

**N° 5856<sup>12</sup>****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2009-2010

**PROJET DE LOI**

- a) relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux,
- b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et
- c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988

\* \* \*

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE  
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(15.10.2009)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente; Mme Claudia DALL'AGNOL, Rapportrice; Mme Sylvie ANDRICH-DUVAL, MM. Eugène BERGER, Jean COLOMBERA, Mme Lydie ERR, M. Jean HUSS, Mme Martine MERGEN, MM. Paul-Henri MEYERS, Jean-Paul SCHAAF, Marc SPAUTZ et Carlo WAGNER, Membres.

\*

**I. PROCEDURE LEGISLATIVE**

Le projet de loi a été déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Santé le 7 mars 2008.

Dans sa réunion du 9 octobre 2008, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a désigné Mme Claudia Dall'Agnol comme rapportrice du projet de loi et a entendu la présentation du projet par M. le Ministre de la Santé. Au cours de cette même réunion, la commission a procédé à un échange de vues général et a examiné l'avis du Conseil d'Etat du 23 septembre 2008.

Lors des réunions suivantes des 29 janvier et 12 février 2009, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a continué l'analyse du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat.

Cet examen a abouti à une série d'amendements adoptés lors de la réunion du 12 février 2009 et transmis au Conseil d'Etat le 24 février 2009. Ces amendements ont été avisés par le Conseil d'Etat en date du 5 mai 2009. Le 3 juillet 2009, le Gouvernement a introduit de nouveaux amendements, analysés par le Conseil d'Etat dans son avis du 22 septembre 2009. L'avis complémentaire du Conseil d'Etat, les amendements gouvernementaux et le deuxième avis complémentaire du Conseil d'Etat figuraient à l'ordre du jour de la réunion de la commission du 15 octobre 2009. Lors de cette même réunion la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a également adopté le présent rapport.

\*

**II. CONTENU DU PROJET DE LOI**

En juillet 2005 le Gouvernement a saisi l'occasion du dépôt à la Chambre du projet de loi visant à modifier la loi du 26 mai 1988 relative au placement de personnes atteintes de troubles mentaux pour faire dans l'exposé des motifs qui l'a accompagné un vaste tour d'horizon sur l'évolution de la légis-

lation en la matière, de même que sur l'évolution de la prise en charge sur le terrain des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le présent rapport peut donc pour ces deux aspects renvoyer à l'exposé des motifs exhaustif qui a accompagné le prédit projet, qui est devenu la loi du 22 décembre 2006, et se concentrer sur les principales innovations de la réforme actuelle, à savoir le fait de faire de la décision de placement une décision judiciaire, et traiter de la thérapie involontaire et des mesures d'isolation et de contention du patient, innovations d'ailleurs déjà annoncées lors de la précédente réforme partielle.

Avant de se tourner vers les innovations qui font l'objet du présent projet, il convient de relever que la décentralisation de la psychiatrie, qui était le but principal poursuivi par la loi du 22 décembre 2006, s'est réalisée pratiquement sans heurts dans la réalité hospitalière de tous les jours, et de signaler très brièvement quelques autres réalisations nouvelles intervenues sur le terrain depuis le prédit exposé des motifs accompagnant la loi de 2006.

C'est ainsi que les capacités des centres de jour ont été renforcées et multipliées. Le Centre hospitalier neuro-psychiatrique (CHNP), libéré de ses missions en matière de psychiatrie aiguë, peut désormais se consacrer entièrement à sa mission d'établissement de réhabilitation en psychiatrie. Enfin, le CHNP accueille depuis fin 2006 une unité pour jeunes en difficultés, qui sera encore complétée par des structures de réintégration.

En ce qui concerne le projet de loi sous rubrique, l'innovation principale consiste à faire de la décision de placement une décision judiciaire, c'est-à-dire prise par un organe relevant de l'organisation judiciaire.

Dans l'état actuel de la législation c'est en fin de compte le fait par un directeur d'hôpital ou responsable d'un service de psychiatrie d'admettre une personne dans une section de psychiatrie fermée qui vaut décision de placement, ou d'internement comme on disait dans le temps. Certes, la prise de décision du directeur ou chef de service est entourée d'un certain nombre de garanties. Ainsi, un avis médical externe portant sur la nécessité de l'admission est requis. Un juge-contrôleur examine la régularité formelle de la procédure d'admission, dont l'existence d'une demande d'admission et d'un certificat médical en bonne et due forme. Par ailleurs, la personne admise a le droit de se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement pour demander son élargissement, si elle estime le placement injustifié. Le tribunal procède suivant une procédure spéciale, plutôt informelle.

Il n'en reste pas moins que le système actuel peut prêter à critique. Même si le directeur ou le chef de service de l'hôpital d'admission ne prend jamais l'initiative du placement, il lui appartient, lorsqu'il prend la décision d'admettre la personne concernée, de trancher si les conditions, non seulement de forme, mais également de fond (art. 2 de la loi en vigueur) sont remplies. Théoriquement, il pourrait être tenté d'admettre trop facilement, pour utiliser au maximum les capacités de son hôpital, même si en pratique ce risque n'a jamais été et n'est pas bien réel. En effet, dans le cas de l'ancien HNPE (Hôpital neuro-psychiatrique de l'Etat), il s'agissait d'un établissement de l'Etat, dépourvu de tout esprit de lucre. En ce qui concerne les hôpitaux „généraux“, à gestion financière autonome, seuls en charge du placement initial depuis la réforme de 2006, les services fermés requièrent un encadrement en personnel intensif peu propice à la réalisation de bénéfices. Une autre critique adressée au système du médecin-placeur consiste à dire que la relation médecin-patient s'en trouve biaisée dès le départ. Le patient n'admet pas facilement une relation de confiance, indispensable pour la réussite de la prise en charge, avec un médecin qui a pris la décision de l'„enfermer“, contre son gré. Cela est encore vrai si le médecin traitant n'est pas le directeur ou chef de service qui a admis le placement, mais dépend hiérarchiquement de celui-ci. Finalement, le système actuel soulève la question de la responsabilité civile, si ce n'est pénale, qu'engage le médecin qui admet le placement. La question se pose avec acuité depuis que ce médecin n'est plus un fonctionnaire de l'ancien HNPE pouvant se retrancher derrière l'Etat, du moins pour ce qui est de sa responsabilité civile.

Il y a quelques années, le „Zentralinstitut für psychische Gesundheit“ de Mannheim a réalisé pour le compte de la Commission européenne une étude comparative intitulée „Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in E-U Member States“, portant entre autres sur l'autorité investie du pouvoir de placer. Bien que cette étude, réalisée sur base de contributions nationales, ne laisse pas apparaître pour chaque pays considéré l'identité de l'autorité plaçante avec toute la netteté voulue, il en ressort cependant que pour la grande majorité des pays c'est bien un organe de l'ordre judiciaire qui est investi de ce pouvoir.

L'on peut certes objecter que le magistrat qui aura à se prononcer sur une demande de placement prendra la plupart du temps la précaution de s'entourer d'un avis d'expert, c'est-à-dire d'un psychiatre.

Il serait cependant faux d'en déduire qu'on se retrouverait de la sorte à la case départ, la balle étant revenue dans le camp médical. D'un côté, en effet, le psychiatre expert ne s'identifie pas au psychiatre de l'établissement. Il n'assurera aucune prise en charge de la personne concernée. D'un autre côté, le juge, même au départ dépourvu de connaissances en la matière, devrait acquérir une expérience spécifique au fil des dossiers et jettera sur ces affaires le regard du magistrat, appelé à faire la balance entre les intérêts exprimés par la personne concernée, les intérêts bien compris de cette personne, et les impératifs de sécurité de la société. Etant donné qu'il y va de la liberté et de son éventuelle privation, même limitée dans le temps, l'exigence d'une décision de justice paraît offrir le plus de garanties contre l'abus et l'arbitraire.

Le traitement involontaire, l'isolement et la contention du patient, qui constituent la deuxième innovation principale du projet, font l'objet du chapitre 8. La loi en vigueur n'aborde pas ces sujets, sauf qu'elle traite en son article 38 du traitement expérimental ou risquant d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau.

Le traitement involontaire est un sujet classique de controverse en psychiatrie. Tant les défenseurs du traitement involontaire que ses détracteurs peuvent s'appuyer sur des arguments se référant aux droits fondamentaux, le droit à l'assistance d'un côté, le droit à l'autonomie de la personne humaine de l'autre côté. Les défenseurs du traitement involontaire feront valoir que dans certains cas le refus opposé par le patient au traitement est le fait d'une personne fragilisée, pas consciente de son état de santé mentale et physique, en révolte contre la société qui l'a enfermée contre son gré, en révolte contre le médecin traitant qui lui propose un traitement, mais qui représente la société hostile à ses yeux. Le médecin, en laissant le patient dans cet état de délabrement, manquerait à tous les devoirs que lui impose sa conscience professionnelle. De toute manière le traitement involontaire ne serait qu'un pis-aller essentiellement provisoire, ayant précisément pour but de responsabiliser le patient et d'obtenir son adhésion au traitement. Les détracteurs du traitement involontaire rétorqueront que le placement involontaire est la contrainte maximale que la société peut imposer à une personne dans un réflexe d'autodéfense, mais que le traitement involontaire, non nécessaire pour protéger la société, doit céder le pas devant l'autonomie de la personne, à respecter particulièrement en matière de santé. Du reste tout traitement non librement accepté serait voué à l'échec.

L'on remarquera d'ailleurs que tant les uns que les autres pourront jeter dans la balance des arguments issus du droit pénal. Si le psychiatre n'intervient pas, il n'est pas loin de la non-assistance à personne en danger ou de l'abstention coupable, visées par l'article 410-1 du Code pénal. S'il intervient, c'est l'atteinte à l'intégrité physique qui peut lui être reprochée.

Dans une rubrique du document dont question ci-dessus du „Zentralinstitut für psychische Gesundheit“ de Mannheim, il est question du traitement involontaire. D'après ce document, dans 6 des 15 pays européens sur lesquels porte l'étude, le placement involontaire sans traitement est possible. Toujours d'après ce document le consentement éclairé avant traitement serait en principe requis dans cinq de ces pays (Autriche, Allemagne, Irlande, Pays-Bas et Suède). Ceux-ci admettraient cependant le traitement involontaire „in cases of emergency or should they (the patients) lack mental capacity to consent“.

