

N° 5490

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2004-2005

PROJET DE LOI

modifiant

- la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés;
- la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police;
- la loi communale modifiée du 13 décembre 1988

* * *

(Dépôt: le 12.7.2005)

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (1.7.2005).....	1
2) Texte du projet de loi.....	2
3) Exposé des motifs	4
4) Commentaire des articles	8

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Article unique.— Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi modifiant:

- la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés;
- la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police;
- la loi communale modifiée du 13 décembre 1988.

Palais de Luxembourg, le 1er juillet 2005

*Le Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,*
Mars DI BARTOLOMEO

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. I.– La loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés est modifiée comme suit:

1. L'intitulé se lit „Loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux“.
2. Les alinéas 1 et 2 de l'article 1er sont modifiés comme suit:

„La présente loi règle le placement et le séjour de personnes atteintes de troubles mentaux dans un établissement psychiatrique spécialisé ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général.

Par placement on entend aux fins de la présente loi l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte d'un trouble mental dans un établissement ou service visé à l'alinéa qui précède.“

3. A l'article 2 le mot „fermé“ est supprimé après les termes „dans un établissement ou service psychiatrique“.
4. L'article 3 est modifié comme suit:

„**Art. 3.**– 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, le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut avoir lieu que dans un établissement ou service psychiatrique visé à l'article 1er. 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 placées et d'y admettre aux fins du placement conformément à la présente loi des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les établissements et services psychiatriques 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.

Sans préjudice des dispositions de l'article 20 ci-après le placement initial ne peut intervenir que dans un service de psychiatrie d'un hôpital général.

Dans la suite les établissements et services psychiatriques visés à l'article 1er sont désignés par le terme „l'établissement“, sans préjudice toutefois du paragraphe (2) de l'article 5 ci-après. 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 général.“

5. L'article 5 est modifié comme suit:

„**Art. 5.**– (1) Une personne ne peut être placée et le directeur de l'établissement ne peut l'admettre que sur une demande écrite de placement à présenter par une personne intéressée, à savoir:

1. le tuteur ou curateur d'un incapable majeur;
2. un membre de la famille de la personne à placer 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 l'échevin que le bourgmestre délègue à cet effet;
4. le chef du centre d'intervention de la Police grand-ducale territorialement compétent, son adjoint, le chef de groupe et en cas d'absence de ceux-ci l'officier de police judiciaire le plus ancien en rang;
5. le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se trouve la personne concernée;
6. le juge des tutelles dans le cas de l'article 34 ci-dessous.

Les autorités visées sous 3., 4. et 5. ci-dessus ne peuvent intervenir que si la personne concernée met par ses agissements gravement en danger des personnes ou des biens.

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

L'observation des dispositions du présent article est contrôlée par le magistrat visé à l'article 28 ci-dessous.

(2) Le placement initial ne peut se faire que dans un service de psychiatrie d'un hôpital général visé à la phrase finale de l'alinéa 1er de l'article 3 ci-dessus.

6. L'article 6 est modifié comme suit:

„**Art. 6.**– 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 de placement. Ce certificat qui est établi après un examen du patient effectué le même jour décrit les symptômes de la maladie mentale et atteste la nécessité du placement.

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 le placement est demandé.

Le médecin établit le certificat suivant un modèle déterminé par règlement grand-ducal sur avis du Collège médical.“

7. Un article 6bis, libellé comme suit, est inséré entre les articles 6 et 7:

„**Art. 6bis.**– 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, le directeur peut, par dérogation aux dispositions de l'article 5 ci-dessus, prononcer l'admission sans être en possession de la demande y prévue.

La demande visée à l'article 5 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 7 ci-après n'est pas faite et les avis dont question à l'article 8 ci-après ne sont pas donnés.“

8. Un article 10bis, libellé comme suit, est intercalé entre les articles 10 et 11:

„**Art. 10bis.**– Si pendant ou après la période d'observation il s'avère que le patient nécessite une hospitalisation prolongée, le médecin traitant du service de psychiatrie de l'hôpital général le fait transférer dans un établissement psychiatrique spécialisé. Il fait parvenir copie des pièces dont question aux articles 5 et 6 au directeur de ce dernier établissement, qui les fait transcrire au registre visé à l'article 29.

Information du transfert est donnée à la personne visée à l'article 5 ainsi qu'au procureur d'Etat et à la commission de surveillance de l'arrondissement judiciaire dans lequel est situé l'établissement à partir duquel le transfert est opéré.

