail est en faveur d'une distinction entre les deux situations. On ne peut pas obliger les établissements à admettre des internés, compte tenu des limitations relatives au

traitement et au besoin de sécurisation pour certains sous-groupes (Voir l'avis relatif du groupe de travail permanent psychiatrie du CNEH sur la psychiatrie légale).

4.4. Est-il indiqué d'assouplir les conditions de postcure et de changement d'environnement de traitement?

4.4.1. *Le groupe de travail est d'avis de prévoir la possibilité de prolonger la période de postcure sans réadmission moyennant une nouvelle décision du juge de paix, après un débat contradictoire et en présence du patient (à moins que ce dernier ne donne pas suite à la convocation).*

4.4.2. *Le transfert vers un établissement plus adapté pourrait être possible pendant la période d'observation après le verdict du juge de paix. En situation d'urgence, il devrait pouvoir être demandé par le biais du procureur.*

4.4.3. *Le passage vers des soins en milieu familial doit être possible sans procédure juridique supplémentaire. A cet effet, le concept de famille doit être compris au sens large, pour autant que la famille soit prête à assumer les soins pour le patient. Les MSP et les maisons de repos peuvent également être comprises comme des formes de « soins en milieu familial ». Il est souhaitable de fixer des critères pour des soins adaptés et pour le suivi de tels patients qui séjournent en dehors d'un service psychiatrique fermé : fréquence de l'examen et évaluation par un psychiatre, suivi de la médication.*

4.4.4. *Il est souhaitable de prévoir la possibilité d'un traitement ambulatoire forcé. Cette demande a été faite sur la base d'un besoin réel. Cependant, le groupe pense que les modalités doivent être fortement évalués au point de vue éthique.*

4.5. Problèmes financiers

4.5.1. Un encadrement adapté pour des services qui admettent ces patients est justifié, compte tenu de la gravité plus que moyenne de la pathologie de ces patients combinée à la nécessité d'une sécurité plus importante et d'une surveillance stricte plus fréquente.

4.5.2. Pour les patients insolubles, une prise à charge par le CPAS pourrait avoir lieu suivant les règles applicables à l'aide médicale urgente, telles que d'application pour les hôpitaux généraux, ou réactiver et prévoir l'espace financier nécessaire pour le fonds spécial d'assistance, peuvent être une solution.

4.5.3. Le fait que les coûts de transport sont souvent à charge du demandeur (la famille) est perçu comme une anomalie parce que ceux-ci agissent comme un frein alors que la situation est souvent en train de dégénérer.

4.5.4. Les cas urgents sont renvoyés aux urgences des hôpitaux généraux par le procureur pour évaluation psychiatrique. Par conséquent, les urgences sont souvent surchargées alors qu'aucune rémunération (suffisante) n'est prévue.

4.5.5. Les médecins légistes refusent dans certaines régions du pays d'assumer cette tâche, étant donné l'infime rémunération et l'absence d'action entamée par le procureur, ce qui est une exigence légale formelle.

Le groupe de travail est en faveur d'un prix de la journée d'hospitalisation adapté et un encadrement pour les services qui admettent et traitent ces patients. Il faut également trouver une solution au problème du patient insoluble. En principe, le fait que les coûts de transport soient à charge du patient est perçu comme problématique. Les coûts de transport doivent être à charge de l'hôpital ; celui-ci peut les facturer au cas par cas (non forfaitaire). De la part de la justice, une réglementation et une rémunération adaptées doivent être prévues pour l'avis

psychiatrique urgent dans les cas urgents, tant lorsque cet avis est émis par un médecin légiste que par un psychiatre lié au service des urgences.

4.6. Droits du patient.

Le droit au respect de la vie privée est bafoué lorsque l'on envoie le rapport médical détaillé par fax.

Le droit au libre choix de l'établissement dans lequel le patient doit être traité n'est pas garanti lors d'une admission forcée. Cette exception est déjà prévue dans le nouveau projet de loi sur les droits du patient.

Le droit à l'information et au consentement ne peut pas être garanti pleinement dans ces circonstances.