Le traitement involontaire peut être considéré comme généralement accepté au niveau international. Mesure pouvant être considérée comme dégradante, elle vise en fait à mettre fin rapidement à cette mesure encore plus dégradante qu'est le placement involontaire. Souvent le patient est admis en période de crise aiguë, qu'une médication appropriée accompagnée d'une prise en charge médico-sociale permettra de soulager au point, sinon d'élargir l'intéressé, au moins d'obtenir son adhésion au maintien à l'hôpital et au traitement proposé, et de mettre ainsi fin tant au placement qu'au traitement involontaires. C'est là l'argument décisif plaçant en faveur du traitement involontaire.

Dès lors, tout en admettant le principe du traitement involontaire, le présent projet de loi le soumet à des conditions restrictives, tirées de la Recommandation (2004)<sup>10</sup> du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des Droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Les conditions sont davantage explicitées au commentaire des articles.

La prédite Recommandation s'exprime aussi sur les mesures de contention et d'isolement. Elle en accepte le principe, mais soumet ces mesures à certaines conditions reprises pour l'essentiel dans le présent projet et explicitées à leur tour au commentaire des articles. La législation en vigueur est, quant à elle, muette sur le sujet. L'on remarquera d'ailleurs qu'il existe une corrélation certaine entre les mesures de contention et d'isolement et le traitement involontaire. Le recours à l'isolement et à la contention s'impose souvent en cas de crise aiguë. L'application d'une médication appropriée, même admi-

nistrée temporairement contre la volonté du patient, devrait avoir pour effet de limiter la durée et la fréquence des prédites mesures, qui s'accompagnent toujours d'un certain risque pour la santé et le bien-être du patient.

Le présent projet ne répète plus les dispositions de la loi de 1988 relatives à la séquestration à domicile, elles-mêmes reprises mutatis mutandis de la législation antérieure remontant à 1880. La loi en vigueur admet le principe de la séquestration à domicile d'un malade, mais la soumet à des conditions restrictives. Une autorisation du juge des tutelles est requise. De mémoire d'homme pareille autorisation n'a plus été accordée, ni même sollicitée. Cette procédure, ancestrale, peut donc être considérée comme étant tombée en désuétude. Il est du reste difficile de s'imaginer de nos jours une prise en charge d'un malade mental, confiné à domicile, qui serait faite d'après les règles de l'art.

Même si les innovations qu'apporte le projet sous examen à la loi en vigueur se rapportent à des domaines limités et précis, il paraît utile de procéder à une refonte de la loi en entier plutôt que par amendements. La loi de 1988 a déjà été amendée à deux reprises. De légères adaptations de terminologie nécessiteraient des amendements en de très nombreux endroits du texte, qui risquerait de se trouver en fin de compte difficilement lisible. Il a donc été jugé préférable de réécrire la loi d'un trait et de profiter de l'occasion pour introduire certaines modifications ponctuelles, de forme ou de fond, explicitées au commentaire des articles.

\*

### **III. AVIS DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET DES ORGANISMES CONSULTES**

Dans son avis du 6 juin 2008, la *Commission permanente pour le secteur hospitalier* fait remarquer que le délai pour un réexamen du placé judiciaire, après que celui-ci a été maintenu, paraît trop long. Elle propose désormais de raccourcir ce délai à un mois, respectivement à six mois au lieu de deux mois, respectivement un an.

\*

Le *Collège médical*, dans son avis du 21 juillet 2008, considère que le projet de loi entraîne des innovations tout à fait appropriées, notamment la délégation au pouvoir juridique de la décision de maintenir une personne hospitalisée sans son consentement ainsi que l'introduction de dispositions nouvelles relatives au traitement involontaire et aux mesures d'isolement. Dans un avis séparé, une partie du *Collège médical* regrette que la question de l'opportunité de déposséder une personne de sa liberté en l'hospitalisant contre son gré ne soit pas traitée en détail. En effet, des notions telles que le trouble mental grave, le danger pour soi-même ou autrui ou l'ordre et la sécurité publics sont relativement indéfinis.

\*

L'avis du *SYVICOL* du 28 août 2008 est essentiellement consacré aux pouvoirs en matière d'admission forcée des bourgmestres et de certains agents de la Police grand-ducale. Ainsi, le *SYVICOL* demande de réintroduire certaines dispositions de la loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés telles qu'elles figuraient dans la loi avant qu'elle ne fût modifiée par la loi du 22 décembre 2006. Ainsi, selon le *SYVICOL*, le bourgmestre devrait pouvoir déléguer ses compétences en matière de demande d'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux non seulement aux échevins, mais pareillement à certains officiers de police judiciaire. Selon le *SYVICOL*, la Police ne devra pouvoir intervenir que sur base d'une telle délégation ou sur base d'une réquisition.

\*

Dans son avis du 16 mars 2009, la *Commission consultative des Droits de l'Homme du Grand-Duché de Luxembourg* (CCDH) salue le projet de loi et la judiciarisation de l'hospitalisation sans consentement qu'il vise à introduire. La CCDH souligne que la personne hospitalisée sans son consentement conserve néanmoins la plénitude de ses droits fondamentaux et qu'à cet égard, les normes édictées par

le Comité pour la prévention de la torture (CPT, organe du Conseil de l'Europe) doivent servir de „minima“ à mettre en place et à respecter. Par ailleurs, la CCDH est d'avis qu'une hospitalisation sans consentement ne donne pas automatiquement le droit au médecin d'initier un traitement sous contrainte. Elle s'oppose à ce que des essais cliniques à but thérapeutique puissent être pratiqués sans le consentement de la personne intéressée. La CCDH recommande finalement que la question des mineurs hospitalisés sans leur consentement et la loi sur la protection de la jeunesse fassent rapidement l'objet d'un débat et d'une réforme.

\*

#### IV. AVIS DU CONSEIL D'ETAT ET REACTIONS

Dans son avis du 23 septembre 2008, outre un certain nombre de remarques quant au fond et quant à la forme du projet de loi qui sont examinées plus explicitement dans le commentaire des articles, le Conseil d'Etat émet deux oppositions formelles.

La première opposition formelle concerne la sécurité juridique du placement d'une personne. La finalité majeure du présent projet de loi étant de judiciariser l'admission et le placement de personnes atteintes de troubles mentaux, celle-ci n'est malheureusement pas entièrement reflétée dans le projet de loi. En effet, un juge décidera par ordonnance le placement d'une personne, tandis qu'une sortie provisoire, voire la sortie définitive peut être autorisée par le médecin traitant sans que la décision judiciaire ait été rapportée ou modifiée. Ceci entraîne qu'une personne puisse être élargie ou autorisée à sortir tandis que la décision judiciaire de placement est maintenue. Conséquemment, le pouvoir de décider de l'élargissement du patient devra être donné au juge.

La deuxième opposition formelle avancée par le Conseil d'Etat a trait aux attributions dévolues à la Force publique dans le cadre de l'assistance des autorités compétentes dans l'admission ou la réadmission dans un service de psychiatrie de personnes ayant compromis l'ordre ou la sécurité publics. La Haute Corporation rejette l'idée selon laquelle la Police pourrait pénétrer dans tout lieu en vue de saisir une personne tombant sous l'application des dispositions de la loi sans pour autant garantir la protection du domicile.

Le Conseil d'Etat insiste également à ce que chaque patient soit obligatoirement assisté par un représentant légal.

Quant à la procédure d'admission et de mise en observation, le Conseil d'Etat souligne qu'il existe une inconvenance au niveau des délais prévus lorsque l'admission, respectivement la réception du rapport médical au juge, a lieu un jour férié ou en fin de semaine.

Le Conseil d'Etat regrette pareillement que la durée du maintien d'une personne dans la section du service psychiatrique d'un hôpital, qui potentiellement pourrait être de 60 jours, est démesurée sachant que la santé du patient n'est guère „déficiante à un point qui relève de l'évidence“.

Le Conseil d'Etat s'interroge en outre si le règlement d'ordre intérieur est le bon moyen pour déterminer les modalités de visite du patient. Un tel règlement est dans son essence une norme générale et ne traite par conséquent pas du droit de visite spécifique aux personnes atteintes de troubles mentaux.

\*

Dans sa prise de position à l'égard de l'avis du Conseil d'Etat, le Ministère de la Santé réfute l'opposition formelle concernant le fait qu'une décision de placement de nature judiciaire serait levée par une décision non judiciaire. Aussi s'explique-t-il sur la proposition du Conseil d'Etat d'assigner obligatoirement un représentant légal à chaque personne placée.

Le Ministère de la Santé revient au principe qui est à la base de la judiciarisation de la décision de placement en expliquant que „la liberté individuelle est un bien tellement haut placé dans la hiérarchie des Droits de l'Homme que sa privation, intervenant pour des motifs et dans des conditions strictement définis dans la loi, ne peut être que le fait d'un juge“. Mettre fin à une mesure de placement aussitôt qu'elle ne s'impose plus devrait néanmoins relever de la compétence du médecin qui est le mieux placé pour juger de l'opportunité de l'élargissement. L'intervention d'une tierce personne ne ferait qu'ajouter une formalité inutile.

De même, le Ministère de la Santé évoque un précédent de non-observation du principe du parallélisme des formes en matière de privation de liberté: en effet, le tribunal correctionnel prononce un emprisonnement et sa durée mais l'article 100 du Code pénal autorise le Procureur d'Etat, qui n'est pas un juge, à mettre fin avant terme à l'emprisonnement.

La Recommandation (2004)10 du Conseil de l'Europe relative à la protection des Droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux n'impose pas non plus une intervention judiciaire pour la sortie définitive, voire temporaire, d'un patient.

L'assertion du Conseil d'Etat selon laquelle plusieurs personnes peuvent décider de la sortie d'un patient a pareillement été réfutée par le Ministère de la Santé.

Quant à l'obligation d'assigner un représentant légal à chaque personne placée, telle que préconisée par le Conseil d'Etat, le Ministère fait remarquer qu'une telle pratique n'est plus guère opportune et que l'introduction de la possibilité de désigner un tuteur ainsi que de solliciter l'assistance de la personne de contact, devraient garantir le soutien nécessaire au patient.