Si l'établissement vers lequel le transfert est opéré est situé dans un autre arrondissement judiciaire, son directeur informe du transfert le procureur d'Etat et la commission de surveillance ayant compétence en vertu de la situation de son établissement.“

9. A la première phrase de l'alinéa 4 de l'article 18 le mot „et“ est remplacé par „est“.

10. L'article 20 est complété par un alinéa 2, libellé comme suit:

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

11. A l'article 27 l'alinéa 2 est modifié comme suit:

„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.“

12. A l'article 29, alinéa 2, les mots „ou du transfert“ sont insérés à la suite des mots „du placement“.

13. A l'article 40 l'article 6 bis est ajouté à l'énumération des articles figurant à la première phrase de l'alinéa 1er.

Art. II.– L'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police est remplacé par la disposition suivante:

„**Art. 37.**– La Police se saisit des personnes, qui par leurs agissements mettent gravement en danger des personnes ou des biens, et en avise immédiatement l'autorité compétente. Le chef du

centre d'intervention, son adjoint, le chef de groupe et en cas d'absence de ceux-ci l'officier de police judiciaire le plus ancien en rang peut placer ces personnes dans un lieu de sûreté pour une durée n'excédant pas douze heures.

Sans préjudice de l'application de l'alinéa ci-après la Police, sur réquisition, assiste les autorités qui ont qualité de demander le placement dans un établissement ou service psychiatrique de personnes qui par leurs agissements mettent gravement en danger des personnes ou des biens.

Les agents de la Police visés à l'alinéa 1er ont qualité pour demander le placement dans un établissement ou service psychiatrique les personnes visées au même alinéa, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 5 de la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux."

Art. III.– L'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est remplacé par la disposition suivante:

„Art. 73.– Le bourgmestre a qualité pour demander le placement dans un établissement ou service psychiatrique des personnes qui par leurs agissements mettent gravement en danger des personnes ou des biens, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 5 de la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le bourgmestre peut déléguer ses pouvoirs à cet effet à un échevin.

Si une personne, par ses agissements, met gravement en danger des personnes ou des biens, elle peut être placée, par une des personnes désignées à l'alinéa qui précède, pour une durée n'excédant pas douze heures dans un lieu de sûreté."

*

EXPOSE DES MOTIFS

C'est en 1880 que le Luxembourg s'est doté pour la première fois¹ d'une législation en matière de placement de malades mentaux. Datée du 7 juillet 1880, cette loi portait le titre de „loi sur le régime des aliénés“. A l'époque l'Hospice central d'Ettelbruck, devenu Maison de Santé de l'Etat, puis Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat et enfin Centre hospitalier neuropsychiatrique, fonctionnait depuis 25 ans. Créé en 1855, l'établissement fête en effet cette année son 150e anniversaire.

La loi de 1880, fortement inspirée par la loi belge (1850 et 1873) qui elle-même avait fait de larges emprunts auprès de la législation française (1838), contenait déjà des dispositions protectrices assez substantielles visant à éviter les internements arbitraires. C'est ainsi que les formalités d'internement requéraient, outre une demande d'admission d'un éventuel tuteur ou d'une autorité, un certificat médical d'un médecin étranger à l'établissement. Un juge contrôleur était commis pour contrôler la régularité formelle des admissions. La personne placée pouvait à tout moment se pourvoir devant le président du tribunal d'arrondissement pour solliciter son élargissement. Un comité permanent de surveillance était mis en place avec la charge de visiter l'établissement et de veiller au respect des dispositions légales et réglementaires. Enfin la loi imposait à l'établissement la tenue d'un registre censé documenter le bon accomplissement des formalités.

La loi était suivie le 1er décembre 1880 d'un arrêté royal grand-ducal concernant le règlement général et organique sur le régime des aliénés. Ce règlement imposait à l'exploitant un certain nombre de charges ayant trait notamment aux locaux, au personnel et à l'établissement d'un règlement d'ordre intérieur. Il précisait les attributions du comité de surveillance et traitait finalement de l'administration des biens des personnes placées.

Cette législation est restée sans changement pendant près d'un siècle. Et encore la loi modificative du 21 avril 1970 s'est-elle bornée à opérer quelques changements au niveau de la gestion des biens des personnes internées.

