

L'encadrement juridique des soins de santé mentale en Belgique



Geoffrey BULTOT

Troisième baccalauréat en droit

Année académique 2014 – 2015



Mont Saint-Martin, 45 4000 LIEGE



Je tiens à remercier ma promotrice, Maître Ponthier, pour le suivi de mon travail, ainsi que ma famille pour son soutien.

I. Plan

I. Plan.....	3
II. Introduction	5
III. Les services hospitaliers en Belgique	7
IV. Compétences en matière de soins de santé	8
A. Compétences de l'Etat fédéral.....	8
B. Compétences de la Communauté française	9
C. Compétences de la Région wallonne	9
V. Evolution du statut du malade mental	11
A. Moyen-âge	11
B. XVIIème siècle ou le siècle de la Raison.....	12
C. XVIIIème siècle	12
D. XIXème siècle	13
E. XXème siècle	14
F. Aujourd'hui.....	15
VI. La réforme du réseau psychiatrique	17
A. Explication de la réforme	17
B. Objectif de la réforme	19
C. Pourquoi le nom "psy 107" et sur quelle base légale repose cette réforme?....	19
VII. Les hôpitaux psychiatriques.....	21
A. Définition.....	21
B. Agrémentation	21
C. Financement.....	23
D. Services psychiatriques dans les hôpitaux généraux.....	25

VIII.	De l'admission dans un établissement psychiatrique	26
A.	De l'admission volontaire	26
B.	De l'admission forcée (mise en observation).....	27
IX.	La protection du patient	41
A.	Législation	41
B.	La commission fédérale	41
X.	Les alternatives des soins en hôpital psychiatrique.....	43
A.	Les initiatives d'habitations protégées	43
B.	Les maisons de soins psychiatriques.....	48
XI.	Du malade mental qui commet une infraction.....	52
A.	La mise en observation	53
B.	L'internement.....	56
C.	Législation future relative à l'internement d'un inculpé	65
D.	Problématique relative à l'internement	70
XII.	Les intervenants en matière de santé mentale	73
A.	Les plates-formes de concertation pour la santé mentale	73
B.	Le résumé psychiatrique minimum (R.P.M.).....	76
C.	Les services de santé mentale (S.S.M.)	78
XIII.	Conclusion	80
XIV.	Bibliographie	82
XV.	Table des matières	90
XVI.	Annexes	97

II. Introduction

"Si la notion de maladie mentale n'existait pas, il faudrait l'inventer"¹.

Notion à la fois complexe et très évolutive, la maladie mentale est très compliquée à définir. Ce qui est une maladie mentale pour les uns, n'en est pas une pour les autres. Juridiquement, ce concept n'est pas défini, mais il est considéré, selon des psychologues, *"comme une maladie touchant au psychisme de l'individu qui affecte ses pensées ou son comportement. Les origines de ces maladies sont diverses et varient d'une personne à l'autre mais l'on peut retrouver des facteurs communs que sont le stress environnemental, ou les antécédents génétiques"*².

La classification internationale des maladies, réalisée par l'Organisation mondiale de la santé, considérait l'homosexualité comme une maladie mentale jusqu'en 1984. Voici une preuve démontrant que les répertoires de classification des troubles mentaux ont du mal à suivre l'évolution des mœurs de la société.

Selon une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé, 450 millions de personnes seraient atteintes de maladies mentales dans le monde et les internés, eux, représenteraient 10 % de la population carcérale belge³.

Les malades mentaux ont toujours été considérés comme une catégorie à part, vivant dans des milieux peu connus et lugubres. Mais, au fil du temps, tout un cadre juridique s'est mis en place pour permettre de les soigner le mieux possible. Les progrès médicaux ne cessent de croître de sorte que de nombreux nouveaux traitements ont vu le jour.

¹Psychologie.com. *Mieux vivre sa vie*. 2010. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Maladie-mentale> (consulté le 30/01/2015).

²Erving GOFFMAN, sociologue et linguiste américain d'origine canadienne.

³RTBF. *Internés psychiatriques: vers la prison, l'hôpital ou le privé?*. 2014. Disponible sur: http://www.rtbef.be/info/belgique/detail_internes-psychiatriques-vers-la-prison-l-hopital-ou-le-prive?id=8403602 (consulté le 04/02/2015).

Toutefois, cet encadrement juridique des soins de santé mentale comporte toujours de nombreuses lacunes. Du coup, de nouvelles législations, comme la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, voient le jour afin de combler ces manquements.

Comment aider un proche atteint d'un trouble mental? Que se passe-t-il si un malade mental refuse de se faire soigner? Quelle est la responsabilité du malade mental lorsqu'il commet une infraction, peut-il être puni? Qu'advient-il de la personne lésée?

J'ai choisi ce sujet car celui-ci m'intriguait et je voulais découvrir le milieu. De plus, j'ai un cousin qui a dernièrement été mis en observation, contre son gré, dans un hôpital psychiatrique et j'étais étonné lorsque l'on m'a expliqué qu'il y avait toute une procédure judiciaire derrière cette décision. Du coup, j'ai voulu découvrir le déroulement et les objectifs de celle-ci.

Dans mon travail, je vais tout d'abord analyser l'évolution du statut du malade mental au fil des siècles ainsi que la réforme qui a totalement modifié la philosophie des soins de santé mentale.

Ensuite, j'expliquerai les différentes procédures qui permettent de soigner les malades mentaux, qu'ils soient consentants ou non.

Par après, je verrai quelles sont les alternatives aux soins en milieu hospitalier et quels organismes ont été mis en place pour guider et aider les malades mentaux vers des soins adéquats.

J'analyserai également ce qu'il advient du malade mental qui commet une infraction ainsi que toute la problématique relative à la surpopulation des annexes psychiatriques des prisons belges. Cette situation a été condamnée de nombreuses fois par nos juridictions mais aussi par la Cour européenne des Droits de l'Homme.

Et pour finir, j'exposerai le rôle et les objectifs des différents intervenants en matière de santé mentale.

III. Les services hospitaliers en Belgique

En Belgique, on dénombre quatre types d'hôpitaux, tous régis par la loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins:

- ❖ Les hôpitaux généraux (A1): ils se chargent de l'accueil des patients, jour et nuit, pour leur offrir une aide médicale spécialisée;
- ❖ Les hôpitaux psychiatriques (A2): ils dispensent des traitements et des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques graves. Ils ont également la possibilité de contribuer à la création et à la gestion d'initiatives d'habitations protégées (I.H.P.). Aucune disposition légale ne définit ce qu'est un trouble mental, les médecins se réfèrent donc à des répertoires de classification des maladies mentales pour déterminer si le patient est atteint ou non de troubles psychiques;
- ❖ Les hôpitaux universitaires (A3): ils soignent des patients, mais ils ont également plusieurs tâches spécifiques à réaliser comme former des médecins et des praticiens de l'art infirmier, être actifs dans le domaine de la recherche scientifique ou encore participer au développement de nouvelles technologies;
- ❖ Les hôpitaux catégoriels ou spécialisés: ce sont des hôpitaux de plus faible superficie offrant des soins spécifiques à des groupes cibles déterminés.

IV. Compétences en matière de soins de santé

La matière des soins de santé a été attribuée aux Communautés (article 128 de la Constitution belge). Toutefois, la Communauté française a délégué une grande partie de ses compétences à la Région wallonne par le décret du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française. Une autre partie de la politique de soins de santé demeure, quant à elle, du ressort de l'Etat fédéral.

A. Compétences de l'Etat fédéral

Le gouvernement fédéral a conservé de nombreuses compétences en matière de soins de santé comme:

- ❖ La loi sur les hôpitaux et les formes alternatives de soins (maisons de soins psychiatriques, maisons de repos et de soins et les initiatives d'habitations protégées);
- ❖ Le financement (budget des moyens financiers des hôpitaux);
- ❖ La législation relative à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI);
- ❖ Les règles de base de programmation (des services ainsi que des appareils);
- ❖ Les règles de base en ce qui concerne le financement de l'infrastructure, y compris l'appareillage médical lourd;
- ❖ Les normes d'agrément nationales si elles ont une répercussion sur les compétences du gouvernement fédéral;
- ❖ La fixation des règles de base en matière de financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux ainsi que l'assurance maladie-invalidité;
- ❖ La désignation comme hôpital universitaire;
- ❖ Les vaccinations obligatoires;
- ❖ Le suivi épidémiologique en général, y compris dans le domaine des effets sanitaires de l'environnement et des produits mis sur le marché.

B. Compétences de la Communauté française

Elle est compétente pour les matières personnalisables comme:

- ❖ La politique de soins curatifs: la politique de dispensation de soins de santé dans et en dehors des institutions de soins;
- ❖ L'éducation sanitaire;
- ❖ Les activités et services de médecine préventive;
- ❖ La politique de l'enfance;
- ❖ La protection de la jeunesse;
- ❖ L'inspection sur base des normes fédérales;
- ❖ Les règles de base en ce qui concerne la programmation hospitalière (types d'hôpitaux, services hospitaliers et groupement d'hôpitaux).

C. Compétences de la Région wallonne

Suite à une délégation faite par la Communauté française, la Région wallonne est également compétente en matière de soins de santé pour (décret du 22 juillet 1993⁴):

- ❖ La détermination des priorités en matière de construction;
- ❖ L'octroi de l'autorisation et de subsides à la construction, la transformation et l'équipement;
- ❖ L'octroi de l'autorisation et de subsides pour l'appareillage médical lourd;
- ❖ L'inspection;
- ❖ Les procédures d'agrément et de fermeture;
- ❖ La prise en charge des soins ambulatoires (à savoir, l'ensemble de la politique de santé préventive, à l'exception de l'agrément);
- ❖ L'aide aux personnes;
- ❖ L'agrément, la fermeture et l'inspection des maisons de repos et de soins (M.R.S.), des maisons de soins psychiatriques (M.S.P.), des initiatives d'habita-

⁴ Décret du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 10 septembre 1993, p. 20.000.

tions protégées (I.H.P.), des plates-formes de concertation psychiatrique et des fonctions psychiatriques en milieu familial;

- ❖ Les investissements en infrastructure et équipement médical.

V. Evolution du statut du malade mental

Au départ, les malades mentaux étaient rejetés par la société. Leur mise à l'écart a connu toutes les formes possibles et imaginables allant de l'hospice à l'asile pour arriver aux structures modernes que sont les hôpitaux psychiatriques, les habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques et les établissements de défense sociale⁵. La prise en charge des malades mentaux a toujours constitué un problème majeur pour la société des personnes dites "normales", ou prétendues comme telles.

Mais au fil du temps, ceux qui étaient et sont toujours nommés "les aliénés ou les fous" ont obtenu un réel statut juridique. Ils sont devenus, aujourd'hui, des patients à part entière.

De nombreuses normes ont été élaborées pour les protéger et leur assurer les soins les plus adéquats en vue d'une réintégration rapide au sein de la société. Je vais présenter les événements les plus marquants relatifs à la psychiatrie qui ont permis aux malades mentaux de trouver une place dans notre société.

A. Moyen-âge

Au moyen-âge, les "fous" étaient considérés comme des personnes habitées par des esprits néfastes et les seuls moyens de les canaliser étaient de pratiquer l'exorcisme ou encore d'invoquer une intervention divine⁶.

Par la suite, lors de la période appelée "le Grand Enfermement", une véritable "chasse aux sorcières" a été lancée à l'encontre de ces personnes⁷.

⁵WALTER, J. D., *Enfermement psychiatrique: défense social & protection des malades mentaux*, Bruxelles, L'observatoire, 1999, p. 21.

⁶BOSSUT, R.. *Analyse d'une pratique particulière : la mise en chambre d'isolement*. 2011. Disponible sur:<http://www.patrickjddaganaud.com/4.5-EHDAA/x-CONTENTION/MILIEU%20HOSPITALIER/REINE%20BOSSUT.pdf> (consulté le 15/03/2015).

⁷HERCOT, Anne-Sophie. *Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie*. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

B. XVII^{ème} siècle ou le siècle de la Raison

Cette période est marquée par une pensée qui rejetait toute idée de l'irrationnel. En France, des hospices sont créés via un décret par Louis XIV. Ces hospices sont des sortes d'hôpitaux généraux où on accueillait, notamment, des personnes atteintes de maladies mentales, des prostituées, des sans-abris, des blasphémateurs, des pères indignes, bref, tous ceux qui troublaient ou qui étaient susceptibles de troubler l'ordre public et la raison.

Dans ces lieux, la maltraitance et les traitements inhumains étaient de coutume⁸. Au fil du temps, ces hospices se sont transformés en "asiles d'aliénés" où seuls les malades mentaux demeurent. Ces derniers se retrouvaient enfermés et enchaînés dans des pièces.

C. XVIII^{ème} siècle

Au 18^{ème} siècle, période de la Révolution française (1789), Philippe Pinel est parvenu à faire briser les chaînes des malades mentaux qui étaient enfermés dans les hospices. C'est lui qui a permis la première reconnaissance officielle des "fous"⁹.



Philippe Pinel (1745) est un savant français. Médecin renommé, il est le précurseur de la psychiatrie. Sa volonté était d'humaniser le traitement des malades mentaux. C'est également lui qui a créé les premières classifications des maladies mentales. Il affirme que les "fous" peuvent être compris et soignés¹⁰.

⁸ Ibidem.

⁹ HERCOT, Anne-Sophie. Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

¹⁰ Wikipédia. *Philippe Pinel* [en ligne]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel (consulté le 01/02/2015).

Toutefois, ceux-ci demeuraient toujours enfermés et leurs chaînes étaient remplacées par des camisoles de force. A cette époque-là, la psychiatrie n'était pas encore considérée comme une discipline médicale, ce ne sera que plusieurs années plus tard qu'elle sera considérée comme telle¹¹.

Au départ, c'étaient donc des médecins "généralistes" qui étaient chargés de s'occuper des malades mentaux des hospices. Ces médecins réalisaient également des démonstrations publiques devant des médecins et des personnes riches provenant de divers pays en guise d'expériences scientifiques et de divertissement.

D. XIX^{ème} siècle

En 1850, une loi fixa une procédure pour pouvoir être admis dans les hospices. Malgré l'intervention de Phillippe Pinel au cours du siècle précédent, les malades mentaux étaient toujours soumis à la torture. Par exemple, des machines rotatoires étaient utilisées pour les "soigner"¹². Ces appareils, qui utilisaient la force centrifuge et les oscillations pour atteindre le système neurovégétatif, entraînaient des malaises comparables au mal de mer. Selon les médecins, cette méthode avait pour but de calmer les nerfs des patients¹³.

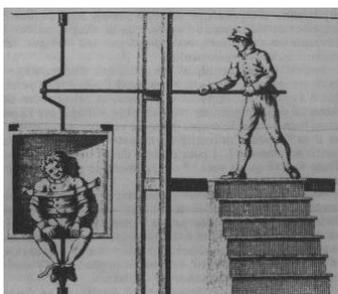


Illustration d'une machine rotatoire.

Des asiles pour malades mentaux sont construits durant les années 1860. Ces derniers étaient toujours isolés de la société mais il y avait une volonté de socialiser l'aliéné en

¹¹ HERCOT, Anne-Sophie. Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

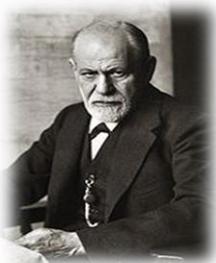
¹² Ibidem.

¹³ Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale. *Malades mentaux, justice et liberté: renverser l'entonnoir?* [en ligne]. 2012. Disponible sur: http://www.lbfsm.be/IMG/pdf/mentalidees_n17__DEF_PDFWEB.pdf (consulté le 05/02/2015).

l'obligeant à se soustraire à des règles d'une vie communautaire. Toutefois, le point négatif était que cette communauté n'était composée que de personnes atteintes de troubles psychiques. Dans ces établissements, des dortoirs et des réfectoires sont créés¹⁴. Cette période est surtout marquée par l'apparition des premières nosographies (classification et description méthodique des maladies) des troubles mentaux établies par Kraepelin en 1896¹⁵.

E. XX^{ème} siècle

Durant la première moitié du 20^{ème} siècle, peu de changements sont observés en ce qui concerne le domaine de la psychiatrie. Sigmund Freud avance petit à petit dans ses recherches sur l'inconscience. Il propose une nouvelle approche des maladies mentales et plus particulièrement de l'hystérie. Les théories psychanalytiques freudiennes aboutissent à l'instauration d'une nouvelle technique à la fois diagnostique et thérapeutique: la psychanalyse est née. Ceci est un grand tournant pour la psychiatrie. Cette méthode a pour but de faire revenir dans le champ de la conscience des notions inconscientes¹⁶.



Sigmund Freud (1856) est un médecin neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse¹⁷.

Dans le courant du 20^{ème} siècle, de grandes avancées sont observées en ce qui concerne la prise en charge du malade mental. En 1936, Cerletti découvre l'électrochoc, son utilisation entraîne de nouveaux espoirs pour soigner certaines maladies mentales¹⁸.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ RAMMOUZ, I.. *Classification des maladies mentales* [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://www.psychiatriefes.org/index.php/etudiants/cours-de-psychiatrie/70-01-classification-des-maladies-mentales> (consulté le 08/01/2015).

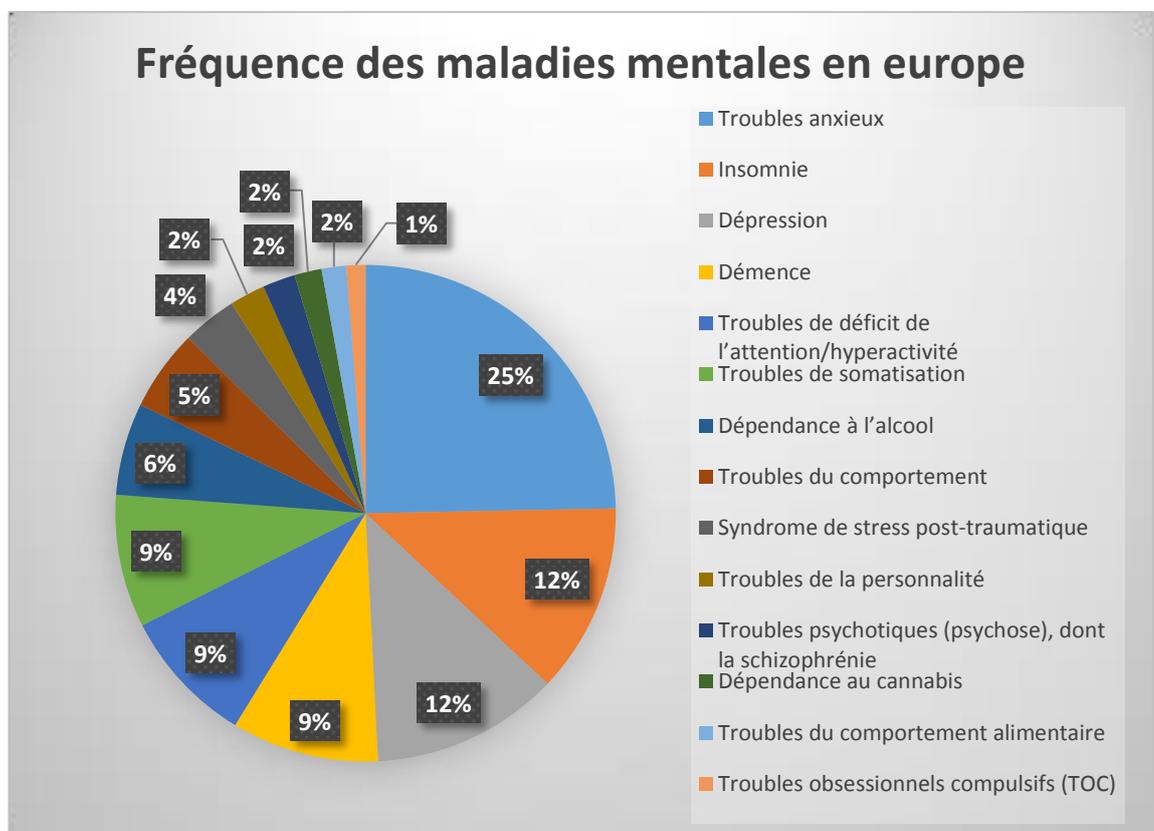
¹⁶ HERCOT, Anne-Sophie. *Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie*. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

¹⁷ Larousse. *Sigmund Freud* [en ligne]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Sigmund_Freud/120378 (consulté le 31/01/2015).

F. Aujourd'hui

Aujourd'hui, de nombreuses normes légales ont vu le jour pour fixer des normes minimales à respecter. Elles visent, entre autres, les infrastructures et la qualité des soins. Le but est de permettre de soigner les "fous" ou, tout du moins, stabiliser leur état dans les meilleures conditions possibles.

Selon une étude de 2011 menée par Hans-Ulrich WITTCHEN, les troubles mentaux les plus fréquents sont¹⁹²⁰:



Toujours selon cette étude, un Européen sur trois (soit 38,2 %) serait atteint d'un trouble mental sur une année, ce pourcentage représente donc 165 millions de per-

¹⁸ Wikipédia. *Ugo Cerletti* [en ligne]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Ugo_Cerletti (consulté le 04/02/2015).

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Etude rassemblant des enquêtes épidémiologiques réalisées par l'OMS entre 1980 et 2010 auprès de 514 millions de personnes, dans 30 pays (l'Union européenne plus la Suisse, l'Islande et la Norvège).

sonnes en Europe, tous âges confondus²¹. En 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recense, elle, 450 millions de personnes souffrant de troubles mentaux dans le monde²².

Ces dernières années, en Belgique, l'accent est mis sur des projets de réhabilitation du malade mental dans la société et ce, depuis plusieurs années. La durée de prise en charge en milieu hospitalier devient de plus en plus courte.

Nous sommes, aujourd'hui, dans une phase de désinstitutionalisation: l'objectif n'est plus d'enfermer les malades mentaux dans les asiles mais de les traiter le plus rapidement possible en vue de leur permettre une réinsertion dans une vie sociale normale.

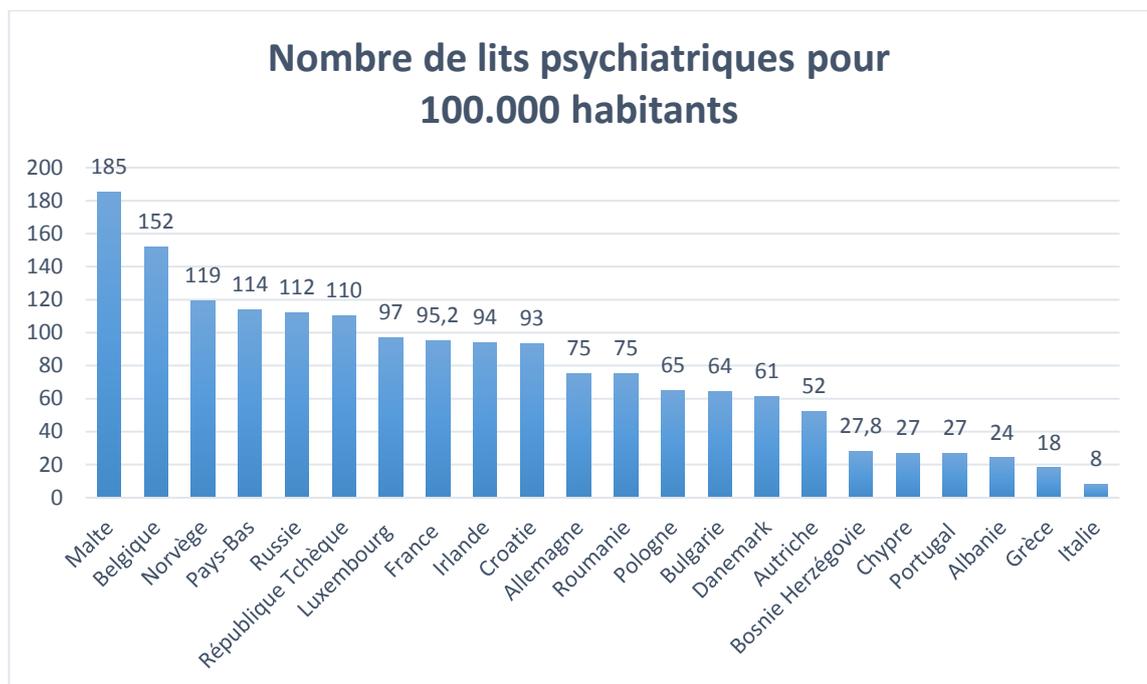
L'objectif des psychiatres d'aujourd'hui est d'éviter au maximum le recours à des mesures de contraintes même si, dans certains cas, cela semble inévitable.

²¹Science et santé. *Troubles mentaux, comment les soigner?* [en ligne]. 2012. Disponible sur: www.inserm.fr/content/download/.../Dossier_SS10_SEPT_OCT2012.pdf (consulté le 16/05/2015).

²²Organisation mondiale de la sante. *Investir dans la santé mentale*, 2008 [en ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf.

VI. La réforme du réseau psychiatrique

La réforme de 2011²³, appelée réforme "psy107", a totalement modifié la structure des soins psychiatriques de notre pays. La Belgique a toujours possédé un nombre important de lits psychiatriques par rapport aux autres Etats. En effet, selon une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Belgique est le deuxième pays européen possédant le plus grand ratio "lits psychiatriques par habitant"²⁴:



Il n'y a que Malte qui a un ratio plus élevé. Une réforme était donc nécessaire pour tenter de changer ce constat.

A. Explication de la réforme

La réforme était en projet depuis 2001 mais ce n'est qu'en 2011 qu'elle a été mise en œuvre. Elle va permettre la création de réseaux ayant pour but d'offrir une réponse

²³ Les circuits et les réseaux de soins. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf> (consulté le 10/04/2015).

²⁴ Organisation mondiale de la santé. *Policies and practices for mental health in Europe* [en ligne]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf, page 48 (consulté le 22/04/2015).

adaptée à chacune des situations via la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. Chaque réseau sera ainsi constitué de cinq fonctions²⁵:

- ❖ Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce, de dépistage et d'une pose d'un diagnostic;
- ❖ Équipes ambulatoires de traitement intensif (traitement à domicile);
- ❖ Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale;
- ❖ Unités intensives de traitement résidentiel lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable;
- ❖ Formules résidentielles spécifiques;
- ❖ Organisation des soins nécessaires en milieu substitutif du domicile (habitations protégées, maisons de soins psychiatriques).

Un coordinateur de réseau va être désigné pour un territoire donné. Celui-ci est désigné par l'ensemble des garants du réseau pour faciliter le projet.

Pour financer ces projets, il y a diverses techniques. On peut notamment fermer des lits d'un hôpital psychiatrique dans le but d'utiliser les moyens dégagés pour organiser des soins individualisés²⁶.

C'est une pratique très courante, de plus en plus de lits des hôpitaux psychiatriques sont fermés pour permettre l'ouverture de nouveaux lits en habitations protégées ou en maisons de soins psychiatriques par exemple.

C'est l'article 63, §2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux qui permet qu'une partie du budget des moyens financiers des hôpitaux puisse être réutilisée pour le financement des cinq fonctions citées ci-dessus.

²⁵ Les circuits et les réseaux de soins. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale* [en ligne], p. 9 et 10. Disponible sur: <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf> (consulté le 10/04/2015).

²⁶ Ibidem.

B. Objectif de la réforme

L'objectif principal est donc de diminuer au maximum le nombre de lits psychiatriques. Tous ces lits engendrent des coûts conséquents et on a constaté que les soins dans les établissements psychiatriques n'étaient pas la méthode la plus efficace.

Cette réforme va également permettre d'offrir une meilleure orientation aux personnes atteintes de troubles mentaux. On va favoriser les soins dans leur milieu de vie au détriment des soins en résidence (hôpitaux psychiatriques). Toutefois, si l'admission en résidence semble incontournable, celle-ci devra alors être aussi courte que possible. On va faciliter l'accès aux soins en organisant des réponses de proximité.

C. Pourquoi le nom "psy 107" et sur quelle base légale repose cette réforme?

Le nom de cette réforme "psy107" a été choisi car celle-ci est une application de l'article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 qui énonce que²⁷:

"Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes".

Autrement dit, la mise en œuvre de l'article 107 est une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers (B.M.F.) des hôpitaux psychiatriques afin que les moyens et la main d'œuvre dégagés puissent être consacrés à un réseau. J'expliquerai la notion du budget des moyens financiers un peu plus loin dans mon travail.

La définition de la notion "réseau" se retrouve, quant à elle, à l'article 11, §1, 1° de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008. Le pa-

²⁷ La Libre. *Nom de code: "psy107"* [en ligne]. 2013. Disponible sur: <http://www.lalibre.be/actu/belgique/nom-de-code-psy-107-51b8f8b6e4b0de6db9c98f88> (consulté le 04/02/2015).

ragraphe deux de ce même article permet de créer un réseau de soins pour un groupe cible donné (par exemple pour des patients psychiatriques).