Le droit de consultation du dossier. Le patient apprend beaucoup séance tenante, parfois plus encore sur sa situation psychiatrique qu'un patient admis volontairement. Cela mène parfois à des tensions et à une aggravation des problèmes de confiance à l'égard des intervenants. Le droit de consultation du dossier peut augmenter la tension.

Le patient a droit à une personne de confiance. C'est indiqué et déjà prévu dans la loi du 26/06/90. Du fait des circonstances particulières de ces admissions, la personne de confiance a une mission distincte, plus étendue.

Le groupe de travail conclut que la personne protégée ne peut pas être exclue de la loi qui fixe les droits du patient. Des exceptions dans ce domaine ont pour effet d'être stigmatisantes. Il est vrai que des précisions qui tiennent compte de la situation spécifique du patient soumis à une admission forcée, doivent être apportées pour certaines parties de la nouvelle loi sur les droits du patient.

4.7. L'attribution de l'établissement

Le groupe de travail estime tout d'abord qu'il faut choisir en premier lieu l'établissement dans lequel le traitement le plus adapté est disponible pour le patient et ce, en tenant compte tant de la différenciation de l'offre de traitement de l'établissement que de la familiarisation du patient avec un environnement de traitement concret et ce, indépendamment de l'arrondissement judiciaire dans lequel la mesure est prise.

4.7.1 Ce principe doit toujours être appliqué par le procureur ou le juge de paix tout en tenant compte de l'avis du médecin qui rédige le rapport.

4.7.2. Sans préjudice de ce point de départ fondamental, il peut être indiqué, afin d'éviter une longue recherche d'un établissement adapté, que les établissements agréés d'une région établissent un tour de rôle.

4.7.3. On plaide pour que les services SPHG avec au moins 60 lits/places prennent leurs responsabilités pour la prise en charge et le traitement de ce groupe de patients, surtout dans les régions où il y a un manque important de possibilités de prise en charge aigue. Une répartition aussi optimale que possible permet d'éviter que de trop grandes concentrations de patients soumis au régime de l'admission forcée, ne se forment à certains endroits, car cela dissuade les patients admis librement.

4.7.4. Un problème de manque de places se fait sentir pour les admissions forcées de longue durée.

4.8. La loi du 26/06/90 fonctionne-t-elle toujours de manière protectrice ou bien de manière parfois stigmatisante à l'égard de la personne atteinte de troubles mentaux ?

On ne peut tout simplement pas associer maladie mentale et comportement dangereux/ admission forcée. Cela signifierait une stigmatisation supplémentaire injuste d'un groupe vulnérable. On doit tenir compte du fait que la plupart des patients présentant un trouble psychiatrique se laissent traiter de manière volontaire. Par ailleurs, il y a également des gens qui sont dangereux pour eux-même et leur entourage, et qui ne souffrent pas d'une maladie mentale. A cet effet, on peut penser aux porteurs de maladies contagieuses qui ne sont pas prêts à se laisser traiter, aux gens « normaux » ayant un comportement agressif au volant ou dans d'autres circonstances.

4.9. Délais

- La mesure reste en vigueur en cas d'évasion.
- Le délai de la mesure recommence à courir en cas de retour.
- Les délais concernent donc la durée de l'admission effective.
- *Le groupe de travail propose de prévoir, comme dans l'ancienne loi, que lorsqu'un patient réussit, après son évasion, à rester plus longtemps que 6 mois en dehors de l'établissement, la mesure devienne automatiquement nulle et non avenue.* Une évaluation effective par le médecin chef de service n'est en effet pas possible.

4.10. Jusqu'où la responsabilité du médecin chef de service va-t-elle à l'égard des patients en postcure ?

Le groupe de travail déclare que la responsabilité relative au suivi ou non des conditions qui ont été mentionnées dans la mesure de postcure, revient au médecin qui exécute effectivement la postcure.

Il existe, en l'occurrence, une asymétrie entre la responsabilité du médecin et celle du juge de paix lorsque ce dernier décide de ne pas accéder à une demande de mise en observation, de maintien ou de postcure.