Une réforme plus substantielle est intervenue en 1988. La loi du 26 mai 1988 a commencé par remplacer le terme d'„aliéné“, à connotation péjorative, par l'expression „personne atteinte de troubles

¹ Il est vrai qu'une loi plus ancienne du 4 juillet 1843, modifiée le 6 avril 1869, sur la séquestration des personnes compromettant l'ordre public, s'exprime aussi, mais d'une façon très rudimentaire seulement, sur la séquestration d'aliénés dans un établissement de santé.

mentaux“. Ce détail est cependant révélateur de la réforme, qui met l’accent davantage sur le statut de malade des personnes concernées que sur la protection de la société contre des personnes ayant un comportement déviant. C’est ainsi que la loi de 1988 affirme le droit des personnes atteintes de troubles mentaux de vivre dans la mesure du possible dans leur milieu naturel. L’hospitalisation, si elle est inévitable, doit tendre vers la réintégration dans ce milieu. La loi introduit la notion de période d’observation, de courte durée, à l’issue de laquelle le patient peut être soit élargi soit, de son plein gré, rester hospitalisé sous le régime du séjour volontaire. La pratique montre que la plupart des placements prennent effectivement fin après la période d’observation. Par ailleurs une commission externe à l’hôpital réexamine tous les ans l’opportunité du maintien du placement. La loi consacre encore la pratique des sorties à l’essai et prévoit la mise en place de centres de postcure. Finalement la loi traite de la correspondance des patients et de certains traitements spéciaux et expérimentaux.

Entre-temps la loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs était venue mettre fin à la mise sous tutelle automatique des personnes placées, celle-ci relevant désormais d’une décision du juge des tutelles.

Finalement une loi du 8 août 2000 a apporté à la loi de 1988 les modifications rendues nécessaires par l’adoption d’un nouvel article 71 du code pénal relatif au placement en psychiatrie d’inculpés et de prévenus pénalement irresponsables.

Voilà donc pour l’évolution de la législation en matière de placement de personnes souffrant de troubles mentaux. Quant à la présente réforme, elle tend à apporter dans la législation les changements rendus nécessaires par la décentralisation de la psychiatrie. Certes, la législation actuelle ne s’oppose pas en principe à cette décentralisation. Elle n’identifie en aucune façon le CHNP comme seul établissement pouvant accueillir des personnes placées, mais évoque bien au contraire en plusieurs endroits le placement dans un „établissement ou **service** psychiatrique fermé“. Il n’en reste pas moins que la rédaction de la loi est faite dans l’optique d’un placement en établissement spécialisé. C’est ainsi qu’elle confère au „directeur de l’établissement“ certaines attributions qui devraient passer dans un hôpital général au responsable du service de psychiatrie. Ensuite et surtout un des objectifs de la décentralisation tend à réserver le placement initial aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux, l’établissement spécialisé ne prenant en charge que les patients nécessitant une hospitalisation plus prolongée. Ce volet de la réforme requiert absolument l’intervention du législateur.

Le Gouvernement a profité de l’occasion pour engager une réflexion sur un autre aspect de la loi en vigueur, susceptible d’être amendé, à savoir celui de la personne ou autorité qui, en dernière analyse, décide du placement. Dans l’état actuel de la loi c’est, aux termes de l’article 5, le directeur de l’établissement, ou désormais le responsable du service de psychiatrie de l’hôpital général, qui „admet“ le patient, en d’autres mots qui le place. Il résulte cependant d’une étude comparative réalisée pour le compte de la Commission Européenne par le Zentralinstitut für psychische Gesundheit de Mannheim que dans la plupart des pays de l’Union Européenne la décision de placer relève d’une autorité judiciaire. Pareille procédure paraît également plus conforme avec la récente Recommandation du Conseil de l’Europe (2004) 10 du Comité de Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l’homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Mais il est vrai que l’article 20 de cette Recommandation exigeant une décision „prise par un tribunal ou une autre instance compétente“ prête à interprétation.

Les consultations menées ont cependant vite fait apparaître des dissensions quant à l’opportunité de faire de la décision de placement une décision judiciaire. Aussi, comme la décentralisation de la psychiatrie est prête sur le terrain, le Gouvernement a-t-il jugé préférable de faire passer dans un premier temps ce volet de la question, quitte à revenir ultérieurement sur le caractère judiciaire ou non de la décision de placement. A cette occasion d’autres questions abordées par la Recommandation, telles que celles de l’isolement et de la contention de la personne placée et du traitement involontaire, pourront être abordées.