Art. 11, §1 de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins énonce:

"Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par:

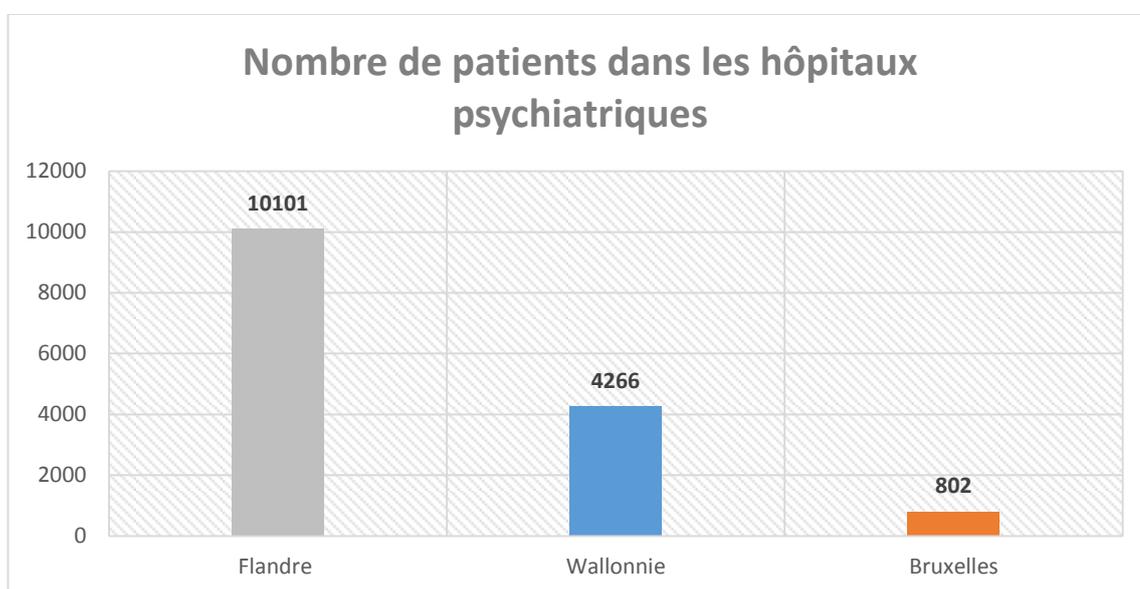
*1°) " **réseau** d'équipements de soins " : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux;*

*§2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, **désigner les groupes cibles pour lesquels les soins sont offerts par un réseau d'équipements de soins**. Le cas échéant, Il peut désigner les catégories de prestataires de soins qui font en tout cas partie du réseau visé".*

VII. Les hôpitaux psychiatriques

A. Définition

Un hôpital psychiatrique est un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement des troubles mentaux²⁸. En Belgique, en date du 1 avril 2015, 15.169 patients sont traités dans les hôpitaux psychiatriques, voici la répartition en fonction des différentes Régions²⁹:



B. Agrémentation

L'article 12 de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins énonce:

*"§1^{er}: **Le Roi fixe**, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, **la liste des programmes de soins**, tels que précisés par lui et qui doivent être agréés par l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.*

²⁸ Le petit Larousse 2010, Larousse, 2010, p. 516.

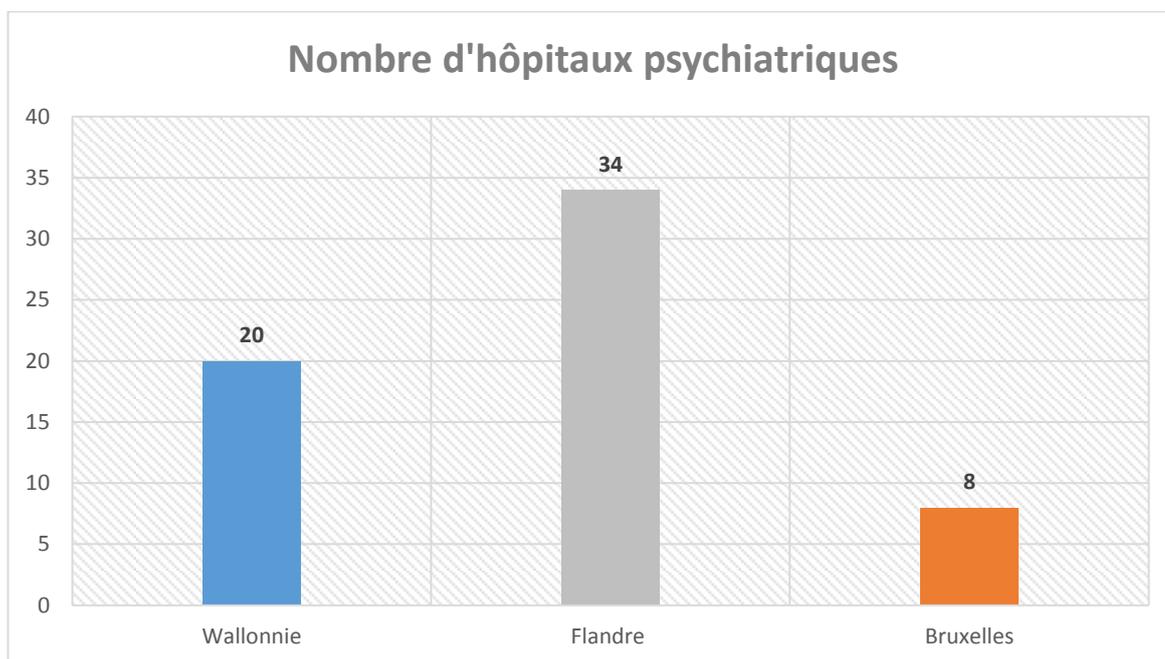
²⁹ Résumé psychiatrique minimum, Psychiatrisch ziekenhuis (fichier Word), 01/04/2015.

§2. Le **Roi** peut, pour chacun des programmes de soins visés au §1^{er}, **définir des caractéristiques pour pouvoir être agréées** telles que:

- 1° Le groupe cible;
- 2° Le type et le contenu des soins;
- 3° Le niveau minimum d'activité;
- 4° L'infrastructure requise;
- 5° L'expertise et les effectifs de personnels médicaux et non médicaux requis;
- 6° Les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité;
- 7° Les critères micro-économiques;
- 8° Les critères relatifs à l'accessibilité géographique".

C'est donc au Roi que revient la mission de fixer les conditions pour obtenir l'agrément.

Il y a aujourd'hui 62 hôpitaux psychiatriques agréés et voici la répartition par Région³⁰:



³⁰ Résumé psychiatrique minimum, Psychiatrisch ziekenhuis (fichier Word), 01/04/2015.

C. Financement

1. Mode de financement

Le financement est principalement régi par la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, ainsi que par l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Les ressources des hôpitaux psychiatriques proviennent principalement des fonds publics. Depuis 2002, on attribue à chaque hôpital psychiatrique une allocation financière nommée le budget des moyens financiers (B.M.F.).

Le budget des moyens financiers est fixé dans les limites du budget du Royaume. C'est à la ministre de la Santé que revient la tâche de fixer le B.M.F. disponible pour les hôpitaux psychiatriques (article 108 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008). Ce dernier est réparti entre les hôpitaux psychiatriques du pays en fonction de la structure, du nombre de lits agréés, des quotas de journées d'hospitalisation et du taux d'occupation.

Le budget des moyens financiers est valable pour un exercice allant du 1^{er} juillet au 30 juin et doit être approuvé par la ministre de la Santé³¹. Le B.M.F. est un budget qui est fixé forfaitairement, il n'est donc pas déterminé en fonction des charges réelles de l'hôpital psychiatrique.

Au début de chaque exercice, le gestionnaire peut donc savoir quels sont les moyens disponibles. Cette année, 1.305.560.475 euros ont été accordés aux hôpitaux psychiatriques³².

³¹ L. coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, article 108, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58.624.

³² A.R. du 8 janvier 2015 fixant, pour l'exercice 2015, le budget global du Royaume, visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux, article 1^{er}, *M.B.*, 22 janvier 2015, p. 5321.

2. Composition du budget des moyens financiers

Le budget des moyens financiers est composé de trois parties (A, B et C) divisées en plusieurs sous-catégories³³.

a) Partie A

La partie A couvre les charges suivantes:

- ❖ Les charges d'investissements (A1);
- ❖ Les charges d'intérêts sur crédits à court terme (A2);
- ❖ Les charges d'amortissements des immeubles et équipements des services médicotechniques (A3).

b) Partie B

La partie B qui couvre les coûts suivants:

- ❖ Les frais des services communs (B1);
- ❖ Les frais des services cliniques: frais de personnel infirmier et soignant, produits de soins (B2);
- ❖ Les frais de fonctionnement de certains services médicotechniques (B3)
- ❖ Les recyclages et forfaits (B4);
- ❖ Les frais de fonctionnement de l'officine hospitalière (B5);
- ❖ La couverture des coûts salariaux des accords sociaux du personnel hors budget (B6);
- ❖ Les nouvelles technologies médicales, les formations des médecins (B7B);
- ❖ Le profil social de l'hôpital (B8);
- ❖ Les mesures de fin de carrière (B9).

³³ A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, article 7, *M.B.*, 30 mai 2002, p. 23.593.

c) Partie C

La partie C couvre les frais suivants :

- ❖ Les frais de pré-exploitation (hôpitaux ou services en construction) (C1);
- ❖ Les montants de rattrapages (C2);
- ❖ Le montant à récupérer sur suppléments de chambre (C3);
- ❖ La récupération à priori du surplus de recettes pour un exercice (C4).

3. Vers une réforme du financement

Un nouveau mode de financement des hôpitaux psychiatriques va être élaboré suite à la sixième réforme de l'Etat, il va donc y avoir quelques changements dans les années qui arrivent.

D. Services psychiatriques dans les hôpitaux généraux

Le financement des services psychiatriques des hôpitaux généraux est fixé dans le cadre du budget des moyens financiers.

VIII. De l'admission dans un établissement psychiatrique

Aucune disposition légale ne définit la maladie mentale car la notion est jugée comme trop évolutive. Les médecins utilisent donc des répertoires de classification des maladies comme par exemple, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou encore la Classification internationale des maladies (CIM) pour déterminer si la personne souffre d'un trouble mental ou non.

Il faut souligner qu'en vertu de l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *"l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale"*. Les hitlériens et les staliniens, les intégristes, les terroristes ou même les pédophiles ne sont donc pas nécessairement des malades mentaux.

L'appréciation de la maladie mentale est une question de fait, il n'y a pas de liste précise des symptômes qui permettrait de dire qu'une personne est atteinte de telle ou telle maladie mentale, il faut ainsi analyser au cas par cas.

A. De l'admission volontaire

L'article 3 de la loi du 26 juin 1990 précise que *"la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment"*. Le patient potentiel rencontre un psychiatre de l'hôpital psychiatrique pour exposer ses problèmes. C'est ce médecin psychiatre qui va déterminer s'il y a lieu ou non d'hospitaliser le demandeur. Selon Nadia SPRENGHETTI (directrice du département infirmier et paramédical de l'ISOSL³⁴), il arrive parfois que les médecins refusent l'admission car, par exemple, beaucoup introduisent une demande en hiver pour ne pas se retrouver dehors dans le froid.

³⁴ Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège

B. De l'admission forcée (mise en observation)

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (annexe 1) permet de placer une personne dans un service psychiatrique contre son gré, c'est ce que l'on appelle la mise en observation forcée.

Cette loi a été adoptée pour remplacer la loi du 18 juin 1850, dite de colocation des malades mentaux, car cette dernière était considérée comme contraire aux Droits de l'Homme et accordait un énorme pouvoir aux médecins psychiatres³⁵.

En Belgique, le principe est qu'on ne peut pas restreindre la liberté d'un malade mental lors de son traitement sauf exception prévue par la loi du 26 juin 1990 et par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental que j'analyserai plus tard³⁶.

Article 1, §1^{er}: *"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, sans préjudice de l'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental"*.

1. De la personne compétente pour ordonner une mesure de protection de mise en observation

C'est le juge de paix qui est compétent pour ordonner une mesure de protection de mise en observation³⁷. Dans la situation où cette dernière concerne un mineur, c'est le juge de la jeunesse qui est seul compétent. Toutefois, lorsque la compétence du tribunal de la jeunesse prend fin et qu'une mesure est toujours en cours, alors le juge de la jeunesse transmet le dossier au juge de paix qui reprend l'affaire en l'état.

³⁵ WALTER, J. D., *Enfermement psychiatrique: défense social & protection des malades mentaux*, Bruxelles, L'observatoire, 1999, p. 36.

³⁶ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 1^{er}, § 1, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

³⁷ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 1^{er}, § 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

2. Des personnes pouvant introduire une requête devant le juge de paix

L'article 5 de la loi du 26 juin 1990 énonce que *"toute personne intéressée peut adresser une requête écrite au juge"*. Cette requête doit comprendre toute une série de mentions³⁸ et doit être également signée par le requérant ou par un avocat sous peine de nullité. Un rapport médical circonstancié de la personne, dont la mise en observation a été demandée, doit être joint à la requête³⁹ (annexe 2).

Article 5, §2: *"sous peine d'irrecevabilité de la demande, il sera joint à celle-ci **un rapport médical circonstancié**, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies.*

Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve".

Il faut préciser que le rapport médical circonstancié ne lie en aucun cas le juge de paix. La notion de "toute personne intéressée" est très large, cela peut être un membre de la famille, un médecin traitant ou même une assistante sociale.

Cette procédure classique est très rarement utilisée, c'est souvent via la procédure urgente qu'une mise en observation est ordonnée.

³⁸ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 5, § 1, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

³⁹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 5, § 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

3. De la personne compétente pour ordonner la mise en observation en cas d'urgence

En cas d'urgence, c'est le procureur du Roi qui ordonne la mise en observation du malade dans le service psychiatrique qu'il désigne⁴⁰. C'est la méthode la plus courante, elle est utilisée dans 99 cas sur 100 selon Luc DESIR (vice-président de la justice de paix du 3^{ème} canton de Liège).

Article 9: "en cas d'urgence, le procureur du Roi du lieu où le malade se trouve, ou s'il échet, le procureur du Roi visé à l'article 1^{er}, §2, alinéa 4, peut décider que celui-ci sera mis en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne".

Le procureur du Roi doit ensuite envoyer la requête au juge de paix compétent dans les vingt-quatre heures qui suivent la prise de décision. Après, c'est la procédure classique prévue aux articles 6,7 et 8 de la loi du 26 juin 1990 qui s'applique. Si ce délai de transmission n'est pas respecté, les mesures prises par le procureur du Roi prennent fin. Il en va de même si ce dernier ne prend pas sa décision dans les dix jours⁴¹.

Article 9, al. 8 : "Si le procureur du Roi n'a pas adressé dans les vingt-quatre heures la requête visée au cinquième alinéa du présent article ou si le (juge) n'a pas pris de décision dans le délai prévu à l'article 8, la mesure prise par le procureur du Roi prend fin".

La procédure classique et la procédure urgente sont très semblables. En effet, le délai pour statuer, que ce soit pour le juge de paix (procédure classique) ou pour le procureur du Roi (procédure urgente), est de dix jours. La seule différence étant la nécessité de confirmation de la décision du procureur du Roi par le juge de paix lorsque la procédure urgente est utilisée.

Il est difficile pour un ami, un frère ou encore un membre de la famille d'introduire une requête car ils risquent d'imposer une mesure contraignante à un proche. La peur des

⁴⁰ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 9, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁴¹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 9, al. 8, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

représailles existe également dans le chef du requérant, c'est une des principales raisons qui fait que c'est souvent le procureur du Roi qui introduit la procédure.

Il faut ajouter à cela qu'il appartient aux services de police de surveiller les malades mentaux qui mettent gravement en péril leur santé et leur sécurité ou qui constituent une menace grave pour la vie et l'intégrité physique d'autrui. Si un agent de police constate une telle situation, il en avertit le procureur du Roi⁴².

4. Des personnes pouvant saisir le procureur du Roi en cas d'urgence

Le procureur du Roi peut être saisi par⁴³:

- ❖ Un médecin désigné via un avis écrit par le procureur du Roi;
- ❖ Une personne intéressée via une demande écrite, accompagnée d'un rapport médical respectant les conditions prévues à l'article 5, §2 de la loi du 26 juin 1990);
- ❖ Le procureur du Roi peut se saisir d'office.

5. Des conditions pour imposer une mise en observation

Le juge ou le procureur du Roi peut ordonner ces mesures de protection à la condition que "*la personne atteinte de troubles mentaux mette **gravement** en péril sa santé et sa sécurité, ou qu'elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui*"⁴⁴.

En résumé, il faut donc que quatre conditions soient réunies:

- ❖ La personne doit être atteinte d'une maladie mentale;
- ❖ La personne met **gravement** en péril sa santé et sa sécurité, ou elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui;

⁴² L. du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 18, al. 1^{er}, *M.B.*, 22 décembre 1992, p. 27.124.

⁴³ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 9, al. 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁴⁴ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

- ❖ Il n'existe pas d'alternative à ce traitement;
- ❖ Il faut une urgence (si c'est la procédure urgente qui est utilisée).

Si ces conditions sont réunies, une mise en observation dans un service psychiatrique peut être ordonnée par le biais d'une décision judiciaire⁴⁵.

6. De la procédure

Le juge de paix a 24 heures pour lancer la procédure. Il va ensuite désigner un avocat, un médecin psychiatre et une personne de confiance en précisant au malade qu'il peut changer s'il le souhaite. Ensuite, il va rencontrer l'intéressé en présence de son avocat pour voir si son état requiert ou non une mise en observation. Il va également procéder à l'audition de toute autre personne qu'il trouve utile⁴⁶.

Article 7, §5: "Au jour et heure fixés, le (juge) entend le malade ainsi que toutes les autres personnes dont il estime l'audition utile. Ces auditions ont lieu en présence de l'avocat du malade, il recueille en outre tous les renseignements utiles d'ordre médical ou social"⁴⁷.

Si c'est un mineur qui est en cause, la procédure et la saisine sont identiques à la différence que ce n'est plus le juge de paix qui est saisi et qui statue mais le juge de la jeunesse du tribunal de première instance.

7. Du délai de prise de décision

Le juge de paix va rendre sa décision motivée dans les dix jours à dater du dépôt de la requête en présence du médecin psychiatre, de la personne de confiance qu'il a désignée, de la partie requérante, du patient et de leurs avocats. Le juge désigne ensuite le

⁴⁵ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 4, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

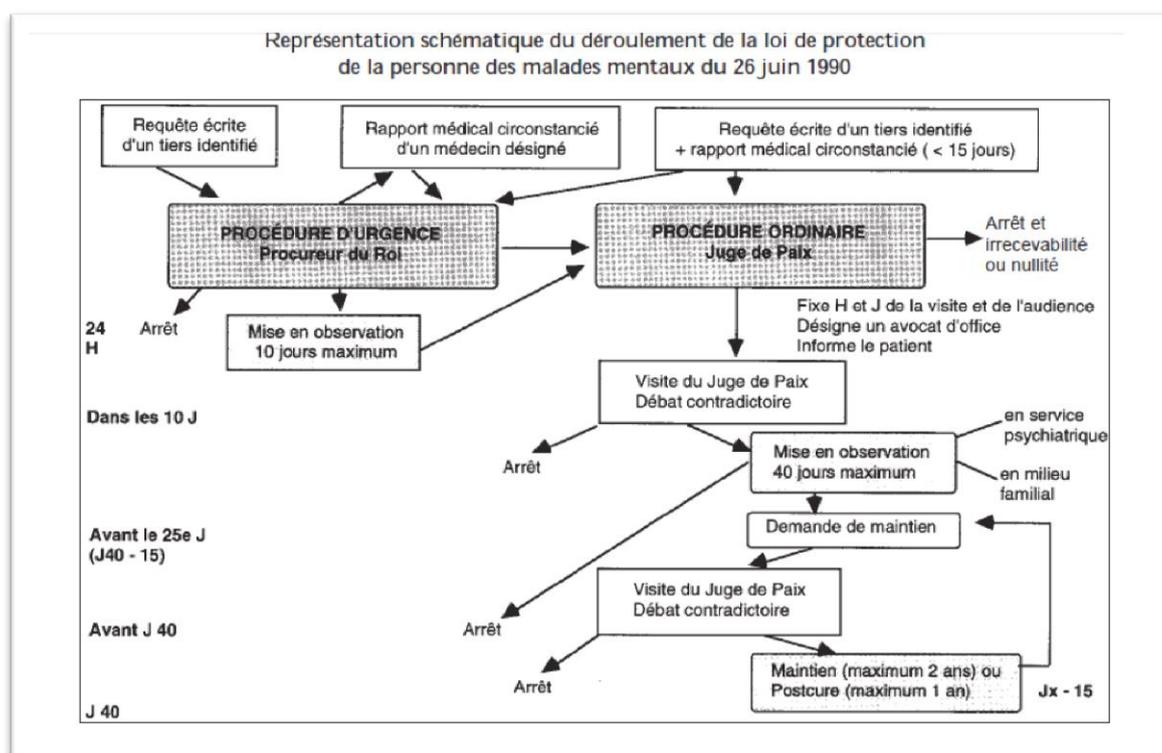
⁴⁶ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 7, §5, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁴⁷ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 8, §1, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

service psychiatrique dans lequel le malade mental sera mis en observation, si cette mesure est nécessaire.

Article 8, §1 : "Les débats ont lieu en chambre du conseil, sauf demande contraire du malade ou de son avocat. Après avoir entendu toutes les parties à l'audience, le (juge) statue en audience publique, par jugement motivé et circonstancié, dans les dix jours du dépôt de la requête".

Voici un schéma qui résume la procédure appliquée aujourd'hui⁴⁸:



8. De la durée de la mise en observation

La mise en observation ne peut excéder quarante jours. Des sorties occasionnelles du malade peuvent être autorisées⁴⁹. Le directeur de l'établissement psychiatrique doit inscrire le patient dans un registre dont les modalités sont déterminées par le Roi⁵⁰.

⁴⁸ LACHAPPELLE, P. et SCHEPENS, P.. *Loi de protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990: descriptif commenté* [en ligne], page 3. 2000. Disponible sur: <http://www.delplanche.be/protection.pdf> (consulté le 02/04/2015).

9. Des voies de recours contre la décision de mise en observation forcée

a) Opposition

Selon l'article 30, §1 de la loi du 26 juin 1990, il n'y a pas d'opposition possible. Cependant, les jugements rendus par le tribunal de première instance statuant en degré d'appel sont, eux, susceptibles d'opposition⁵¹.

b) Appel

L'appel est possible dans les quinze jours à dater de la notification du jugement. Les jugements rendus par le juge de paix sont exécutoires par provision, l'appel n'a donc pas d'effet suspensif.

En ce qui concerne les décisions du juge de paix, l'appel est formé par requête devant le tribunal de la famille tandis que pour les décisions du juge de la jeunesse, l'appel est formé par requête devant la chambre de la jeunesse de la Cour d'appel.

Le tribunal ou la Cour a trois mois maximum pour statuer à dater du dépôt de la requête, sous peine de voir les mesures de protection prendre fin immédiatement⁵².

c) Pourvoi en cassation

Le délai pour se pourvoir en cassation est d'un mois à partir de la notification du jugement ou de l'arrêt⁵³.

⁴⁹ Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 11, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁵⁰ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 10, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁵¹ Cass., 23 octobre 2006, *Pas.*, 2006, I, p. 301.

⁵² L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 30, §2 et 3, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁵³ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 31, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

10. De l'exécution du jugement

C'est le procureur du Roi qui s'occupe de l'exécution du jugement suivant les modalités fixées par l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

11. Du contrôle du service des établissements psychiatriques

Le juge de paix du lieu du service et le procureur du Roi de l'arrondissement ont l'obligation légale de contrôler les établissements psychiatriques, visés par la loi du 26 juin 1990, au moins une fois par an⁵⁴.

12. Du contrôle de la régularité du séjour du patient et de certaines règles de la loi du 26 juin 1990

Cette tâche incombe au procureur du Roi et au juge de paix du lieu du service qui ont l'obligation de rencontrer le patient au moins une fois l'an pour vérifier la régularité du séjour du malade mental. Ceux-ci veillent également au respect de certaines règles comme notamment⁵⁵:

- ❖ Ils doivent vérifier que la personne qui s'est fait librement admettre dans un service psychiatrique puisse quitter ce dernier librement quand elle le veut⁵⁶;
- ❖ Conformément à l'article 32, §1 de la loi du 26 juin 1990, ils doivent s'assurer que *"chaque malade mental soit traité dans des conditions respectant sa liberté d'opinion ainsi que ses convictions religieuses et philosophiques et dans des conditions qui favorisent sa santé physique et mentale, ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel"*;

⁵⁴ A.R. du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 8, *M.B.*, 26 juillet 1991, p. 16.631.

⁵⁵ A.R. du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 26 juillet 1991, p. 16.631.

⁵⁶ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 3, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

- ❖ Ils vont également contrôler qu'aucune requête ou réclamation faite par le malade et adressée à l'autorité judiciaire ou administrative n'a été retenue, ouverte ou supprimée. Il en va de même pour les correspondances adressées au malade ou par le malade ⁵⁷;
- ❖ Ils veillent également à ce que *"le malade puisse recevoir la visite de son avocat, du médecin de son choix et, conformément au règlement d'ordre intérieur, de la personne de confiance ou, sauf contre-indication médicale, de toute autre personne"*⁵⁸.

13. De la fin anticipative de la mise en observation

La fin de mise en observation peut être ordonnée avant la fin du délai des quarante jours par⁵⁹:

- ❖ Le juge qui a ordonné la mise en observation;
- ❖ Le procureur du roi qui a décidé de la mise en observation en urgence (si le juge de paix n'a pas encore statué et il doit informer ce dernier qu'il se désiste);
- ❖ Le médecin-chef de service qui constate, dans un rapport motivé, que l'état du malade ne justifie plus cette mesure. Il doit en informer le malade et le directeur de l'établissement. Ce directeur avertit ensuite le magistrat qui a pris la décision, le juge saisi, le procureur du Roi, ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation.

Il n'y a pas de recours possible contre cette décision, sauf en cas de demande mal fondée⁶⁰.

⁵⁷ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 32, §2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁵⁸ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 32, §2, al. 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁵⁹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 12, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁶⁰ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 12, §3, 2^e, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

14. Du maintien de la mise en observation

Un rapport médical est établi par le médecin-chef du service psychiatrique au moins quinze jours avant l'expiration du délai pour déterminer si un maintien est nécessaire ou non. Si cela est le cas, alors, ce rapport est notifié au directeur de l'établissement psychiatrique qui transmet ensuite la demande de prolongation au juge de paix en respectant l'article 13 de la loi du 26 juin 1990.

Article 13: "*Si l'état du malade justifie le maintien de son hospitalisation au terme de la période d'observation, le directeur de l'établissement transmet au juge, **quinze jours au moins avant l'expiration du délai fixé pour la mise en observation**, un rapport circonstancié du médecin-chef attestant la nécessité du maintien de l'hospitalisation*".

En respectant la procédure des articles 7 et 8 de cette loi, le juge peut fixer un nouveau délai qui ne peut excéder deux ans⁶¹. A la fin de cette prolongation, "*le directeur de l'établissement laisse sortir le malade, **sauf si**, en application de la procédure de l'article 13, il a été jugé que l'hospitalisation sera maintenue pour une nouvelle période qui ne peut **dépasser deux ans***"⁶².

15. De la postcure

C'est une mesure adoptée par le médecin-chef de service en accord avec le patient, destinée à préparer ce dernier à sa sortie définitive de l'établissement.

Cette mesure a une durée d'un an maximum et permet au malade mental de poursuivre le traitement en dehors de l'hôpital psychiatrique. Des conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale vont être imposées au patient et si celui-ci ne

⁶¹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 13, al. 4, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁶² L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 14, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

les respecte pas ou si son état mental l'exige, le médecin-chef peut mettre fin à la mesure et ordonner sa réadmission⁶³.

Article 16: *"Pendant le maintien, le médecin-chef de service peut décider à tout moment, avec l'accord du malade et dans **un rapport motivé**, une postcure en dehors de l'établissement, en précisant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Pendant cette postcure, qui a **une durée maximale d'un an**, la mesure de maintien subsiste. Le médecin informe de sa décision le malade et le directeur de l'établissement, qui la communique au (juge)".*

Article 17: *"Pendant la postcure, le médecin-chef de service peut à tout moment :*
1° mettre fin à la postcure s'il estime que l'état du malade le permet;
*2° décider la **réadmission du malade** dans le service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées. Dans ce cas, les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article précédent sont applicable".*

Depuis le 1 janvier 2015, la postcure peut également être ordonnée sur base d'un avis du médecin-chef de service par le juge de paix, soit d'office, soit à la demande de tout intéressé. Le juge de paix peut selon l'article 22quater⁶⁴:

- ❖ Ordonner une postcure hors de l'établissement, en fixant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale;
- ❖ Ordonner un transfert vers un autre service psychiatrique en vue d'un traitement plus approprié;
- ❖ Mettre fin au maintien si l'état du malade ne justifie plus la mesure.

Pendant la postcure, le juge de paix peut, soit d'office, soit à la demande de tout intéressé mettre fin à la postcure si l'état du malade le permet, ce dernier est donc libéré de toute mesure. Le juge peut également ordonner la réadmission du malade

⁶³ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, articles 16 et 17, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁶⁴ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, articles 22quater, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

dans un service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées. Pour prendre ces mesures, il se base sur les déclarations du médecin.

16. De la fin du maintien de la mise en observation

Le médecin-chef de service peut de lui-même, ou suite à la demande de toute personne intéressée, décider de mettre fin au maintien. Il remet un rapport motivé constatant que l'état du malade ne justifie plus le maintien et informe de sa décision le malade, le procureur du Roi et le directeur de l'établissement.

Ensuite, le directeur de l'établissement avertit, par lettre recommandée, le magistrat qui a pris la décision, ainsi que la personne qui, initialement, a demandé la mise en observation⁶⁵.

La personne qui a demandé la mise en observation peut faire opposition devant le juge de paix dans les cinq jours suivant l'envoi de la lettre recommandée communiquant la décision par laquelle le médecin-chef de service met fin au maintien⁶⁶.

17. Du patient qui s'échappe de l'établissement psychiatrique

Les services de police sont chargés de retrouver et de ramener les patients d'un service psychiatrique mis en observation qui se seraient échappés⁶⁷.

18. Des soins dans un milieu familial

Le malade mental a la possibilité d'obtenir les soins dans le milieu familial, si son état le permet, en envoyant une requête au juge de paix accompagnée d'un rapport médical circonstancié⁶⁸.

⁶⁵ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 19, §§1 et 3, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁶⁶ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 20, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁶⁷ L. du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 18, al.2, *M.B.*, 22 décembre 1992, p. 27.124.