\*

Suite aux oppositions formelles exprimées par le Conseil d'Etat, Monsieur le Ministre de la Santé a demandé l'avis du Ministre de la Justice, avis que celui-ci lui a transmis sous forme d'observations émises par les autorités judiciaires. Les avis et dépêches émanant du Procureur général d'Etat, du Procureur d'Etat au Tribunal d'Arrondissement de Diekirch, du Procureur d'Etat au Tribunal d'Arrondissement de Luxembourg, du Juge-contrôleur du Tribunal d'Arrondissement de Luxembourg et de la Cour supérieure de Justice suite à cette demande ont été communiqués à la Chambre des Députés en date du 6 janvier 2009. Dans la dépêche accompagnant lesdits avis, la Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement résume les positions des autorités judiciaires quant aux points ayant fait l'objet d'oppositions formelles de la part du Conseil d'Etat.

Ainsi, les autorités judiciaires relèvent notamment que ni l'article 15 de la Constitution ni l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, traitant du domicile, ne consacrent un droit absolu à son inviolabilité. Les autorités judiciaires sont unanimes à recommander le maintien du texte incriminé, sauf que le Parquet général propose une formule de compromis, soumettant le droit d'ingérence de la Police au cas de figure d'un péril imminent.

Dans son avis, le Procureur d'Etat à Diekirch traite également des solutions retenues dans le projet en rapport avec la décision d'élargissement – solutions qu'il appuie. Il souligne qu'il a „*du mal à saisir l'argument tiré de l'absence de sécurité juridique qui ferait défaut*“ selon le Conseil d'Etat et qu'il ne voit pas la „*confusion dans le rôle que (le projet) assigne à ces différents acteurs*“, relevée par la Haute Corporation.

\*

Suite aux explications du Gouvernement ainsi que les prises de position des autorités judiciaires consultées, le Conseil d'Etat dans son avis complémentaire du 5 mai 2009, lève son opposition formelle relative aux décisions de sortie, de congé ou d'élargissement. Il demande toutefois que le juge soit informé des décisions en question.

Suite aux amendements introduits par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, la Haute Corporation ne s'oppose plus à la possibilité d'entrée au domicile pour les agents de la Force publique, puisque celle-ci a été circonscrite.

Dans son deuxième avis complémentaire datant du 22 septembre 2009, le Conseil d'Etat a analysé les deux amendements gouvernementaux introduits le 3 juillet 2009. S'agissant d'amendements destinés à clarifier le texte du projet de loi afin d'éviter toute insécurité juridique, le Conseil d'Etat n'a pas d'observations à formuler.

\*

## V. TRAVAUX EN COMMISSION

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a consacré un nombre important de ses réunions à l'analyse et à la discussion du projet de loi ainsi que des différents avis.

Lors de ces discussions, la commission a mis en avant que la judiciarisation de la décision de placement que le projet propose d'introduire constitue aux yeux du corps médical un progrès substantiel

alors qu'il n'appartient pas au médecin de prendre des décisions privatives de liberté à l'endroit du patient. Le médecin est censé fournir l'indication médicale pouvant justifier l'hospitalisation; la décision formelle y relative doit revenir au juge.

Aux yeux de la commission, le Conseil d'Etat dans son premier avis, a conçu la question de la compétence décisionnelle en matière d'élargissement du patient dans une approche trop formaliste et répressive. Il importe aussi d'éviter toute confusion au niveau du champ d'application *ratione materiae* du projet de loi: les personnes ayant commis une infraction pénale tout en se voyant reconnaître le statut d'irresponsabilité pénale au sens de l'article 71 du Code pénal ne sont pas visées par le champ d'application principal de la loi. Dans ce cas de figure, l'élargissement relève de toute évidence d'une décision judiciaire (voir à ce sujet, chapitre 6, articles 32 et suivants du texte concernant les placés judiciaires). Pour les personnes hospitalisées sans leur consentement par contre, l'internement doit être limité au strict nécessaire par rapport à l'intérêt médical du patient concerné et à l'intérêt de la société. La privation de liberté doit être levée dès qu'elle ne s'impose plus et c'est le médecin qui dispose de la faculté d'apprécier si tel est le cas.

Suite à la prise de position gouvernementale, la commission s'est prononcée pour le maintien du texte gouvernemental en ce qui concerne la question fondamentale de l'élargissement du patient interné par décision non judiciaire, c'est-à-dire par décision du médecin traitant. Aussi, dans le cadre des amendements parlementaires, la commission a-t-elle prié le Conseil d'Etat de revoir sa position à la lumière de l'argumentation pertinente du Gouvernement qu'elle a fait sienne.

Quant à la question relative au droit d'accès de la Police aux lieux servant d'habitation (nouvel article 52 du projet de loi), autre point au sujet duquel le Conseil d'Etat avait émis une opposition formelle, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se rallie à l'argumentation juridique circonstanciée et pertinente dans les avis des autorités judiciaires. Elle propose de reprendre à titre de solution de compromis la proposition de texte formulée par le Procureur général d'Etat.

Une autre question de principe soulevée par le Conseil d'Etat concernait sa proposition de doter chaque personne placée d'un représentant légal. Sur ce point encore, le Gouvernement a proposé de ne pas suivre le Conseil d'Etat, alors que la loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs est justement venue dissocier le placement, d'une part, et l'institution d'une représentation légale du patient pour les actes de la vie civile, d'autre part. Le Gouvernement a proposé de maintenir la faculté pour le juge de décider, de cas en cas, sur la désignation d'un représentant légal pour les actes de la vie civile. Cette désignation, qui inévitablement va souvent de pair avec une certaine stigmatisation de la personne concernée, pourra donc être limitée au cas où elle s'avère juridiquement indispensable. Sur ce point encore, la commission s'est ralliée à la position gouvernementale.

\*

## VI. COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Intitulé – Amendement 1*

L'article 52 introduit par voie d'amendement parlementaire ayant ajouté au projet de loi une disposition modificative de la loi communale, l'intitulé a été complété comme suit: „... et modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988“.

### *Article 1er*

Le Conseil d'Etat est d'avis que cet article est à supprimer, car il n'aurait aucune valeur normative et que l'énumération des deux genres d'établissements hospitaliers pourrait être faite au troisième alinéa de l'article 2.

La commission fait sienne la position du Gouvernement qui fait valoir qu'il est d'usage d'énoncer l'objet d'une loi à l'article initial. D'ailleurs un texte similaire dans la loi existante n'avait à l'époque pas rencontré d'objection de la part du Conseil d'Etat. Voilà pourquoi, la commission décide de maintenir cet article, sauf que, pour les raisons développées par le Conseil d'Etat à propos de l'article 2, il y a lieu de biffer „général“ après hôpital. Cette modification terminologique devra être transposée dans l'ensemble du texte, le terme générique conforme à la loi hospitalière étant effectivement „hôpital“ tout court.

### Article 2

Compte tenu du maintien de l'article 1er, la proposition de texte du Conseil d'Etat devient sans objet. L'article 2 est donc maintenu dans la teneur du projet gouvernemental.

### Article 3

Cet article prévoit que dans la mesure du possible les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent. Elles ne peuvent faire l'objet d'une admission ou d'un placement que si des troubles psychiques graves les rendent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ou si le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal.

Le Conseil d'Etat propose de reprendre le qualificatif „psychiatrique“ au lieu de „psychique“ dans le premier alinéa de cet article.

La commission décide de maintenir „psychique“ de préférence à „psychiatrique“. Elle relève que „psychiatrique“ est tout ce qui relève de la psychiatrie. La psychiatrie est une discipline médicale. Le trouble „psychique“ existe avant et indépendamment de sa prise en charge par le psychiatre.

Par conséquent, la commission ne suit pas le Conseil d'Etat et maintient le texte gouvernemental.

### Article 4

La commission décide de maintenir le texte gouvernemental à l'exception de la proposition du Conseil d'Etat visant l'alinéa 4 du paragraphe (1) dans lequel, conformément à la proposition du Conseil d'Etat, les mots „dans la suite“ sont supprimés.

### Article 5

Cet article prévoit que les hôpitaux généraux autorisés par le Ministre de la Santé à exploiter un service de psychiatrie sont tenus d'y créer une section pour le séjour et le traitement de personnes admises ou placées et d'y admettre aux fins d'admission et de placement conformément à la présente loi des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le Conseil d'Etat rappelle que dans le premier alinéa, l'adjectif „généraux“ est à supprimer pour les raisons expliquées à l'endroit de l'article 2.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat propose de rédiger la fin du texte comme suit:

*„... et d'y hospitaliser aux fins d'admission et de placement, conformément à la présente loi, des personnes atteintes de troubles mentaux.“*

La commission adopte cet article avec ces propositions du Conseil d'Etat.

### Article 6

Cet article prévoit que pendant son hospitalisation tout patient a droit à un traitement médical approprié à son état. Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé, appliqué par un personnel médical et de soins qualifié. Il doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

La commission adopte cet article avec les observations rédactionnelles du Conseil d'Etat.

### Article 7

Le paragraphe (1) de cet article énumère les personnes et instances sur demande desquelles une personne peut être admise dans un établissement psychiatrique.

Pour des raisons de clarté rédactionnelle, la commission a proposé de compléter la phrase introductive comme suit:

*„Une personne ne peut être admise et le directeur de l'établissement ne peut l'admettre que sur une demande écrite d'admission à présenter par une des personnes ou autorités suivantes: ... (suit l'énumération)“.*

La commission considère que cette précision rédactionnelle s'impose pour souligner que chacune des personnes et autorités figurant dans l'énumération subséquente peut à elle seule déclencher la procédure d'admission.

Dans son avis complémentaire du 5 mai 2009, le Conseil d'Etat n'a pas d'observations à faire concernant cet amendement.

En ce qui concerne les pouvoirs du bourgmestre, un article supplémentaire modifiant la loi communale est proposé in fine du texte. Pour les raisons commentées à cet amendement, (article 52 nouveau) la commission par voie d'amendement a proposé de dire au présent article sous le paragraphe (1), point 3. „ou celui qui le remplace“ au lieu de „ou l'échevin délégué à cet effet“.

Il est renvoyé à cet égard au commentaire de l'article 52.

Par voie d'amendement gouvernemental, le Gouvernement a proposé de donner au point 4 du paragraphe (1) la teneur suivante:

„4. les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire.“

Cet amendement s'impose dans la mesure où la formulation initiale (les commissaires principaux ou les commissaires en chef des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale) faisait un mélange entre grades (commissaire principal et commissaire en chef) et fonctions (chef d'un centre d'intervention ou d'un commissariat de proximité). La nouvelle formulation qui est proposée évite toute insécurité juridique en ne se référant plus qu'aux fonctions.