Le Gouvernement se rend compte qu’en matière de soins psychiatriques un autre problème est en attente d’une solution, à savoir celui du sort des mineurs susceptibles de faire l’objet d’une mesure de placement ou de garde de la part du juge des tutelles (*Loi relative à la protection de la jeunesse, voir notamment article 1er, 6, 7, 8 et 9*). Il conviendra de créer des structures ad hoc, le placement dans un des services ou établissements visés par le présent projet, qui se pratique de temps en temps, faute de mieux, n’étant manifestement pas adéquat. Aussi ce problème devra-t-il être abordé dans un projet à part.

Le présent projet de loi a donc essentiellement pour objectif la décentralisation de la psychiatrie, et plus précisément la décentralisation des services de psychiatrie prenant en charge des personnes placées au sens de la législation. D'un point de vue légal ou réglementaire une première amorce de cette décentralisation a été faite au plan hospitalier de 2001, qui prévoit bien 237 lits de réhabilitation pour le CHNP, mais plus de lits aigus pour l'année 2005.

La décentralisation de la psychiatrie est une des recommandations faites par une équipe d'experts du Zentralinstitut für psychische Gesundheit de Mannheim sous la conduite du Professeur Heinz HÄFNER dans son rapport intitulé „Gemeinde-Psychiatrie-Grundlagen und Leitlinien-Planungsstelle Luxemburg“, connu sous le nom de rapport ou plan HÄFNER.

Dans une partie générale introductive, indépendante de la situation luxembourgeoise spécifique, le rapport HÄFNER place les grands établissements psychiatriques dans leur contexte historique. Il s'agissait, au 19e siècle, de remplacer les asiles moyenâgeux, recevant les malades mentaux souvent pêle-mêle avec des mendiants, voire des délinquants, par des structures hospitalières, souvent situées à la campagne, accueillant spécifiquement des malades mentaux, mais dans une tradition davantage pédagogique et philosophique que médicale. A l'époque le confort et l'hygiène dans ces établissements étaient souvent d'un niveau plus élevé que ceux offerts dans les familles. Toutefois cette situation changea lorsque, en raison surtout de l'industrialisation et de l'éclatement des grandes familles réunissant plus d'une génération sous un toit, la population de ces établissements spécialisés vint à dépasser les capacités initialement prévues. Le niveau de confort dans ces établissements baissa en dessous de celui généralement offert en milieu familial. Isolés géographiquement, délaissés par les autorités et oubliés par le public, les grands hôpitaux psychiatriques, incapables de réunir les fonds nécessaires pour investir en infrastructures et en personnel, finirent dans bien des cas à n'assurer plus que la garde des malades leur confiés, en lieu et place d'une prise en charge adéquate sur les plans médical, de soins et social.

Toujours d'après le rapport HÄFNER le constat d'échec des établissements psychiatriques engendra des réflexions en direction d'une „désinstitutionnalisation“ de la prise en charge psychiatrique. Ces réflexions furent nourries par la découverte de médicaments efficaces facilitant la prise en charge de certaines pathologies, même chroniques, en ambulatoire ou en de petites unités extrahospitalières, du type „foyer“, le cas échéant après un traitement initial dans un hôpital général. Aussi les tendances internationales évoluèrent-elles vers la création d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, vers la mise en place de foyers de séjour, de foyers d'accueil de jour ou de nuit ainsi que vers la prise en charge par des équipes de soins à domicile de malades ou handicapés mentaux restés à domicile ou dans des structures, du type „pension de famille“, non dotées en personnel de soins.

Au Luxembourg cette évolution se fait en continu depuis plusieurs décennies. C'est ainsi que l'actuel CHNP est passé d'un pic d'environ 1.200 lits en 1980 à environ 200 lits actuellement (*mai 2005*) dans la „maison-mère“.² Le désengorgement de cette dernière s'est fait en partie dans le cadre même de l'établissement CHNP au sens large. C'est ainsi que des structures géographiquement séparées ont été créées pour les alcooliques à USELDANGE (1978) et pour les toxicomanes à MANTERNACH (1980). Par ailleurs l'établissement CHNP gère à ETTELBRUCK, hors de l'enceinte de l'hôpital, ainsi qu'à INGELDORF, ROSPORT et USELDANGE des maisons accueillant dans des „Wohngemeinschaften“ des personnes relevant de la psychogériatrie, du handicap mental et de la toxicomanie.