⁶⁸ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 23, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

a) Du délai pour statuer

Le juge de paix doit statuer dans les dix jours du dépôt de la requête⁶⁹.

b) Des personnes pouvant demander les soins en milieu familial

La demande peut émaner du malade mental, du procureur du Roi ou de toute autre personne intéressée (un proche, le médecin du malade ou même un assistant social)⁷⁰. Si la demande est acceptée, le juge de paix va désigner une personne de confiance pour veiller sur le malade et un médecin pour traiter celui-ci⁷¹.

c) De la durée de la mesure

La durée de la mesure est de quarante jours maximum⁷². Le procureur du Roi veille à l'exécution du jugement⁷³ tandis que le juge de paix, lui, rend visite au malade au moins une fois par an pour réévaluer la situation⁷⁴. Si ce dernier estime que la mesure qu'il a ordonnée est devenue inadéquate, il peut soit la modifier, soit ordonner une mise en observation dans un service psychiatrique⁷⁵.

d) De la fin de la mesure

Au moins quinze jours avant l'expiration du délai et si l'état du malade nécessite toujours le maintien des soins au sein du milieu familial, le médecin chargé de le traiter adresse au juge de paix, qui a ordonné la mesure de protection, un rapport circonstan-

⁶⁹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 24, §1, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷⁰ Espace jeunes by droits quotidiens. *Qui peut demander une mesure de soins en milieu familial (hors milieu hospitalier)?* [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://espace-jeunes.droitsquotidiens.be> (consulté le 06/05/2015).

⁷¹ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 24, §3, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷² L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 24, §3, al. 2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷³ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 24, §3, al. 5, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷⁴ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 28, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷⁵ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 29, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

cié attestant la nécessité du maintien⁷⁶. Ensuite, le juge de paix, s'il trouve que cela est nécessaire, prolonge la durée de la mesure qui ne peut excéder deux ans⁷⁷.

⁷⁶ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 25, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

⁷⁷ L. du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, article 25 §1 al2, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

IX. La protection du patient

A. Législation

Le patient mis en observation de manière volontaire ou forcée dans un établissement psychiatrique conserve des droits prévus par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁷⁸. Cette loi énonce toute une série de droits dont bénéficient les patients et auxquels les établissements psychiatriques doivent se conformer (comme le droit à l'information, le droit de consentir ou non au traitement, le droit à des soins de qualité, etc.).

Celle-ci donne également le droit à un patient de porter plainte si les droits prévus par cette norme ne sont pas respectés et le cas échéant, de recourir au service de médiation de l'établissement⁷⁹.

En résumé, ce texte juridique permet de réunir les droits fondamentaux des patients en un seul texte, de clarifier la tenue et l'accès au dossier du patient, ainsi que de déterminer la personne susceptible de représenter les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits⁸⁰.

B. La commission fédérale

Par la loi sur les droits du patient de 2002, une commission fédérale "droits du patient" régie par l'arrêté royal du 1 avril 2003 a été créée. Voici ses missions⁸¹:

- ❖ Réunir et traiter les données nationales et internationales concernant les matières relatives aux droits du patient;

⁷⁸ L. du 22 août 2002 relative aux droits des patients, article 2, 1°, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43.719.

⁷⁹ L. du 22 août 2002 relative aux droits des patients, article 11, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43.719.

⁸⁰ Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. *Loi "droit du patient"*, 2015 [en ligne], page 4. Disponible sur: <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/Brochure/index.htm#.VT6F1yHtmko> (consulté 03/03/2015).

⁸¹ L. du 22 août 2002 relative aux droits des patients, article 16, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43.719.

- ❖ Formuler, sur demande ou d'initiative, des avis à l'intention de la ministre de la Santé publique, en ce qui concerne les droits et devoirs des patients mais aussi des praticiens professionnels;
- ❖ Évaluer l'application des droits fixés dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients;
- ❖ Évaluer le rendement des fonctions de médiation et formuler des recommandations à cet égard.

C'est donc cette commission qui est la garante de la bonne application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients. L'arrêté royal du 1 avril 2003 désigne la composition de cette commission⁸², son mode de fonctionnement⁸³ et les règles relatives à la médiation⁸⁴.

⁸² A.R. du 1 avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient " instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, articles 1 et 2, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25.596.

⁸³ A.R. du 1 avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient " instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, articles 3 à 6, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25.596.

⁸⁴ A.R. du 1 avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient " instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, articles 7 à 15, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25.596.

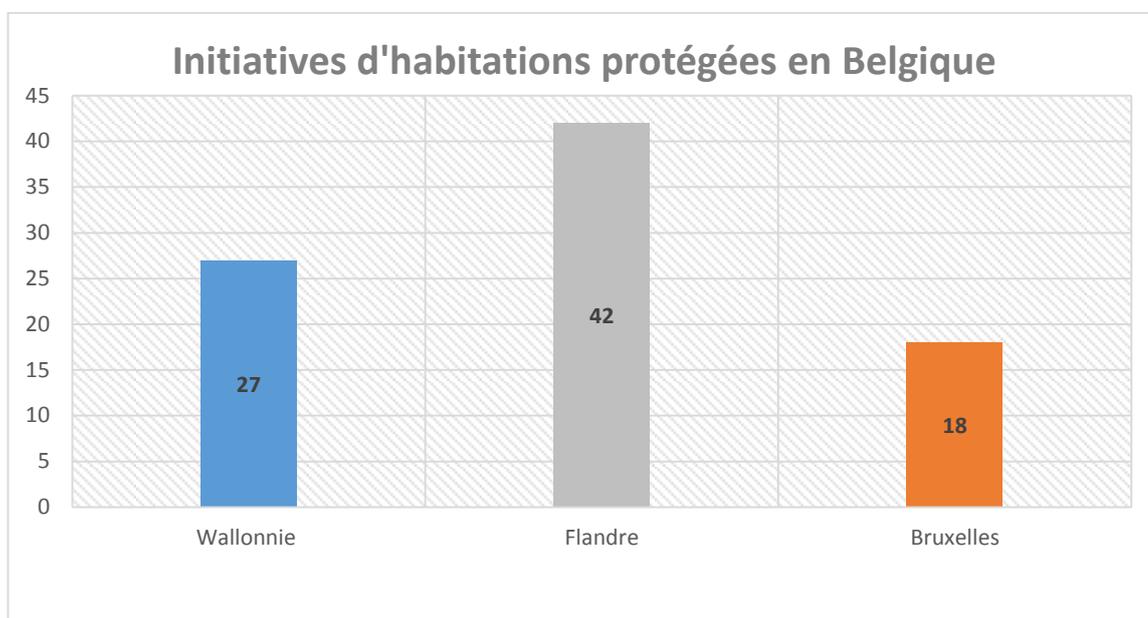
X. Les alternatives des soins en hôpital psychiatrique

A. Les initiatives d'habitations protégées

1. Définition

Une initiative d'habitation protégée (I.H.P.) est une habitation où sont accueillis des adultes qui ne sont pas capables de vivre en autonomie ou, tout du moins, en éprouvent des difficultés et ce, à cause de problèmes psychiques⁸⁵. Mais vu que ces troubles mentaux sont suffisamment stabilisés, un séjour dans un hôpital psychiatrique n'est plus requis. Cela peut être aussi bien d'anciens internés que des personnes ayant été mises en observation dans un établissement de soins.

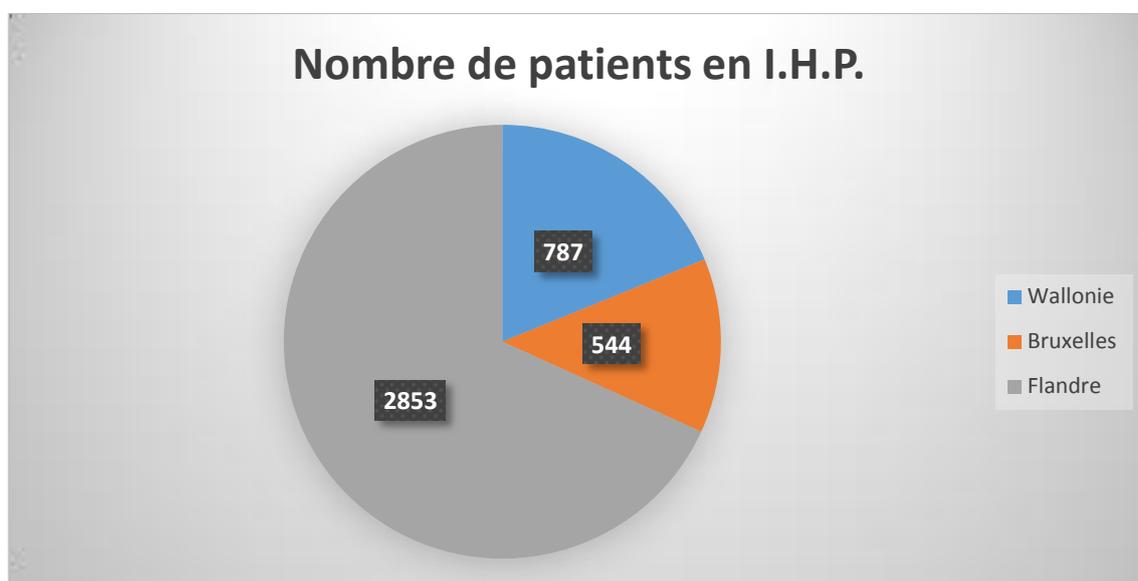
87 associations gérant des initiatives d'habitations protégées sont présentes en Belgique, voici la répartition en fonction des Régions⁸⁶:



⁸⁵Institut national d'assurance maladie-invalidité. *Les initiatives d'habitations protégées* [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/habitations-protegees-psychiatriques/Pages/default.aspx#.VQwIDuHiVv0> (consulté le 20/03/2015).

⁸⁶Résumé psychiatrique minimum, beschut wonen (fichier Word), 01/04/2015.

Grâce à ces 87 associations, 4.184 patients bénéficient de ce type de logement. Voici la répartition par Région⁸⁷:



Une I.H.P. est donc créée par une association qui doit dépendre d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique, d'un hôpital général et d'un service ou centre de soins de santé mentale⁸⁸.

2. Procédure d'admission

Les habitations protégées sont présentées aux personnes victimes de troubles mentaux comme étant une alternative au traitement en hôpital psychiatrique ou en annexe psychiatrique d'un hôpital général.

Un dossier est introduit auprès du coordinateur d'une association et c'est ce dernier qui va déterminer si le patient répond aux conditions pour pouvoir bénéficier d'un lit dans ce type d'établissement. Ce dossier doit être accompagné d'un rapport d'un médecin psychiatre qui doit démontrer que le trouble mental est bien stabilisé ou en voie de stabilisation et que son patient ne nécessite plus d'un suivi permanent. Si le coordi-

⁸⁷ Résumé psychiatrique minimum, beschut wonen (fichier Word), 01/04/2015.

⁸⁸ Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, article 4, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.707.

nateur accepte la demande d'admission, le patient signe une convention avec les responsables de l'association.

3. Conditions de création (agrémentation)

Pour créer une initiative d'habitation protégée, il faut respecter la procédure édictée par l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

Un arrêté royal⁸⁹ fixe certaines normes que les I.H.P. doivent respecter si elles veulent obtenir et conserver leur agrément. Il y a différents types de normes:

- ❖ Des normes architecturales⁹⁰;
- ❖ Des normes organisationnelles⁹¹;
- ❖ Des normes fonctionnelles⁹²;
- ❖ Des normes relatives aux personnels⁹³.

Les I.H.P. sont donc obligées de respecter toutes ces normes si elles veulent être reconnues légalement comme telle⁹⁴. Elles doivent également être éloignées du site de l'hôpital psychiatrique⁹⁵.

Le respect de ces normes est régulièrement contrôlé par des agents de la Région wallonne.

⁸⁹ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹⁰ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, articles 3 à 7bis, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹¹ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, articles 12 à 19, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹² A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, articles 8 à 11, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹³ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, articles 20 et 20bis, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹⁴ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, article 1, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

⁹⁵ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, article 7, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.

Un arrêté de l'exécutif de la Communauté française⁹⁶ va déterminer la procédure pour qu'une I.H.P. obtienne son agrément en Communauté française. Cet agrément peut être provisoire et valable pour six mois, renouvelable pour la même durée⁹⁷ ou définitif et valable pour cinq ans maximum, renouvelable également⁹⁸.

L'agrément peut être retiré à tout moment par le ministre conformément à l'article 11 de l'arrêté si l'I.H.P. ne répond plus aux normes. Le ministre wallon de la Santé⁹⁹ peut aussi imposer une fermeture provisoire immédiate de l'I.H.P. s'il existe des raisons urgentes mettant en danger la santé publique¹⁰⁰.

Actuellement, c'est donc l'Etat fédéral qui fixe les normes à respecter pour obtenir l'agrément mais il appartient aux Communautés d'accorder l'agrément ou non.

4. Objectifs

Un des objectifs est d'offrir un accompagnement visant à développer au maximum l'autonomie des résidents des initiatives d'habitations protégées. Ces personnes peuvent suivre des formations, travailler ou exercer des activités bénévoles. Ils peuvent même quitter l'I.H.P. quand ils le souhaitent pour se promener ou pour toute autre raison, sans rendre de compte à personne. Ceux-ci ont aussi la possibilité de suivre un traitement de jour dans un hôpital psychiatrique.

⁹⁶ A. Gouv. Comm. fr. du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médicotechniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitation protégée et associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 7 janvier 1988, p. 149.

⁹⁷ A. Gouv. Comm. fr. du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médicotechniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitation protégée et associations d'institutions et de services psychiatriques, articles 2 à 4, *M.B.*, 7 janvier 1988, p. 149.

⁹⁸ A. Gouv. Comm. fr. du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médicotechniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitation protégée et associations d'institutions et de services psychiatriques, articles 5 à 8, *M.B.*, 7 janvier 1988, p. 149.

⁹⁹ Actuellement, le ministre compétent en Wallonie en matière de soins est Maxime PREVOT.

¹⁰⁰ A. Gouv. Comm. fr. du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médicotechniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitation protégée et associations d'institutions et de services psychiatriques, articles 13, *M.B.*, 7 janvier 1988, p. 149.

Le personnel des I.H.P. n'est pas constamment présent. Celui-ci est disponible du lundi au vendredi et est là pour assister les résidents en cas de besoin.

L'objectif principal de ces initiatives d'habitations protégées est donc d'assurer la réintégration sociale de ces personnes, en leur permettant d'acquérir un maximum d'autonomie. Le patient peut quitter l'I.H.P. quand il le souhaite moyennant un préavis d'un mois.

5. Types d'initiatives d'habitations protégées

Il y a deux sortes d'initiatives d'habitations protégées:

- Les I.H.P. collectives où les personnes vivent en groupe (de trois à dix personnes, article 3 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques);
- Les I.H.P. individuelles où la personne habite seule (maximum 20 % des places accordées à une association peuvent être individuelles).

6. Financement

Divers intervenants participent au financement des initiatives d'habitations protégées:

- ❖ Contribution financière des résidents;
- ❖ Prix de journée octroyé par l'Etat fédéral. Ce prix est fixé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé¹⁰¹;
- ❖ Aide matérielle, logistique et de formation par l'hôpital initiateur de l'I.H.P.;
- ❖ Somme octroyée par la Région wallonne par nouvelle place ouverte en vue d'acquérir du mobilier ou de l'électroménager.

¹⁰¹ Actuellement, c'est Maggie De Block qui occupe cette fonction.

7. Vers un changement de compétence

Suite à la sixième réforme de l'Etat, la matière des initiatives d'habitations protégées va être entièrement régionalisée.

De nouveaux décrets vont voir le jour mais leur création ne semble pas être une priorité du gouvernement actuel selon Monsieur Etienne COUNSON (coordinateur des I.H.P. de l'ISOSL¹⁰²). A ce jour, il n'existe que des projets de décret (annexe 3), les textes officiels seraient prévus pour 2017.

B. Les maisons de soins psychiatriques

1. Définition

"Une maison de soins psychiatriques (M.S.P.) est une habitation destinée aux personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabilisé ou aux personnes handicapées mentales¹⁰³". Ces infrastructures sont collectives et possèdent dix lits au minimum.

On y relève deux types de patients¹⁰⁴:

- ❖ Des personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabilisé;
- ❖ Des personnes handicapées mentales (aujourd'hui, il n'y a plus de nouvelle admission possible pour ce groupe de personnes).

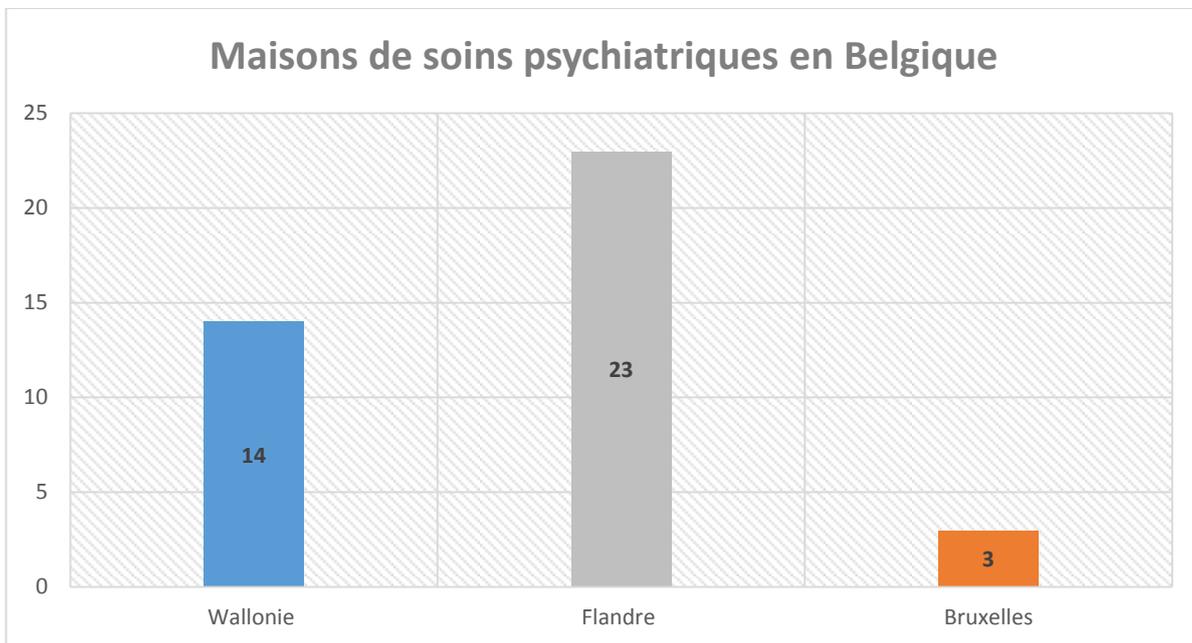
Ces résidents ne peuvent pas être admis en maison de repos ou en habitation protégée étant donné leur état psychique. Toutefois, leurs problèmes psychiatriques se sont suffisamment stabilisés de sorte que le traitement en hôpital psychiatrique n'est plus nécessaire. La majorité des habitants des M.S.P. y sont admis de manière permanente, les sorties à l'extérieur de l'enceinte du bâtiment sont donc interdites.

¹⁰² L'Intercommunale des soins spécialisés de Liège.

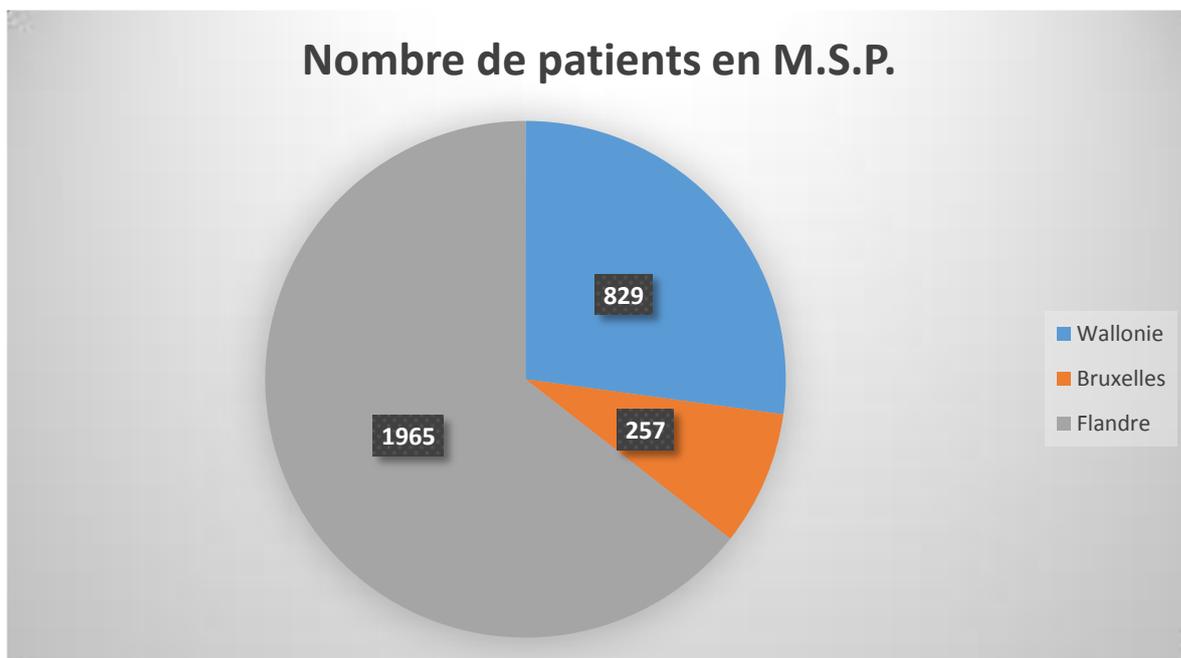
¹⁰³ Institut national d'assurance maladie- invalidité. *Les maisons de soins psychiatriques* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-soins-psychiatriques/Pages/default.aspx#.VQ1PeuHiVv0> (consulté le 21/03/2015).

¹⁰⁴ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, articles 3, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.

Il y a actuellement quarante maisons de soins psychiatriques en Belgique, voici le nombre de M.S.P. par Région¹⁰⁵:



3.051 patients sont traités aujourd'hui dans ces maisons de soins psychiatriques. Voici le nombre par Région¹⁰⁶:



¹⁰⁵ Résumé psychiatrique minimum, psychiatrisch verzorgingstehuis (fichier Word), 01/04/2015.

¹⁰⁶ Ibidem.

2. Conditions de création (agrémentation)

Deux textes juridiques organisent la création des maisons de soins psychiatriques:

- ❖ La loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins énonce que les maisons de soins psychiatriques doivent être implantées en dehors du site hospitalier. Celles-ci sont souvent d'anciens hôpitaux qui ont été reconvertis pour la cause¹⁰⁷. Cette loi dit qu'elles doivent aussi être de taille modeste, et être conçues pour favoriser une atmosphère agréable. Un accord écrit de collaboration avec un hôpital est requis;
- ❖ L'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques pris en exécution de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978, lui, fixe les normes générales¹⁰⁸, architecturales¹⁰⁹, fonctionnelles¹¹⁰ et organisationnelles¹¹¹ auxquelles les M.S.P. ont l'obligation de se conformer si elles veulent obtenir l'agrément spécial pour être reconnue comme une maison de soins psychiatriques.

3. Différences avec les initiatives d'habitations protégées

Des psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs et assistants sociaux sont chargés d'accompagner quotidiennement les patients. La différence avec les initiatives d'habitations protégées se situe principalement au niveau de l'accompagnement qui est beaucoup plus important, ils sont surveillés 24h/24.

¹⁰⁷ L. du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, article 5 al2, *M.B.*, 12 juillet 1978, p. 8.024.

¹⁰⁸ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, articles 3 à 5, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.

¹⁰⁹ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, articles 6 à 24, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.

¹¹⁰ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, articles 25 à 31quater, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.

¹¹¹ A.R. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, articles 32 à 39bis, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.

Pour combler leur manque d'autonomie, les résidents ont besoin d'une aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Pour trente patients, au moins douze personnes seront présentes et auront pour mission de les encadrer. Parmi celles-ci, il doit y avoir maximum six membres du personnel soignant et minimum six membres possédant la qualification d'éducateur, d'assistant social, d'ergothérapeute, de psychologue, de kinésithérapeute ou d'infirmier¹¹².

4. Financement

Il existe plusieurs sources de financement pour permettre aux maisons de soins psychiatriques de fonctionner:

- ❖ Prix d'hébergement fixé par la ministre fédérale de la Santé (arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques);
- ❖ Intervention de l'Etat fédéral dans le prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques, fixé par la ministre de la Santé (arrêté royal du 17 décembre 2002 fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mise à charge de l'Etat);
- ❖ Contribution personnelle des résidents;
- ❖ Subsidés des Régions pour les travaux de construction et d'aménagement.

5. Vers un changement de compétence

Suite à la sixième réforme de l'Etat, la matière des maisons de soins psychiatriques va être complètement transférée aux Régions. A l'instar des initiatives d'habitations protégées, des décrets vont bientôt voir le jour mais comme je l'ai déjà dit, la politique de santé n'est actuellement pas une priorité du gouvernement.

¹¹² A.R. du 18 janvier 1993 Arrêté royal du 18 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrégation spéciale des maisons de soins psychiatriques, article 3, *M.B.*, 2 avril 1993, p. 7.111.

XI. Du malade mental qui commet une infraction

L'article 71 du code pénal énonce: "*il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister*". Une personne atteinte d'un trouble mental ne peut donc pas être condamnée à une peine si elle a commis une infraction. Toutefois, son internement pourra être ordonné.

Il faut préciser que le juge n'est, par contre, pas libéré de son obligation de statuer sur l'action civile de la partie lésée, souvent constituée sur base de l'article 1386bis du code civil¹¹³ qui énonce:

*"Lorsqu'une personne se trouvant en état de démence, ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale la rendant incapable du contrôle de ses actions, cause un dommage à autrui, le juge **peut la condamner à tout ou partie de la réparation** à laquelle elle serait astreinte si elle avait le contrôle de ses actes. Le juge statue selon **l'équité**, tenant compte des circonstances et de la situation des parties"*.

Pour réparer le dommage causé par une personne atteinte de maladie mentale, la loi ne se place donc pas sur le terrain de la responsabilité mais sur celui de l'équité¹¹⁴. La Cour d'appel de Liège a précisé "*qu'il ne faut pas que la personne considérée soit totalement incapable de faire ou de dire la moindre chose sensée; il faut, mais il suffit, qu'il existe une atténuation sérieuse du contrôle, par l'individu, de ses actes*¹¹⁵".

Le juge apprécie de manière souveraine si l'obligation de réparer le dommage est requise ou non en fonction des circonstances. L'octroi de dommages et intérêts sur la base de l'article 1386bis du Code civil est facultatif, tant dans son principe que dans

¹¹³ Cass., 1 février 2000, *Pas.*, 2000, I, p. 84.

¹¹⁴ DALCQ, R.O., *Traité de la responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 1967, I, p. 152.

¹¹⁵ Liège, 27 janvier 1993, JLMB, 1993, p. 1.030.

son montant. Le juge va prendre en considération la situation financière du dément et de la victime pour rendre sa décision. Lorsque la réparation affecterait trop lourdement la situation pécuniaire du malade mentale, le juge peut décider qu'il n'y a pas lieu à réparation. Par cet article 1386bis du code civil, on se retrouve donc face à une responsabilité objective ou sans faute qui confère un large pouvoir au juge¹¹⁶.

La procédure d'internement et de mise en observation d'un inculpé est, aujourd'hui, fixée par la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude du 1 juillet 1964 (annexe 4).

A. La mise en observation

"La mise en observation de l'inculpé est une mesure d'instruction préparatoire apparentée à la détention préventive pouvant intervenir à tous les stades de la procédure avant toute condamnation définitive. Elle ne peut intervenir que dans les trois conditions cumulatives suivantes:

- ❖ *Il y a des indices sérieux permettant de croire que l'individu est l'auteur d'un crime ou d'un délit;*
- ❖ *Il y a des raisons de croire qu'il est, soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentales le rendant incapable du contrôle de ses actions;*
- ❖ *L'infraction dont cet individu est soupçonné être l'auteur constitue une infraction pour laquelle la loi autorise la détention préventive"¹¹⁷.*

1. Condition pour qu'un inculpé soit mis en observation

S'il y a des raisons de croire que l'inculpé est dans un état de démence, dans un état de déséquilibre mental, ou encore s'il est atteint d'une débilité mentale le rendant inca-

¹¹⁶ LELEU, Y.H., *Les Incapacités*, CUP, 2003, p. 292.

¹¹⁷ FRANCHIMONT, M., JACOBS, A., MASSET, A., *manuel de procédure pénale*, Larcier, 2012, p. 1.403.

pable de contrôler ses actions, alors l'inculpé peut être mis en observation¹¹⁸. Le but de celle-ci est d'établir un diagnostic sur l'état mental de la personne¹¹⁹.

2. Des personnes compétentes pour ordonner la mise en observation

Une juridiction d'instruction peut placer l'inculpé en observation dans une annexe psychiatrique d'une prison par le biais d'un mandat d'arrêt¹²⁰. L'ordonnance du juge d'instruction imposant le placement ne sera maintenue que si elle est confirmée dans les cinq jours par la chambre du conseil¹²¹.

C'est donc à la chambre du conseil qu'il appartient de décider si l'inculpé doit être mis en observation ou non. Elle a quinze jours pour statuer¹²². Toutefois, une juridiction de fond (le tribunal correctionnel) peut également ordonner cette mesure.

3. A quel moment la mise en observation peut-elle être requise?

La mise en observation peut être requise à tout moment de la procédure, c'est-à-dire jusqu'à ce que le jugement définitif soit rendu¹²³.

4. Des personnes pouvant demander la mise en observation

La demande peut émaner d'un réquisitoire du ministère public ou d'une demande de l'inculpé ou de son avocat¹²⁴.

¹¹⁸ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 1, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹¹⁹ JACOBS, A., MASSET, A., *Manuel de procédure pénale*, Larcier, 4^{ème} édition, 2012, p. 1380.

¹²⁰ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 1, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²¹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 1, al. 5, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²² L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 2, al. 4, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²³ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 2, al.1, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²⁴ *Ibidem*.

5. Des recours contre la décision ordonnant la mise en observation

Un appel peut être interjeté par le ministère public ou l'inculpé contre la décision de la chambre du conseil ou de la juridiction de jugement¹²⁵.