Conclusion :

La loi fonctionne et semble répondre, dans les grandes lignes, à ses objectifs. Les données chiffrées précises qui permettraient une analyse et une évaluation sur une base scientifique, font défaut. Il faut y remédier d'urgence par un enregistrement standardisé, un traitement et un feed-back des données.

Cependant, l'application de la loi a appris que des adaptations et des affinements sont nécessaires. A l'avenir, on devra également tenir compte de la réglementation européenne dans ce domaine.

Pour le moment, nous constatons ce qui suit :

- Les différences en ce qui concerne l'interprétation des différents éléments de la loi doivent être réduites de sorte qu'il y ait une plus grande sécurité juridique.
- Il reste inévitablement une zone d'ombre étant donné la zone de tension entre l'autonomie, le droit à des soins de qualité et la sécurité de l'entourage, bien que cette zone de tension devra être aussi réduite que possible.

- En restant attentif aux droits de la personne à protéger, on pourrait dans une série de situations, être en faveur d'un assouplissement de l'application de la loi en ce qui concerne les délais et le lieu de séjour. Parfois, ce dernier pourrait même être le domicile.
- Une série de problèmes financiers se posent lors de l'application de cette loi, tant pour le patient et sa famille, les établissements que pour les médecins. Il faut y remédier. Des solutions possibles ont été suggérées.
- La loi sur les droits du patient aboutit pour les patients psychiatriques en général, à des problèmes possibles en matière d'interprétation. Le groupe de travail abordera la question dans un avis ultérieur.
- Le patient a droit à des soins qualitatifs aussi optimaux que possible et c'est pourquoi il doit se retrouver en premier lieu dans un établissement où ces soins peuvent lui être offerts. En cas de manque de place, des accords réciproques corrects entre les services agréés et les établissements doivent être établis.
- Il faut veiller à ce que cette loi ne soit pas discriminatoire à l'égard des malades mentaux parce qu'elle semble impliquer que seuls les malades mentaux seraient dangereux.

Les juristes membres du groupe de travail ont fait des propositions afin d'adapter les articles de loi qui se rapportent à ces recommandations. Voir annexe.

ANNEXE

LOI DU 26.06.1990 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX ET SES ARRETES D'EXECUTION

Proposition d'adaptation – Groupe de travail ad hoc CNEH du 04.09.2002

Art.1er :

Art.2. :

Art.3. :

Art.4. :

Art.5. :§1er...

§2. Sous peine de non-recevabilité, un rapport médical circonstancié doit y être joint décrivant, sur la base d'un examen médical datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation a été demandée, ainsi que les symptômes de la maladie et la situation factuelle, et constatant que les conditions déterminées à l'art.2. sont réunies.

Ce rapport ne peut être ...

Lorsque le requérant est dans l'impossibilité totale de se munir du rapport en question, le juge de paix désigne, en application de l'art. 594,1 C.J, un médecin expert ; ce dernier accompagne le juge de paix lors de sa visite au malade, tel que signifié dans l'art.7 §2, et donne un avis, à la lumière de ses conclusions, qui sera noté dans le PV de la visite.

§3...

Art.6. :

Art.7. :§1^{er}. Dès la réception de la requête, le juge de paix demande au bâtonnier de l'Ordre des Avocats ou au bureau de consultation et de défense de désigner sans délai un avocat d'office. Ce dernier consacre le temps nécessaire pour, préalablement à l'audience, prendre connaissance du dossier et visiter le malade.

§2...

§3...

§4...

§5. Au jour et à l'heure fixés, le juge de paix entend le malade ainsi que toutes les autres personnes qu'il estime utile d'entendre, éventuellement y compris le psychiatre traitant ou son remplaçant, le tout en présence de l'avocat du malade.

§6. En cas d'absence du malade et, dans la mesure où les données, obtenues conformément au §5, sont insatisfaisantes pour agréer la demande, le juge de paix constate son impossibilité de prendre une décision par jugement ; ce jugement est porté sans délai à la connaissance du Procureur du Roi.