Parallèlement à cela diverses initiatives du CHNP encouragent le maintien à domicile. C'est ainsi que la policlinique offre des consultations ambulatoires. L'hôpital de jour offre une vaste gamme d'activités notamment dans les domaines psycho-éducatif, de la psychomotricité, des ateliers thérapeutiques, de l'aide aux gestes de la vie de tous les jours. Enfin le service de soins psychiatriques à domicile (SPAD) prend en charge des personnes nécessitant des soins et/ou une aide sociale, anciens patients ou non, actuellement une centaine en tout, qui grâce à cette surveillance peuvent rester à domicile ou dans des auberges ou pensions de famille.

Toujours dans le contexte des activités extra-muros, le CHNP, suivant convention avec l'Etat, dispense, s'il y a lieu, des soins psychiatriques aux détenus du Centre Pénitentiaire de Luxembourg. Cette collaboration permet non seulement une prise en charge des problèmes psychiques courants, fréquents parmi cette population, mais encore dans la plupart des cas le maintien en milieu pénitentiaire de

² Ce chiffre s'entend sans les patients des centres thérapeutiques d'Useldange et de Manternach ni ceux relevant de l'établissement d'aides et de soins spécialisés ou du handicap mental.

détenus souffrant de troubles plus importants mais qui ne pourraient pas être hospitalisés dans des conditions de sécurité adéquate.

Finalement le CHNP a encouragé la création d'associations telles que la CERMM et „Liewen dobaussen“, qui du fait de leur personnel et de leurs membres restent en „union personnelle“ très étroite avec lui, et qui, bénéficiant de conventions avec l'Etat, gèrent des structures, notamment au RECKENTHAL (*foyer thérapeutique pour malades psychotiques*) ainsi qu'à ETTTELBRUCK, DIEKIRCH, SCHIEREN et LAROCLETTE (*logements supervisés pour malades chroniques*).

En dehors du CHNP et des associations qui entretiennent avec lui des liens étroits d'autres associations bénéficiant elles aussi du soutien financier de l'Etat, à savoir la Ligue d'Hygiène Mentale et le Réseau Psy, font une offre de services ayant pour finalité le maintien à domicile et à tout le moins la „désinstitutionnalisation“ de la psychiatrie. Cette offre consiste en des consultations ambulatoires, un centre de jour et des logements supervisés.

Finalement, pour être complet, il faut encore signaler l'offre en matière de remise ou de maintien au travail de l'Association d'aide par le travail thérapeutique pour personnes psychotiques (ATP-asbl), qui entretient des ateliers thérapeutiques à WALFERDANGE, SCHIEREN, ETTTELBRUCK (*Ditgesbach*) et EHLANGE.

Le présent tour d'horizon démontre, si besoin en était, que le Gouvernement, ensemble avec les responsables du CHNP, n'a pas mis dix ou douze ans pour mettre en pratique les recommandations du plan HÄFNER, mais que cette mise en pratique est un processus continu, dans lequel la création d'unités de placement dans les hôpitaux généraux n'est qu'un élément, même s'il est de taille. C'est d'ailleurs dès 1979 que des services psychiatriques ouverts ont été créés dans les hôpitaux généraux (*CHL à Luxembourg, Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette et Clinique St-Louis à Ettelbruck*) et qui ont contribué, ensemble avec leur offre d'hôpital de jour, à réduire la surpopulation au CHNP. A noter qu'une petite unité de 15 lits fonctionna dès 1958 à la Clinique St-François.

Quant aux motifs qui sont à la base de l'admission de personnes placées dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, l'étude HÄFNER insiste avant tout sur la nécessité de traiter sur un pied d'égalité les affections psychiques et les affections somatiques, et cela tant pour les aspects purement médicaux que pour les aspects sociaux connexes. Il ne faut pas sous-estimer le risque d'une stigmatisation que peut entraîner parmi une population malheureusement toujours peu ouverte et peu tolérante à l'égard de troubles mentaux une hospitalisation en un établissement psychiatrique spécialisé. A cet égard l'admission en un hôpital général est plus neutre, et le fait qu'elle ait eu lieu au service de psychiatrie s'ébruite moins facilement.