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat n'a pas d'observations à formuler concernant cet amendement.

Au deuxième alinéa du paragraphe (1), la commission reprend la proposition du Conseil d'Etat de mettre „public“ au pluriel.

Par contre, au 1er alinéa du paragraphe (2), l'ajout suggéré par le Conseil d'Etat que l'admission se fait „dans la section“ du service de psychiatrie paraît sans valeur ajoutée et n'est pas repris par la commission.

Concernant l'article 7, le Conseil d'Etat propose encore de supprimer la référence à la région hospitalière qui constitue une notion découlant du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national, alors qu'il serait de mauvaise technique législative de faire référence dans une loi à une terminologie qui sort d'un règlement d'exécution, car la loi pourrait, le cas échéant, dépendre du maintien du classement d'une norme juridique inférieure.

La commission considère que le Conseil d'Etat relève à bon droit qu'il s'agit en l'occurrence d'une notion découlant d'un règlement. D'un autre côté cependant, la commission donne à considérer que l'admission du patient dans l'établissement le plus proche de son lieu de vie ou de séjour est une des pierres angulaires de la réforme. Voilà pourquoi, elle propose par voie d'amendement de dire en trois endroits que l'admission se fait dans „l'hôpital de la région“, et de supprimer par conséquent le qualificatif „hospitalière“.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat a approuvé les amendements à l'article 7.

#### Article 8

Sans observation.

#### Article 9

Cet article prévoit qu'un certificat médical n'ayant pas plus de trois jours de date et délivré par un médecin non attaché au service de psychiatrie de l'hôpital général d'admission doit être joint à la demande d'admission. Ce certificat qui est établi après un examen de la personne concernée effectué le même jour décrit les symptômes de la maladie mentale et atteste la nécessité de l'admission.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a une contradiction entre la première et la deuxième phrase du premier alinéa. Il relève que d'après la première phrase, le certificat médical ne doit pas avoir plus de trois jours de date et, dans la deuxième phrase, il est établi le jour même, ce qui renvoie au jour d'admission.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale estime qu'il n'y a pas contradiction. Pour des raisons pratiques il se peut qu'il ne soit fait usage d'un certificat médical que deux jours après sa rédaction. Mais ce qu'il s'agit d'éviter, c'est d'utiliser un certificat remontant à plusieurs semaines.

La commission décide de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat concernant ce point. En revanche, elle propose par voie d'amendement de dire „du trouble mental“ au lieu de „de la maladie mentale“, ceci pour des raisons de concordance terminologique avec l'intitulé et les articles précédents.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat n'a pas d'observations à formuler à l'égard de cet amendement.

#### *Article 10*

Cet article prévoit que le directeur de l'établissement qui reçoit la personne à admettre fait transcrire sur le registre visé à l'article 40 ci-dessous les pièces exigées aux termes des articles 7 et 9.

Le Conseil d'Etat propose de remplacer le verbe „reçoit“ par „l'établissement dans lequel la personne est admise“, car la première hypothèse pourrait, à son avis, signifier que le directeur doit personnellement rencontrer la personne à admettre, ce qui pourrait renforcer sa responsabilité, le cas échéant.

La commission se prononce pour le maintien du texte gouvernemental. L'obligation de transcrire les pièces sur le registre repose sur le directeur, personne physique. Mais c'est l'établissement qui reçoit le patient, donc il n'y a de toute évidence pas d'obligation pour le directeur de l'accueillir personnellement, comme semble le craindre le Conseil d'Etat.

#### *Article 11*

Cet article prévoit que le jour même de l'admission, information en est donnée par écrit au juge. Le Conseil d'Etat se pose la question de savoir de quelle façon une information au juge peut être donnée par écrit le jour même, si l'admission se passe en fin de semaine ou un jour férié.

La commission fait valoir que le texte gouvernemental est donc à maintenir. L'information peut être donnée le même jour, et même reçue le même jour, si elle est donnée par Mail ou par Fax, même si le juge n'est pas nécessairement présent pour en prendre note.

La commission souligne que l'intervention du juge prévue au deuxième tiret n'enfreint pas le principe de la procédure d'élargissement par décision médicale. Dans le cas visé, l'intervention du juge se situe encore dans le cadre de sa saisine initiale au terme de laquelle il garde comme une option possible d'ordonner la sortie de la personne admise sous observation.

#### *Article 12*

Sans observation.

#### *Article 13*

La commission adopte cet article tel que proposé par le Gouvernement.

#### *Article 14*

Cet article dispose qu'avant de prendre sa décision conformément à l'article qui précède le juge peut se déplacer auprès de la personne admise et entendre toute personne pouvant lui donner des avis ou renseignements utiles pour sa prise de décision.

Le Conseil d'Etat estime que cet article est à supprimer, car le paragraphe 2 de l'article 18 fait obligation au juge d'entendre la personne admise. Par ailleurs, le Conseil d'Etat relève que la possibilité de prendre d'autres renseignements est accordée au juge par l'article 19.

La commission décide que cet article est à maintenir, car le texte ne fait pas double emploi avec l'article 18. En effet, l'article 14 est relatif à la période d'observation, lorsque l'article 18 se situe au moment de la prise de décision pour le placement proprement dit. Il fait obligation au juge d'entendre le patient, vu la gravité de la décision à intervenir.

#### *Article 15*

Cet article prévoit que si le juge prononce le maintien de la mise en observation, il ne peut le faire que pour un maximum de 21 jours qui suivent sa décision.

Le Conseil d'Etat propose de rédiger la deuxième partie de la première phrase du premier alinéa de la façon suivante:

*„... il ne peut le faire que pour un délai ne dépassant pas la période des trente jours prévu par l'article 12.“*

La commission estime qu'il y a lieu de maintenir le texte gouvernemental. Elle fait valoir que notamment la formulation suggérée par le Conseil d'Etat „un délai ne dépassant pas la période des 30 jours“ pourrait prêter à confusion. Par contre, les „21 jours“ du texte gouvernemental ne laissent

pas de place à l'ambiguïté. Ils s'obtiennent comme suit: 30 jours (*durée maximale de la mise en observation*) - 6 (*délai accordé au médecin pour rédiger son rapport – art. 12 (2)*) - 3 (*délai de décision du juge (art. 13)*) = 21 jours.

#### Article 16

Cet article prévoit qu'avant la fin de la période de mise en observation le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

Le Conseil d'Etat propose la suppression de cet article, car il n'en voit pas l'utilité. Il estime que d'après l'article 13, le juge peut prendre sa décision sur base du rapport qui lui est transmis le sixième jour.

La commission ne suit pas le Conseil d'Etat alors que le rapport de l'article 16 ne fait strictement pas double emploi avec celui de l'article 12, évoqué à l'article 13. Le rapport mentionné à l'article 12 est rédigé au bout d'une observation de 6 jours seulement, en vue de la prise de décision sur le maintien provisoire de la mise en observation. Le rapport prévu à l'article 16, beaucoup plus circonstancié, intervient au bout d'une observation de près de 30 jours, et oriente le juge dans sa décision sur un éventuel placement proprement dit.

Le texte gouvernemental est donc maintenu.

#### Article 17

Sans observation.

#### Article 18

Au paragraphe 4 de cet article relatif à la procédure de placement, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de supprimer les mots „s'il y a lieu“, car le Conseil d'Etat a proposé dans ses considérations générales que le patient doit obligatoirement être assisté par un représentant légal et que celui-ci doit être tenu au courant continuellement des mesures prises ou à prendre.

Conformément à sa décision de principe de ne pas prévoir d'office un représentant légal, la commission décide de maintenir les mots „s'il y a lieu“.

Par contre, la proposition du Conseil d'Etat de remplacer l'expression „la personne à désigner par elle“ par la „personne de son choix“ est adoptée.

#### Article 19

Le troisième alinéa de cet article autorise le juge à ordonner des mesures supplémentaires s'il ne s'estime pas suffisamment éclairé par le rapport du médecin traitant.

Cette mesure supplémentaire est en règle générale une expertise. Comme l'expérience montre, malheureusement, qu'en général les experts se sentent peu concernés par les délais légaux, la commission se prononce pour le maintien du texte gouvernemental.

#### Article 20

Cet article oblige le juge à prendre sa décision dans les 48 heures de l'audition ou, le cas échéant, de l'accomplissement de la mesure d'information.

La commission reprend la proposition du Conseil d'Etat de remplacer les mots „d'information“ par „supplémentaire“, pour reprendre les mêmes termes que dans l'article précédent et ne pas créer une confusion entre les informations que le juge recueille lors de l'audition et les mesures supplémentaires qu'il peut ordonner.

Ensuite, le Conseil d'Etat fait valoir que le caractère contradictoire de toute procédure judiciaire exige que le patient, assisté par son représentant légal et la personne de son choix, le cas échéant, soient entendus sur les conclusions de ce rapport supplémentaire tout comme le médecin traitant. Le Conseil d'Etat concède que ceci allongerait la procédure, mais garantirait les droits de la défense. L'abréviation des deux délais de trente jours dont question à l'article 19 s'imposerait donc d'autant plus.

La commission décide de maintenir le texte inchangé à cet égard. En effet, le patient a déjà été entendu par le juge. L'entendre une nouvelle fois à la suite d'une mesure supplémentaire, d'après le principe du „contradictoire“, serait transposer dans une matière non principalement juridique des règles du Nouveau Code de Procédure civile.

*Article 21*

Cet article prévoit que l'ordonnance du juge est communiquée sans délai par tout moyen utile à la personne concernée et à son médecin traitant. Conformément à sa décision de principe, la commission ne suit pas le Conseil d'Etat dans sa proposition de notifier l'ordonnance également au représentant légal.

*Article 22*

Cet article prévoit que le juge donne avis dans les vingt-quatre heures de sa décision de placement au directeur de l'établissement.

Par voie d'amendement, la commission propose d'ajouter après „le directeur“, les mots „ou la personne par lui désignée à cet effet“, pour bien marquer que le directeur peut se faire remplacer pour l'exécution de cette tâche.

Cet amendement ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat dans son avis complémentaire.

*Article 23*

Au sujet de cet article concernant le séjour de la personne placée, la commission estime que la précision que le transfert de l'hôpital d'admission vers l'établissement spécialisé (CHNP) ne peut intervenir qu'„après la décision de placement“ vise à couper court aux velléités des hôpitaux de se décharger trop rapidement de cette clientèle sur le CHNP. Contrairement à l'avis du Conseil d'Etat, cet article n'est dès lors en rien superflu.