La décision d'admission prise en l'absence du malade est susceptible d'opposition dans les cinq jours à compter du jour d'admission ; l'opposition est effectuée par simple lettre à remettre au directeur de l'établissement de séjour et la

signe pour réception et la transmet sans délai au juge de paix du lieu d'admission. Les dispositions des articles 7 et 8 sont applicables à l'opposition ; le juge de paix du lieu d'admission devient compétent.

Au cas où le malade présent refuse la visite du juge de paix, celui-ci peut, après avoir requis la police sur intervention du Procureur du Roi, accéder à l'endroit où se trouve le malade et ce en présence de l'avocat de ce dernier. Les circonstances sont notées en détail dans le procès-verbal de la visite.

Art.8.§1er. Le débat a lieu en Chambre du conseil, à moins que le malade ou l'avocat ne demande le contraire. L'absence du malade ainsi que les raisons de celle-ci sont notées dans le procès-verbal de l'audience.

Après l'audience,...

§2...

§3. S'il donne suite à la demande, le juge de paix désigne le service psychiatrique dans lequel le malade est mis en observation.

Le greffier ... de l'établissement ; il transmet le rapport médical, qui a été annexé à la requête ainsi qu'au rapport médical du médecin désigné par le juge de paix, au médecin – chef du service psychiatrique dans lequel le malade a été transféré.

Dès la notification ...

Le procureur du Roi ...

Si le juge de paix estime que l'admission obligatoire dans un service psychiatrique n'est pas nécessaire, mais que, sur avis du médecin qui a rédigé le rapport médical circonstancié, il estime que néanmoins un traitement s'impose, celui-ci peut être organisé au sein de quelque environnement familial ou autre approprié sous les conditions décrites à l'art. 23.

Art. 9. En cas d'urgence, ...

Le procureur ...

L'urgence ...

Le procureur du Roi notifie par écrit sa décision au directeur de l'établissement ; il transmet le rapport médical qui a été annexé à la requête ou l'avis du médecin qu'il a désigné au médecin – chef du service psychiatrique ; tout ceci grâce aux moyens de communication les plus rapides possibles. Les modalités d'exécution de la décision du procureur du Roi sont réglées par arrêté royal.

Dans les vingt-quatre heures ... à l'article 5. Le cas échéant, le procureur joint également une copie des procès-verbaux rédigés à ce sujet.

Dans le même délai, ...

La procédure ...

Si le procureur ...

Art. 10...

Art. 11. La mise en observation ...

Elle n'exclut pas ...

Durant l'observation et après la décision du juge de paix, le médecin-chef de service peut, dans un rapport motivé et avec le consentement du malade, prendre une décision de postcure en dehors de l'établissement, sans préjudice des conditions des conditions en matière de résidence, de traitement médical ou d'assistance sociale ; durant la postcure, la mesure de mise en observation est maintenue.

Après la décision du juge de paix, le médecin-chef de service peut décider le transfert du malade vers un établissement agréé plus approprié pour le traitement exigé, à condition qu'une décision motivée n'en démontre l'urgence et la nécessité et qu'il en avise le procureur du Roi et ce, moyennant l'accord écrit du médecin-chef de service de l'établissement ; en vue de l'application de l'art.13, premier alinéa et suivants, cette décision ne peut pas être prise durant vingt jours avant l'expiration du délai de quarante jours.

Art.12. La mise en observation prend fin avant l'expiration du délai de quarante jours lorsqu'en décide ainsi :

- 1° soit le juge de paix ...
 - 2° soit le procureur du Roi ...
 - 3° soit le médecin-chef de service ...
- Les jugements et ...

La mise en observation prend également fin avant l'expiration du délai de quarante jours en cas d'exécution d'une décision d'internement ou d'une peine de privation de liberté du malade. Même si le juge de paix, en application de l'article 13, établit que le maintien ne se justifie pas, la mesure de mise en observation continue normalement jusqu'au quarantième jour, à moins que le juge de paix ne s'en soit explicitement écarté dans son jugement en application de l'article 13.

SECTION 2

DU MAINTIEN

Sous-section 1re

Dispositions générales

Art.13.

Art.14.

Art.15. Pendant le maintien ... en dehors du service.