A côté de cet élément psychologique non négligeable d'autres raisons plaident pour une prise en charge en hôpital général. Ces hôpitaux en effet sont régionaux. La prise en charge a lieu plus près du domicile et du centre d'activités du patient; elle est davantage communautaire, „gemeindenah“ suivant HÄFNER. Les proches ont moins de déplacement à faire pour rendre visite au malade et l'aider ainsi à maintenir le lien avec ses activités antérieures. Ce qui plus est, et l'on revient à la barrière psychologique évoquée ci-dessus, les connaissances et même la proche famille éprouvent parfois des réticences à se rendre à l'établissement psychiatrique fermé. L'hospitalisation dans la région a par ailleurs pour effet de favoriser le passage, s'il se révèle nécessaire, du patient à l'étape suivante, à savoir sa prise en charge plus légère, intervenant sur le plan régional, par des services offrant des prestations d'hôpital ou de foyer de jour, des consultations ambulatoires, des logements supervisés ou encore une remise au travail assistée.

Enfin, et ce n'est pas l'aspect le moins important de la décentralisation, la proximité immédiate de toute la gamme des autres services hospitaliers permet une meilleure prise en charge des problèmes somatiques connexes dont la plupart des personnes admises en psychiatrie sont affectées dès leur arrivée ou qui surviennent après l'admission.

Il convient de noter que le placement ou l'internement, comme on disait à l'époque, a beaucoup perdu en importance par rapport à l'hospitalisation libre ou volontaire en psychiatrie. En effet au siècle dernier, dans les années 70, l'ancien HNPE hébergeait près de 1.200 patients dont 94,3% se trouvaient sous le régime de l'internement. Le pourcentage des malades placés d'office a nettement chuté avec la réforme réalisée en 1982 du droit des incapables majeurs. Cette réforme a abrogé l'ancienne interdiction judiciaire fort compliquée et peu pratiquée par un régime d'administration des biens plus souple. Notamment, en dissociant pour les malades hospitalisés le régime de l'hospitalisation (*placement d'office ou placement volontaire*) du régime de protection des biens et en rendant de ce fait plus facile

la mise sous tutelle de patients admis sur base volontaire, la réforme a entraîné rapidement une baisse spectaculaire du nombre des patients placés d'office. C'est ainsi que sur les 262 patients actuels (*mi-mai 2005*) du CHNP – ce chiffre s'entend les patients de ces centres thérapeutiques d'Useldange et de Manternach compris, mais sans les pensionnaires de l'établissement d'aides et de soins spécialisés ni ceux relevant du handicap mental – il n'y en a plus que 37, soit 14,21% qui relèvent de la loi de 1988, dont 17 sont placés sous le régime provisoire de l'observation. Il n'en reste pas moins que le problème du placement continue à intéresser davantage de personnes que ces chiffres ne pourraient le laisser penser. En effet les 37 personnes placées représentent en quelque sorte une „photo“ prise un jour déterminé. En revanche le nombre des admissions sous le régime du placement depuis le 1er janvier 2005 à la mi-mai s'établit à 140, soit un chiffre nettement plus conséquent. L'explication de ces chiffres apparemment discordants se trouve dans le fait que rapidement après l'admission, la plupart du temps déjà pendant la période d'observation, les placements peuvent être transformés en hospitalisations volontaires. Ceci pour dire que le nombre des personnes touchées, même si ce n'est que passagèrement, par le placement reste important et que la réforme garde toute son importance.

Au moment de la rédaction du présent exposé des motifs une étude commandée en décembre 2004 auprès du Prof. Wulf RÖSSLER de Zurich se trouve en instance de finalisation. Elle paraîtra sous l'intitulé „Psychiatrie Luxemburg – Planungsstudie 2005 – Bestandserhebung und Empfehlungen – Wulf RÖSSLER – Ursula KOCH“. Le Gouvernement avait commandé cette étude pour faire un nouvel état des lieux et aussi pour relancer le processus de modernisation de la psychiatrie annoncé depuis l'étude HÄFNER, mais qui a connu une certaine stagnation entre-temps. La „désinstitutionnalisation“ et la décentralisation n'ayant plus été remises en cause depuis l'étude HÄFNER, la nouvelle étude ne s'étend plus longuement sur ces principes, supposés acquis. Elle insiste cependant sur la nécessité de continuer le processus entamé et de la mener à bonne fin, et d'apporter à la législation les amendements qu'il entraîne. C'est l'objectif principal du présent projet.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article I:

1. L'adjectif „fermé“, accolé aux établissements et services psychiatriques qui accueillent des malades mentaux sans leur consentement, est supprimé tant dans l'intitulé que dans la suite du texte.