La commission souligne que la communication de l'ordonnance du juge au patient est un acte administratif relevant de la direction et le transfert du patient vers l'hôpital spécialisé est une décision médicale relevant du médecin traitant. Le défaut de cohérence relevé par le Conseil d'Etat n'existe donc pas.

Par conséquent, l'article est maintenu dans la teneur du texte gouvernemental.

*Article 24*

Sans observation.

*Article 25*

La commission a maintenu cet article dans la teneur du projet gouvernemental, compte tenu des options de principe prises par la commission.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat relève qu'il a étudié les explications de la part du Gouvernement dans sa prise de position du 6 octobre 2008 quant aux phases différentes que sont l'admission et le placement, d'un côté, et les sorties, les congés et l'élargissement, d'un autre côté. Tout en maintenant son avis concernant l'intervention du juge qui a autorisé le placement, le Conseil d'Etat se déclare cependant d'accord avec une simple information au juge concernant les décisions de sortie, congé et élargissement prises par le médecin traitant. Il souligne que les décisions de placement continuent leurs effets au-delà du placement proprement dit, car les décisions de ramener un patient, qui ne respecte pas les conditions de sortie et de congé ou qui quitte l'établissement sans y être autorisé, au besoin par la Force publique, en vertu des articles 25, 26, 28 et 38 du projet de loi sous avis, sont exécutées en application de la décision du juge. Il faudra par conséquent que le juge soit tenu au courant de l'exécution de son autorisation de placement. Le Conseil d'Etat propose par conséquent que l'article 25 soit complété aussi par la phrase:

*„Information en est donnée au juge.“*

La commission reprend cette proposition.

*Article 26*

Selon cet article, si le médecin traitant est d'avis que la personne placée est guérie ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en fait la déclaration dans le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous.

Il en donne connaissance à la personne placée qui peut immédiatement quitter l'établissement ou se faire hospitaliser de son propre gré. Information en est donnée au juge.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de préciser en outre si la sortie dont traite cet article constitue une étape avant l'élargissement ou si elle constitue un élargissement.

La commission souligne qu'il s'agit bien évidemment de l'élargissement. Le texte est suffisamment clair sur ce point („peut immédiatement quitter l'établissement“).

Par ailleurs, le Conseil d'Etat relève à bon droit que le renvoi à l'article 14 est erroné. En fait c'est l'article 13 qui est visé.

Voilà pourquoi la commission a adopté un amendement en ce sens.

#### *Article 27*

Concernant le 2e alinéa, la commission rend attentif au fait que comme la sortie prévue à l'alinéa 1er était conditionnelle, il est possible de prévoir une procédure moins lourde que pour la réadmission. Donc le texte gouvernemental est maintenu.

#### *Article 28*

Conformément à la décision de principe, le texte gouvernemental est maintenu.

#### *Article 29*

La commission reprend la suggestion du Conseil d'Etat de remplacer „magistrat de l'ordre judiciaire“ par „magistrat du siège“.

#### *Article 30*

La commission remarque que contrairement à ce que dit le Conseil d'Etat, il n'existe pas de disposition de droit commun déclarant irrecevable une demande nouvelle tant qu'une demande antérieure est pendante. Donc le 1er alinéa est à maintenir.

La commission reprend les deux autres suggestions d'ordre rédactionnel du Conseil d'Etat concernant le 4e alinéa.

#### *Articles 31 à 42*

Sans observation.

#### *Article 43*

L'observation rédactionnelle du Conseil d'Etat relative à la deuxième phrase du paragraphe 2 est reprise par la commission.

L'observation du Conseil d'Etat relative au paragraphe 3 n'est pas reprise par la commission, alors qu'elle n'a pas suivi le Conseil d'Etat dans sa proposition que chaque patient doit avoir un représentant légal.

Quant à l'observation du Conseil d'Etat relative au paragraphe 5, la commission estime qu'il ne faut pas confondre registre et dossier médical. Le registre est en quelque sorte le „grand livre“ de l'hôpital, donnant une vue synoptique des différentes étapes de la procédure pour tous les patients placés. Il est tenu à l'administration.

Le dossier médical en revanche est individuel à chaque patient et est tenu à l'unité d'hospitalisation. Le registre se trouverait surchargé s'il fallait y renseigner une foule de détails concernant chaque patient individuellement.

Par conséquent, la commission se prononce pour le maintien du texte gouvernemental.

#### *Article 44*

Les observations concernant l'article 43 valent également pour cet article ce qui amène la commission à maintenir le texte gouvernemental.

#### *Article 45*

Sans observation.

*Article 46*

Cet article prévoit que le règlement d'ordre intérieur de l'établissement détermine les modalités des visites que peut recevoir le patient.

La commission relève que la plupart des hôpitaux du pays procèdent de la sorte, même sans obligation légale. A noter d'ailleurs qu'aux termes de l'article 22 de la loi hospitalière tout établissement est tenu d'adopter un règlement général portant e. a. sur „le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs“.

La commission adopte cet article dans la teneur du texte gouvernemental.

*Article 47*

Sans observation.

*Article 48*

Cet article est maintenu dans la teneur du texte gouvernemental, compte tenu de la décision de principe concernant le caractère non obligatoire de l'institution d'un représentant légal.

*Article 49 (supprimé)*

L'article vise l'hypothèse d'un patient qui s'est présenté volontairement au traitement, mais qui n'est pas coopératif, et contre lequel une procédure de placement est entamée.

La commission suit le Conseil d'Etat dans sa proposition de supprimer cet article. La commission se rallie aux considérations du Conseil d'Etat suivant lesquelles, d'un côté, la Constitution garantit la liberté d'aller et de venir et, d'un autre côté, une personne ne peut être retenue que si la loi l'autorise. Par conséquent, soit les conditions de l'article 7 autorisent l'admission forcée et il ne faut pas le répéter, soit les conditions ne sont pas remplies et la personne est libre d'aller et de venir comme bon lui semble.

*Article 49*

Sans observation.

*Article 50*

Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, le deuxième alinéa peut être supprimé pour être superfétatoire.

*Article 51*

Le Gouvernement a proposé par voie d'amendement de conférer à cet article la teneur suivante:

*„Art. 51. L'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'inspection générale de la Police est remplacé par le texte suivant:*

*„Art. 37. La Police se saisit des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, et en avise immédiatement l'autorité compétente. Les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire peuvent placer ces personnes dans un lieu de sûreté pour une durée n'excédant pas douze heures.*

*La Police, sur réquisition, assiste les autorités qui ont qualité pour demander, conformément à la loi du (...) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, l'admission dans un service de psychiatrie d'une personne qui compromet l'ordre ou la sécurité publics, ou pour l'y faire réadmettre. Dans l'exécution de cette mission, ainsi que de celles lui dévolues en vertu du présent article et de l'article 38 ci-après, la Police a un droit d'accès de jour comme de nuit à tout lieu en vue de se saisir d'une personne tombant sous l'application d'une des prédites dispositions légales. Toutefois, si la personne concernée se trouve dans un immeuble servant à l'habitation, ce droit d'accès ne peut être exercé que par les membres de la Police visés à l'alinéa 1, le cas échéant assistés par des agents de police judiciaire, sur autorisation du procureur d'Etat compétent et, lorsque la Police exécute la mission visée à la première phrase du présent alinéa, à condition qu'il y ait des raisons sérieuses de croire à un péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui.“*

L'amendement a pour objet d'aligner le texte sur le libellé nouveau de l'article 7 (1) sous 4. du projet, qui fait l'objet d'un amendement gouvernemental (cf. sub article 7).

Par ailleurs, il est profité de l'occasion pour remplacer la formulation „personnes qui par leurs agissements mettent gravement en danger des personnes ou des biens“ par celle de „personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics“, cette dernière se substituant déjà à la première citée à l'article 7 (1) du projet pour ce qui est des conditions d'intervention des autorités (bourgmestre, Police, procureur) en matière d'admission en service de psychiatrie.

Au 2e alinéa le bout de phrase „le cas échéant assistés par des agents de police judiciaire“ est nouveau. Le Ministre de la Justice recommande cet ajout, alors que dans les faits les officiers de police judiciaire sont très souvent accompagnés par des agents de police judiciaire, et afin qu'il n'y ait pas de discussion sur le droit d'accès de ces agents à des immeubles d'habitation dans les circonstances visées par la loi. La formulation „assistés par“ fait par ailleurs ressortir avec suffisamment de clarté que ces agents ne sont pas admis à agir seuls dans lesdites circonstances.

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat a marqué son accord avec cet amendement.

#### Article 52

La commission reprend la proposition du Conseil d'Etat de mettre en bout de la première phrase l'adjectif „public“ au pluriel.

Le Conseil d'Etat s'est opposé formellement à donner à la Force publique le droit de pénétrer la nuit dans tout lieu en vue de saisir une personne tombant sous l'application d'une des prédictes dispositions légales. Selon le Conseil d'Etat, la protection du domicile doit rester garantie en tout état de cause.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale s'est ralliée à l'argumentation juridique circonstanciée et pertinente figurant dans les avis des autorités judiciaires et elle a prié le Conseil d'Etat de reconsidérer son opposition formelle à la lumière de ces avis. La commission a proposé de reprendre à titre de solution de compromis la proposition de texte formulée par le Parquet général et ainsi libellée:

*„Art. 52. L'alinéa 2 de l'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'inspection générale de la Police est remplacé par le texte suivant:*

*„[...] Toutefois si la personne concernée se trouve dans un immeuble servant à l'habitation, ce droit d'accès ne peut être exercé que par les membres de la Police visés à l'article 7 (1) de la loi précitée, sur autorisation du procureur d'Etat compétent et, lorsque la Police exécute la mission visée à la première phrase du présent alinéa, à condition qu'il y ait des raisons sérieuses de croire à un péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui.“ “*

La commission estime que ce texte est de nature à rencontrer le souci du Conseil d'Etat quant à l'inviolabilité – relative – du domicile tout en précisant les conditions dans lesquelles des circonstances exceptionnelles, non seulement justifient, mais exigent impérativement une dérogation à ce principe sous forme d'intervention de la Police au domicile d'une personne exposant sa propre santé à un péril imminent ou constituant un danger pour autrui.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat, au vu de l'amendement ci-dessus exposé, n'a plus d'observation à faire et lève son opposition formelle, alors que la possibilité d'entrée au domicile pour les agents de la Force publique a été circonscrite dans le sens par lui préconisé.