6. De la durée de la mise en observation

La durée de la mise en observation est d'un mois maximum¹²⁶. Toutefois, celle-ci peut être prolongée d'un mois au plus par la juridiction qui a ordonné la mesure si l'observation est incomplète¹²⁷. Le renouvellement est encore possible mais cette mise en observation ne peut pas excéder, au total, six mois¹²⁸.

7. De la fin de la mise en observation

La mise en observation prend fin¹²⁹:

- ❖ Lorsque le délai d'un mois est écoulé s'il n'y a pas eu de renouvellement;
- ❖ Après les six mois;
- ❖ La fin de la mesure peut être ordonnée par une juridiction.

A la fin de cette mise en observation, l'inculpé est soit placé dans une maison d'arrêt soit il est interné s'il est reconnu coupable.

¹²⁵ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 4, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²⁶ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 6, al.1, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²⁷ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 6, al.2, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²⁸ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 6, al.3, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹²⁹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 18, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

B. L'internement

L'internement est une mesure par laquelle une personne étant dans un état de démence, un état de déséquilibre mentale ou encore étant atteinte d'une débilité mentale la rendant incapable de contrôler ses actions se retrouve placée, suite à une décision judiciaire, dans un établissement de défense sociale (E.D.S.) ou dans un établissement adapté par rapport aux mesures de sécurité et aux soins à donner¹³⁰. L'internement ne doit pas obligatoirement être précédé d'une mise en observation¹³¹.

La durée de l'internement n'est pas proportionnelle à la gravité de l'infraction commise car l'internement n'est pas une mesure punitive mais une mesure de sécurité sociale et d'humanité¹³² qui a pour but "*de mettre le dément hors d'état de nuire et, en même temps, de le soumettre à un régime curatif scientifiquement organisé*"¹³³.

Le juge qui ordonne l'internement d'un inculpé ou d'un prévenu doit expressément constater que ce dernier constitue un danger social¹³⁴¹³⁵. L'absence de tout danger social entraîne un acquittement ou un non-lieu¹³⁶.

1. Des conditions pour être interné

Pour être internée, il faut que la personne ayant commis un crime ou un délit présente, au moment où la décision judiciaire est rendue, un état de démence, un état de déséquilibre mental ou encore qu'elle soit atteinte de débilité mentale la rendant in-

¹³⁰ Le Wiki wallon pour l'information des personnes handicapées. *Défense sociale* [en ligne]. Disponible sur: <http://wikiwiph.awiph.be/index.php/je-m-informe-sur-d-autres-sujets/aspects-juridiques/item/210-defense-sociale> (consulté le 01/05/2015).

¹³¹ Cass., 11 décembre 1973, *Pas.*, 1974, I, p. 391-393.

¹³² Cass., 25 mars 1946, *Pas.*, 1946, I, p. 116.

¹³³ Liège, 18 janvier 1993, *J.L.M.B.*, 1993, p. 924.

¹³⁴ FRANCHIMONT, M., JACOBS, A., MASSET, A., *Manuel de procédure pénale*, Larcier, 2012, p. 1.383.

¹³⁵ Cass., 11 janvier 1983, *Rev. Dr. Pén.*, 1983, I, p. 560.

¹³⁶ VANDERMEERSCH, D., *Éléments de droit pénal et de procédure pénale*, La charte, 2^{ème} édition, 2006, p. 116.

capable de contrôler ses actions¹³⁷. Pour apprécier l'état mental de l'inculpé, le juge doit donc se placer au moment où il statue¹³⁸.

En conséquence, une personne ne pourra pas être internée si elle n'est plus dans un des trois états cités ci-dessus au moment où la décision judiciaire est rendue, et ce, même si cette dernière l'était lorsqu'elle a commis les faits délictueux. Elle sera, ainsi, considérée comme irresponsable, sur le plan pénal, en raison de son incapacité au moment des faits. Elle devra donc faire l'objet d'un acquittement ou d'un non-lieu.

Dans le cas contraire, si la personne était saine d'esprit au moment où elle a commis l'infraction mais que, au moment où la décision judiciaire est rendue, celle-ci se retrouve dans un état de démence, un état de déséquilibre mental ou encore si elle atteinte d'une débilité mentale la rendant incapable de contrôler ses actions, alors elle pourra faire l'objet d'une mesure d'internement si elle constitue un danger social tout en étant considérée comme responsable de ses actes¹³⁹.

Il faut préciser que si l'inculpé ou le prévenu souffrant de troubles mentaux n'a commis "qu'une contravention" et non un crime ou un délit, celui-ci ne pourra pas faire l'objet d'un internement et sera donc acquitté. Toutefois, une mesure de protection de mise en observation pourrait être prononcée à son égard s'il répond aux conditions prévues par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des personnes des malades mentaux¹⁴⁰.

¹³⁷ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 7, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹³⁸ Liège, 24 mars 1995, *Pas.*, 1995, II, p.8.

¹³⁹ VANDERMEERSCH, D., *Éléments de droit pénal et de procédure pénale*, La charte, 2^{ème} édition, 2006, p. 117.

¹⁴⁰ VANDERMEERSCH, D., *Éléments de droit pénal et de procédure pénale*, La charte, 2^{ème} édition, 2006, p. 116.

2. Des personnes compétentes pour ordonner l'internement

La chambre du conseil ou une juridiction de jugement peuvent ordonner l'internement d'une personne répondant aux critères cités ci-dessus¹⁴¹.

3. Du recours contre la décision d'internement

Un appel peut être réalisé à la demande du ministère public, de l'inculpé ou de son avocat devant la chambre des mises en accusation (si l'acceptation ou le refus émane de la chambre du conseil) ou devant la Cour d'appel (si la décision relative à l'internement émane d'une juridiction de jugement)¹⁴².

Si l'appel est formé par le prévenu, la peine ne peut pas être aggravée. Ainsi, comme les peines d'emprisonnement et d'amende sont considérées comme plus lourdes que l'internement, le juge n'a plus juridiction pour remplacer une mesure d'internement par un emprisonnement ou une amende¹⁴³.

En appel, l'unanimité des juges est requise pour ordonner une mesure d'internement si elle n'a pas été prononcée en première instance¹⁴⁴.

4. Du lieu d'exécution de l'internement

C'est la commission de défense sociale qui désigne l'établissement où l'internement s'effectuera¹⁴⁵. L'internement peut avoir lieu dans trois types d'établissements¹⁴⁶ : dans un établissement de défense sociale, un établissement psychiatrique classique ou dans une annexe psychiatrique d'une prison.

¹⁴¹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 7, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁴² L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 8, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁴³ DECLERCQ, R., *J.T.*, Larcier, 1987, p. 371.

¹⁴⁴ Cass., 24 mai 1983, *J.T.*, 1985, p. 512.

¹⁴⁵ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 14, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁴⁶ Similes. *Aspect juridique et social* [en ligne]. Avril 2007. Disponible sur: <http://www.similes.org/fr/defenseSociale.php> (consulté le 06/02/2015).

a) Les établissements de défense sociale

Un établissement de défense sociale est un hôpital psychiatrique où la sécurité a été fortement renforcée. En Belgique, il en existe cinq: Paifve (208 places), les Marronniers à Tournai (376 places), Chêne au Haies à Mons (30 places, uniquement pour les femmes), le centre de psychiatrie légal à Gand (272 places) et Merksplas, section sécurisée de soins (60 places).

Un autre centre psychiatrique légal ouvrira d'ici 2016 à Anvers avec 180 places supplémentaires.

b) Les établissements psychiatriques classiques

Il s'agit soit d'hôpitaux psychiatriques privés subventionnés, soit de structures dépendantes des pouvoirs publics.

Il en existe deux types: les institutions de sécurité moyenne qui s'occupent des patients ayant un sérieux trouble du comportement et qui sont considérés comme très agressifs et les institutions de faible sécurité qui se chargent des internés qui ne présentent pas de danger particulier pour la société.

c) Les annexes psychiatriques des prisons

Il existe douze prisons disposant d'annexes psychiatriques en Belgique. Celles-ci sont aussi appelées "sections de défense sociale". A la base, ces annexes ont été créées pour des internements provisoires et des mises en observation en vue d'un éventuel transfert vers un établissement de défense sociale.

Toutefois, faute de place dans les autres établissements, de nombreux internés sont contraints d'attendre dans ces annexes psychiatriques et cela cause de nombreux problèmes car les structures ne sont pas adaptées pour le soin des internés. J'analyserai cette problématique un peu plus loin.

5. De la composition des commissions de défense sociale

Une commission de défense sociale est présente dans chaque annexe psychiatrique. Elle est composée de trois membres nommés pour trois ans¹⁴⁷ :

- ❖ Un magistrat effectif ou honoraire;
- ❖ Un avocat;
- ❖ Un médecin.

6. Des missions de la commission de défense sociale

Les commissions de défense sociale sont chargées de suivre l'état des internés. Elles doivent également assurer la bonne organisation du traitement des internés pour que ce dernier réintègre le plus rapidement possible la société.

Elles fixent les modalités de l'internement: elles peuvent accorder des autorisations de sortie, libre ou accompagnée. Ce sont elles qui sont habilitées à statuer sur la mise en liberté définitive ou à l'essai de l'interné¹⁴⁸.

7. De la mise en liberté de l'interné

L'interné peut être mis en liberté définitivement ou à l'essai si son état mental s'est amélioré et si les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies¹⁴⁹. Comme je l'ai dit ci-dessus, c'est la commission de défense sociale qui prend cette décision.

L'internement est une mesure à durée indéterminée¹⁵⁰ liée à l'état mental de l'interné. Ainsi, celui-ci peut être maintenu même si la totalité de la peine, qui aurait été prononcée si l'interné avait été déclaré responsable de ses actes, a été purgée¹⁵¹.

¹⁴⁷ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 12, al. 1, 2 et 3, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁴⁸ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 18, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁴⁹ *Ibidem*

¹⁵⁰ VANDEMEULEBROEKE, O., *Les commissions de défense sociale*, Rev. Dr. Pén., 1986, p. 171.

¹⁵¹ Cass., 13 décembre 1976, *Pas.*, 1977, I, p. 422.

8. Des conditions de la mise en liberté à l'essai de l'interné

Il appartient également à la commission de défense sociale de décider si la mise en liberté à l'essai est accordée ou non. Durant la mise en liberté provisoire, l'interné est soumis à une tutelle médico-sociale pour une durée fixée par la décision de la commission de défense sociale¹⁵².

Les services de police ont pour mission de surveiller les internés bénéficiant de modalités d'exécution et de contrôler le respect des conditions accordées aux internés¹⁵³.

Au moins une fois tous les six mois¹⁵⁴, la tutelle médico-sociale remet à la commission de défense sociale un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement que doit suivre l'interné.

Si l'interné ne respecte pas les conditions imposées ou s'il constitue un danger social en raison de son état mental, celui-ci est réintégré dans une annexe psychiatrique sur réquisitoire du procureur du Roi¹⁵⁵. Cette décision n'est pas susceptible de pourvoi en cassation¹⁵⁶ mais celle-ci sera contrôlée par la commission de défense sociale qui avait ordonné la mise en liberté à l'essai¹⁵⁷. Cette dernière va également désigner l'annexe psychiatrique dans laquelle l'interné libéré à l'essai sera réintégré.

9. Des personnes pouvant demander la mise en liberté définitive

La mise en liberté définitive ou à l'essai peut être ordonnée¹⁵⁸:

- ❖ D'office par la commission de défense sociale;
- ❖ Sur demande du procureur du Roi;

¹⁵² L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 20, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁵³ L. du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 19, al.1, *M.B.*, 22 décembre 1992, p. 27.124.

¹⁵⁴ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 20, al. 4, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁵⁵ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 20, al. 7, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁵⁶ Cass., 2 avril 1996, *Pas.*, 1996, I, p. 281.

¹⁵⁷ Cass., 18 avril 1985, *Pas.*, 1985, I, p. 1.017.

¹⁵⁸ Ibidem.

- ❖ Sur demande de l'interné ou de son avocat.

10. De la personne compétente pour ordonner la mise en liberté définitive de l'interné

La commission de défense sociale peut donc également ordonner la remise en liberté. La décision devient effective quatre jours après le prononcé de la décision¹⁵⁹. Si la demande de mise en liberté émanant de l'interné est refusée, ce dernier peut renouveler sa demande dans les six mois de la décision de rejet¹⁶⁰.

11. De la personne compétente pour ordonner la mise en liberté définitive en urgence

En cas d'urgence, le président de la commission de défense sociale (le magistrat effectif ou honoraire) est habilité à ordonner la mise en liberté de l'interné. Celui-ci informera le procureur du Roi et cette décision sera examinée par la commission lors de la prochaine séance¹⁶¹. Cette décision ne peut pas faire l'objet d'un pourvoi en cassation¹⁶².

12. Des recours contre la décision de mise en liberté définitive

a) Opposition

Le procureur du Roi peut faire opposition contre la décision de mise en liberté. Le dossier est alors remis à la commission supérieure de défense sociale qui a un délai d'un mois pour rendre sa décision. L'opposition a un effet suspensif¹⁶³.

¹⁵⁹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 19, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶⁰ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 18, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶¹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 18, al. 4, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶² Cass., 31 mars 1998, *Pas.*, 1998, I, p. 418.

¹⁶³ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 19, al. 2 et 3, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

b) Appel

L'interné peut, lui, faire appel de la décision de refus devant la commission supérieure de défense sociale dans les quinze jours suivant la notification de la décision. Celle-ci a également un mois pour statuer¹⁶⁴.

c) Pourvoi en cassation

Un pourvoi en cassation contre la décision de refus de la commission supérieure de défense sociale ou contre la décision déclarant que l'opposition du procureur du Roi est fondée est possible mais uniquement à la demande de l'avocat ou de l'interné¹⁶⁵.

13. De la composition de la commission supérieure de défense sociale

La commission supérieure de défense sociale est composée de¹⁶⁶:

- ❖ Un magistrat effectif ou honoraire de la Cour de cassation ou d'une Cour d'appel;
- ❖ Un avocat;
- ❖ Un médecin directeur du service d'anthropologie pénitentiaire.

Ils sont nommés pour une durée de six ans. Un ou plusieurs magistrats des parquets généraux sont attachés à cette commission¹⁶⁷.

14. Du rôle de l'avocat durant la procédure

Lorsqu'il y a une demande d'internement ou de mise en liberté, le prévenu doit obligatoirement être assisté d'un avocat qu'il a choisi ou qui est désigné d'office¹⁶⁸.

¹⁶⁴ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 19bis, al.2 et 6, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶⁵ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 19ter, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶⁶ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 13, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶⁷ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 13, al. 4 et 5, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

Cependant, la présence de l'avocat n'est requise que durant l'examen même de la demande d'internement ou de mise en liberté par la commission de défense sociale, elle n'est donc pas obligatoire lors du prononcé de la décision¹⁶⁹.

L'état mental de l'interné impose à l'avocat un devoir particulier de discrétion. L'article 16, al. 5 qui déroge, par exemple, au principe de la représentation en justice¹⁷⁰. Il n'existe aucune formation pour apprendre aux avocats comment gérer ce type de client. Ceci est souvent critiqué par les magistrats.

15. De l'apparition de troubles mentaux au cours de l'exécution de la peine

Si un condamné est atteint de démence, de déséquilibre mental ou de débilité mentale au cours de sa détention, celui-ci peut être interné. C'est le ministre de la Justice qui décide d'interner ou non le condamné, sur base d'un avis rendu par la commission de défense sociale¹⁷¹. Aucun recours n'est possible contre cette décision ministérielle, ni contre l'avis émis¹⁷².

De même, si l'état mental de l'interné s'est amélioré avant l'expiration de sa peine, celui-ci est remis dans un centre pénitentiaire. C'est également le ministre de la Justice¹⁷³ qui prend cette décision sur base de constatations réalisées par la commission de défense sociale¹⁷⁴.

¹⁶⁸ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 28, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

¹⁶⁹ Cass., 9 septembre 1997, *Pas.*, 1997, I, p. 839.

¹⁷⁰ FRANCHIMONT, M., JACOBS, A., MASSET, A., *Manuel de procédure pénale*, Larcier, 2012, p. 1.263.

¹⁷¹ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 21, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7. 818.

¹⁷² Cass., 17 août 1978, *Pas.*, 1978, I, p. 1.261.

¹⁷³ Koen GEENS est actuellement le ministre de la Justice.

¹⁷⁴ L. du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, article 21, al. 3, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

16. De l'interné qui s'évade

Si un interné s'échappe, les services de police ont pour mission de le rechercher en respectant les instructions ordonnées par le procureur du Roi¹⁷⁵.

17. De la protection de l'interné

La loi du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus énonce des droits conférés aux personnes privées de liberté. Celle-ci s'applique ainsi aux internés¹⁷⁶ car la loi mentionne qu'elle est applicable à toutes personnes pour lesquelles une peine ou une mesure privative de liberté a été ordonnée.

Toutefois, ces droits sont beaucoup plus limités que ceux prévu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient¹⁷⁷. L'arrêté royal du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires énonce également certains droits qu'ont les internés¹⁷⁸.

C. Législation future relative à l'internement d'un inculpé

La loi du 21 avril 2007 avait été adoptée pour modifier complètement la procédure d'internement fixée par la loi du 1 juillet 1964, considérée comme lacunaire. Toutefois, cette loi n'a jamais été appliquée faute de moyens et à cause d'erreurs dans le système.

C'est pour cela qu'une nouvelle loi a été élaborée par le législateur fédéral: la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes. Celle-ci est beaucoup plus complète que celle de 1964 (136 articles contre 32) et entrera en vigueur le 1 janvier 2016.

¹⁷⁵ L. du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 19, al. 2, *M.B.*, 22 décembre 1992, p. 27.124.

¹⁷⁶ L. du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, article 2, 2°, *M.B.*, 1 février 2005, p. 2.815.

¹⁷⁷ DIGNEFFE, F., MOREAU, T., *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, 2006, de boek, p. 151.

¹⁷⁸ A.R. du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires, article 95, *M.B.*, 25 mai 1965, p. 6.272.

Elle va abroger la loi du 1 juillet 1964 ainsi que la loi du 21 avril 2007. Je vais analyser les principaux changements apportés par cette nouvelle norme juridique.

1. De la future procédure d'internement

Cette nouvelle loi précise, en son article 2, que l'internement est une mesure de sûreté destinée à protéger la société et à soigner le malade mental pour lui permettre de réintégrer le plus vite possible la société.

a) Des conditions pour qu'un inculpé puisse être interné

Pour être interné, il faut que la personne¹⁷⁹:

- ❖ Ait commis un crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement;
- ❖ Soit atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes au moment du jugement;
- ❖ Risque de réaliser à nouveau d'autres infractions en raison de son trouble mental.

b) Des personnes compétentes pour ordonner l'internement

L'internement peut être ordonné par les juridictions d'instruction et la chambre du conseil. Ceux-ci déterminent la section psychiatrique dans laquelle l'inculpé doit être transféré¹⁸⁰.

Une expertise psychiatrique médico-légale préalable avec mise en observation est requise avant qu'une décision ne soit rendue¹⁸¹. La mise en observation ne peut excéder deux mois¹⁸². L'inculpé a l'obligation de se faire représenter et assister par un conseil¹⁸³.

¹⁷⁹ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 9, §1, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸⁰ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 6, §1, al. 2, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸¹ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 9, §2, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸² L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 6, §2, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸³ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 81, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

c) Du rôle de l'expertise

Cette expertise doit permettre de déterminer¹⁸⁴:

- ❖ Si la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes au moment des faits et au moment de l'expertise;
- ❖ S'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits;
- ❖ Si, du fait du trouble mental, la personne risque de commettre de nouvelles infractions;
- ❖ Si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société.

S'il y a des raisons de croire qu'une personne incarcérée se trouve dans les conditions pour être internée, les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent ordonner qu'elle fasse l'objet d'une expertise psychiatrique médico-légale avec mise en observation (deux mois maximum)¹⁸⁵.

d) Des recours possibles contre la décision d'internement

Si l'inculpé fait défaut, il peut faire opposition de la décision de la chambre du conseil. Le procureur du Roi et l'inculpé peuvent aussi interjeter appel des décisions de la chambre du conseil devant la chambre des mises en accusation.

e) Des personnes compétentes pour déterminer l'établissement dans lequel l'inculpé sera interné

C'est la chambre de protection sociale qui va déterminer l'établissement dans lequel l'internement s'effectuera¹⁸⁶. Celle-ci peut accorder des permissions de sortie et des congés¹⁸⁷.

¹⁸⁴ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 5, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸⁵ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 6, §1, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸⁶ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 29, §1, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸⁷ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, articles 20 à 27, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

f) De l'exécution de l'internement

L'interné va recevoir les traitements nécessaires pour soigner sa maladie mentale. Durant l'exécution de la mesure d'internement, des sorties peuvent être autorisées via une détention limitée ou une surveillance électronique. C'est le tribunal d'application des peines qui fixe la durée de cette modalité pour six mois maximum, renouvelable une fois pour six mois supplémentaires.

Le directeur ou le médecin en chef de l'établissement transmet à la chambre de protection sociale un rapport relatif au déroulement du placement¹⁸⁸.

L'interné peut aussi bénéficier d'une mise en liberté à l'essai. Celui-ci devra respecter certaines conditions durant un délai de deux ans (renouvelable), appelé délai d'épreuve.

g) De la libération définitive

La libération définitive peut être octroyée à la personne internée à l'expiration du délai d'épreuve prévu à l'article 42, §1^{er} si le trouble mental s'est amélioré de sorte que l'interné ne présente plus de risque de commettre des infractions graves ou de mettre en péril l'intégrité physique ou psychique d'un tiers¹⁸⁹.

h) De l'organisme compétent pour octroyer la libération définitive

C'est la chambre de protection sociale qui statue sur la libération définitive au moins un mois avant la fin du délai d'épreuve établi. Si la libération définitive n'est pas octroyée, la chambre de protection sociale prolonge le délai d'épreuve pour maximum deux ans¹⁹⁰.

¹⁸⁸ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 57, §1, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁸⁹ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 66, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁹⁰ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 73, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

i) Des recours contre la décision relative à la libération

Un pourvoi en cassation contre la décision de la chambre de protection sociale peut être réalisé par le ministère public ou l'inculpé dans les quarante-huit heures à dater de la notification de la décision. Ce pourvoi a un effet suspensif¹⁹¹.

2. Nouveautés apportées par cette nouvelle loi

Les objectifs de cette loi sont d'améliorer le statut juridique des internés et d'encadrer la procédure de manière la plus complète possible. Celle-ci est une adaptation de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes qui n'aura donc jamais été appliquée. Les principales nouveautés et modifications se situent au niveau de l'expertise psychiatrique, du déroulement de la procédure et au niveau du statut du condamné interné¹⁹².

a) L'expertise psychiatrique

La qualité des expertises psychiatriques va être règlementée, les experts dirigeants qui réaliseront ce type d'expertise vont être obligés d'être agréments. Les experts vont également devoir respecter plusieurs normes professionnelles. Le conseil de l'inculpé pourra analyser les expertises provisoires, ce qui permettra une meilleure communication entre les parties.

De plus, une cellule de surveillance étendue de qualité des expertises va être créée au sein du SPF Santé publique. Celle-ci va vérifier que les rapports d'expertises réalisés par les experts respectent bien les normes imposées avant d'être envoyés au tribunal.

b) Déroulement de l'internement

Les commissions de défense sociale seront supprimées. Des chambres de protection sociale spécialisées vont être créées auprès des tribunaux de l'application des peines.

¹⁹¹ L. du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, article 78, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

¹⁹² LEMMENS, L. (agence de presse Kluwer). *La nouvelle loi sur l'internement sera d'application le 1er janvier 2016* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.legalworld.be/legalworld/nouvelle-loi-internement.html?LangType=2060> (consulté le 17/03/2015).

Ce sont elles qui vont prendre une décision quant au placement et au transfert des internés. Ces chambres statueront également sur les modalités de l'internement (permission de sortie, surveillance électronique, etc.) et sur la libération. Elles vont donc prendre le rôle des commissions de défense sociale. Ainsi, ces chambres vont occuper un rôle majeur dans la procédure d'internement, elles vont devoir établir un parcours adapté à la situation de l'interné.

c) Le statut du condamné interné

Le législateur a décidé d'assimiler un détenu interné à un interné ordinaire. Les dispositions de la nouvelle loi sur l'internement lui sont dès lors applicables.

D. Problématique relative à l'internement

A l'instar de ce qui se passe dans nos prisons, la Belgique ne dispose pas d'assez de places pour permettre d'accueillir tous les internés. Certains internés sont donc envoyés dans des prisons classiques ou sont "entassés" dans des annexes psychiatriques pendant un certain temps et ne reçoivent donc pas les soins adaptés à leurs problèmes mentaux. Ceux-ci étant inscrits sur une liste d'attente, ils sont contraints d'attendre six mois, voire un an, dans des conditions pénibles avant que leur situation se régularise¹⁹³.

Cette situation a déjà été condamnée de nombreuses fois par les juridictions belges, notamment par un arrêt de la Cour d'appel de Mons (n° 2006/RF/67). Elle a également été sanctionnée quatorze fois par la Cour européenne des droits de l'homme.

Ce fut notamment le cas en janvier 2015 où la Belgique a été condamnée à payer 15.000 euros de dommages et intérêts pour violation de l'article 5, §1 et de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme car huit personnes ont été enfermées dans une annexe psychiatrique d'une prison classique pendant des années alors que le juge avait ordonné leur internement en psychiatrie. Pour la Cour, le fait d'être en détention durant des années en annexe psychiatrique constitue un traite-

¹⁹³ Similes. *Aspect juridique et social* [en ligne]. 2007. Disponible sur : <http://www.similes.org/fr/defenseSociale.php> (consulté le 12/03/2015).

ment inhumain et dégradant. La première condamnation de la Belgique date du 30 juillet 1998 (affaire Aerts contre Belgique¹⁹⁴).

La Belgique s'est fait condamner pour violation de l'article 3 car la Cour dit¹⁹⁵:

"Le maintien en annexe psychiatrique sans espoir réaliste d'un changement, sans encadrement médical approprié et pendant une période significative constitue dès lors une épreuve particulièrement pénible l'ayant soumis à une détresse qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention".

Elle a également été condamnée pour violation de l'article 5, §1 de la CEDH qui vise à protéger les personnes contre toute détention arbitraire. La Cour affirme que la détention d'une personne malade est considérée comme régulière si elle a lieu dans un établissement de soins adapté.

La Belgique a l'obligation de garantir au malade un traitement de qualité. Or, ce n'était pas le cas pour les personnes qui devaient être internées. La Cour européenne des Droits de l'Homme considère que la détention durant des années dans des annexes psychiatriques sans bénéficier de soins adéquats est contraire à l'objectif de l'internement¹⁹⁶.

Le Comité européen de prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants¹⁹⁷ a établi de nombreux rapports sur la Belgique et s'est alarmé

¹⁹⁴ Cour eur. D. H., Arrêt AERTS contre Belgique du 30 juillet 1998, n° 25357/94, disponible sur [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"fulltext":\["aerts"\],"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-62765"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{) (consulté le 12/03/2015).

¹⁹⁵ Justice en ligne comprendre et communiquer. *Les conditions de vie en prison* [en ligne]. 2013. Disponible sur: <Http://www.justice-en-ligne.be/article539.html> (consulté le 12/4/2015).

¹⁹⁶ ibidem.

¹⁹⁷ Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a été institué par la Convention européenne du 26 novembre 1987 pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Il est de juristes, médecins, spécialistes de questions pénitentiaires ou policières. Le CPT se rend dans des lieux de détention (prisons, hôpitaux psychiatriques) dans les différents états membres afin d'évaluer la manière dont sont traitées les personnes privées de liberté. A l'issue de chaque visite, le Comité élabore un rapport reprenant ses constatations et les recommandations estimées nécessaires pour améliorer la situation des personnes privées de liberté. La Belgique est partie à la Convention et l'a ratifiée en 1991.

quant au phénomène de surpopulation dans les établissements de défense sociale. Le dernier rapport date de 2012.

Contrairement à l'objectif de la loi du 1 juillet 1964 qui est de réinsérer l'interné le plus rapidement possible dans la société, le fait que les personnes atteintes de troubles mentaux soient mélangées aux détenus classiques dans les annexes n'augmente pas les chances de réinsertion durable et rapide. On pourrait même dire qu'un séjour en détention peut provoquer des troubles psychiques plus graves encore.

Pour remédier à ce problème de manque de places mais aussi répondre aux condamnations de la Cour européenne des Droits de l'Homme, le centre de psychiatrie de Gand a vu le jour et celui d'Anvers devrait ouvrir d'ici 2016. La principale mesure prise à cet égard a été l'adoption de la loi du 5 mai 2014. Il faudra voir avec le temps si cela sera suffisant.

XII. Les intervenants en matière de santé mentale

A. Les plates-formes de concertation pour la santé mentale

1. Composition et objectif

L'objectif des plates-formes est d'assurer une concertation entre les institutions de soins en santé mentale. Celles-ci sont composées des représentants :

- ❖ Des services psychiatriques en hôpital général;
- ❖ Des hôpitaux psychiatriques;
- ❖ Des services de santé mentale;
- ❖ Des initiatives d'habitations protégées;
- ❖ Des maisons de soins psychiatriques;
- ❖ Des institutions conventionnées INAMI;
- ❖ Des fédérations de médecins généralistes, les associations de parents.

2. Missions

Ces plates-formes ont des missions définies par l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques. Elles doivent:

- ❖ Mener une concertation sur les besoins en matière d'équipements psychiatriques sur leur territoire;
- ❖ Mener une concertation sur la répartition des tâches et la complémentarité en ce qui concerne l'offre des services, les activités et les groupes cibles afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé mentale intégrés;
- ❖ Mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches en ce qui concerne les soins de santé mentale intégrés;

- ❖ Mener une concertation avec d'autres associations d'institutions et de services psychiatriques;
- ❖ Collaborer à une collecte de données et à leur exploitation dans le cadre d'une étude nationale des besoins en matière de soins en santé mentale;
- ❖ Mener une concertation sur la politique à suivre concernant l'admission, la sortie et le transfert ainsi que la coordination de la politique médicale et psychosociale;
- ❖ Disposer d'un service de médiation (article 11).