Ce terme ne se retrouve pas ou plus dans la loi française en la matière. La fermeture matérielle de ces services ne correspond d'ailleurs pas aux faits. Si certains malades particulièrement dangereux doivent bien faire l'objet de mesures de sécurité plus contraignantes, une fermeture permanente et à clef des services est d'autant moins indiquée que la réforme du 8 août 2000 a aboli la stricte séparation entre les patients involontaires et les patients volontaires, prévue à l'article 32 de la loi initiale de 1988.

2. Les modifications ont pour but, outre de supprimer l'adjectif „fermé“, de donner une définition de l'expression „le placement“.

3. Voir sous 1. ci-dessus.

4. Les raisons qui sont à l'origine de la décentralisation de la psychiatrie sont développées à l'exposé des motifs. Pour assurer la réussite de la réforme la présente modification impose à tout hôpital général admis à exploiter un service de psychiatrie à y admettre des personnes placées. Pour la même raison un placement initial ne pourra plus désormais se faire en établissement spécialisé.

Le placement initial est celui fait sur une personne non placée au moment de la décision, même si elle l'a été dans un passé plus ou moins rapproché.

Quant au placement – transfert vers l'établissement spécialisé, il fait l'objet de l'article 10bis nouveau.

La loi du 26 mai 1988 investit le directeur de l'établissement de missions et pouvoirs importants. C'est notamment lui qui en définitive prend la décision „d'admettre“ la personne dont le placement est demandé (*art. 5*). S'agissant des hôpitaux généraux, le directeur ne peut pas s'occuper des activités journalières du service de psychiatrie. N'étant normalement pas psychiatre il n'aurait d'ailleurs pas la

compétence à ce requise. Pour cette raison les compétences en la matière seront dévolues dans les hôpitaux généraux au médecin responsable du service de psychiatrie.

Par ailleurs, depuis la loi du 17 avril 1998 créant le CHNP le directeur de cet établissement ne doit plus nécessairement être médecin, raison pour laquelle il est pris soin de préciser que dans cette hypothèse les attributions en discussion passent au médecin qui dirige le département médical.

5. La nouvelle rédaction de l'article cinq comporte les innovations suivantes:

- Dans tout l'article le terme „patient“ est remplacé par „la personne concernée“ ou la „personne à placer“, étant donné qu'au moment de la demande de placement cette dernière n'est pas encore „patient“.
- Désormais le bourgmestre ne pourra plus déléguer son pouvoir de placer à un fonctionnaire de la Police. Il est apparu qu'à la suite de la réorganisation de la Police les compétences territoriales des diverses unités de la Police ne se recoupent plus avec les compétences territoriales des bourgmestres. Par ailleurs, en fait, les délégations de bourgmestres à des agents de la Police sont tombées en désuétude dans la très grande majorité des communes.

Il est donc apparu plus opportun d'accorder un pouvoir de placement propre à certains cadres de la Police.

- Dans la version actuellement en vigueur les diverses autorités peuvent demander le placement si la personne concernée „compromet l'ordre ou la sécurité public“. Cette formulation s'est révélée à la fois trop étroite et trop large. Elle est trop étroite dans la mesure où, parlant de l'ordre „public“, elle semble ne pas permettre aux autorités de demander le placement dans l'hypothèse, très fréquente, d'une situation de crise certes aiguë, mais se manifestant en famille. En pareil cas le placement opéré par un membre de la famille n'est pas toujours indiqué, alors qu'il risque d'hypothéquer les rapports futurs avec la personne à placer.

La formule est trop large dans la mesure où, traitant d'un trouble apporté à „l'ordre“ public, elle pourrait être interprétée comme permettant le placement de personnes qui par leur comportement, par exemple le fait d'occuper le domaine public, essaient d'attirer l'attention pour rendre attentif à des causes déterminées, par exemple des droits syndicaux, des causes écologiques etc.

La nouvelle rédaction, permettant de placer des personnes mettant gravement en danger des personnes ou des biens est reprise de l'article 73 de la loi communale et harmonise dès lors les dispositions contenues dans deux lois différentes mais couvrant un seul et même cas de figure.