\*

La commission a adopté deux autres amendements ayant pour objet de compléter le projet de loi par les articles 52 et 53 nouveaux.

Le projet est complété par un article 52 libellé comme suit:

*Art. 52. L'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est remplacé par le texte suivant:*

*„– Le bourgmestre ou celui qui le remplace a qualité pour demander le placement dans un établissement ou service de psychiatrie des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécu-*

*rité publics, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 7 de la loi du ... relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.*"

Cet article vise à mettre l'article 73 de la loi communale en ligne avec le nouveau libellé de l'article 7 (1) sous 3. relatif au pouvoir de placement du bourgmestre.

En ce qui concerne le nouvel intitulé du projet de loi et la modification proposée de l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, le Conseil d'Etat y marque son accord. Il propose cependant de changer à l'endroit de cet article le mot „placement“ en „admission“, car, d'après le régime général introduit par le projet de loi sous avis, la première étape est l'admission.

La commission se rallie à cette proposition.

En plus, par rapport au libellé initial dudit article 7 (1) sous 3. l'expression „ou l'échevin délégué à cet effet“ est remplacée par „ou celui qui le remplace“, notion qui relève du droit commun en droit communal tant pour ses conditions d'application (bourgmestre absent ou impossible à joindre) que pour les personnes pouvant agir à sa place (échevins ou à défaut conseillers ayant la nationalité luxembourgeoise).

#### Article 53

Etant donné que la loi comporte deux amendements à des lois existantes, mentionnées dans son intitulé, il convient de prévoir un article final, autorisant sa référence sous une forme abrégée. Cet article se lit comme suit:

*„Art. 53. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de „loi du ... relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.“*

\*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale recommande à la Chambre des Députés de voter le projet de loi dans la teneur qui suit:

\*

## VII. TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

### PROJET DE LOI

- a) **relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux,**
- b) **modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et**
- c) **modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988**

#### Chapitre 1er. – *Champ d'application, définitions, généralités*

**Art. 1er.** La présente loi règle l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.

**Art. 2.** Par admission on entend au sens de la présente loi l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux.

Par placement on entend au sens de la présente loi la décision judiciaire de maintenir sans son consentement la personne admise en milieu hospitalier au-delà de la période d'observation dont question à l'article 12 ci-dessous, sans préjudice des particularités qui régissent l'hospitalisation des placés judiciaires.

Une personne séjournant sans son consentement dans un service ou établissement visé à l'article qui précède est désignée dans la suite par l'expression „personne admise“ depuis le jour de son admission jusqu'à la décision d'élargissement ou de placement visée à l'article ci-après. Elle est désignée

par l'expression „personne placée“ à partir de la prédite décision de placement jusqu'à ce qu'il soit mis fin au placement.

Si le placement intervient sur ordre d'une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal, la personne concernée est désignée par „placé judiciaire“.

Dans la suite l'expression „le patient“ est employée chaque fois que sont visées indistinctement les personnes admises et placées, ainsi que les placés judiciaires.

**Art. 3.** Dans la mesure du possible les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent. Elles ne peuvent faire l'objet d'une admission ou d'un placement que si des troubles psychiques graves les rendent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ou si le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal.

La diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement.

Le défaut d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres de la société ne peut être considéré en soi comme un trouble mental.

**Art. 4.** (1) Sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1er.

L'admission, le placement et le séjour sont soumis aux conditions de fond et de forme prévues par la présente loi.

L'admission ne peut intervenir que dans un service de psychiatrie d'un hôpital.

Les établissements et services psychiatriques visés à l'article 1er sont désignés par le terme „établissement“. Par „directeur de l'établissement“ on entend dans la suite, suivant le cas, soit le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé, ou, s'il n'est pas médecin, le médecin qui en dirige le département médical, soit le médecin responsable du service de psychiatrie d'un hôpital.

(2) Dans chaque arrondissement judiciaire il incombe à un juge spécialement désigné à ces fins par le président du tribunal d'arrondissement, dit ci-après „le juge“, de veiller au respect des conditions de fond et de forme auxquelles sont soumis l'admission, le placement et le séjour de personnes atteintes de troubles mentaux et de prendre en matière de mise en observation et de placement les décisions lui spécialement dévolues par la présente loi.

**Art. 5.** Les hôpitaux autorisés par le ministre de la Santé à exploiter un service de psychiatrie sont tenus d'y créer une section pour le séjour et le traitement de personnes admises ou placées et d'y hospitaliser aux fins d'admission et de placement, conformément à la présente loi, des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les établissements doivent répondre à des normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation, à déterminer par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal arrête notamment le nombre maximum de lits par chambre, la superficie par lit de chaque chambre, ainsi que les effectifs minima du personnel médical et paramédical.

**Art. 6.** Pendant son hospitalisation tout patient a droit à un traitement médical approprié à son état. Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé, appliqué par un personnel médical et de soins qualifié. Il doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

Sans préjudice des dispositions des articles 43 et 44 ci-après, le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ainsi que de ses convictions religieuses ou philosophiques. Il doit favoriser la santé physique du patient tout comme ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

## **Chapitre 2. – Procédure d'admission et mise en observation**

**Art. 7.** (1) Une personne ne peut être admise et le directeur de l'établissement ne peut l'admettre que sur une demande écrite d'admission à présenter par une des personnes ou autorités suivantes:

1. le tuteur ou curateur d'un incapable majeur;
2. un membre de la famille de la personne à admettre ou toute autre personne intéressée. La demande indique le degré de parenté ou bien la nature des relations qui existent entre l'auteur de la demande et la personne concernée;
3. le bourgmestre de la commune sur le territoire de laquelle se trouve la personne concernée ou celui qui le remplace;
4. les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire;
5. le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se trouve la personne concernée.

Les autorités visées sous 3., 4. et 5. ci-dessus ne peuvent intervenir que si la personne compromet l'ordre ou la sécurité publics.

La demande est accompagnée dans tous les cas d'un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent.

(2) L'admission se fait dans le service de psychiatrie de l'hôpital de la région dans laquelle se situe le domicile de la personne à admettre.

Si plus d'un hôpital est éligible en vertu de l'alinéa qui précède, l'admission se fait à l'hôpital de la région qui est de garde le jour de l'admission.

Si l'admission intervient à la demande d'une des autorités visées au paragraphe qui précède sous 3., 4. et 5., elle se fait, par dérogation à l'alinéa 1er du présent paragraphe, à l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre au moment de la demande d'admission.

Si la personne à admettre n'a pas de domicile connu au pays, l'admission se fait à l'hôpital de la région dans laquelle elle se trouve au moment de la demande d'admission.

**Art. 8.** A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui, dûment constaté par un médecin de l'établissement non attaché au service de psychiatrie, le directeur peut, par dérogation aux dispositions de l'article 7 ci-dessus, procéder à l'admission sans être en possession de la demande y prévue.

La demande visée à l'article 7 doit être versée dans les vingt-quatre heures, faute de quoi le directeur informe la personne concernée qu'elle peut immédiatement quitter l'établissement, sans préjudice du droit de cette dernière de continuer de son propre gré la thérapie proposée.

Si en application de l'alinéa qui précède la personne concernée quitte l'établissement ou poursuit la thérapie proposée de son propre gré, l'inscription au registre prévue à l'article 40 ci-dessous n'est pas faite et l'avis dont question à l'article 11 ci-dessous n'est pas donné.

**Art. 9.** Un certificat médical n'ayant pas plus de trois jours de date et délivré par un médecin non attaché au service de psychiatrie de l'hôpital d'admission doit être joint à la demande d'admission. Ce certificat qui est établi après un examen de la personne concernée effectué le même jour décrit les symptômes du trouble mental et atteste la nécessité de l'admission.

Le certificat ne peut être délivré ni par le conjoint, ni par un parent ou allié en ligne directe, ni par un héritier présomptif de la personne dont l'admission est demandée.

Le médecin établit le certificat suivant un modèle déterminé par règlement grand-ducal, l'avis du Collège médical ayant été demandé.

**Art. 10.** Le directeur de l'établissement qui reçoit la personne à admettre fait transcrire sur le registre visé à l'article 40 ci-dessous les pièces exigées aux termes des articles 7 et 9.

**Art. 11.** Le jour même de l'admission information en est donnée par écrit au juge.

Le juge vérifie si les conditions de fond et de forme de l'admission sont remplies. Il demande, s'il y a lieu, à qui de droit de compléter ou de rectifier les formalités.

Dès son admission la personne admise est informée par le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet de son droit de s'adresser par écrit au juge.

**Art. 12.** (1) Après l'admission la personne admise est mise en observation pour une période qui ne peut excéder 30 jours. Pendant cette période le médecin traitant procède aux investigations requises en

vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie.

(2) Le sixième jour qui suit celui de l'admission le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité du maintien de la mise en observation.

**Art. 13.** Dans les trois jours de la réception du rapport visé à l'article qui précède le juge

- soit fait part au médecin traitant de ce que rien ne s'oppose au maintien provisoire de la mise en observation,
- soit décide que la mise en observation n'est pas ou plus indiquée et ordonne la sortie de la personne admise, en quel cas information en est donnée à la personne qui a demandé l'admission,
- soit demande au médecin traitant un supplément d'information.

**Art. 14.** Avant de prendre sa décision conformément à l'article qui précède le juge peut se déplacer auprès de la personne admise et entendre toute personne pouvant lui donner des avis ou renseignements utiles pour sa prise de décision.

**Art. 15.** Si le juge prononce le maintien de la mise en observation, il ne peut le faire que pour un maximum de 21 jours qui suivent sa décision.

Si le juge a demandé un supplément d'information au médecin traitant, le délai couru entre cette demande et la réception des informations supplémentaires est imputé sur la période de 21 jours dont question à l'alinéa qui précède, de façon à ce que la période d'observation ne puisse excéder 30 jours, sans préjudice de l'alinéa 3 de l'article 19 ci-après.

La décision de maintien de la mise en observation n'est pas susceptible de recours.

**Art. 16.** Avant la fin de la période de mise en observation le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

Si, sans attendre la fin de la période de mise en observation, le médecin traitant a la conviction que le maintien de l'hospitalisation s'impose, il fait de suite parvenir le rapport dont question à l'alinéa 1er du présent article au juge, qui entamera sa procédure de décision.