3. Plates-formes de concertation en santé mentale en Belgique

La zone d'une plate-forme doit couvrir au minimum 200.000 habitants. Aujourd'hui, il en existe treize¹⁹⁸.

Six en Région wallonne:

- ❖ Centre psychiatrique Saint Bernard (Manage, Hainaut);
- ❖ Picarde Institut psychiatrique Saint Jean de Dieu, Leuze en Hainaut, Hainaut);
- ❖ Institut psychiatrique Beau Vallon (Saint Servais, Namur);
- ❖ Centre hospitalier psychiatrique (Petit Bourgogne, Liège);
- ❖ Clinique Saint-Pierre (Ottignies Brabant Wallon);
- ❖ Centre universitaire provincial La Clairière (Bertrix, Luxembourg).

Cinq en Région flamande:

- ❖ Clinique Saint-Joseph-Pittem (Flandre occidentale);
- ❖ Centre psychiatrique Dr Guislain (Gand, Flandre orientale);
- ❖ Hôpital psychiatrique public (Geel, Antwerp);
- ❖ Centre psychiatrique (Saint-Trond, Limbourg);
- ❖ Centre psychiatrique universitaire Saint-Kamilus (Bierbeek, Brabant flamand).

¹⁹⁸ A.R. du 8 juillet 2003 fixant les critères de programmation applicables aux associations comme plates-formes de concertation, d'institutions et de services psychiatriques, article 1, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41.863.

Un pour la Région Bruxelles-Capitale:

- ❖ Clinique Sans Souci (Bruxelles, Région Bruxelles-Capitale).

Un pour la Communauté germanophone:

- ❖ Clinique de la communauté Saint-Joseph (Saint-Vith, Communauté germanophone).

4. Financement

Leur financement est réalisé via le budget des moyens financiers (B.M.F. en B4). Une somme est accordée chaque année à un des hôpitaux faisant partie de l'association afin de faire face aux frais de fonctionnement de la plate-forme.

Une autre enveloppe est accordée à l'hôpital psychiatrique qui garantit le droit de plainte du patient par le biais de la fonction de médiation prévue par l'article 11 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

5. Organisme compétent

Actuellement, les règles sont fixées par l'Etat fédéral et sont contrôlées par les Régions. Toutefois, à l'instar des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitations protégées, les compétences pour réglementer les plates-formes vont être transférées entièrement aux Régions.

B. Le résumé psychiatrique minimum (R.P.M.)

1. Enregistrement

L'enregistrement des données dans le résumé psychiatrique minimum est obligatoire pour tous les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques en hôpitaux généraux depuis 1996 (arrêté royal du 1er octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions). En 1998, il est devenu également obligatoire pour les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques (arrêté royal du 20 septembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques).

2. Objectifs de ces enregistrements:

Les objectifs du résumé psychiatrique minimum sont¹⁹⁹:

- ❖ La détermination des besoins en équipements psychiatriques;
- ❖ La définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des institutions;
- ❖ L'organisation du financement des institutions, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics;
- ❖ L'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologique ("*l'étude de la distribution des problèmes de santé dans une population et le rôle des facteurs qui la déterminent*"²⁰⁰).

¹⁹⁹ A.R. du 1 octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, article 3, §1^{er}, M.B., 10 décembre 2002, p. 55.571.

²⁰⁰ Infirmier.com. *Cours étudiant en soins infirmiers* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-sante-publique-lepidemiologie.html> (consulté le 15/03/2015).

3. Du responsable de l'enregistrement

C'est le gestionnaire de l'établissement qui va désigner une personne qui sera responsable de la coordination de ces données.

4. Des missions du responsable désigné

Les missions du responsable désigné sont²⁰¹:

- ❖ Assurer l'organisation de l'enregistrement;
- ❖ Veiller à la formation relative à la procédure d'enregistrement;
- ❖ Garantir la qualité des données enregistrées et transmises;
- ❖ Apporter une solution aux problèmes au sein de l'établissement concernant l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum;
- ❖ Transmettre le résumé psychiatrique minimum dans les délais, en collaboration avec le médecin en chef;
- ❖ Traiter le résumé psychiatrique minimum au niveau de l'établissement;
- ❖ Fournir des données complémentaires ou manquantes envers le service public fédéral et donner un feedback au niveau de l'établissement.

5. Du contenu du résumé psychiatrique minimum

Celui-ci contient:

- ❖ Les données sur l'ensemble des patients;
- ❖ Le diagnostic et les problèmes relatifs à l'admission;
- ❖ Les données de traitements;
- ❖ Le diagnostic et les problèmes résiduels à la sortie.

²⁰¹ A.R. du 1 octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, article 7, *M.B.*, 10 décembre 2002, p. 55.571.

6. Destinataire de l'information

L'application est installée dans chaque institution. On y introduit en continu les informations demandées. Deux fois par an, ces données sont traitées avant d'être transmises pour traitement au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

C. Les services de santé mentale (S.S.M.)

1. Composition et objectifs

Les services de santé mentale portent une aide en matière d'accueil, de diagnostic ainsi qu'en traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. Ceux-ci interviennent dans le cheminement de la socialisation d'un ancien patient d'un hôpital psychiatrique ou d'une maison de soins psychiatriques. C'est une structure ambulatoire qui est composée de psychiatres, de psychologues et d'assistants sociaux. Ces services de santé mentale ne bénéficient de subventions du gouvernement que si elles sont agréées²⁰².

2. Missions

Les missions générales d'un service de santé mentale sont²⁰³:

- ❖ L'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques;
- ❖ L'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale;
- ❖ L'organisation des activités au bénéfice d'autres professionnels afin d'améliorer la qualité de leurs prestations. Celles-ci se font sous la forme d'informations, de supervisions ou de formations, ainsi que sous la forme de réalisations d'expertises, liées à leurs activités de dispensations des soins.

²⁰² HERCOT, Anne-Sophie. Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

²⁰³ Code wallon de l'action sociale et de la santé, article 540.

3. Financement

Les services de santé mentale sont financés par la Région à l'exception du psychiatre qui lui, est rémunéré via les honoraires INAMI.

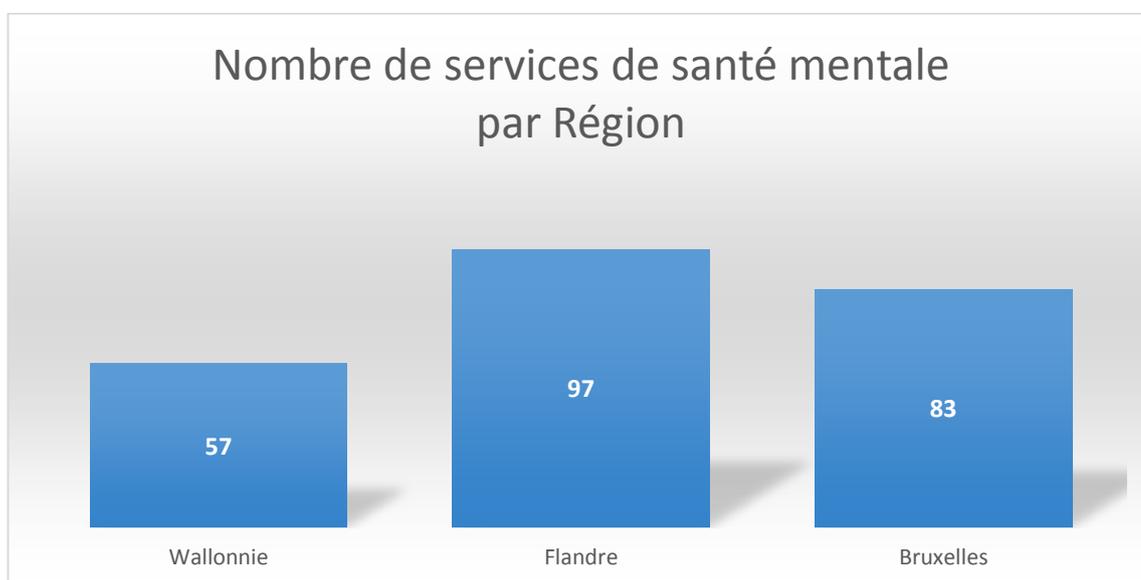
4. Agrément

La demande doit émaner du responsable du service de la santé mentale et doit être adressée au Gouvernement de la Région wallonne.

Cette demande doit être accompagnée d'un dossier reprenant les noms des membres du pouvoir organisateur et le projet du service de santé mentale²⁰⁴. Cet agrément est accordé pour une durée indéterminée²⁰⁵. L'agrément peut être retiré ou suspendu si le service ne répond plus aux conditions imposées par le décret.

5. Les services de santé mentale en Belgique

En Flandre, il existe 97 services de santé mentale, 57 en Wallonie et 83 à Bruxelles.



²⁰⁴ Code wallon de l'action sociale et de la santé, article 600.

²⁰⁵ Ibidem.

XIII. Conclusion

Depuis plusieurs années, de nombreuses réformes touchent le secteur de la santé mentale. Un véritable encadrement a été créé pour soigner ou stabiliser les maladies mentales. Les mesures prises par le législateur pour remédier au nombre excessif de lits dans les établissements psychiatriques sont récentes.

Au départ, j'avais choisi ce sujet pour analyser la mise en observation non consentie dans un établissement psychiatrique, mais j'ai pu voir au fil de mes recherches qu'il y avait beaucoup de législations applicables dans ce domaine.

Lors des visites effectuées dans des établissements psychiatriques avec le juge de paix Luc DESIR (vice-président du 3^{ème} canton de la justice de paix de Liège), j'ai constaté que beaucoup de patients se sentaient dénigrés, maltraités et estimaient qu'ils n'étaient pas à leur place. Cela prouve donc que la mise en observation forcée est une mesure délicate à ordonner au vu des conséquences qu'elle peut engendrer.

Lorsque le juge de paix ordonne une mise en observation, son but n'est pas de punir le patient, mais c'est une mesure qui est prise dans l'intérêt de ce dernier. C'est une mesure délicate à prononcer car il faut analyser toutes les possibilités pour voir s'il n'existe aucune autre alternative au traitement forcé en établissement psychiatrique. Le patient va se retrouver privé de liberté, le juge de paix ne doit donc prendre cette mesure que si cela est vraiment nécessaire.

Suite aux entretiens que j'ai effectués avec des patriciens, j'ai remarqué qu'ils parvenaient tous les deux au même constat: les moyens financiers se réduisent et le nombre de lits psychiatriques va continuer de diminuer. Ces derniers s'interrogent quant à l'avenir: la situation est déjà difficile aujourd'hui selon eux et ces réformes ne risquent pas de les aider. Le nombre de lits psychiatriques diminue, alors que le nombre de malades, lui, ne cesse d'augmenter.

L'organisation du secteur de la santé mentale ne cesse d'évoluer, la philosophie et l'encadrement des soins de santé mentale ont fortement changé suite aux diverses réformes et législations adoptées.

La réforme "psy107" a permis la création de fonctions qui ont facilité l'accès aux soins de santé mentale.

Au fil des années, les médecins ont constaté qu'isoler le malade mental diminuait ses chances de guérison ou de stabilisation. Par conséquent, sa réinsertion sociale était compromise. Toute une structure a été mise en place pour permettre de soigner les patients en dehors des établissements psychiatriques: les soins en milieu familial, les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques.

La législation relative à l'internement du 1 juillet 1964 comportait beaucoup de vides juridiques. Une des conséquences de cela a été, notamment, l'apparition d'une surpopulation dans les annexes psychiatriques des prisons belges. Ce fait a été sanctionné pas moins de quatorze fois par la Cour européenne des Droits de l'Homme. L'adoption d'une nouvelle loi en 2007 a permis de démontrer une réelle envie de combler ces vides et de répondre aux condamnations, même si cette loi ne sera jamais appliquée. C'est ainsi qu'est née la loi du 5 mai 2014. Il suffit de voir le nombre d'articles pour se rendre compte que la volonté du législateur était d'être le plus complet possible et d'encadrer le plus précisément possible la procédure d'internement.

J'étais étonné lorsque j'ai vu le nombre de condamnations relatives à la surpopulation des annexes psychiatriques des prisons belges. Il a fallu presque dix ans avant de voir le législateur réagir via une nouvelle loi et la construction de nouvelles infrastructures. Malgré ce long délai, il semblerait que la volonté du législateur est de faire le mieux possible.

Seul le temps nous permettra de savoir si tout cela suffira ou si d'autres dispositions devront être prises pour améliorer la situation des malades mentaux.

XIV. Bibliographie

Législation

Arrêtés royaux:

- Arrêté royal du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires, *M.B.*, 25 mai 1965, p. 6.272.
- Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.707.
- Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.691.
- Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14.700.
- Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 26 juillet 1991, p. 16.631.
- Arrêté royal du 1 octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M.B.*, 10 décembre 2002, p. 55.571.
- Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B.*, 30 mai 2002, p. 23.593.
- Arrêté royal du 1 avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient " instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 13 mai 2003, p. 25.596.
- Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les critères de programmation applicables aux associations comme plateformes de concertation, d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41.863.

- Arrêté royal du 8 janvier 2015 fixant, pour l'exercice 2015, le budget global du Royaume, visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux, *M.B.*, 22 janvier 2015, p. 5.321.

Lois fédérales:

- Loi du 21 mars 1804 (30 ventôse an XII) – Code civil. Lois coordonnées
- Loi du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.
- Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, *M.B.*, 12 juillet 1978, p. 8.024.
- Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.
- Loi du 5 août 1992 sur la fonction de police, *M.B.*, 22 décembre 1992, p. 27.124.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43.719.
- La loi du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 1 février 2005, p. 2.815.
- Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, *M.B.*, 13 juillet 2007, p. 38.271.
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58.624.
- Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52.159.

Législations régionales:

- Décret wallon du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 10 septembre 1993, p. 20.000.

- Code wallon de l'action sociale et de la santé, deuxième partie, *M.B.*, 30 août 2013, p. 57.149.

Législation communautaire:

- Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médicotechniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitation protégée et associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 7 janvier 1988, p. 149.

Jurisprudence

Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme :

- Cour eur. D. H., Arrêt AERTS contre Belgique du 30 juillet 1998, n° 25357/94, disponible sur:
[http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{"fulltext":\["aerts"\],"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-62765"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx#{).

Jurisprudences des Cours d'appel :

- Liège, 18 janvier 1993, *J.L.M.B.*, 1993, p. 924.
- Liège, 27 janvier 1993, *JLMB*, 1993, p. 1.030.
- Liège, 24 mars 1995, *Pas.*, 1995, II, p. 8.
- Mons (2^e ch., arrêt n°2006/RF/167), 22 mai 2007, disponible sur:
<http://jure.juridat.just.fgov.be/JuridatSearchCombined/?lang=fr>.

Jurisprudences de la Cour de cassation :

- Cass., 25 mars 1946, *Pas.*, 1946, I, p. 116.
- Cass., 11 décembre 1973, *Pas.*, 1974, I, p. 391-393.
- Cass., 13 décembre 1976, *Pas.*, 1977, I, p. 422.

- Cass., 17 août 1978, *Pas.*, 1978, I, p. 1.261.
- Cass., 11 janvier 1983, *Rev. Dr. Pén.*, 1983, I, p. 560.
- Cass., 24 mai 1983, *J.T.*, 1985, p. 512.
- Cass., 18 avril 1985, *Pas.*, 1985, I, p. 1.017.
- Cass., 2 avril 1996, *Pas.*, 1996, I, p. 281.
- Cass., 9 septembre 1997, *Pas.*, 1997, I, p. 839.
- Cass., 31 mars 1998, *Pas.*, 1998, I, p. 418.
- Cass., 1 février 2000, *Pas.*, 2000, I, p. 84.
- Cass., 23 octobre 2006, *Pas.*, 2006, I, p. 301.

Doctrine

Doctrine:

- COSYNS, P., D'HONT, C., JANSSENS, D., MAES, E. et VERELLEN, R., *Les internés en Belgique: les chiffres*, revue de droit pénal, 2008.
- DALCQ, R.O., *Traité de la responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 1967.
- DEBRULE, A., *La loi du 26 juin 1990 relative à la personne des malades mentaux et la compétence territoriale du juge de paix*, J.L.M.B., 1994.
- DECLERCQ, R., *Journal des tribunaux*, Larcier, 1987.
- FRANCHIMONT, M., JACOBS, A., MASSET, A., *Manuel de procédure pénale*, Larcier, 2012.
- LELEU, Y-H., *La protection de la personne des malades mentaux en vue de leur traitement médical in Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010.
- LELEU, Y.H., *Les Incapacités*, CUP, 2003.
- VANDEMEULEBROEKE, O., *Un autre régime d'internement des délinquants atteints d'un trouble mental. La loi du 21 avril 2007*, revue de droit pénal, 2008.
- VANDEMEULEBROEKE, O., *Les commissions de défense sociale*, *Rev. Dr. Pén.*, 1986.

- VAN DEN PLAS, U., *Le juge de paix compétent après un transfert du malade vers un autre service (art. 18 Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux)*, J.J.P., 2010.
- VANDERMEERSCH, D., *Elément de droit pénal et de procédure pénale*, La charte, 2^{ème} édition, 2006.
- WALTER, J. D., *Enfermement psychiatrique: défense social & protection des malades mentaux*, Bruxelles, L'observatoire, 1999.

Document officiel:

- La Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées. *Annuaire des institutions membres de la Fédération francophone des initiatives d'Habitations Protégées*, 2014.

Documents sur internet

- Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. *Mesures de contention et/ou d'isolement : Recommandations générales* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.dgde.cfwb.be/index.php?id=6091> (consulté le 24/03/2015).
- Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées [en ligne]. Disponible sur <http://www.ffihp.be/> (consulté le 01/02/2015).
- Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations protégées. *L'autonomie en question: lien social et santé mental* [en ligne]. 2010. Disponible sur: <http://www.francoisdeconinck.be/media/ecrit-textes/L%20AUTONOMIE%20EN%20QUESTION%28S%29.pdf> (consulté le 23/03/2015).
- Fédération Wallonie Bruxelles. *Quelle place la société fait-elle à la folie?* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.questionsante.be/outils/Folie.html> (consulté le 08/04/2015).
- Institut national d'assurance maladie-invalidité. *Les initiatives d'habitations protégées* [en ligne]. 2015. Disponible sur:

<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/habitations-protégees-psi-psiatriques/Pages/default.aspx#.VQwIDuHiVv0> (consulté le 20/03/2015).

- Institut national d'assurance maladie- invalidité. *Les maisons de soins psychiatriques* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-soins-psi-psiatriques/Pages/default.aspx#.VQ1PeuHiVv0> (consulté le 21/03/2015).
- Institut wallon pour la santé mentale. *Santé mentale en Wallonie* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.iwsm.be/institut-wallon-sante-mentale-Vue-Ensemble.php> (consulté le 04/04/2015).
- Les circuits et les réseaux de soins. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf> (consulté le 10/04/2015).
- Justice en ligne comprendre et communiquer. *Les conditions de vie en prison* [en ligne]. 2013. Disponible sur: <Http://www.justice-en-ligne.be/article539.html> (consulté le 12/04/2015).
- LACHAPELLE, P. et SCHEPENS, P.. *Loi de protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990: descriptif commenté* [en ligne]. 2000. Disponible sur: <http://www.delplanche.be/protection.pdf> (consulté le 02/04/2015).
- LEMMENS, L. (agence de presse Kluwer). *La nouvelle loi sur l'internement sera d'application le 1er janvier 2016* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.legalworld.be/legalworld/nouvelle-loi-internement.html?LangType=2060> (consulté le 17/03/2015).
- MOENS, I.. *La réforme des soins de santé mentale en Belgique, 2010*, disponible sur: http://www.iwsm.be/pdf_dir/reformefederal.pdf (consulté le 30/02/2015).
- Mutualité chrétienne. *L'organisation et le financement des hôpitaux* [en ligne]. 2013. Disponible sur: https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf consulté le 20/02/2015).

- Organisation mondiale de la santé. *Investir dans la santé mentale* [en ligne]. 2008. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf (consulté le 08/02/2015).
- Organisation mondiale de la santé. *Policies and practices for mental health in Europe* [en ligne]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf, page 48 (consulté le 22/04/2015).
- RAMMOUZ, I.. *Classification des maladies mentales* [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://www.psychiatriefes.org/index.php/etudiants/cours-de-psychiatrie/70-01-classification-des-maladies-mentales> (consulté le 08/01/2015).
- SANTELE, S.. *La prise en charge des détenus déficients mentaux*, 2010, disponible sur <http://www.sireas.be/agora/?p=261> (consulté le 15/03/2015).
- Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. *Loi "droit du patient"* [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/Brochure/index.htm#.VT6F1yHtmko> (consulté le 05/02/2015).
- SIMILES. *Aspect juridique et social* [en ligne]. Avril 2007. Disponible sur: <http://www.similes.org/fr/defenseSociale.php> (consulté le 22/03/2015).
- VAN DEN EYNDE, M. et VANHAVERBEKE, J.. *Le secteur de la santé mentale* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.educ.be/carnets/santementale/tout.pdf> (consulté le 15/04/2015).
- Wallonie. *Portail Action Sociale et Santé en Wallonie* [en ligne]. Disponible sur: <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/etablissements-psychiatriques> (consulté le 02/04/2015).
- Wikiwiph. *Défense sociale* [en ligne]. Disponible sur: <http://wikiwiph.awiph.be/index.php/je-m-informe-sur-d-autres-sujets/aspects-juridiques/item/210-defense-sociale> (consulté le 01/05/2015).

Autres

- Entretien avec Monsieur Etienne COUNSON, coordinateur I.H.P. à l'ISOSL santé mentale, réalisé le 30 mars 2015.
- Entretien avec Monsieur Nadia SPRENGHETTI, directrice du département infirmier et assimilé, réalisé le 31 mars 2015.
- Entretien avec Luc DESIR, vice-président du 3^{ème} canton de la justice de paix de Liège, réalisé le 18 mai 2015.
- HERCOT, Anne-Sophie. Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie. Haute-école de la Ville de Liège, 2013-2014.

XV. Table des matières

I.	Plan.....	3
II.	Introduction	5
III.	Les services hospitaliers en Belgique	7
IV.	Compétences en matière de soins de santé	8
	A. Compétences de l'Etat fédéral.....	8
	B. Compétences de la Communauté française	9
	C. Compétences de la Région wallonne	9
V.	Evolution du statut du malade mental	11
	A. Moyen-âge	11
	B. XVIIème siècle ou le siècle de la Raison	12
	C. XVIIIème siècle	12
	D. XIXème siècle	13
	E. XXème siècle	14
	F. Aujourd'hui.....	15
VI.	La réforme du réseau psychiatrique	17
	A. Explication de la réforme	17
	B. Objectif de la réforme	19
	C. Pourquoi le nom "psy 107" et sur quelle base légale repose cette réforme?....	19
VII.	Les hôpitaux psychiatriques.....	21
	A. Définition.....	21
	B. Agrémentation	21
	C. Financement.....	23
	1. Mode de financement	23

2.	Composition du budget des moyens financiers	24
a)	Partie A.....	24
b)	Partie B.....	24
c)	Partie C.....	25
3.	Vers une réforme du financement	25
D.	Services psychiatriques dans les hôpitaux généraux.....	25
VIII.	De l'admission dans un établissement psychiatrique.....	26
A.	De l'admission volontaire.....	26
B.	De l'admission forcée (mise en observation).....	27
1.	De la personne compétente pour ordonner une mesure de protection de mise en observation.....	27
2.	Des personnes pouvant introduire une requête devant le juge de paix.....	28
3.	De la personne compétente pour ordonner la mise en observation en cas d'urgence.....	29
4.	Des personnes pouvant saisir le procureur du Roi en cas d'urgence.....	30
5.	Des conditions pour imposer une mise en observation.....	30
6.	De la procédure	31
7.	Du délai de prise de décision.....	31
8.	De la durée de la mise en observation	32
9.	Des voies de recours contre la décision de mise en observation forcée	33
a)	Opposition.....	33
b)	Appel	33
c)	Pourvoi en cassation	33
10.	De l'exécution du jugement.....	34
11.	Du contrôle du service des établissements psychiatriques.....	34

12.	Du contrôle de la régularité du séjour du patient et de certaines règles de la loi du 26 juin 1990	34
13.	De la fin anticipative de la mise en observation.....	35
14.	Du maintien de la mise en observation.....	36
15.	De la postcure	36
16.	De la fin du maintien de la mise en observation	38
17.	Du patient qui s'échappe de l'établissement psychiatrique	38
18.	Des soins dans un milieu familial.....	38
a)	Du délai pour statuer	39
b)	Des personnes pouvant demander les soins en milieu familial	39
c)	De la durée de la mesure	39
d)	De la fin de la mesure.....	39
IX.	La protection du patient	41
A.	Législation	41
B.	La commission fédérale	41
X.	Les alternatives des soins en hôpital psychiatrique.....	43
A.	Les initiatives d'habitations protégées	43
1.	Définition	43
2.	Procédure d'admission	44
3.	Conditions de création (agrémentation)	45
4.	Objectifs	46
5.	Types d'initiatives d'habitations protégées.....	47
6.	Financement	47
7.	Vers un changement de compétence.....	48
B.	Les maisons de soins psychiatriques.....	48

1.	Définition	48
2.	Conditions de création (agrémentation)	50
3.	Différences avec les initiatives d'habitations protégées	50
4.	Financement	51
5.	Vers un changement de compétence.....	51
XI.	Du malade mental qui commet une infraction.....	52
A.	La mise en observation	53
1.	Condition pour qu'un inculpé soit mis en observation	53
2.	Des personnes compétentes pour ordonner la mise en observation	54
3.	A quel moment la mise en observation peut-elle être requise?.....	54
4.	Des personnes pouvant demander la mise en observation	54
5.	Des recours contre la décision ordonnant la mise en observation	55
6.	De la durée de la mise en observation	55
7.	De la fin de la mise en observation	55
B.	L'internement.....	56
1.	Des conditions pour être interné.....	56
2.	Des personnes compétentes pour ordonner l'internement	58
3.	Du recours contre la décision d'internement.....	58
4.	Du lieu d'exécution de l'internement	58
a)	Les établissements de défense sociale	59
b)	Les établissements psychiatriques classiques	59
c)	Les annexes psychiatriques des prisons.....	59
5.	De la composition des commissions de défense sociale.....	60
6.	Des missions de la commission de défense sociale.....	60
7.	De la mise en liberté de l'interné.....	60

8.	Des conditions de la mise en liberté à l'essai de l'interné.....	61
9.	Des personnes pouvant demander la mise en liberté définitive	61
10.	De la personne compétente pour ordonner la mise en liberté définitive de l'interné	62
11.	De la personne compétente pour ordonner la mise en liberté définitive en urgence.....	62
12.	Des recours contre la décision de mise en liberté définitive	62
	a) Opposition.....	62
	b) Appel	63
	c) Pourvoi en cassation	63
13.	De la composition de la commission supérieure de défense sociale	63
14.	Du rôle de l'avocat durant la procédure.....	63
15.	De l'apparition de troubles mentaux au cours de l'exécution de la peine...	64
16.	De l'interné qui s'évade	65
17.	De la protection de l'interné.....	65
C.	Législation future relative à l'internement d'un inculpé	65
	1. De la future procédure d'internement	66
	a) Des conditions pour qu'un inculpé puisse être interné.....	66
	b) Des personnes compétentes pour ordonner l'internement.....	66
	c) Du rôle de l'expertise	67
	d) Des recours possibles contre la décision d'internement.....	67
	e) Des personnes compétentes pour déterminer l'établissement dans lequel l'inculpé sera interné.....	67
	f) De l'exécution de l'internement	68
	g) De la libération définitive.....	68

h)	De l'organisme compétent pour octroyer la libération définitive.....	68
i)	Des recours contre la décision relative à la libération	69
2.	Nouveautés apportées par cette nouvelle loi	69
a)	L'expertise psychiatrique	69
b)	Déroulement de l'internement	69
c)	Le statut du condamné interné.....	70
D.	Problématique relative à l'internement	70
XII.	Les intervenants en matière de santé mentale	73
A.	Les plates-formes de concertation pour la santé mentale	73
1.	Composition et objectif	73
2.	Missions	73
3.	Plates-formes de concertation en santé mentale en Belgique	74
4.	Financement	75
5.	Organisme compétent	75
B.	Le résumé psychiatrique minimum (R.P.M.).....	76
1.	Enregistrement	76
2.	Objectifs de ces enregistrements:	76
3.	Du responsable de l'enregistrement	77
4.	Des missions du responsable désigné	77
5.	Du contenu du résumé psychiatrique minimum	77
6.	Destinataire de l'information.....	78
C.	Les services de santé mentale (S.S.M.)	78
1.	Composition et objectifs.....	78
2.	Missions	78
3.	Financement	79

4.	Agrément	79
5.	Les services de santé mentale en Belgique	79
XIII.	Conclusion	80
XIV.	Bibliographie	82
XV.	Table des matières	90
XVI.	Annexes	97

XVI. Annexes

Annexe 1: Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14.806.

Annexe 2: Exemple de rapport médical circonstancié.

Annexe 3: Projet de décret fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques.

Annexe 4: Loi du 1 juillet 1964 relative à la défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964, p. 7.818.