6. Les raisons qui ont conduit à écarter, dans la version actuelle de la loi, le certificat médical établi par un médecin attaché à l'établissement ne valent, dans les hôpitaux généraux, les seuls pouvant désormais effectuer des placements initiaux, que pour les certificats qui seraient établis par un médecin attaché au service de psychiatrie.

7. Cet article vise l'admission en urgence et remplace l'alinéa 2 ancien de l'article 6.

Il convient de noter plusieurs innovations par rapport à l'ancien article 6 alinéa 2.

Tout d'abord le nouveau texte dispense, pour les premières 24 heures seulement, de la demande d'admission. Il n'est pas rare en pratique qu'un ambulancier ou un agent de la Police n'ayant pas lui-même qualité pour requérir le placement se présente à l'hôpital avec une personne manifestement troublée. Plutôt que de renvoyer dans la nature l'accompagnateur et la personne en crise il est préférable, et l'intérêt bien compris de la personne concernée le commande, de la garder à l'hôpital si un examen effectué par un médecin hospitalier en atteste la nécessité.

Mais, parallèlement à cela, les garanties visant à éviter tout placement arbitraire augmentent. Tout d'abord, l'„urgence“ de l'ancien alinéa 2 est précisée : il faut qu'il y ait péril imminent pour la personne concernée ou la sécurité d'autrui. Ensuite il est pris soin de préciser que, si la demande de placement n'arrive pas dans les 24 heures, le directeur a l'obligation d'informer la personne concernée de son droit de quitter l'établissement sur-le-champ. Dans cette dernière hypothèse il ne reste, à l'exception du certificat médical interne, aucune trace du séjour, c'est-à-dire ni inscription au registre ni information aux autorités de surveillance, de façon à éviter tout risque de divulgation inutile d'un incident resté sans suites.

L'article 6bis nouveau en revanche ne dispense plus du certificat médical précédant le placement. Comme d'un côté le placement initial ne se fait plus en établissement spécialisé et que d'un autre côté

les médecins des hôpitaux généraux non attachés au service de psychiatrie ont qualité pour établir le certificat, il se trouve toujours un médecin pour examiner la personne concernée.

8. L'exposé des motifs est suffisamment explicite sur la décentralisation de la psychiatrie et sur les raisons qui conduisent à n'admettre en établissement psychiatrique spécialisé que les personnes nécessitant un traitement de plus longue durée.

Pour le surplus le présent article indique certaines procédures à suivre en cas de transfert, notamment les informations à donner aux instances de surveillance.

Etant donné que le transfert s'opère sans nouvelle demande de placement, la personne qui a été à l'origine du placement initial reste celle qui a capacité, en vertu de l'article 15 de la loi, inchangé, pour retirer le patient même contre avis médical.

9. Il s'agit ici de réparer une erreur matérielle.

10. L'admission de placés judiciaires ne peut se faire que dans l'établissement psychiatrique spécialisé. D'un côté il s'agit généralement de placements plutôt prolongés. D'un autre côté les services de psychiatrie des hôpitaux généraux ne sont généralement pas équipés, ni en personnel ni en locaux, pour accueillir ce type de patients.

11. La mise en place d'une commission de surveillance par arrondissement, et non pas par établissement, devrait suffire, vu le nombre réduit des personnes placées dans les hôpitaux généraux.

Il est profité de l'occasion pour préciser que le traitement des doléances des patients rentre dans les attributions de la commission de surveillance.

12. La modification tient compte du fait que désormais des transferts sont possibles.

13. L'article 6bis nouveau, qui intervient dans un domaine particulièrement sensible, à savoir l'admission sans certificat médical externe ni demande de placement, comporte des sanctions pénales en cas d'inobservation des procédures.

Articles II et III:

Comme il est dit à propos de l'article I sous 5. le bourgmestre ne pourra désormais plus déléguer son pouvoir de placement à la Police, qui en revanche dispose d'un pouvoir propre. Cette nouvelle donne requiert des adaptations des articles correspondants tant de la loi sur la Police que de la loi communale. La rédaction de ces articles est par ailleurs alignée sur celle du nouvel article 5 de la loi de 1988.

L'alinéa final de l'article 73 de la loi communale, exigeant que communication du placement soit donnée au procureur d'Etat, n'est plus reproduit, alors que la loi de 1988 exige de toute manière l'information du procureur de tout placement, et cela dans les 48 heures.