**Art. 17.** Les dispositions des articles 24 à 28 et 30 ci-dessous s'appliquent également à la personne admise.

### **Chapitre 3. – Procédure de placement**

**Art. 18.** (1) La décision de mettre fin à l'admission, soit en ordonnant la sortie de la personne admise, soit en prononçant son placement, relève du juge.

(2) Le juge prend sa décision sur base des critères énoncés à l'article 3 ci-dessus.

(3) Avant de prendre sa décision, le juge entend dans l'établissement de traitement la personne admise.

(4) Le juge communique la date de cette audition trois jours à l'avance à la personne admise et, s'il y a lieu, à son représentant légal. Lors de l'audition la personne admise peut se faire assister par une personne de son choix. Son représentant légal peut également, s'il y a lieu, assister à l'audition.

**Art. 19.** Lors de l'audition le juge donne connaissance à la personne admise des conclusions du rapport de son médecin traitant et il l'entend en ses observations.

Le juge peut, s'il l'estime opportun, entendre la personne admise en présence de son médecin traitant. Il peut aussi entendre ce dernier séparément.

S'il ne s'estime pas suffisamment éclairé par les éléments du dossier et les informations recueillies lors de l'audition, le juge peut ordonner toute mesure supplémentaire qu'il juge utile. Dans ce cas la

période d'observation est prorogée jusqu'à l'accomplissement de ladite mesure, sans que cette prorogation puisse excéder 30 jours.

**Art. 20.** (1) Dans les 48 heures de l'audition ou, le cas échéant, de l'accomplissement de la mesure supplémentaire, le juge rend une ordonnance prononçant soit l'élargissement de la personne admise, soit son placement.

(2) L'ordonnance prise en vertu de l'alinéa qui précède n'est pas susceptible de recours, sans préjudice du pourvoi offert à la personne placée à l'article 30 ci-après. L'ordonnance informe la personne placée des droits dont elle jouit en vertu du prédit article. Si la personne placée n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, celle-ci lui est fournie par son médecin traitant dès qu'elle est en mesure d'en comprendre la signification.

**Art. 21.** L'ordonnance est communiquée sans délai par tout moyen utile à la personne concernée et à son médecin traitant. Ce dernier s'assure de la remise effective de l'ordonnance à la personne concernée, lui en explique la teneur et lui fait signer un récépissé qui sera renvoyé au greffe. Si au moment de la remise de l'ordonnance la personne concernée n'est pas en mesure d'en saisir la portée, les diligences dont question ci-avant sont accomplies dès que la personne concernée est en mesure d'en comprendre la signification. Si l'ordonnance a prononcé le placement, celui-ci devient néanmoins effectif à la date de l'ordonnance.

**Art. 22.** Le juge donne avis dans les vingt-quatre heures de sa décision de placement au directeur de l'établissement.

Si l'ordonnance prononce l'élargissement, le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet en donne connaissance à la personne admise, qui peut immédiatement quitter l'établissement ou continuer de son propre gré la thérapie proposée.

#### **Chapitre 4. – Du séjour de la personne placée**

**Art. 23.** Si, après la décision de placement, le médecin traitant est d'avis que l'état de la personne placée nécessite une hospitalisation de longue durée, il la transfère dans un établissement psychiatrique spécialisé.

Il en donne avis trois jours au moins avant le transfert au directeur du prédit établissement. Il lui remet un dossier comprenant copie des pièces dont question aux articles 7 et 9 ci-dessus et de la décision de placement, un rapport médical retraçant l'évolution de l'état de la personne placée depuis son admission, ainsi que copie du dossier social.

Mention du transfert est faite tant au registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous par l'hôpital de départ de la personne placée qu'à celui tenu par l'établissement psychiatrique spécialisé d'arrivée.

**Art. 24.** Le médecin traitant consigne au moins tous les mois sur le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous les changements intervenus dans l'état mental de la personne placée.

En outre il réexamine la nécessité du maintien dans l'établissement à la fin du troisième mois qui suit la décision de placement dont question à l'article 18 ci-dessus.

**Art. 25.** De sa propre initiative ou à la demande de la personne placée ou de toute personne intéressée, le médecin traitant peut, à titre d'essai, accorder à la personne placée l'autorisation de quitter l'établissement. Il fixe la durée de la période d'essai qui ne peut cependant être supérieure à un an, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités de résidence et de surveillance médicale.

Si les conditions imposées ne sont pas respectées ou si l'état de la personne placée se modifie au point qu'il devient nécessaire de mettre fin à la période d'essai, le médecin traitant en informe le procureur d'Etat de la résidence de la personne placée, qui prend toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

A la fin de la période d'essai le médecin décide si la personne placée peut quitter l'établissement. Le médecin peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires, suivant l'état de la personne placée. Information en est donnée au juge.

### **Chapitre 5. – De la sortie de la personne placée**

**Art. 26.** Si le médecin traitant est d'avis que la personne placée est guérie ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en fait la déclaration dans le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous.

Il en donne connaissance à la personne placée qui peut immédiatement quitter l'établissement ou se faire hospitaliser de son propre gré. Information en est donnée au juge.

Si la personne qui fait l'objet d'une décision de sortie en vertu du présent article ou de l'article 13 est un détenu, elle est remise à l'administration pénitentiaire.

**Art. 27.** Si la personne placée quitte l'établissement en vertu de l'article qui précède, le médecin peut assortir la sortie de conditions de résidence et/ou de surveillance médicale.

En cas d'inobservation de ces conditions la personne qui avait requis le placement peut faire réadmettre la personne concernée à l'établissement sur simple demande, sans produire de nouveau certificat médical, mais en versant les pièces qui documentent qu'elle s'est soustraite aux conditions de sortie. Il ne peut être fait usage de cette faculté que pendant une période de trois mois qui prend cours à la date de la sortie de la personne concernée.

**Art. 28.** Si la personne placée quitte l'établissement sans y être autorisée par le médecin traitant ou si elle n'observe pas les conditions dont est assortie sa sortie conformément à l'article qui précède, le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se situe l'établissement peut prendre toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

**Art. 29.** Un an après la date de la décision de placement une commission composée d'un magistrat du siège qui la préside, d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile et d'un assistant d'hygiène sociale ou assistant social non attachés à l'établissement, nommée par le ministre de la Santé pour une durée de trois ans, décide, après avoir pris l'avis du médecin traitant et s'être entourée de tous les renseignements nécessaires, si le maintien du placement reste justifiée. Le directeur de l'établissement est tenu d'aviser la commission deux semaines avant l'expiration de la période annuelle. Si la commission estime que le placement n'est plus nécessaire, la personne placée est immédiatement élargie. Information en est donnée au juge.

Si le placement est maintenu, ladite commission procède tous les deux ans à un réexamen de la personne placée.

La commission peut également décider que la personne placée bénéficie d'une sortie en congé d'une durée maximum de trois mois, à l'issue de laquelle une décision définitive est prise.

**Art. 30.** La personne placée peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec la personne en question ou la nature de ses relations avec elle. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué définitivement sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. La personne placée est entendue par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet. La décision est rendue en audience publique sur rapport, le cas échéant, du juge commis.

La décision prononçant l'élargissement est exécutoire par provision et nonobstant appel.

Appel peut être interjeté dans le délai de 15 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle l'appel est à interjeter. L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Les ordonnances, arrêts, décisions, procès-verbaux, copies, avertissements et lettres recommandées qui pourront intervenir en exécution du présent article, ainsi que les pièces de toute nature produites en cours d'instance, sont exempts des droits de timbre et dispensés de la formalité d'enregistrement.

**Art. 31.** Dans chacune des trois régions hospitalières du pays le gouvernement installe ou favorise l'installation de centres de postcure, que les personnes ayant séjourné dans un établissement peuvent consulter gratuitement après leur sortie.

Ces centres peuvent se voir confier les missions de surveillance médicale dont question aux articles 25 et 27 ci-dessus.

### **Chapitre 6. – Des placés judiciaires**

**Art. 32.** Le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé admet toute personne dont le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal sur présentation de la décision ayant ordonné le placement.

Le placement visé à l'alinéa qui précède ne peut intervenir que dans un établissement psychiatrique spécialisé, à l'exclusion des services de psychiatrie des hôpitaux.

**Art. 33.** Il est institué une commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement.

La commission spéciale se compose comme suit: un magistrat du siège qui préside la commission, un magistrat du ministère public, ainsi que deux membres désignés sur proposition du ministre de la Santé, dont un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile. En cas de partage des voix, le président de la commission a voix prépondérante.

Un membre suppléant est désigné pour chacun des quatre membres effectifs.

Les membres titulaires ainsi que leurs suppléants sont nommés par le ministre de la Justice pour une durée de trois ans.

Leur mandat est renouvelable.

**Art. 34.** Dans un délai de deux mois à partir de l'admission du placé judiciaire, le médecin traitant établit un rapport sur l'état mental du placé judiciaire ainsi que sur l'opportunité de maintenir le placement et transmet ce rapport à la commission spéciale prévue à l'article qui précède. La commission spéciale est tenue de statuer sur le maintien du placé judiciaire dans l'établissement dans un délai d'un mois à partir de la réception du rapport du médecin traitant prévu ci-avant.

Si le placement judiciaire est maintenu, la commission spéciale procède tous les ans à un réexamen de l'état du placé judiciaire sur avis du médecin traitant.

**Art. 35.** Dans les quarante-huit heures de la décision de maintien du placé judiciaire dans l'établissement, le président de la commission spéciale en donne avis par écrit au directeur de l'établissement et au procureur d'Etat.

**Art. 36.** Si le médecin traitant est d'avis que le placé judiciaire est guéri ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en informe de suite la commission spéciale qui statue dans un délai d'un mois sur la nécessité de maintenir la mesure de placement.

Afin de se tenir informée de l'état du placé judiciaire, la commission spéciale peut à tout moment se rendre au lieu de son placement ou y déléguer un de ses membres. Après avoir pris l'avis du médecin traitant elle peut ordonner la sortie définitive ou à l'essai du placé judiciaire, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies.

La commission spéciale peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires suivant l'état du placé judiciaire et sur avis du médecin traitant.

Le président de la commission spéciale donne immédiatement avis écrit au directeur de l'établissement et aux procureurs d'Etat de toute autorisation de sortie.