Annexe 1

JUSTEL - Législation consolidée				
<u>Fin</u>	<u>Premier mot</u>	<u>Dernier mot</u>	<u>Modification(s)</u>	
	<u>Travaux parlementaires</u>	<u>Table des matières</u>	<u>9 arrêtés d'exécution</u>	<u>11 versions archivées</u>
		<u>Fin</u>		<u>Version néerlandaise</u>
belgiquelex.be - Banque Carrefour de la législation				
<u>Conseil d'Etat</u>				

Titre
<p>26 JUIN 1990. - Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 26-07-1991 et mise à jour au 09-07-2014)</p> <p>Source : JUSTICE Publication : 27-07-1990 numéro : 1990009905 page : 14806 Dossier numéro : 1990-06-26/32 Entrée en vigueur : 27-07-1991 (ART. (39))</p>

Table des matières	<u>Texte</u>	<u>Début</u>
CHAPITRE I. - Dispositions préliminaires.		
Art. 1-3		
CHAPITRE II. - Du traitement en milieu hospitalier.		
SECTION 1. - De la mise en observation.		
Art. 4		
SOUS-SECTION 1. - Dispositions générales et procédure.		
Art. 5-8		
SOUS-SECTION 2. - De l'urgence.		
Art. 9		
SOUS-SECTION 3. - Des modalités, de la durée et de la fin de la mise en observation.		
Art. 10-12		
SECTION 2. - Du maintien.		
SOUS-SECTION 1. - Dispositions générales.		
Art. 13-15		
SOUS-SECTION 2. - De la postcure.		
Art. 16-17		
SOUS-SECTION 3. - Du transfert à un autre service.		
Art. 18		
SOUS-SECTION 4. - De la fin du maintien.		
Art. 19-21		
Sous-section 5. - De la révision.		
Art. 22		
Section 3. - De l'hospitalisation d'un condamné interné à l'expiration de la ou des peines privatives de liberté. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 139; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015>		
Art. 22bis, 22ter, 22quater, 22quinquies, 22sexies		

CHAPITRE III. - Des soins en milieu familial.

Art. 23-29

CHAPITRE IV. - Du recours.

Art. 30-31

CHAPITRE V. - Dispositions générales.

Art. 32-36

CHAPITRE VI. - Dispositions pénales.

Art. 37

CHAPITRE VII. - Dispositions modificatives et abrogatoires.

Art. 38

CHAPITRE VIII. - Dispositions finales et transitoires.

Art. 39-42

Texte	Table des matières	Début
CHAPITRE I. - Dispositions préliminaires.		
<p>Article 1. § 1er (§ 1er) 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, sans préjudice de l'application de la [2] loi du 21 avril 2007 relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental[2]. <L 2006-06-13/40, art. 52, 1°, 006; En vigueur : 16-10-2006></p>		
<p>(§ 2. Les mesures protectionnelles visées dans la présente loi sont ordonnées par le juge de paix.</p>		
<p>Toutefois, à l'égard des mineurs, ainsi qu'à l'égard des majeurs pour lesquels une mesure de protection de la jeunesse est maintenue en application de l'article 37, § 3, alinéas 2 et 3, de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse est seul compétent.</p>		
<p>La compétence territoriale du tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse est déterminée conformément à l'article 44 de la loi précitée du 8 avril 1965.</p>		
<p>[1] Les fonctions du ministère public sont exercées conformément à l'article 8 de la loi précitée du 8 avril 1965, par le procureur du Roi près le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse territorialement compétent.]¹</p>		
<p>Lorsque la compétence du tribunal de la jeunesse visée au deuxième alinéa prend fin et qu'une mesure prévue par la présente loi est toujours en cours, le tribunal de la jeunesse transmet le dossier au juge de paix, qui reprend l'affaire en l'état.) <L 2006-06-13/40, art. 52, 2°, 006; En vigueur : 16-10-2006></p>		
- DROIT FUTUR		
<p><i>Article 1. § 1er (§ 1er) 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, sans préjudice de l'application de la [2] la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes[2]. <L 2006-06-13/40, art. 52, 1°, 006; En vigueur : 16-10-2006></i></p>		
<p><i>(§ 2. Les mesures protectionnelles visées dans la présente loi sont ordonnées par le juge de paix.</i></p>		
<p><i>Toutefois, à l'égard des mineurs, ainsi qu'à l'égard des majeurs pour lesquels une mesure de protection de la jeunesse est maintenue en application de l'article 37, § 3, alinéas 2 et 3, de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse est seul compétent.</i></p>		
<p><i>La compétence territoriale du tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse est déterminée</i></p>		

conformément à l'article 44 de la loi précitée du 8 avril 1965.

[¹ Les fonctions du ministère public sont exercées conformément à l'article 8 de la loi précitée du 8 avril 1965, par le procureur du Roi près le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse territorialement compétent.]¹

Lorsque la compétence du tribunal de la jeunesse visée au deuxième alinéa prend fin et qu'une mesure prévue par la présente loi est toujours en cours, le tribunal de la jeunesse transmet le dossier au juge de paix, qui reprend l'affaire en l'état.) <L 2006-06-13/40, art. 52, 2°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(1)<L 2009-12-30/13, art. 11, 008; En vigueur : 25-01-2010>

(2)<L 2007-04-21/01, art. 138, 007; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015>

(3)<L 2014-05-05/11, art. 128, 012; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2016. Dispositions transitoires: art. 134 et 135>

Art. 2. Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.

Art. 3. La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment.

CHAPITRE II. - Du traitement en milieu hospitalier.

SECTION 1. - De la mise en observation.

Art. 4. Lorsque les circonstances prévues à l'article 2 sont réunies, une mise en observation dans un service psychiatrique peut être ordonnée par décision judiciaire selon les règles déterminées aux articles ci-après.

SOUS-SECTION 1. - Dispositions générales et procédure.

Art. 5. § 1. (En vue d'une mise en observation, toute personne intéressée peut adresser une requête écrite au (juge).) <L 1993-08-06/30, art. 58, 003; En vigueur : 19-08-1993> <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Cette requête mentionne à peine de nullité :

1. les jour, mois et an;
2. les nom, prénom, profession et domicile du requérant ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations qui existent entre le requérant et la personne dont la mise en observation est sollicitée;
3. l'objet de la demande et l'indication sommaire des motifs;
4. les nom, prénom, résidence ou domicile du malade ou, à défaut, le lieu où il se trouve;
5. la désignation du juge qui doit en connaître.

A peine de nullité, elle est signée par le requérant ou par son avocat.

La requête mentionne en outre, dans la mesure du possible, les lieu et date de naissance du malade ainsi que, le cas échéant, les nom, prénom, domicile et qualité de son représentant légal.

§ 2. Sous peine d'irrecevabilité de la demande, il sera joint à celle-ci un rapport médical circonstancié, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies.

Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant,

ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve.

§ 3. Les notifications ou significations au malade prévues par la présente loi qui ne peuvent être faites à personne ont lieu à la résidence ou, à défaut, au domicile du destinataire.

Art. 6. Si l'incompétence territoriale du (juge) est évidente, celui-ci renvoie, dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête, la demande devant le (juge) compétent. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Le (juge) peut déclarer la demande manifestement nulle ou irrecevable par un jugement prononcé dans le même délai. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Art. 7. § 1. Dès la réception de la requête, le (juge) demande au bâtonnier de l'Ordre des avocats ou au bureau de consultation et de défense la désignation d'office et sans délai d'un avocat. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Le (juge) fixe, dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête et par une seule décision, les jour et heure de sa visite à la personne dont la mise en observation est sollicitée et ceux de l'audience. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Dans le même délai, le greffier notifie, par pli judiciaire, la requête au malade et, le cas échéant, à son représentant légal.

Le pli judiciaire mentionne les lieu, jour et heure de la visite du juge de paix au malade, ainsi que les lieu, jour et heure de l'audience.

Le pli judiciaire mentionne les nom et adresse de l'avocat désigné d'office en vertu des dispositions du § 1er du présent article. Il mentionne en outre que le malade a le droit de choisir un autre avocat, un médecin-psychiatre et une personne de confiance.

En cas de besoin, le (juge) peut fixer la visite et l'audience à un samedi, un dimanche ou un jour férié légal et ordonner d'office que la notification prévue par pli judiciaire soit remplacée par une signification faite par un huissier de justice désigné par lui à cette fin. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 3. Si le malade n'a pas communiqué au greffier le nom d'un médecin-psychiatre de son choix, le (juge) peut en désigner un pour assister le malade. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 4. Le greffier notifie au requérant, par pli judiciaire, la décision du (juge) visée au § 2. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(Il envoie une copie non signée de la requête et cette décision aux avocats des parties et, le cas échéant, au représentant légal, au médecin-psychiatre et à la personne de confiance du malade.) <L 1999-05-07/77, art. 57, 005; En vigueur : 10-02-2005>

§ 5. Aux jour et heure fixés, le (juge) entend le malade ainsi que toutes les autres personnes dont il estime l'audition utile. Ces auditions ont lieu en présence de l'avocat du malade. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Sauf circonstances exceptionnelles, il visite le malade à l'endroit où celui-ci se trouve. Il recueille en outre tous les renseignements utiles d'ordre médical ou social.

Art. 8. § 1. Les débats ont lieu en chambre du conseil, sauf demande contraire du malade ou de son avocat.

Après avoir entendu toutes les parties à l'audience, le (juge) statue en audience publique, par jugement motivé et circonstancié, dans les dix jours du dépôt de la requête. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Par pli judiciaire, le greffier notifie le jugement aux parties et les informe des voies de recours dont elles disposent.

(Il envoie une copie non signée du jugement aux conseils, au procureur du Roi et, le cas échéant, au représentant légal, au médecin-psychiatre et à la personne de confiance du malade.) <L 1999-05-07/77, art. 57, 005; En vigueur : 10-02-2005>

§ 3. S'il fait droit à la demande, le (juge) désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera mis en observation. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Le greffier notifie, par pli judiciaire, le jugement au directeur de l'établissement auquel

appartient le service psychiatrique désigné, dénommé ci-après le directeur de l'établissement.
Dès la notification, celui-ci prend toutes les dispositions nécessaires pour le placement du malade en observation.

Le procureur du Roi poursuivra l'exécution du jugement suivant les modalités définies par le Roi.

SOUS-SECTION 2. - De l'urgence.

Art. 9. En cas d'urgence, le procureur du Roi du lieu où le malade se trouve, [1] ou s'il échet, le procureur du Roi visé à l'article 1er, § 2, alinéa 4,] [1] peut décider que celui-ci sera mis en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne.

Le procureur du Roi se saisit soit d'office, à la suite de l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la demande écrite d'une personne intéressée, demande qui sera accompagnée du rapport visé à l'article 5.

L'urgence doit ressortir dudit avis ou rapport.

Le procureur du Roi notifie sa décision au directeur de l'établissement. Les modalités d'exécution de la décision du procureur du Roi seront réglées par arrêté royal.

Dans les vingt-quatre heures de sa décision, le procureur du Roi en avise le (juge) de la résidence, ou à défaut, du domicile du malade ou, à défaut encore le (juge) du lieu où le malade se trouve et lui adresse la requête écrite visée à l'article 5. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Dans le même délai, le procureur du Roi donne connaissance de sa décision et de sa requête écrite au malade et, le cas échéant, à son représentant légal, à la personne chez qui le malade réside, et, le cas échéant, à la personne qui a saisi le procureur du Roi.

La procédure prévue aux articles 6, 7 et 8 est applicable.

Si le procureur du Roi n'a pas adressé dans les vingt-quatre heures la requête visée au cinquième alinéa du présent article ou si le (juge) n'a pas pris de décision dans le délai prévu à l'article 8, la mesure prise par le procureur du Roi prend fin.

(1) <L 2009-12-30/13, art. 12, 008; En vigueur : 25-01-2010>

SOUS-SECTION 3. - Des modalités, de la durée et de la fin de la mise en observation.

Art. 10. Le directeur de l'établissement inscrit le malade dans un registre, dans lequel il mentionne son identité, ses admissions et sorties, les décisions relatives aux mesures de protection dont il fait l'objet et les personnes désignées ou choisies en application de l'article 7.

Le Roi détermine les modalités de la tenue du registre visé à l'alinéa premier.

Art. 11. La mise en observation ne peut dépasser quarante jours. Pendant cette période, le malade est surveillé, examiné de façon approfondie et traité en tenant compte de la durée limitée de la mesure.

Elle n'exclut pas, conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service, des sorties de durée limitée du malade, seul ou accompagné, ni un séjour à temps partiel, de jour ou de nuit, dans l'établissement.

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

1. Soit le (juge) qui a décidé la mise en observation. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Le jugement est rendu à la demande du malade ou de tout intéressé.

Les articles 7 et 8 sont applicables à moins que la requête ne soit manifestement mal fondée et qu'elle ne contienne aucun élément nouveau significatif; l'avis du médecin-chef de service est toujours demandé.

2. Soit le procureur du Roi qui a décidé la mise en observation, tant que le (juge) n'a pas statué. Il en informe les personnes visées à l'article 9, et fait savoir au (juge) et aux mêmes personnes s'il se désiste de sa demande. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

3. Soit le médecin-chef de service qui constate dans un rapport motivé que l'état du malade ne justifie plus cette mesure. Il en informe le malade et le directeur de l'établissement. Ce dernier avertit le magistrat qui a pris la décision, le (juge) saisi, le procureur du Roi, ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Les jugements et décisions visés au présent article ne sont pas susceptibles de recours, à l'exception des jugements ayant déclaré la requête manifestement mal fondée.

SECTION 2. - Du maintien.

SOUS-SECTION 1. - Dispositions générales.

Art. 13. Si l'état du malade justifie le maintien de son hospitalisation au terme de la période d'observation, le directeur de l'établissement transmet au (juge) quinze jours au moins avant l'expiration du délai fixé pour la mise en observation, un rapport circonstancié du médecin-chef attestant la nécessité du maintien de l'hospitalisation. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Les articles 7 et 8 sont applicables.

Le (juge) statue toutes affaires cessantes. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Il fixe la durée du maintien, qui ne peut dépasser deux ans.

Lorsque le malade a produit l'avis écrit d'un médecin de son choix et que cet avis diverge de celui du médecin-chef de service, le juge entend les médecins contradictoirement en présence de l'avocat du malade.

Art. 14. Au terme du maintien, le directeur de l'établissement laisse sortir le malade, sauf si, en application de la procédure de l'article 13, il a été jugé que l'hospitalisation sera maintenue pour une nouvelle période qui ne peut dépasser deux ans.

Art. 15. Pendant le maintien, le malade est surveillé et traité. Le maintien n'exclut pas, conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service, des sorties de durée limitée du malade, seul ou accompagné, ni un séjour, à temps partiel, de jour ou de nuit, dans l'établissement, ni qu'il exerce avec son consentement une activité professionnelle en dehors du service.

SOUS-SECTION 2. - De la postcure.

Art. 16. Pendant le maintien, le médecin-chef de service peut décider à tout moment, avec l'accord du malade et dans un rapport motivé, une postcure en dehors de l'établissement, en précisant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Pendant cette postcure, qui a une durée maximale d'un an, la mesure de maintien subsiste.

Le médecin informe de sa décision le malade et le directeur de l'établissement, qui la communique au (juge). <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Ce dernier la fait notifier aux personnes auxquelles a été notifiée la décision de maintien et en informe les personnes ou autorités à qui cette décision a été communiquée.

Art. 17. Pendant la postcure, le médecin-chef de service peut à tout moment :

- 1° mettre fin à la postcure s'il estime que l'état du malade le permet;
- 2° décider la réadmission du malade dans le service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées. Dans ce cas, les dispositions des deuxième et

troisième alinéas de l'article précédent sont applicables.

SOUS-SECTION 3. - Du transfert à un autre service.

Art. 18. § 1. Durant le maintien, le malade peut, en vue d'un traitement plus approprié, être transféré dans un autre service psychiatrique.

La décision est prise par le médecin-chef de service, en accord avec le médecin-chef de l'autre service, soit d'initiative, soit à la demande de tout intéressé, soit à la demande d'un médecin-inspecteur compétent des services psychiatriques.

Le médecin informe de sa décision le malade en lui indiquant qu'il peut former opposition. Il en informe également (le juge), le procureur du Roi ainsi que le directeur de l'établissement; ce dernier communique par pli recommandé la décision du médecin-chef de service au représentant légal du malade, à l'avocat et, le cas échéant, au médecin et à la personne de confiance choisie par le malade, ainsi qu'à la personne qui a demandé la mise en observation. <L 2006-06-13/40, art. 53, 1°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Le malade, son représentant légal, son avocat ou son médecin, ainsi que le demandeur peuvent, dans les huit jours de l'envoi de la lettre recommandée, s'opposer à la décision ordonnant ou refusant le transfert. L'opposition est formée par requête écrite déposée au greffe de (la justice de paix ou le tribunal de la jeunesse) où a été prononcée la mesure. (Le juge) instruit la demande et statue dans les conditions prévues aux quatre derniers alinéas de l'article 13. <L 2006-06-13/40, art. 53, 1° et 2°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

L'exécution de la décision de transfert est suspendue pendant le délai de huit jours et pendant la procédure d'opposition. Les articles 10 et 15 sont applicables.

SOUS-SECTION 4. - De la fin du maintien.

Art. 19. § 1. D'initiative ou à la demande de tout intéressé, le médecin-chef de service peut, dans un rapport motivé constatant que l'état du malade ne justifie plus cette mesure, décider qu'il n'y a plus lieu au maintien.

§ 2. La décision prévue à l'article 17, 1°, entraîne la levée de la mesure de maintien.

La mesure de maintien est également levée si aucune réadmission n'a été décidée dans un délai d'un an de postcure.

§ 3. Le médecin-chef de service informe de sa décision le malade, le procureur du Roi et le directeur de l'établissement.

Ce dernier avertit par lettre recommandée le magistrat qui a pris la décision et le (juge) saisi, ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 4. La décision par laquelle il est mis fin à la mesure de protection est immédiatement exécutée.

Art. 20. Dans les cinq jours de l'envoi de la lettre recommandée communiquant la décision par laquelle le médecin-chef de service met fin au maintien, la personne qui a demandé la mise en observation peut former opposition à cette décision, par requête adressée au (juge) compétent. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

L'intervention d'un avocat, conformément aux dispositions de l'article 7, § 1er, est obligatoire. La convocation du malade mentionne qu'il a le droit de choisir un autre avocat.

Le (juge) instruit la demande contradictoirement et statue toutes affaires cessantes. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(Le procureur du Roi poursuivra l'exécution du jugement suivant les modalités définies par le Roi.) <L 1991-07-18/30, art.1, 002; En vigueur : 05-08-1991>

Art. 21. [1 Dès la fin de la mesure de maintien, le mineur est à nouveau confié à la personne sous l'autorité de laquelle il était placé.]¹

Sur demande du médecin-chef de service ou de tout intéressé, le (juge) peut, après avoir pris

l'avis du procureur du Roi et entendu le représentant légal du malade, confier celui-ci, dans son intérêt, à toute autre personne. Cette décision reste d'application jusqu'à ce que le (juge) la rapporte. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Cette décision est notifiée par pli judiciaire au demandeur, au malade et à son représentant légal; et à la personne sous l'autorité de laquelle il est placé; elle est portée à la connaissance du procureur du Roi et du (juge) dans le ressort duquel le malade est inscrit au registre de la population ou à celui des étrangers. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(Alinéa 4 abrogé) <L 1994-02-02/33, art. 37, 004; En vigueur : 27-09-1994>

(Le procureur du Roi poursuivra l'exécution du jugement suivant les modalités définies par le Roi.) <L 1991-07-18/30, art. 1, 002; En vigueur : 05-08-1991>

(1) <L 2013-03-17/14, art. 210, 009; En vigueur : 01-09-2014 (L 2014-05-12/02, art. 22)>

Sous-section 5. - De la révision.

Art. 22. Lorsque la décision visée à l'article 13 est définitive, (le juge) peut, à tout moment, procéder à sa révision, soit d'office, soit à la demande du malade ou de tout intéressé. <L 2006-06-13/40, art. 54, 1^o, 006; En vigueur : 16-10-2006>

La demande doit être étayée par une déclaration d'un médecin.

La personne qui a demandé la mise en observation est appelée à la cause par notification sous pli judiciaire avec invitation à comparaître.

(Le juge) prend l'avis du médecin-chef de service et statue contradictoirement et sous le bénéfice de l'urgence et de l'application de l'article 20, deuxième alinéa. <L 2006-06-13/40, art. 54, 1^o, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(Le procureur du Roi poursuivra l'exécution du jugement suivant les modalités définies par le Roi.) <L 1991-07-18/30, art. 1, 002; En vigueur : 05-08-1991>

(A l'égard des personnes visées à l'article 1er, § 2, le tribunal de la jeunesse procède à la révision de la décision de maintien tous les six mois au moins, ou tous les trois mois au moins si la mesure est prise sur la base de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait.) <L 2006-06-13/40, art. 54, 2^o, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Section 3. - De l'hospitalisation d'un condamné interné à l'expiration de la ou des peines privatives de liberté. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 139; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015>

Art. 22bis. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 140; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015> § 1er. Si, conformément à l'article 112 de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental, le tribunal de l'application des peines estime qu'en raison de son trouble mental, le condamné interné risque de constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui, le ministère public adresse au juge de paix du lieu de résidence du condamné interné une requête motivée d'hospitalisation dans un établissement que le juge de paix désignera. Il joint à sa requête le dossier du tribunal de l'application des peines relatif au condamné interné.

§ 2. Le juge de paix statue toutes affaires cessantes.

Il prend sa décision conformément aux articles 7 et 8.

§ 3. Si le juge de paix accède à la demande, il désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera admis en observation ou séjournera.

Les articles 10 et 11 sont d'application.

§ 4. Le jugement est exécutoire à l'expiration de la ou des peines privatives de liberté.

§ 5. Si à l'expiration de la ou des peines, le juge de paix n'a pas pris de décision d'hospitalisation, le condamné interné est remis en liberté.

Art. 22ter. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 141; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015> § 1er. Quinze jours au moins avant l'expiration du délai prévu pour la mise en observation, le directeur de l'établissement envoie au juge de paix un rapport circonstancié du médecin-chef de service sur le maintien de l'hospitalisation.

L'article 13, alinéas 1er à 4, ainsi que l'article 15 sont d'application.

§ 2. Quinze jours au moins avant l'expiration du délai prévu pour un séjour prolongé, le directeur de l'établissement envoie au juge de paix un rapport circonstancié du médecin-chef de service sur le maintien de l'hospitalisation.

L'article 13, alinéas 1er à 4, ainsi que l'article 15 sont d'application.

Art. 22quater. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 142; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015> § 1er. Pendant le maintien, le juge de paix peut, soit d'office, soit à la demande de tout intéressé, et sur avis du médecin-chef de service :

1° ordonner une postcure hors de l'établissement, en précisant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale;

2° ordonner un transfert vers un autre service psychiatrique en vue d'un traitement plus approprié;

3° mettre fin au maintien si l'état du malade ne justifie plus la mesure.

Les articles 7 et 8 sont d'application

§ 2. Pendant la postcure, le juge de paix, se fondant sur une déclaration d'un médecin, peut, soit d'office, soit à la demande de tout intéressé :

1° mettre fin à la postcure, si l'état du malade le permet;

2° décider la réadmission du malade dans un service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées.

Les articles 7 et 8 sont d'application.

Art. 22quinquies. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 143; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015> Les ordonnances prononcées par le juge de paix conformément à la présente section sont susceptibles d'appel conformément à l'article 30.

Ces ordonnances ne sont pas exécutoires par provision.

Art. 22sexies. <inséré par L 2007-04-21/01, art. 144; En vigueur : indéterminée et au plus tard au 01-01-2015> Les articles 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20 et 22 ne sont pas applicables à cette section.

CHAPITRE III. - Des soins en milieu familial.

Art. 23. Lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires, mais que l'état d'un malade mental et les circonstances permettent néanmoins de le soigner dans une famille, tout intéressé peut présenter, à cet effet, conformément à l'article 5, une requête au juge de paix de la résidence, ou à défaut, du domicile, ou à défaut encore, au juge de paix du lieu où celui-ci se trouve.

La demande est instruite conformément aux dispositions des articles 6 et 7.

Art. 24. <L 1991-07-18/30, art.2, 002; En vigueur : 05-08-1991>

§ 1 Les débats ont lieu en chambre du conseil, sauf demande contraire du malade ou de son avocat.

Après avoir entendu toutes les parties à l'audience, le (juge) statue en audience publique, par jugement motivé et circonstancié, dans les dix jours du dépôt de la requête. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Par pli judiciaire, le greffier notifie le jugement aux parties et les informe des voies de recours dont elles disposent.

Il envoie une copie non signée du jugement aux conseils, au procureur du Roi et, le cas échéant, au représentant légal, au médecin-psychiatre et à la personne de confiance du

malade.

§ 3. S'il fait droit à la demande, le (juge) donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Cette mesure vaut pour une durée de quarante jours au plus.

Le greffier notifie, par pli judiciaire, le jugement à la personne désignée pour veiller sur le malade.

Dès la notification, celle-ci prend toutes les dispositions nécessaires pour le placement du malade dans la famille.

Le procureur du Roi poursuivra l'exécution du jugement suivant les modalités définies par le Roi.

Art. 25. <L 1991-07-18/30, art.3, 002; En vigueur : 05-08-1991>

§ 1. Si l'état du malade justifie son maintien dans la famille à l'expiration du délai de quarante jours, le médecin qui a reçu mission de le traiter adresse, quinze jours au moins avant l'expiration de ce délai, au (juge) qui a ordonné la mesure de protection, un rapport circonstancié attestant la nécessité du maintien. Le (juge) statue toutes affaires cessantes. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Il fixe la durée du maintien, qui ne peut dépasser deux ans.

Les articles 7 et 8 s'appliquent par analogie.

Lorsque le malade a produit l'avis écrit d'un médecin de son choix et que cet avis diffère de celui du médecin traitant, le (juge) peut entendre les médecins contradictoirement, en présence de l'avocat du malade. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Au terme du maintien, les soins en milieu familial prennent fin, sauf si, en application de la procédure prévue au § 1er, il a été jugé que la mesure de protection sera maintenue pour une nouvelle période qui ne peut dépasser deux ans.

Art. 26. Les mesures de traitement et de surveillance prévues aux articles 23, 24 et 25 peuvent être revues ou levées suivant la procédure prévue à l'article 22 sur production d'un certificat médical attestant que la levée de ces mesures est souhaitable.

La personne qui a demandé la mesure de protection est partie à la cause.

Dès la fin de cette mesure, l'article 21 est applicable.

Art. 27. Le médecin traitant reçoit ou visite le malade régulièrement, lui dispense, ainsi qu'à la personne désignée pour veiller sur le malade, tous conseils et instructions et adresse au (juge), au moins une fois l'an, un rapport dans lequel il déclare avoir prodigué les soins requis et donne son avis sur la nécessité de maintenir la mesure de protection. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Art. 28. Le (juge) rend visite au malade au moins une fois l'an. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Art. 29. Si le (juge) estime que la mesure qu'il a ordonnée est devenue inadéquate, il peut, après avoir pris l'avis du médecin traitant, ou après avoir reçu cet avis, soit modifier cette mesure, soit ordonner une mise en observation dans un service psychiatrique. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Dans le premier cas, l'article 18 est applicable.

Dans le second cas, la procédure prévue aux articles 7 et 8 est applicable.

La mise en observation suspend la mesure de traitement et de surveillance; le maintien met fin à cette mesure.

CHAPITRE IV. - Du recours.

Art. 30. § 1. Les jugements du (juge) rendus en application de la présente loi ne sont pas

susceptibles d'opposition. <L 2006-06-13/40, art. 55, 1°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'article 12 le malade, même mineur d'âge, son représentant légal ou son avocat, ainsi que toutes les parties à la cause peuvent appeler des jugements rendus par le (juge) en application de la présente loi. <L 2006-06-13/40, art. 55, 1°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Le délai d'appel est de quinze jours à dater de la notification du jugement.

Les jugements rendus en application des articles 8, 9, 13, 22, 24, 25 et 26 sont exécutoires par provision, nonobstant appel.

§ 3. [1 L'appel contre les jugements du juge de paix est formé par requête adressée au tribunal de la famille, qui fixe l'audience. L'affaire est renvoyée devant une chambre de trois juges. L'appel contre les jugements du tribunal de la jeunesse est formé par requête adressée à la chambre de la jeunesse de la cour d'appel, qui fixe l'audience.]¹

(Le procureur général ou le procureur du Roi) et le malade assisté d'un avocat et, le cas échéant, du médecin-psychiatre de son choix sont entendus. <L 2006-06-13/40, art. 55, 3°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Les débats ont lieu en chambre du conseil, sauf demande contraire du malade ou de son avocat.

Lorsqu'il s'agit de décisions prises en application des articles 13, 20, 22, 25 et 26, les mesures de protections prises à l'égard du malade prennent immédiatement fin, à défaut pour (le tribunal ou la cour) d'avoir statué sur la requête dans le mois de son dépôt, fût-ce en ordonnant une mesure d'instruction. <L 2006-06-13/40, art. 55, 4°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Un même délai d'un mois court du jour où a été accomplie cette mesure d'instruction, sans que le délai total dans lequel (le tribunal ou la cour) est appelé à statuer par (une décision définitive) puisse dépasser trois mois. <L 2006-06-13/40, art. 55, 5° et 6°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

L'affaire est fixée à la demande de la partie la plus diligente.

§ 4. Le greffier notifie (le jugement ou l'arrêt) aux parties par pli judiciaire et, en application du § 3, quatrième et cinquième alinéas, il notifie également par pli judiciaire l'absence (de jugement ou d'arrêt). <L 2006-06-13/40, art. 55, 7°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(Il envoie une copie non signée du (jugement ou d'arrêt) ou la notification de l'absence (de jugement ou d'arrêt) aux conseils et, le cas échéant, au représentant légal, au médecin et à la personne de confiance du malade.) <L 1999-05-07/77, art. 57, 005; En vigueur : 10-02-2005>
<L 2006-06-13/40, art. 55, 7°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 5. Le cas échéant, le greffier notifie par pli judiciaire (le jugement ou l'arrêt) ou l'absence (de jugement ou d'arrêt) au directeur de l'établissement ou à la personne désignée pour veiller sur le malade. <L 2006-06-13/40, art. 55, 8°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

§ 6. (Le procureur général ou le procureur du Roi) poursuivra l'exécution du (jugement ou de l'arrêt) suivant les modalités définies par le Roi. <L 2006-06-13/40, art. 55, 9° et 10°, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(1) <L 2013-07-30/23, art. 247, 011; En vigueur : 01-09-2014>

Art. 31. Le délai pour se pourvoir en cassation est d'un mois à partir de la notification du (jugement ou de l'arrêt). <L 2006-06-13/40, art. 56, 006; En vigueur : 16-10-2006>

CHAPITRE V. - Dispositions générales.