En cas d'évasion, le maintien prend fin à l'issue d'une période ininterrompue d'évasion de six mois.

Sous-section 2

De la postcure

Art.16. Pendant le maintien ...

Le médecin ...

Ce dernier ...

Au cas où le médecin-chef de service organise cette postcure sur intervention d'un autre médecin, prestataire de soins ou service qui l'assume, cette prise en charge ainsi que les modalités de la postcure doivent être consignés par écrit et joints à la décision visée à l'alinéa 2. Il convient, en particulier, de fixer la collaboration réciproque et les modalités de compte rendu.

Au cas où l'état du malade exige une prolongation de la postcure, après l'expiration du délai précisé dans l'art.13, alinéa 14, ou après un an de postcure, le directeur de l'établissement envoie au juge de paix, au plus tard quinze jours avant l'expiration d'un des délais, un rapport circonstancié du médecin-chef de service qui confirme la nécessité d'une prolongation de la postcure.

Le juge de paix prend une décision en application de l'art.13. Le malade est convoqué par pli judiciaire à la résidence précisée à l'art.16 ; le juge de paix prend sa décision autant en cas d'absence qu'en présence du malade après avoir entendu l'avocat. Le délai supplémentaire s'étend sur une durée maximale de un an ; celui-ci est renouvelable.

...

Sous-section 4

De la fin du maintien

Art.19. §1er...

§2. La décision ...

La mesure de maintien est également levée si aucune réadmission n'a été décidée dans un délai d'un an de postcure et si la postcure n'a pas été prolongée conformément à l'art.16.

§3...

§4...

§5. La mesure est annulée en cas d'exécution d'une décision d'internement ou d'une peine privant le malade de liberté.

La mesure de maintien se poursuit également normalement jusqu'au dernier jour du délai en cours si le juge de paix, en application de l'art.13, établit qu'une prolongation du maintien de la postcure n'est pas indispensable, à moins que le juge de paix y déroge explicitement dans son jugement, en application de l'article 13.

Art.20. ...

...

SOINS EN MILIEU FAMILIAL

Art.23. Lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires, mais que l'état du malade mental et les circonstances permettent néanmoins de le soigner dans une famille, un environnement familial ou un service approprié, qui y consent préalablement,

Art.24 ...

Art.25 ...

Art.26. Les mesures ...

La personne ...

La fin de cette mesure ...

Le médecin chargé du traitement du malade peut à tout moment lever la mesure sous les conditions précisées à l'article 19 §1. Le médecin communique sa décision au malade, au procureur du Roi et à la personne qui devait surveiller le malade. Celle-ci informe par lettre recommandée le magistrat qui a pris la décision, le juge de paix saisi de l'affaire ainsi que la personne ayant demandé la dispensation de soins en milieu familial ou la mise en observation.

Art. 27 à 33 inclus

Art. 34. : Les frais de justice, les frais de transport et de séjour des magistrats, les frais et honoraires...

Les frais...

Le juge de paix et le tribunal ne peuvent condamner le requérant au paiement des frais de justice que si la demande est manifestement non fondée.

Art. 35 à 36 inclus

Art. 36bis. Les dispositions de l'article 53 du code judiciaire s'appliquent au calcul des délais visés dans la présente loi.

Art. 37 à 42 inclus

En ce qui concerne les arrêtés d'exécution :

Adaptations :

Art. 14 AR portant exécution de l'art.36 Loi 26.06.1990

« Les personnes, désignées par le juge de paix aux termes de l'article 23, §3, qui surveillent un malade mental, sont accompagnées par un service hospitalier de soins psychiatriques en milieu familial ou par un autre établissement ou service approprié, autorisé à dispenser les soins ou la postcure. »

Art. 6 AR portant exécution Loi 26.06.1990

A l'aide des moyens de communication les plus rapides...a été ordonné(e). Le procureur du Roi transmet, par les moyens de communication les plus rapides, le rapport médical joint à la requête et/ou l'avis écrit du médecin désigné par lui, au médecin chef de service du service de psychiatrie auquel le malade a été adressé. »