**Art. 37.** Le placé judiciaire peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec le placé judiciaire ou la nature de ses relations avec lui. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. Le placé judiciaire est entendu par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet.

La décision est rendue en audience publique, sur les conclusions du ministère public et sur le rapport, le cas échéant, du juge commis.

L'élargissement ne peut être accordé que si le tribunal a de sérieuses raisons de conclure que le placé judiciaire ne constitue plus un danger pour lui-même ou pour autrui.

Appel pourra être interjeté par les personnes mentionnées à l'alinéa 1er ci-dessus dans le délai de 5 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. La faculté d'appeler, dans les 5 jours à partir du prononcé de la décision, appartient également au procureur d'Etat. En cas de décision d'élargissement, le placement judiciaire est maintenu pendant ce délai. En cas d'appel du procureur d'Etat contre la décision d'élargissement, le maintien se poursuit jusqu'à la décision sur l'appel. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle appel est à interjeter. L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Le placé judiciaire est informé des droits dont il jouit en vertu du présent article au plus tard dans les douze heures qui suivent son admission. Si pendant toute cette période l'état du placé judiciaire est tel qu'il n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, le délai de douze heures ne commence à courir qu'à partir du moment où l'état du placé judiciaire s'est amélioré au point où il comprend le sens de l'information lui transmise.

**Art. 38.** Si la sortie est ordonnée à titre d'essai par la commission spéciale, le placé judiciaire est soumis à une tutelle médicopsychosociale dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de sortie.

Si son comportement ou son état mental révèle un danger pour sa personne ou pour autrui, ou s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées, la commission spéciale peut décider de mettre fin à la décision de sortie.

#### **Chapitre 7. – Surveillance des établissements**

**Art. 39.** Les établissements sont placés sous la surveillance du ministre de la Santé qui les fait visiter par un fonctionnaire spécialement délégué à cet effet.

Il est institué dans chaque arrondissement judiciaire une commission de surveillance chargée de veiller, dans les établissements relevant de sa compétence territoriale, à l'exécution de toutes les mesures prescrites par la présente loi ainsi que de recevoir et de traiter les doléances que des patients peuvent lui adresser. La commission, composée de cinq membres, est nommée pour une période de trois ans par le ministre de la Santé.

Les établissements sont visités à des jours indéterminés, et cela une fois par an au moins, par la commission de surveillance et par le ministre ou son délégué.

Le droit de visite de ces autorités, ainsi que celui du juge, est illimité.

**Art. 40.** Dans chaque établissement il est tenu un registre coté et paraphé à chaque feuillet par le juge.

Le registre indique les nom, prénoms, âge, lieu de naissance, domicile et profession de chaque patient, ainsi que la date du placement ou du transfert, les nom, profession et demeure de la personne qui l'a demandé ou la mention de l'ordre ou du jugement en vertu duquel il a eu lieu.

Le certificat médical dont question à l'article 9 est transcrit sur ce registre, qui mentionne également la date et la cause de sortie du patient.

Ce registre est présenté, à leur demande, aux personnes chargées de la surveillance de l'établissement.

**Art. 41.** Le directeur de l'établissement et la commission de surveillance transmettent annuellement un rapport au ministre de la Santé.

**Art. 42.** Le ministre de la Santé présente tous les trois ans à la Chambre des Députés un rapport sur la situation des établissements et services visés par la présente loi.

#### **Chapitre 8. – De quelques modalités particulières du traitement de la personne placée**

**Art. 43.** (1) Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave pour sa santé ou pour autrui.

(2) Le traitement involontaire, qui doit répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques, doit être proportionné à l'état de santé du patient. A efficacité égale, la préférence doit être donnée au traitement le moins invasif.

Au cours du traitement l'adhésion du patient au traitement appliqué ou à un traitement alternatif doit être recherchée.

(3) Le patient ainsi que, le cas échéant, son représentant légal ou, à défaut, une personne de confiance doit être consulté avant l'application du traitement involontaire. L'avis du patient doit être pris en considération.

(4) Le traitement involontaire ne peut être appliqué que sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile pouvant se prévaloir d'une pratique de deux ans au moins en milieu psychiatrique hospitalier.

(5) Le fait de pratiquer un traitement involontaire, les modalités du traitement ainsi que sa durée doivent être consignés au dossier médical du patient.

**Art. 44.** (1) Un patient ne peut faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention que dans le but de prévenir tout dommage imminent pour lui-même ou pour autrui. La mesure doit être appliquée suivant le principe de restriction minimale, de façon à rester proportionnée aux risques courus par le patient ou son entourage.

(2) Il ne peut être recouru à des mesures d'isolement ou de contention que sous contrôle médical.

(3) Pendant qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention le patient doit bénéficier d'un suivi régulier.

(4) Les raisons du recours à une mesure d'isolement et de contention ainsi que la durée de leur application doivent être consignées au dossier médical du patient.

(5) Le paragraphe (2) ci-dessus ne s'applique pas à la contention momentanée, nécessaire pour faire face à une situation d'urgence.

Le personnel procédant à la contention momentanée en l'absence d'un médecin est tenu d'informer de suite un médecin du service de la contention intervenue.

### **Chapitre 9. – Dispositions générales et pénales**

**Art. 45.** (1) Aucune requête ou réclamation adressée par un patient à une autorité judiciaire ou administrative, aucune lettre adressée par lui à son conseil juridique ou à son représentant légal ni aucune lettre adressée à un particulier ne peut être supprimée ni retenue.

(2) Aucune communication faite à un patient par une autorité judiciaire ou administrative, son conseil juridique ou son représentant légal ne peut être supprimée ni retenue.

**Art. 46.** (1) Le règlement d'ordre intérieur de l'établissement détermine les modalités des visites que peut recevoir le patient.

Ce règlement tiendra compte d'une part de l'intérêt que les visites peuvent présenter pour le patient et d'autre part de la nécessité de protéger les personnes vulnérables et des exigences du service.

(2) Si le patient ou la personne qui entend lui rendre visite estime que le droit de visite est indûment limité, il peut en saisir la commission de surveillance et, dans le cas d'un placé judiciaire, la commission spéciale, qui statuent à cet égard.

La commission de surveillance ou, le cas échéant la commission spéciale, peut étendre le droit de visite d'un patient sur réclamation au-delà des limites tracées par la direction, même nonobstant des dispositions contraires du règlement d'ordre intérieur, si elle estime ces limites disproportionnées.

(3) Si la commission de surveillance ou la commission spéciale est d'avis que l'une ou l'autre disposition du règlement d'ordre intérieur limite le droit de visite d'une façon disproportionnée, elle peut formuler des recommandations d'amendement à l'intention de l'organisme gestionnaire de l'hôpital.

Si ce dernier ne tient pas compte des recommandations de la commission, celle-ci peut saisir le ministre de la Santé, dont la décision s'impose à l'organisme gestionnaire.

**Art. 47.** Le ministre de la Santé désigne une personne de contact à laquelle les patients peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer sur leurs droits, notamment ceux auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la présente loi, ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou autres qui les concernent.

**Art. 48.** Un traitement qui n'est pas encore généralement reconnu par la science médicale ou qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient ne pourra être administré que si le médecin l'estime indispensable et si le patient, dûment informé, y consent expressément.

Lorsque le patient n'est pas capable de comprendre la portée du traitement, le médecin doit soumettre la question à un comité de trois experts, dont deux médecins, nommé par le ministre de la Santé. Le traitement ne peut être administré que si le comité, qui prend l'avis du représentant légal du patient, s'il y en a, émet un avis favorable.

Il est interdit de pratiquer sur des patients des essais cliniques de produits ou des essais de techniques médicales qui n'ont pas un but thérapeutique psychiatrique. S'ils ont un but thérapeutique psychiatrique ils sont soumis à une autorisation préalable du ministre de la Santé, qui prend l'avis du comité d'éthique de recherche.

**Art. 49.** Les infractions aux dispositions des articles 7, 8, 43, 44 et 48 de la présente loi, qui sont commises par le directeur d'un établissement ainsi que par les médecins y occupés, sont punies d'une amende de 251 à 20.000 euros, sans préjudice des dispositions des articles 434 et suivants du code pénal. En cas de récidive dans un délai de cinq années il pourra être prononcé une peine d'emprisonnement de 8 jours à 1 an.

Le médecin qui, dans le cas de l'article 9, a délivré un faux certificat, ainsi que toutes les personnes qui ont fabriqué ou falsifié un certificat de l'espèce prévue audit article, ou qui ont fait usage d'un pareil certificat faux, fabriqué ou falsifié, sont punis d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 251 à 20.000 euros.

**Art. 50.** La loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux, telle qu'elle a été modifiée dans la suite, est abrogée.

**Art. 51.** L'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police est remplacé par le texte suivant:

„**Art. 37.** La Police se saisit des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, et en avise immédiatement l'autorité compétente. Les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire peuvent placer ces personnes dans un lieu de sûreté pour une durée n'excédant pas douze heures.

La Police, sur réquisition, assiste les autorités qui ont qualité pour demander, conformément à la loi du (...) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, l'admission dans un service de psychiatrie d'une personne qui compromet l'ordre ou la sécurité publics, ou pour l'y faire réadmettre. Dans l'exécution de cette mission, ainsi que de celles lui dévolues en vertu du présent article et de l'article 38 ci-après, la Police a un droit d'accès de jour comme de nuit à tout lieu en vue de se saisir d'une personne tombant sous l'application d'une des prédites dispositions légales. Toutefois, si la personne concernée se trouve dans un immeuble servant à l'habitation, ce droit d'accès ne peut être exercé que par les membres de la Police visés à l'alinéa 1, le cas échéant assistés par des agents de police judiciaire, sur autorisation du procureur d'Etat compétent et, lorsque la Police exécute la mission visée à la première phrase du présent alinéa, à condition qu'il y ait des raisons sérieuses de croire à un péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui.“

**Art. 52.** L'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est remplacé par le texte suivant:

„**Art. 73.** Le bourgmestre ou celui qui le remplace a qualité pour demander l'admission dans un établissement ou service de psychiatrie des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité

publics, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 7 de la loi du ... relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux."

**Art. 53.** La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de „loi du ... relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux“.

Luxembourg, le 15 octobre 2009

*La Rapportrice,*  
Claudia DALL'AGNOL

*La Présidente,*  
Lydia MUTSCH