Art. 32. § 1. Tout malade mental est traité dans des conditions respectant sa liberté d'opinion ainsi que ses convictions religieuses et philosophiques et dans des conditions qui favorisent sa santé physique et mentale, ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

§ 2. Aucune requête ou réclamation faite par le malade et adressée à l'autorité judiciaire ou

administrative et aucune correspondance adressée au malade ou par le malade ne peut être retenue, ouverte ou supprimée.

Dans tout service psychiatrique, le malade peut recevoir la visite de son avocat, du médecin de son choix et, conformément au règlement d'ordre intérieur, de la personne de confiance ou, sauf contre-indication médicale, de toute autre personne.

Le médecin choisi par le malade et son avocat peuvent se faire présenter le registre prévu à l'article 10.

Ceux-ci peuvent obtenir d'un médecin du service tous renseignements utiles à l'appréciation de l'état du malade. En outre, le médecin choisi par le malade peut prendre connaissance du dossier médical en présence d'un médecin du service.

Art. 33. Le contrôle du respect de la présente loi dans les services psychiatriques est exercé par le procureur du Roi et le (juge) du lieu du service, ainsi que par les [¹ médecins-inspecteurs]¹ désignés à cette fin par les autorités compétentes en vertu des articles [² 128, 130 et 135]² de la Constitution. Les magistrats et les médecins investis de cette mission par les autorités compétentes, ainsi que les experts désignés par (le juge compétent) ont accès aux services psychiatriques; ils peuvent se faire présenter les registres tenus en exécution de la présente loi et tous documents nécessaires à l'exécution de leur mission. <L 2006-06-13/40, art. 57, 006; En vigueur : 16-10-2006> <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(1) <L 2014-04-25/23, art. 94, 010; En vigueur : 24-05-2014>

(2) <L 2013-07-30/23, art. 248, 011; En vigueur : 01-09-2014>

Art. 34. Les frais de transport et de séjour des magistrats, les frais et honoraires des experts et du médecin choisi par le malade, ainsi que les taxes des témoins sont avancés en faveur des requérants selon les règles prévues au règlement général sur les frais de justice en matière répressive.

Les frais de transport, d'admission, de séjour et de traitement dans un service psychiatrique ou dans une famille, ainsi que ceux du transfert éventuel à un autre service ou dans une autre famille sont à la charge (du malade ou, s'il s'agit d'un mineur, de ses représentants légaux). <L 2006-06-13/40, art. 58, 1^o, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(¹ Le juge de paix, le tribunal de la famille, le tribunal de la jeunesse ou la chambre de la jeunesse de la cour d'appel]¹ ne peut) condamner au paiement des frais de justice que si la demande n'émane pas du malade lui-même. <L 2006-06-13/40, art. 58, 2^o, 006; En vigueur : 16-10-2006>

(1) <L 2013-07-30/23, art. 249, 011; En vigueur : 01-09-2014>

Art. 35. <L 1993-08-06/30, art. 59, 003; En vigueur : 19-08-1993> Si le malade est placé dans un autre canton, le (juge) envoie le dossier à son collègue dans le canton duquel le malade est envoyé. Ce dernier juge devient compétent. <L 2006-06-13/40, art. 59, 006; En vigueur : 16-10-2006>

Art. 36. Le Roi peut :

1^o déterminer les conditions spécifiques auxquelles doit répondre tout service psychiatrique, sans préjudice des normes et conditions que la loi impose aux hôpitaux, et notamment :

a) les conditions dans lesquelles les services agréés à cet effet par les autorités compétentes en matière de politique de la santé en vertu des articles [¹ 128, 130 et 135]¹ de la Constitution, sont tenus de recevoir les malades mentaux faisant l'objet d'une mesure de protection;

b) la qualification, le mode de rémunération, de désignation et de révocation des médecins-chefs de service psychiatrique habilités à prendre les décisions prévues dans la présente loi, ainsi que les conditions dans lesquelles ils accomplissent leur mission.

Ces médecins ne peuvent être relevés de leur mission qu'en cas de négligence grave ou de violation de leurs obligations légales ou conventionnelles, mais en aucun cas du seul fait des décisions prises ou des actes accomplis en conformité avec les prescriptions de la présente loi;

c) des mesures à prendre pour assurer le transport ou le transfert des malades en raison de mesures de protection prises en application de la présente loi.

2° régler les modalités de la tenue du registre prévu à l'article 10.

3° prescrire les mesures à prendre pour assurer la continuité des soins en cas de retrait de l'agrément du service.

4° fixer les modalités de la mise en observation et du maintien, y compris la postcure, ainsi que celles de la convention à conclure entre l'institution à laquelle appartient le service psychiatrique désigné et les services qui assurent la coordination de la prise en charge en postcure.

5° déterminer les conditions dans lesquelles un malade peut être soigné dans une famille.

(1)<L 2013-07-30/23, art. 250, 011; En vigueur : 01-09-2014>

CHAPITRE VI. - Dispositions pénales.

Art. 37. Sans préjudice de l'application des articles 147, 155, 156 et 434 à 438 du Code pénal, sont punies d'un emprisonnement de un jour à sept jours et d'une amende de un franc à vingt-cinq francs ou d'une de ces peines seulement les infractions aux articles suivants de la présente loi :

- article 5, § 2, dernier alinéa;
- article 8, § 3, deuxième alinéa;
- article 9, quatrième alinéa;
- article 10;
- article 12, 3;
- article 14;
- article 15;
- article 16, dernier alinéa;
- article 18, § 1er, dernier alinéa, § 2, dernier alinéa;
- article 19, §§ 3 et 4;
- article 27;
- article 32.

Toute entrave au contrôle prévu à l'article 33 est punie des mêmes peines.

Si ces infractions ont été commises avec intention frauduleuse ou à dessein de nuire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de vingt-six à cinq mille francs, ou d'une de ces peines seulement.

Les dispositions du livre Ier du Code pénal, y compris celles du chapitre VII et de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.

Les infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de la présente loi pourront être punies des mêmes peines.

Moyennant une motivation spéciale, le juge peut imposer au médecin-chef de service qui est condamné pour avoir commis l'une des infractions visées au deuxième alinéa ou pour infraction aux articles 145, 147, 155, 156 et 434 à 438 du Code pénal, l'interdiction d'exercer la fonction de chef de service d'un service psychiatrique, et ce pour une durée de six mois à deux ans.

CHAPITRE VII. - Dispositions modificatives et abrogatoires.

- Art. 38. § 1. <Disposition modificative de l'article 838 du Code civil.>
 § 2. <Disposition modificative de l'article 594,15°, du Code judiciaire.>
 § 3. <Disposition modificative de l'article 598,1°, du Code judiciaire.>
 § 4. <Disposition modificative de l'article 627,6°, du Code judiciaire.>

- § 5. < Disposition modificative de l'article 764,2°, du Code judiciaire.>
 § 6. < Disposition modificative de l'article 1150, deuxième alinéa, du Code judiciaire.>
 § 7. < Disposition modificative de l'article 1186, alinéa premier, du Code judiciaire.>
 § 8. < Disposition modificative de l'article 1187, alinéa premier, du Code judiciaire.>
 § 9. < Disposition modificative de l'article 1225 du Code judiciaire.>
 § 10. < Disposition modificative de l'article 162,18° de l'arrêté royal n° 64 du 30 novembre 1939 contenant le Code des droits d'enregistrement, d'hypothèque et de greffe.>
 § 11. < Disposition modificative de l'article 59-(1),32°, du Code des droits de timbre.>
 § 12. < Disposition modificative de l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse.>
 § 13. Sont abrogés :
- a) Sans préjudice des dispositions qui, en vertu de la loi du 8 août 1980, relèvent de la compétence des Communautés, la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, modifiée par la loi du 28 décembre 1873, par les arrêtés royaux du 1er juin 1874, du 29 juillet et du 14 août 1933 et par la loi du 10 octobre 1967, à l'exception du chapitre VII, modifié par la loi du 7 avril 1964 et celle du 7 mai 1973;
- b) Les termes " Les aliénés séquestrés " de l'article 7, 1°, deuxième alinéa, du Code électoral.

CHAPITRE VIII. - Dispositions finales et transitoires.

Art. 39. La présente loi entre en vigueur à la date fixée par le Roi, et au plus tard un an après sa publication au Moniteur belge.

Art. 40. Par dérogation à l'article 39, toute mesure de privation de liberté prise en vertu de la législation antérieure sur le régime des aliénés sera levée de plein droit à l'expiration d'un délai de un an à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, à moins d'être remplacée par une mesure prise en vertu des articles 13 ou 25 de la présente loi.

Art. 41. Les médecins en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui relevaient du Fonds spécial institué par l'arrêté royal du 4 juin 1920 sont assurés d'un régime pécuniaire au moins équivalent à celui dont ils bénéficiaient auparavant.

Les arrêtés royaux pris en application de l'article 36 de la présente loi leur sont applicables.

Art. 42. Les registres tenus en application de l'article 22 de la loi du 18 juin 1850, modifiée par la loi du 28 décembre 1873, sont conservés dans chaque service psychiatrique sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

Modification(s)	Texte	Table des matières	Début
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 05-05-2014 PUBLIE LE 09-07-2014 (ART. MODIFIE : 1) 			
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 25-04-2014 PUBLIE LE 14-05-2014 (ART. MODIFIES : 33;) 			
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 30-07-2013 PUBLIE LE 27-09-2013 (ART. MODIFIES : 30; 33; 34; 36) 			
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 17-03-2013 PUBLIE LE 14-06-2013 (ART. MODIFIE : 21) 			

<u>IMAGE</u>
• LOI DU 30-12-2009 PUBLIE LE 15-01-2010 (ART. MODIFIES : 1; 9)
<u>IMAGE</u>
• LOI DU 21-04-2007 PUBLIE LE 13-07-2007 (ART. MODIFIES : 1; 22BIS-22SEXIES)
<u>IMAGE</u>
• LOI DU 13-06-2006 PUBLIE LE 19-07-2006 (ART. MODIFIES : 1; 18; 22; 30; 31; 33; 34; 5; 6; 7; 8) (ART. MODIFIES : 9; 12; 13; 16; 18; 19; 20; 21; 22; 24) (ART. MODIFIES : 25; 27; 28; 29; 30; 33; 34; 35; 23)
<u>IMAGE</u>
• LOI DU 07-05-1999 PUBLIE LE 30-12-1999 (ART. MODIFIES : 7; 8; 30)
• LOI DU 02-02-1994 PUBLIE LE 17-09-1994 (ART. MODIFIE : 21)
• LOI DU 06-08-1993 PUBLIE LE 09-08-1993 (ART. MODIFIES : 5; 35)
• LOI DU 18-07-1991 PUBLIE LE 26-07-1991 (ART. MODIFIES : 20; 21; 22; 24; 25)

Travaux parlementaires	Texte	Table des matières	Début
<p>Documents du Sénat : 253 (1968-1969) : N° 1. Projet de loi. 292 (S.E. 1974) : N° 1 - N° 2. Rapport. - N° 3. Amendement. Annales du Sénat : 17 et 24 octobre 1974. Documents de la Chambre des Représentants : 279 (1974-1975) : N° 1. Projet transmis par le Sénat. - N°s 2 à 7. Amendements. - N° 8. Rapport. - N° 9. Amendement. Annales de la Chambre des Représentants : 17 avril 1975. Documents du Sénat : 292 (S.E. 1974) : N° 4. Projet amendé par la Chambre des Représentants. 729 (1983-1984) : N° 1. Documents du Sénat : 733 (1988-1989) : N° 1 - N° 2. Rapport. - N°s 3 à 5. Amendements. - N° 6. Rapport complémentaire. Annales du Sénat : 14 et 15 février 1990. Documents de la Chambre des Représentants : 1098 (1989-1990) : N° 1. Projet réamendé par le Sénat. - N°s 2 et 3. Amendements. - N° 4. Rapport. Annales de la Chambre des Représentants : 7 et 8 juin 1990.</p>			

Début	Premier mot	Dernier mot	Modification(s)
	<u>Travaux parlementaires</u>	<u>Table des matières</u>	<u>9 arrêtés d'exécution</u>
			<u>11 versions archivées</u>
			<u>Version néerlandaise</u>

Annexe 2

Visé pour dépôt au greffe
le à heures
Le greffier

Exempt de droit de greffe
Art. 279/1-1° et 162/18° C.D.E.H.G.

REQUETE

Protection de la Personne des Malades Mentaux

*A Monsieur le Juge de Paix du troisième canton de Liège;
A l'honneur d'exposer avec respect :*

Nom : Prénom :
Profession :
Domicile :

Qu'elle sollicite de votre haute bienveillance, en vertu de la loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux, que :

Nom :
Prénom(s) :
Lieu et date de naissance :
Résidant actuellement à :

Domicile(e) à :
ou à défaut lieu où se trouve le malade :

ayant pour représentant légal :

Nom : Prénom :
Domicile :
Qualité :

- soit mis en observation (*) dans un service psychiatrique (art. 5 de la loi susdite);
- soit soigné en milieu familial (*) (art. 23 de la loi susdite);

Que la partie requérante est :

PARENTE/ALLIÉE (*) de la personne précitée au degré;

Que la partie requérante n'est ni PARENTE ni ALLIÉE de la personne précitée mais en **RELATION** avec cette dernière parce qu'elle (indication de la nature des relations qui existent entre les parties) :

MOTIFS DE LA REQUETE

Que la partie requérante joint à la présente un **RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIÉ** daté du et dressé par le Docteur
demeurant à
et daté du

LIEU-DATE-SIGNATURE :

Annexe : rapport médical circonstancié.
Verso : extrait de la loi du 26 juin 1990.

LOI DU 26 JUIN 1990 SUR LA PROTECTION DES MALADES MENTAUX

(Extrait)

Art. 1er : 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, sans préjudice de l'application de la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude.

Art. 2 : Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.

Art. 3 : La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment.

Art. 4 : Lorsque les circonstances prévues à l'article 2 sont réunies, une mise en observation dans un service psychiatrique peut être ordonnée par décision judiciaire selon les règles déterminées aux articles ci-après.

Art. 5 :

§1er - En vue d'une mise en observation, toute personne intéressée peut adresser une requête écrite au juge de paix du lieu de résidence ou, à défaut, du lieu du domicile du malade ou, à défaut encore, au juge de paix du lieu où le malade se trouve.

Cette requête mentionne à peine de nullité :

1. les jour, mois et an;
2. les nom, prénom, profession et domicile du requérant ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations qui existent entre le requérant et la personne dont la mise en observation est sollicitée;
3. l'objet de la demande et l'indication sommaire des motifs;
4. les nom, prénom, résidence ou domicile du malade ou, à défaut, le lieu où il se trouve;
5. la désignation du juge qui doit en connaître.

A peine de nullité, elle est signée par le requérant ou par son avocat.

La requête mentionne en outre, dans la mesure du possible, les lieu et date de naissance du malade ainsi que, le cas échéant, les nom, prénom, domicile et qualité de son représentant légal.

§2 - Sous peine d'irrecevabilité de la demande, il sera joint à celle-ci un rapport médical circonstancié, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies.

Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve.

§3 - Les notifications ou significations au malade prévues par la présente loi qui ne peuvent être faites à personne ont lieu à la résidence ou, à défaut, au domicile du destinataire.

Art. 23 :

Lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaire, mais que l'état d'un malade mental et les circonstances permettent néanmoins de le soigner dans une famille, tout intéressé peut présenter, à cet effet, conformément à l'article 5, une requête au juge de paix de la résidence, ou à défaut, du domicile, ou à défaut encore, au juge de paix du lieu où celui-ci se trouve.

RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE.
art. 5 § 2 de la loi du 26 juin 1990.

Le soussigné, Docteur
demeurant à
déclare avoir examiné le

1.. nommé

* lieu et date de naissance :
* domicilié ou résidant à :
se trouvant actuellement à :

Le soussigné constate :

** qu'il résulte de cet examen que cette personne met gravement
en péril sa santé et sa sécurité compte tenu des symptômes
médicaux suivants :

** qu'il résulte de cet examen que cette personne constitue une
menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui compte tenu
des symptômes médicaux suivants :

desquels le soussigné conclut à l'existence d'une maladie mentale.

Le soussigné déclare qu'à défaut de tout autre traitement
approprié à l'égard de la personne examinée, compte tenu

des mesures de protection doivent être prises conformément à la
loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des
malades mentaux.

* Ces mesures doivent être prises d'urgence pour les raisons
suivantes :

Lieu et date :

Signature :

* Facultatif

** compléter les deux ou un des deux alinéas

N.B. : article 5 § 2 dernier alinéa : "Ce rapport ne peut être
établi par un médecin parent ou allié du malade ou du
requérant, ou attaché à un titre quelconque au service
psychiatrique où le malade se trouve."

Annexe 3

Décret fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques.

CHAPITRE I. - Dispositions générales.

Article 1. Le présent décret détermine les normes auxquelles il doit être satisfait pour être agréé comme " initiative d'habitation protégée ".

Art. 2. § 1. On entend par initiative d'habitation protégée l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées et soutenues dans leur milieu de vie et de logement notamment pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être soutenues.

§ 2. Le séjour dans une initiative d'habitation protégée est justifié aussi longtemps que la personne concernée ne peut pas être totalement réintégrée dans la vie sociale.

CHAPITRE II. - Normes architecturales.

Art. 3. Les règles indispensables à une vie communautaire harmonieuse seront consignées dans un règlement d'ordre intérieur, prévoyant notamment le respect de la législation en matière de protection de la personne et des biens des habitants.

Art. 4. Une même habitation ne peut héberger plus de dix personnes.

Art. 5. Les maisons doivent satisfaire aux exigences générales en matière d'hygiène (salle de bain, toilette).

Art. 6. Il y a lieu de prévoir les espaces communs et privés nécessaires aux habitants : salle de séjour, salle à manger, cuisine, chambre individuelle.

Art. 7. § 1. Les maisons doivent être suffisamment éloignées du site de l'hôpital psychiatrique et du centre de santé mentale de manière à garantir une autonomie maximale des habitants.

§ 2. Les habitations doivent, en outre, être situées dans la communauté locale de manière à garantir une réinsertion sociale complète.

CHAPITRE III. - Normes fonctionnelles.

Art. 8. Les mesures nécessaires doivent être prises afin de pouvoir faire immédiatement appel, en cas de besoin, aux soins les plus appropriés.

Art. 9. Les habitants doivent, en outre, être informés du nom de la personne qui est responsable de la maison ou de son fonctionnement, ainsi que de la façon dont ils peuvent atteindre à tout moment cette personne ou son délégué.

Art. 10. § 1. Les membres du personnel attachés à l'habitation protégée, dont la présence continue n'est pas exigée, ont une mission d'encadrement, axée notamment sur le développement maximal de l'autonomie individuelle des habitants.

§ 2. La tâche visée au § 1er doit entre autre comprendre les activités suivantes :

- 1° apprendre des aptitudes sociales;
- 2° apprendre des aptitudes administratives, par ex. en ce qui concerne la gestion de l'argent;
- 3° organiser et stimuler l'occupation du temps de façon utile;
- 4° améliorer les contacts des habitants avec leur milieu de vie (quartier, ville ou village).

Art. 11. De chaque habitant, il sera constitué un dossier individuel, comprenant des données médicales, psycho-sociales et juridiques. La tenue du dossier et sa consultation sont organisées de telle façon que la vie privée des patients sera garantie au maximum.

CHAPITRE IV. - Normes d'organisation.

Art. 12. § 1. L'initiative de l'habitation protégée doit émaner d'une association agréée d'institutions et de services psychiatriques, visées au Chapitre II de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

Art. 13. Le pouvoir organisateur de l'habitation protégée doit prévoir, pour l'accompagnement et l'assistance, une équipe comprenant :

- 1° un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie;
- 2° les membres du personnel, visés à l'article 20.

Art. 14. Le pouvoir organisateur doit désigner un membre de cette équipe comme coordinateur responsable du fonctionnement de l'habitation protégée.

Art. 15. Le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie :

1° est responsable de la politique d'admission;

2° doit établir les contacts avec les médecins traitants et le service ou le centre de santé mentale concerné;

3° est chargé des scénarios d'intervention en cas de crise.

Art. 16. Il y aura lieu d'organiser, à intervalles réguliers, une concertation de l'équipe.

Art. 17. Si nécessaire, le résidant peut fréquenter, pendant son séjour, un hôpital de jour, un centre de jour, ... afin de le soutenir dans sa réinsertion

Art. 18. Avec les habitants ou leurs représentants légaux, il sera conclu un contrat de séjour, dans lequel les conditions de séjour, les modalités de résiliation et les frais de séjour doivent être stipulés. Toutes les autres modalités d'admissions et règles de séjour doivent être consignées dans un règlement écrit d'ordre intérieur, signé, pour information, par chaque habitant.

Art. 19. La liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique sera garantie à chacun.

CHAPITRE IV bis. - Protection de la vie privée lors du traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier les données médicales.

Art. 19bis. § 1er. Chaque initiative d'habitation protégée doit, en ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier des données médicales, disposer d'un règlement relatif à la protection de la vie privée.

§ 2. Les dispositions de ce règlement relatives aux droits des personnes sont communiquées aux patients, qui reçoivent en même temps notification des données visées à l'article 4 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

§ 3. Le règlement comporte, pour chaque traitement, au moins les indications suivantes:

- la finalité du traitement;
- le cas échéant, la loi, le décret, l'ordonnance ou l'acte réglementaire décidant la création du traitement automatisé;

- l'identité et l'adresse du maître du fichier et de la personne qui peut agir en son nom;
- le nom du médecin visé au § 6;
- le nom du conseiller en sécurité visé au § 7;
- l'identité et l'adresse du (des) gestionnaire(s) de traitements;
- les droits et obligations du (des) gestionnaire(s) de traitements;
- les catégories de personnes ayant accès ou étant autorisées à obtenir les données médicales à caractère personnel du traitement;
- les catégories de personnes dont les données font l'objet d'un traitement;
- la nature des données traitées et la manière dont elles sont obtenues;
- l'organisation du circuit des données médicales à traiter;
- la procédure suivant laquelle, si nécessaire, les données sont rendues anonymes;
- les procédures de sauvegarde afin d'empêcher la destruction accidentelle ou illicite de données, la perte accidentelle de données ou l'accès illicite à celles-ci, leur modification ou diffusion illicite;
- le délai au-delà duquel les données ne peuvent plus, le cas échéant, être gardées, utilisées ou diffusées;
- les rapprochements, interconnexions ou tout autre forme de mise en relation de données faisant l'objet du traitement;
- les interconnexions et les consultations;
- les cas où des données sont effacées;
- la manière dont les patients peuvent exercer leurs droits visés dans la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

§ 4. Le règlement mentionne le numéro d'identification du traitement auquel le règlement se rapporte, attribué par la Commission de la protection la vie privée et est transmis à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux dans les trente jours de l'entrée en vigueur du présent article. Toutes les modifications apportées au règlement précité doivent être transmises, dans les trente jours de leur ratification par les instances compétentes du pouvoir organisateur, à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux.

§ 5. La Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux, tient les règlements visés au § 1er à la disposition de la Commission de la protection de la vie privée et lui communique tous les six mois la liste actualisée des règlements reçus et des modifications de règlements qu'il a reçus.

§ 6. Le maître du fichier désigne le médecin qui exerce la responsabilité et la surveillance visées à l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

§ 7. Le maître du fichier désigne un conseiller en sécurité chargé de la sécurité de l'information. Le conseiller en sécurité conseille le responsable de la gestion journalière au sujet de tous les aspects de la sécurité de l'information. La mission du conseiller en sécurité peut être précisée par Nous.

CHAPITRE V. - Normes de personnel.

Art. 20. Il convient de prévoir au moins, par 8 habitants, un équivalent temps plein, titulaire d'un titre de master (ou de licencié) ou d'un titre de bachelier (ou diplôme d'enseignement supérieur de plein exercice de type court) comme celui d'infirmier, psychologue, assistant social, assistant en psychologie, ergothérapeute, éducateur, etc.

En outre, dans le cadre de l'activation, les normes de personnel sont augmentées de :

- 0,50 ETP pour les IHP de 0 à 19 places
- 0,75 ETP pour les IHP de 20 à 39 places
- 1,25 ETP pour les IHP de 40 à 59 places
- 1,50 ETP pour les IHP de 60 à 99 places
- 2,00 ETP pour les IHP de 100 à 149 places
- 3,00 ETP pour les IHP de plus de 150 places

Enfin, afin d'assurer les tâches logistiques, il faut prévoir :

- 1 ouvrier : 1 heure / semaine / place d'IHP
- 1 nettoyeur (-euse) : ¼ heure / semaine / place d'IHP
- 1 secrétaire : ½ heure / semaine / place d'IHP

Annexe 4

JUSTEL - Législation consolidée				
<u>Fin</u>	<u>Premier mot</u>	<u>Dernier mot</u>	<u>Modification(s)</u>	
	<u>Travaux parlementaires</u>	<u>Table des matières</u>	<u>8 arrêtés d'exécution</u>	<u>17 versions archivées</u>
		<u>Fin</u>		<u>Version néerlandaise</u>
belgiquelex . be - Banque Carrefour de la législation				
<u>Conseil d'Etat</u>				

Titre
<p>1 JUILLET 1964. - Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude (NOTE : Loi modifiant la loi du 09-04-1930 portant le même intitulé voir : <u>1930-04-09/30</u>) (NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 09-08-1990 et mise à jour au 08-07-2014)</p> <p>Publication : 17-07-1964 numéro : 1964070106 page : 7818 Dossier numéro : 1964-07-01/02 Entrée en vigueur : 01-09-1964</p>

Table des matières	Texte	Début
<p>CHAPITRE I. - De la mise en observation des inculpés. Art. 1-6</p> <p>CHAPITRE II. - Des décisions d'internement des inculpés en état de démence, débilité ou déséquilibre mentaux. Art. 7-11</p> <p>CHAPITRE III. - De la composition des commissions et de la commission supérieure de défense sociale [¹ et l'établissement des structures de concertation]¹. Art. 12-13, 13bis</p> <p>CHAPITRE IV. - De l'exécution des décisions d'internement. Art. 14-17</p> <p>CHAPITRE V. - De la mise en liberté des inculpés. Art. 18-19, 19bis, 19ter, 20, 20bis</p> <p>CHAPITRE VI. - De l'internement des condamnés. Art. 21</p> <p>CHAPITRE VII. Art. 22-23, 23bis, 24-25, 25bis, 25ter, 25quater, 26, 26bis</p> <p>CHAPITRE VIII. - Dispositions générales. Art. 27-32, M</p>		

Texte	Table des matières	Début
<p>CHAPITRE I. - De la mise en observation des inculpés.</p> <p>Article 1. Lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est, soit en état de démence, soit</p>		

dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction peuvent, dans les cas où la loi autorise la détention préventive, décerner un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation.

Lorsque l'inculpé est déjà sous les liens du mandat d'arrêt, les juridictions d'instruction peuvent également le placer en observation. Dans ce cas, (...), la décision de placement en observation constitue, à sa date, nouvelle décision sur le maintien de la détention. <LDP 1990-07-20/35, art. 46, 1°, 003; En vigueur : 01-12-1990>

La mise en observation s'exécute dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire.

Le juge d'instruction qui a décerné un mandat d'arrêt peut exceptionnellement, par ordonnance motivée, prescrire que ce mandat sera exécuté dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire.

Cette ordonnance ne sera maintenue que si, dans les cinq jours, elle est confirmée par la chambre du conseil, (dans les formes prévues à l'article 21 de la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive). Cette confirmation constitue, à la date de l'ordonnance précitée, décision sur le maintien de la détention. <LDP 1990-07-20/35, art. 46, 2°, 003; En vigueur : 01-12-1990>

La mise en observation peut également être ordonnée par les juridictions de jugement dans les cas où la loi autorise la détention préventive.

Art. 2. La mise en observation peut être ordonnée à toutes les phases de la procédure jusqu'à la décision définitive, l'inculpé et son avocat entendus, soit d'office, soit sur la réquisition du ministère public, soit sur la requête de l'inculpé ou de son avocat.

La réquisition et la requête doivent être écrites et motivées.

Elles sont adressées à la chambre du conseil jusqu'à l'ordonnance de renvoi; au tribunal correctionnel depuis l'ordonnance de renvoi jusqu'au jugement; à la chambre des appels correctionnels depuis l'appel jusqu'à l'arrêt; à la chambre des mises en accusation depuis l'ordonnance de renvoi jusqu'à la notification de l'arrêt; à la même chambre pendant l'instance en règlement de juge; à la Cour d'assises ou, si celle-ci n'est pas en session, à la chambre des mises en accusation depuis la notification de l'arrêt de renvoi.

La juridiction saisie statue dans la quinzaine.

Sauf le cas où l'inculpé et son avocat y renoncent expressément, le président de cette juridiction fait indiquer, trois jours d'avance, sur un registre spécial tenu au greffe, les lieu, jour et heure de la comparution. Le greffier en donne avis, par lettre recommandée, à l'inculpé et à son avocat, et met le dossier à la disposition de ce dernier pendant quarante-huit heures.

Art. 3. L'inculpé peut toujours recevoir la visite de médecins de son choix et produire leur avis sur l'opportunité du placement observation.

Art. 4. Le ministère public et l'inculpé ou son avocat peuvent appeler des décisions de la chambre du conseil et du tribunal correctionnel ordonnant ou refusant le placement en observation.

L'appel est formé et jugé suivant les articles 19 et 20 de la loi du 20 avril 1874.

Art. 5. Dans les cas prévus aux articles précédents, il est statué en chambre du conseil.

Si l'inculpé le demande, la publicité des débats est ordonnée, sous réserve de l'application de [1 l'article 148]¹ de la Constitution.

(1) <L 2014-05-05/09, art. 28, 017; En vigueur : 18-07-2014>

Art. 6. La durée du placement en observation est d'un mois au plus.

Si, à l'expiration de ce terme, l'observation paraît encore incomplète, la juridiction qui a, soit ordonné la mise en observation, soit confirmé l'ordonnance du juge d'instruction peut en ordonner la prolongation pour un mois au plus. Si la Cour d'assises n'est pas en session, la

chambre des mises en accusation statuera.

Cette prolongation peut être renouvelée sans que le placement en observation puisse en aucun cas dépasser six mois.

La procédure prévue pour la mise en observation par les articles 2, 3, 4 et 5 s'applique aux demandes de prolongation.

Au cours de l'observation, l'inculpé peut transmettre aux experts, par lettre recommandée à la poste, les avis des médecins choisis par lui, avis sur lesquels les experts devront se prononcer dans leur rapport avant de conclure, pour autant qu'ils soient introduits dans la quinzaine qui suit la mise en observation ou chacun de ses renouvellements.

Le placement en observation prend fin, soit par l'expiration du délai d'un mois si celui-ci n'est pas renouvelé, soit par l'expiration du délai de six mois prévu au troisième alinéa du présent article, soit par la décision de la juridiction qui ordonne qu'il y soit mis fin.

Le placement en observation ayant pris fin, l'inculpé reste sous les liens du mandat d'arrêt et est placé dans (une maison d'arrêt), à moins que son internement ne soit ordonné conformément à l'article 7. <L 1999-05-07/61, art. 18, 006; En vigueur : 01-07-1999>

CHAPITRE II. - Des décisions d'internement des inculpés en état de démence, débilité ou déséquilibre mentaux.

Art. 7. Les juridictions d'instruction, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit politiques ou de presse, et les juridictions de jugement peuvent ordonner l'internement de l'inculpé qui a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est dans un des états prévus à l'article premier.

Par dérogation à l'article unique, n° XV, de la loi du 25 octobre 1919, lorsque la chambre du conseil est saisie de réquisition d'internement, le juge fait indiquer quatre jours au moins à l'avance sur un registre spécial tenu au greffe, les lieu, jour et heure de la comparution. Le greffier en donnera avis par lettre recommandée au prévenu et à son avocat, s'il en a été désigné un dans la procédure. Le dossier est mis au greffe à la disposition des parties au moins quatre jours avant cette comparution.

Art. 8. Le ministère public et l'inculpé ou son avocat peuvent appeler devant la chambre des mises en accusation des décisions de la chambre du conseil ordonnant ou refusant l'internement.

Les personnes visées à l'alinéa premier peuvent également interjeter appel des décisions de la juridiction de jugement ordonnant ou refusant l'internement.

L'appel est interjeté dans les formes et les délais prévus par les articles 203 et 203bis du Code d'instruction criminelle et par l'article 8 de la loi du 1er mai 1849; il est formé par déclaration au greffe du tribunal correctionnel, sauf dans les cas prévus par l'article 8 de la loi du 1er mai 1849 et par la loi du 25 juillet 1893, modifiée par l'article 5 de l'arrêté royal du 20 janvier 1936.

Art. 9. Les juridictions d'instruction peuvent, comme les juridictions de jugement, lorsqu'elles sont appelées à statuer sur un réquisitoire ou une demande d'internement, ordonner soit d'office, soit sur la réquisition du ministère public ou à la demande de l'inculpé et de son avocat, l'audition de témoins ou d'experts.

Sauf dans les cas où la publicité est jugée dangereuse pour l'ordre et les moeurs, l'audience des juridictions d'instruction est publique si l'inculpé le demande. Devant les juridictions de jugement où la publicité est la règle, la juridiction de jugement peut ordonner le huis clos si l'inculpé le demande et que le ministère public ne s'y oppose pas.

Art. 10. S'il résulte des débats devant la Cour d'assises que l'accusé paraît être dans un des états prévus à l'article premier, ou si l'accusé ou son avocat le propose, des questions subsidiaires sont posées au jury en ces termes : " Est-il constant que l'accusé a commis tel fait qualifié crime ou délit? Est-il constant que l'accusé est, soit en état de démence, soit dans un

état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions? "" En cas de réponse affirmative, la cour statue sur l'internement, conformément à l'article 7 de la présente loi [1 et à l'article 343 du Code d'instruction criminelle]1.

Lorsqu'il s'agit d'un crime ou d'un délit politiques ou de presse, l'internement ne peut être ordonné qu'à l'unanimité de la cour et des jurés.

(1)<L 2009-12-21/14, art. 233, 012; En vigueur : 21-01-2010>

Art. 11. Dans le cas où l'internement est ordonné, l'inculpé ou l'accusé est condamné aux frais et, s'il y a lieu, aux restitutions. La confiscation spéciale est prononcée.

Dans le même cas, les juridictions d'instruction et de jugement saisies de l'action civile statuent à cet égard, [...], conformément à l'article 1386bis du Code civil, en même temps que sur l'action publique. Elles statuent également sur les dépens.

CHAPITRE III. - De la composition des commissions et de la commission supérieure de défense sociale [1 et l'établissement des structures de concertation]1.

(1)<L 2006-12-27/33, art. 38, 013; En vigueur : 07-01-2007>

Art. 12. Il est institué auprès de chaque annexe psychiatrique une commission de défense sociale.

Les commissions de défense sociale sont composées de trois membres : un magistrat effectif ou honoraire qui en est le président, un avocat et un médecin.

Les membres des commissions sont nommés pour trois ans; ils ont chacun un ou plusieurs suppléants.

Le président et ses suppléants sont désignés par le premier président de la Cour d'appel. L'avocat et ses suppléants sont choisis par le Ministre de la Justice sur deux listes de trois noms présentées, l'une par le procureur du Roi et l'autre par le bâtonnier de l'Ordre des avocats. Le médecin et ses suppléants sont désignés par le Ministre de la Justice.

Indépendamment des frais de route et de séjour, les membres et leurs suppléants reçoivent, par séance, une indemnité dont le montant est fixé par le Ministre de la Justice.

Un agent désigné par le Ministre de la Justice fait fonction de secrétaire.

Art. 13. Il est institué également une commission supérieure de défense sociale, composée de trois membres : un magistrat effectif ou honoraire de la Cour de cassation ou d'une Cour d'appel, qui en est le président, un avocat et le médecin directeur du service d'anthropologie pénitentiaire.

Il est nommé à chaque membre deux ou plusieurs suppléants, choisis de telle sorte que la commission puisse statuer dans chacune des deux langues nationales.

Le président et ses suppléants sont désignés par le premier président de la Cour de cassation. L'avocat et ses suppléants sont choisis par le Ministre de la Justice sur trois listes de trois noms dressées par les bâtonniers des conseils de l'Ordre auprès des cours d'appel. Les suppléants du médecin directeur sont nommés par le Ministre de la Justice.

Un ou plusieurs magistrats des parquets généraux, désignés par le Ministre de la Justice, sont attachés à la commission.

Ces désignations sont faites pour un terme de six ans.

Indépendamment des frais de route et de séjour, les membres de la commission supérieure de défense sociale et leurs suppléants reçoivent, par séance, une indemnité dont le montant est fixé par le Ministre de la Justice.

Le secrétariat de la commission est assuré par des fonctionnaires désignés par le Ministre de la Justice.

Art. 13bis. [1 Aux niveaux fédéral et local des structures de concertation relatives à l'application de cette loi sont créées. Ces structures de concertation ont pour mission de réunir sur une base régulière les instances concernées par l'exécution de la présente loi afin d'évaluer leur collaboration. Le Roi arrête les modalités de composition et de fonctionnement de ces structures de concertation.]¹

(1)<Inséré par L 2006-12-27/33, art. 39, 013; En vigueur : 07-01-2007>

CHAPITRE IV. - De l'exécution des décisions d'internement.

Art. 14.L'internement a lieu dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale.

Celui-ci est choisi parmi les établissements organisés par le gouvernement. La commission peut toutefois, pour des raisons thérapeutiques et par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner. (Les établissements appropriés qui accueillent des internés peuvent recevoir une subvention à charge du budget de l'Etat. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les catégories d'internés pour lesquels l'établissement peut bénéficier de cette subvention ainsi que les règles selon lesquelles il en bénéficie.) <L 2006-12-27/31, art. 8, 011; En vigueur : 07-01-2007>

La commission appelée à se prononcer sur la désignation d'un établissement peut demander au préalable l'avis du centre d'orientation qui sera créé par le Roi.

Au moment où l'internement est ordonné, si l'inculpé se trouve en observation, il est maintenu à l'annexe psychiatrique en attendant la désignation d'un établissement par la commission de défense sociale.

Si, au moment où l'internement est ordonné, l'inculpé est détenu dans un centre pénitentiaire, l'internement a lieu provisoirement dans l'annexe psychiatrique de ce centre ou, à défaut de celle-ci, dans l'annexe désignée par la juridiction qui ordonne la mesure.

DROIT FUTUR

Art. 14. L'internement a lieu dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale.

[1 Celui-ci est choisi parmi les établissements ou les sections de défense sociale organisés par le gouvernement fédéral ou parmi les centres de psychiatrie légale organisés par le gouvernement fédéral et désignés par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sur proposition des Ministres qui ont la justice, la santé publique et les affaires sociales dans leurs attributions.]¹ La commission peut toutefois, pour des raisons thérapeutiques et par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner. (Les établissements appropriés qui accueillent des internés peuvent recevoir une subvention à charge du budget de l'Etat. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les catégories d'internés pour lesquels l'établissement peut bénéficier de cette subvention ainsi que les règles selon lesquelles il en bénéficie.) <L 2006-12-27/31, art. 8, 011; En vigueur : 07-01-2007>

La commission appelée à se prononcer sur la désignation d'un établissement peut demander au préalable l'avis du centre d'orientation qui sera créé par le Roi.

Au moment où l'internement est ordonné, si l'inculpé se trouve en observation, il est maintenu à l'annexe psychiatrique en attendant la désignation d'un établissement par la commission de défense sociale.

Si, au moment où l'internement est ordonné, l'inculpé est détenu dans un centre pénitentiaire, l'internement a lieu provisoirement dans l'annexe psychiatrique de ce centre ou, à défaut de celle-ci, dans l'annexe désignée par la juridiction qui ordonne la mesure.

(1)<L 2013-12-26/09, art. 33, 016; En vigueur : 01-05-2014 (voir AR 2014-07-01/01, art. 2)>

Art. 15. La commission peut d'office ou à la demande du Ministre de la Justice, du procureur du Roi, de l'interné ou de son avocat ordonner le transfèrement de l'interné dans un autre établissement.

La demande de l'interné ou de son avocat ne peut être représentée qu'après l'expiration d'un délai de six mois.

La commission peut admettre l'interné à un régime de semi-liberté dont les conditions et modalités sont fixées par le Ministre de la Justice.

Art. 16. La commission peut, avant de statuer par application des articles 14 et 15, prendre l'avis d'un médecin de son choix appartenant ou non à l'administration.

L'interné peut aussi se faire examiner par un médecin de son choix, et produire l'avis de celui-ci. Ce médecin peut prendre connaissance du dossier de l'interné.

Le procureur du Roi de l'arrondissement, le directeur ou le médecin de l'établissement de défense sociale ou de l'établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner, l'interné et son avocat sont entendus. Le dossier est mis pendant quatre jours à la disposition de l'avocat de l'interné.

Les débats ont lieu à huis clos.

L'interné est représenté par son avocat dans le cas où il est préjudiciable d'examiner en sa présence des questions médico-psychiatriques concernant son état.

Les services de reclassement et de tutelle peuvent se faire représenter aux débats par des délégués agréés à cette fin par le Ministre de la Justice.

Les trois membres de la commission et le secrétaire sont seuls présents lors du délibéré.

Art. 17. En cas d'urgence, le président de la commission peut ordonner à titre provisoire le transfèrement dans un autre établissement. Sa décision est soumise à la commission qui statue lors de sa plus prochaine séance.

Dans le même cas, et pour des raisons de sécurité, le Ministre de la Justice peut également ordonner, à titre provisoire, le transfèrement de l'intéressé dans un autre établissement. Il en informe immédiatement la commission.

CHAPITRE V. - De la mise en liberté des inculpés.

Art. 18. La commission se tient informée de l'état de l'interné et peut à cet effet se rendre au lieu de son internement ou y déléguer un de ses membres. Elle peut, soit d'office, soit à la demande du procureur du Roi, de l'interné ou de son avocat, ordonner la mise en liberté définitive ou à l'essai de l'interné, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies. Si la demande de l'interné ou de son avocat est rejetée, elle ne peut être renouvelée avant l'expiration d'un délai de six mois prenant cours à la date du rejet (définitif). <L 1998-02-10/57, art. 2, 004; En vigueur : 28-03-1998>

[¹ A cet effet, la commission peut, d'office ou à la demande de l'interné ou de son avocat, charger la section d'arrondissement du Service des maisons de Justice du SPF Justice du lieu de résidence de l'interné de la rédaction d'un rapport d'information succinct ou l'exécution d'une enquête sociale. Le Roi précise les modalités relatives au rapport d'information succinct et à l'enquête sociale.

Ces rapports et ces enquêtes ne peuvent contenir que les éléments pertinents de nature à éclairer l'autorité qui a adressé la demande au service des maisons de justice sur l'opportunité de la mesure ou la peine envisagée.]¹

Les dispositions de l'article 16 sont applicables. En cas d'urgence, le président de la commission peut ordonner, à titre provisoire, la mise en liberté de l'interné; il en donnera immédiatement information au procureur du Roi. Sa décision est soumise à la commission qui statue lors de sa prochaine séance.

 (1)<L 2006-12-27/33, art. 40, 013; En vigueur : 07-01-2007>

Art. 19. [1 La décision de mise en liberté devient exécutoire après un délai de 4 jours à compter du prononcé de la décision de mise en liberté.]¹

[1 Le procureur du Roi]¹ peut, dans ce délai, faire signifier à l'interné, par le directeur de l'établissement ou par huissier, que son office fait opposition à l'exécution de la décision. Il en informe immédiatement le secrétaire de la commission de défense sociale, qui transmet sans délai le dossier au secrétariat de la commission supérieure de défense sociale.

L'opposition a un effet suspensif.

La commission supérieure de défense sociale statue sur l'opposition dans le mois; l'interné et son avocat sont entendus; les dispositions de l'article 16 sont, en outre, applicables.

 (1)<L 2006-12-27/33, art. 41, 013; En vigueur : 07-01-2007>

Art. 19bis. <Inséré par L 1998-02-10/57, art. 3; En vigueur : 28-03-1998> La décision de rejet de la demande de mise en liberté est notifiée à l'interné par le directeur de l'établissement au plus tard le surlendemain du prononcé.

L'avocat de l'interné peut interjeter appel de cette décision auprès de la commission supérieure de défense sociale dans un délai de (quinze) jours à dater de la notification. <L 2003-02-25/44, art. 2, 009; En vigueur : 08-05-2003>

L'appel est interjeté soit par une déclaration faite au secrétariat de la commission de défense sociale qui a rendu la décision, soit par une déclaration faite au greffe de l'établissement de défense sociale ou de l'annexe psychiatrique où se trouve l'interné.

Lorsque l'appel est interjeté par une déclaration faite au greffe de l'établissement où se trouve l'interné, le directeur de cet établissement en avise immédiatement le secrétaire de la commission de défense sociale qui a rendu la décision et lui transmet dans les vingt-quatre heures, une copie de la déclaration d'appel.

Le secrétaire de la commission de défense sociale transmet sans délai le dossier à la commission supérieure de défense sociale.

La commission supérieure de défense sociale statue sur l'appel dans le mois; l'interné et son avocat sont entendus; les dispositions de l'article 16 sont en outre, applicables.

Art. 19ter. <Inséré par L 2003-02-25/45, art. 2; En vigueur : 08-05-2003> Le pourvoi en cassation contre la décision de la Commission supérieure de défense sociale confirmant la décision de rejet de la demande de mise en liberté de l'interné ou déclarant fondée l'opposition du procureur du Roi contre la décision de mise en liberté de l'interné ne peut être formé que par l'avocat de l'interné.

Art. 20. Si la mise en liberté est ordonnée à titre d'essai, l'interné est soumis à une tutelle médico-sociale dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de mise en liberté.

(Si l'interné libéré à l'essai a été interné pour un des faits visés aux articles 372 à 377 [2 et 377quater]² du Code pénal, la tutelle médico-sociale visée à l'alinéa 1er comprend l'obligation de suivre une guidance ou un traitement dans un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels.

La commission invite l'intéressé à choisir une personne compétente ou un service compétent. Ce choix est soumis à l'accord de la commission.

Ladite personne ou ledit service qui accepte la mission, adresse à la commission [1 ainsi qu'à l'assistant de justice désigné pour assurer la tutelle sociale]¹, dans le mois qui suit la libération à l'essai, et chaque fois que cette personne ou ce service l'estime utile, ou sur l'invitation de la commission, et au moins une fois tous les six mois, un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement.

Le rapport visé à l'alinéa 4 porte sur les points suivants : les présences effectives de

l'intéressé aux consultations proposées, les absences injustifiées, la cessation unilatérale de la guidance ou du traitement par la personne concernée, les difficultés survenues dans la mise en oeuvre de ceux-ci et les situations comportant un risque sérieux pour les tiers.

Le service compétent ou la personne compétente est tenu d'informer la commission de l'interruption de la guidance ou du traitement.) <L 2000-11-28/35, art. 43, 007; En vigueur : 01-04-2001>

Si son comportement ou son état mental révèle un danger social, notamment s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées, le libéré peut, sur réquisitoire du procureur du Roi de l'arrondissement où il est trouvé, être réintégré dans une annexe psychiatrique. Il est ensuite procédé conformément aux articles 14 et 16.

[¹ Dans le cadre de cette tutelle, le libéré est en outre soumis à une tutelle sociale, qui est exercée par l'assistant de justice désigné à cette fin par le directeur de la maison de l'arrondissement judiciaire du lieu de résidence du libéré. Cette tutelle permet de garantir une guidance sociale qui a pour finalité l'évitement de la récidive par le suivi et la surveillance de l'observation des conditions. Dans le mois qui suit la libération, cet assistant de justice fait rapport à la commission, et ensuite chaque fois qu'il l'estime utile ou que la commission l'y invite, et au moins une fois tous les six mois. Le cas échéant, il propose les mesures qu'il juge nécessaire.]¹

(1)<L 2006-12-27/33, art. 42, 013; En vigueur : 07-01-2007>

(2)<L 2014-04-10/24, art. 12, 018; En vigueur : 10-05-2014>

Art. 20bis.<L 2000-11-28/35, art. 44, 007; En vigueur : 01-04-2001> L'avis motivé d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels est requis avant la libération définitive ou à l'essai de tout interné pour un des faits visés aux articles 372 à 377 [¹ et 377quater]¹ du Code pénal, ou pour un des faits visés aux articles 379 à 381 et 383 à 387 du même Code lorsque ceux-ci ont été commis sur des mineurs ou avec leur participation.

En cas de libération à l'essai, la commission peut prononcer en outre, pour la période d'épreuve qu'elle détermine au moment de la libération à l'essai, une condition d'interdiction de :

1° participer, à quelque titre que ce soit, à un enseignement donné dans un établissement public ou privé qui accueille des mineurs;

2° faire partie, comme membre bénévole, membre du personnel statutaire ou contractuel ou comme membre des organes d'administration et de gestion, de toute personne morale ou association de fait dont l'activité concerne à titre principal les mineurs;

3° être affecté à une activité qui place l'intéressé en relation de confiance ou d'autorité vis-à-vis de mineurs, comme membre bénévole, membre du personnel statutaire ou contractuel ou comme membre des organes d'administration et de gestion, de toute personne morale ou association de fait.

(1)<L 2014-04-10/24, art. 13, 018; En vigueur : 10-05-2014>

CHAPITRE VI. - De l'internement des condamnés.

Art. 21. Les condamnés pour crimes et délits qui, au cours de leur détention, sont reconnus en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actions, peuvent être internés en vertu d'une décision du Ministre de la Justice rendue sur avis conforme de la commission de défense sociale.

L'internement a lieu dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale, conformément à l'article 14; les articles 15 à 17 y sont également applicables.

Si, avant l'expiration de la durée prévue pour la peine, l'état mental du condamné est suffisamment amélioré pour ne plus nécessiter son internement, la commission le constate et le Ministre de la Justice ordonne le retour du condamné au centre pénitentiaire où il se

trouvait antérieurement détenu.

Pour l'application de la loi sur la libération conditionnelle, le temps d'internement est assimilé à la détention.

CHAPITRE VII.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 22.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 23.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 23bis.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 24.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 25.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 25bis.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 25ter.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 25quater.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 26.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

Art. 26bis.

<Abrogé par L 2007-04-26/89, art. 11, 015; En vigueur : 01-01-2012>

CHAPITRE VIII. - Dispositions générales.

Art. 27. Les frais d'entretien des personnes internées par application des articles 7 et 21 dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner sont, dans les conditions déterminées par le Roi, à charge des internés eux-mêmes ou des personnes qui leur doivent des aliments. En cas d'insolvabilité, ces frais sont à charge de l'Etat.

Art. 28. Il ne pourra être statué par les juridictions (, en ce compris la Cour de Cassation,) ou les commissions et la commission supérieure de défense sociale sur les demandes d'internement ou de mise en liberté qu'à l'égard des intéressés assistés d'un avocat. <L 2003-02-25/45, art. 3, 010; En vigueur : 08-05-2003>

Si l'intéressé n'a pas fait choix d'avocat, le président lui en désigne un d'office.

La juridiction ou la commission ne peut statuer que si le dossier a été mis à la disposition de l'avocat choisi par l'intéressé ou désigné d'office, quatre jours à l'avance.

Art. 29. § 1. L'inculpé qui est interné par application des articles 7 ou 21 et qui n'est ni interdit ni placé sous tutelle peut, si ses intérêts le commandent, être pourvu d'un

administrateur provisoire.

La commission de défense sociale peut, à cet effet, soit désigner comme administrateur provisoire un membre du personnel de l'établissement de défense sociale où se trouve placé l'interné, soit faire désigner un administrateur provisoire par le juge de paix du canton du domicile de l'interné; (...). <L 2001-04-29/39, art. 87, 008; En vigueur : 01-08-2001>

Le juge de paix du domicile de l'interné peut également procéder à cette désignation, soit d'office, soit à la requête de l'intéressé, des parents, de l'époux ou de l'épouse, des créanciers, de toute autre personne intéressée, ou du procureur du Roi sans en être requis par la commission de défense sociale, notamment s'il estime préférable de confier les fonctions d'administrateur provisoire à une autre personne que le membre du personnel de l'établissement de défense sociale désigné par la commission.

La décision du juge de paix est susceptible d'appel dans les quinze jours du prononcé. A cet effet, l'appelant soumet au président du tribunal une requête; celle-ci mentionnera un jour pour le prononcé en audience.

§ 2. Les pouvoirs de l'administrateur provisoire cessent de plein droit lorsque la libération définitive est acquise. Ils sont suspendus si l'interné est mis en liberté à l'essai, et reprennent en cas de révocation de cette libération.

Art. 30. § 1. L'administrateur provisoire procédera au recouvrement des créances, à l'acquittement des dettes; il passera des baux qui ne pourront, sous réserve des dispositions légales concernant les baux à ferme et les baux commerciaux, excéder trois ans; il représentera l'interné en justice comme défendeur; il pourra, aux mêmes conditions qui sont prescrites pour le tuteur de l'interdit, accepter une succession sous bénéfice d'inventaire, emprunter et consentir hypothèque pour payer des dettes, aliéner des immeubles appartenant exclusivement à l'interné; il pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale, accordée par le juge de paix du domicile de l'interné, faire vendre des biens meubles, représenter l'interné en justice comme demandeur, représenter l'interné dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles il serait intéressé, en ce compris la vente publique volontaire des immeubles indivis.

§ 2. L'article 1304, alinéa premier, du Code civil, est applicable aux internés. Les dix ans de l'action en nullité prévue à cet article courent, à l'égard de l'interné, à dater de sa libération définitive et à l'égard de ses héritiers à dater de la signification qui leur en aura été faite ou de la connaissance qu'ils en auront eue depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé à courir contre celui-ci, ils continueront à courir contre les héritiers.

§ 3. Le juge de paix en désignant l'administrateur provisoire décidera à quelles dates de l'année celui-ci sera tenu de lui soumettre des états de situation de sa gestion; il décidera également des garanties à fournir par l'administrateur provisoire conformément aux dispositions des articles 49 et suivants de la loi du 16 décembre 1851.

Les biens de l'administrateur provisoire commis par la commission de défense sociale, ne peuvent, à raison de ses fonctions, être passibles d'aucune hypothèque.

Le juge de paix pourra allouer à l'administrateur provisoire désigné par la commission de défense sociale ou par lui-même une rémunération dont il fixera par décision motivée le montant ou le mode de calcul; cette rémunération sera, soit une somme fixe, soit un tantième des revenus de l'interné, à l'exclusion des pensions et autres allocations sociales, soit un honoraire déterminé par le moyen d'états taxés en fonction des devoirs posés.

La décision du juge de paix est susceptible d'appel dans les quinze jours du prononcé. A cet effet, l'appelant soumet au président du tribunal une requête; celle-ci mentionnera un jour pour le prononcé en audience.

Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions, les destitutions et les comptes des tuteurs sont applicables à l'administrateur provisoire désigné par le juge de paix sur base du présent article.

Art. 31. Les dispositions concernant les poursuites en matière correctionnelle et criminelle

sont applicables aux procédures prévues par la présente loi, sauf les dérogations qu'elle établit.

Art. 32. Sont abrogés : les dispositions du Code pénal concernant la mise sous surveillance spéciale de la police, l'article 76 du Code pénal, les dispositions contraires à la présente loi contenues notamment dans la loi du 18 juin 1850, modifiée par la loi du 28 décembre 1873, sur le régime des aliénés.

Art. M. Le roi fixe la date de l'entrée en vigueur de la présente loi. <cf. AR 28 Août 1964>

Modification(s)	Texte	Table des matières	Début
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 05-05-2014 PUBLIE LE 08-07-2014 (ART. MODIFIE : 5) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 10-04-2014 PUBLIE LE 30-04-2014 (ART. MODIFIES : 20; 20bis) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 26-12-2013 PUBLIE LE 31-12-2013 (ART. MODIFIE : 14) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 21-12-2009 PUBLIE LE 11-01-2010 (ART. MODIFIE : 10) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 26-04-2007 PUBLIE LE 13-07-2007 (ART. MODIFIE : 22-26bis) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 21-04-2007 PUBLIE LE 13-07-2007 (ART. MODIFIES : INTITULE; 1-21; 27-32) Entré e en vigueur à dé terminer. 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 27-12-2006 PUBLIE LE 28-12-2006 (ART. MODIFIES : 13BIS; 18; 19; 20) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 27-12-2006 PUBLIE LE 28-12-2006 (ART. MODIFIE : 14) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 25-02-2003 PUBLIE LE 28-04-2003 (ART. MODIFIES : 19TER; 28) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 25-02-2003 PUBLIE LE 28-04-2003 (ART. MODIFIE : 19BIS) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 29-04-2001 PUBLIE LE 31-05-2001 (ART. MODIFIE : 29) 			
<p><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 28-11-2000 PUBLIE LE 17-03-2001 (ART. MODIFIES : 20; 20BIS; 25) 			
<p><u>IMAGE</u></p>			

<ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 07-05-1999 PUBLIE LE 29-06-1999 (ART. MODIFIES : 6; 20)
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 05-03-1998 PUBLIE LE 02-04-1998 (ART. MODIFIES : INTITULE; 23BIS; 25; 25BIS) (ART. MODIFIES : 25TER; 25QUA; 26; 26BIS)
<p style="text-align: center;"><u>IMAGE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 10-02-1998 PUBLIE LE 18-03-1998 (ART. MODIFIES : 18; 19BIS)
<ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 13-04-1995 PUBLIE LE 25-04-1995 (ART. MODIFIE : 20BIS)
<ul style="list-style-type: none"> • LOI DETENTION PREVENTIVE DU 20-07-1990 PUBLIE LE 14-08-1990 (ART. MODIFIE : 1)
<ul style="list-style-type: none"> • LOI DU 17-07-1990 PUBLIE LE 09-08-1990 (ART. MODIFIES : 25; 25BIS; 25TER; 25QUATER; 26) (ART. MODIFIE : 26BIS)

Travaux parlementaires	<u>Texte</u>	<u>Table des matières</u>	<u>Début</u>
<p>Session 1959-1960. Sénat. Documents parlementaires. - Projet de loi, n° 514, du 2 septembre 1960. Session 1961-1962. Sénat. Documents parlementaires. - Rapport, n° 127, du 6 février 1962, de Mme Vandervelde. - Amendement, n° 148, du 6 mars 1962, du gouvernement. - Amendements, n° 149, du 6 mars 1962, de M. Hambye. Annales parlementaires. - Renvoi en commission. Séance du 7 mars 1962. Session 1962-1963. Sénat. Documents parlementaires. - Rapport complémentaire, n° 256, du 12 juin 1963, de Mme Vandervelde et M. Rolin. Annales parlementaires. - Discussion et adoption. Séance du 20 juin 1963. Chambre des représentants. Documents parlementaires. - Projet transmis par le Sénat, n° 601-1, du 21 juin 1963. Session 1963-1964. Chambre des représentants. Documents parlementaires. - Amendements, n° 601-2, du 9 mars 1964, du gouvernement. - Rapport, n° 601-3, du 15 avril 1964, de M. Cooreman. Annales parlementaires. - Discussion. Séance du 5 mai 1964. - Adoption. Séance du 6 mai 1964. Sénat. Documents parlementaires. - Projet amendé par la Chambre des représentants, n° 223, du 6 mai 1964. - Rapport, n° 270, du 9 juin 1964, de M. Rolin. Annales parlementaires. - Discussion et adoption. Séance du 16 juin 1964.</p>			

<u>Début</u>	<u>Premier mot</u>	<u>Dernier mot</u>	<u>Modification(s)</u>	
	<u>Travaux parlementaires</u>	<u>Table des matières</u>	<u>8 arrêtés d'exécution</u>	<u>17 versions archivées</u>
				<u>Version néerlandaise</u>