

N° 5856

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROJET DE LOI

**relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de
personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant
la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et
l'Inspection générale de la Police**

* * *

(Dépôt: le 7.3.2008)

SOMMAIRE:

| | <i>page</i> |
|--|-------------|
| 1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (7.3.2008)..... | 1 |
| 2) Texte du projet de loi..... | 2 |
| 3) Exposé des motifs..... | 11 |
| 4) Commentaire des articles..... | 14 |
| 5) Fiche financière..... | 20 |

*

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 relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police.

Château de Berg, le 7 mars 2008

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

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

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 général 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 général.

Dans la suite 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 général.

(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 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.

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. Dans la mesure du possible 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 ainsi que, dans la mesure du possible, 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:

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 l'échevin délégué à cet effet;
4. les commissaires principaux ou les commissaires en chef 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 public.

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 général de la région hospitalière dans laquelle se situe le domicile de la personne à admettre.

Si plus d'un hôpital général est éligible en vertu de l'alinéa qui précède, l'admission se fait à l'hôpital 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 général de la région hospitalière 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 général de la région hospitalière 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 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 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 à désigner par elle. 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 d'information, 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 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 général de départ de la personne placée qu'à 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.

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 14 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 de l'ordre judiciaire 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 annale. 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 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. 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 généraux.

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 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 personnes qui se présentent volontairement au traitement doivent pouvoir quitter l'établissement si elles le désirent, sauf si une procédure de placement est engagée en application de l'article 7 ci-dessus.

Art. 50. Les infractions aux dispositions des articles 7, 8, 43, 44, 48 et 49 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. 51. 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.

Elle reste toutefois applicable aux infractions commises sous son empire.

Art. 52. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en recourant à l'intitulé suivant: „Loi du ... relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux“.

Art. 53. 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:

„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 public, 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'article 7 (1) de la loi précitée, et sur autorisation du procureur d'Etat compétent.“

*

EXPOSE DES MOTIFS

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 législation 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 exposé 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, c'est-à-dire 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 de centres de jour ont été renforcées et multipliées. Le 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.

Venons-en maintenant à l'innovation principale du présent projet de loi, qui 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. Il faut bien un avis médical externe portant sur la nécessité de l'admission. 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 chef de service de l'hôpital d'admission ne prend jamais l'initiative du placement, il lui appartient, à l'occasion de la décision d'admettre la personne concernée, de trancher si les conditions non seulement de forme, mais de fond (*art. 2 de la loi en vigueur*) sont remplies. Théoriquement il pourrait être tenté d'admettre trop facilement, pour „remplir sa maison“, même si en pratique ce risque n'a jamais été et n'est pas bien réel, alors que, dans le cas de l'ancien HNPE il s'agissait d'un établissement de l'Etat, dépourvu de tout esprit de lucre, et que, même pour 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 de la personne placée, 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 lui. 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, au 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, acquerra 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 de projet, font l'objet de son 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, alors que tant les défenseurs du traitement involontaire que ses détracteurs peuvent s'appuyer sur des arguments tirés de 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 tirés du droit pénal. Si le psychiatre n'intervient pas, il n'est pas loin de la non-assistance à

personne en danger ou abstention coupable, visée 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 5 de ces pays (*Autriche, Allemagne, Irlande, Pays-Bas et Suède*), qui 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 dans les enceintes internationales. 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 plaidant 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)¹⁰ 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 administrée 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 le 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 refaire la loi en entier plutôt que de procéder 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 risqueraient 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.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Remarque préliminaire:

Comme il est dit à l'alinéa final de l'exposé des motifs la loi modifiée de 1988 est réécrite en entier, pour des raisons de lisibilité du texte, bien que sa structure et la plupart de ses dispositions soient maintenues dans son ensemble, le présent projet n'y apportant que des modifications ponctuelles. Cela étant le commentaire des articles peut se dispenser de commenter les articles repris tels quels de la loi en vigueur.

Quant à l'intitulé:

La loi actuelle est „relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux“.

Le projet en discussion introduit la notion d'„admission“ qui précède le placement. Ces deux notions sont réunies dans l'intitulé nouveau sous le terme général d'„hospitalisation“. Mais pour bien marquer que la loi ne vise que l'hospitalisation intervenue d'office et non la personne qui se présente volontairement pour un séjour en psychiatrie, il devient nécessaire de faire suivre le terme „hospitalisation“ par l'expression „sans leur consentement“.

Article 1er. –

L'expression „sans leur consentement“, qui figure déjà à l'intitulé, est également introduit ici. Sont visées de la sorte non seulement les personnes qui s'opposent à l'admission mais encore celles qui, sans opposer de résistance, ne demandent pas elles-mêmes le placement, par exemple parce qu'elles ne sont pas en état de s'exprimer ou parce qu'elles sont sur le moment amorphes et peu abordables.

Il est expressément précisé que le fait que la loi ne s'applique qu'au milieu psychiatrique dit fermé n'autorise pas un raisonnement a contrario tendant à dire que l'ensemble des mesures dont elle traite ne sont envisageables que dans ce seul milieu. Ainsi, si le fait de retenir quelqu'un contre son gré est à tel point dérogatoire au principe de la liberté individuelle qu'il doit rester limité strictement aux hypothèses prévues par le législateur, une mesure conservatoire, telle que par exemple un dispositif de contention appliqué à une personne impotente afin d'éviter qu'elle ne tombe de son lit la nuit, doit rester possible même en maison de soins ou de retraite.

Article 2.–

La loi fait désormais du placement proprement dit une décision judiciaire, qui n'intervient cependant qu'à la fin d'une première période d'admission et de mise en observation. Il importe dès lors de définir très clairement les différents concepts.

Article 3.–

Cet article reprend le libellé de l'article 2 de la loi de 1988, tout en y ajoutant un alinéa supplémentaire, repris de l'article 2 de la Recommandation (2004)¹⁰ du Comité des Ministres (*du Conseil de l'Europe*) aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le but de l'ajout est de bien marquer qu'un comportement alternatif ou déviant des règles de conduite normalement de mise en société ne peut être considéré à lui seul comme étant révélateur d'un trouble mental.

Articles 4 et 5.–

Les dispositions de l'article 3 actuel sont réparties en deux articles distincts, pour en assurer une meilleure lisibilité.

Article 6.–

Cet article reprend le libellé de l'article 4 actuel, sauf que l'expression „personnel paramédical“, qui n'est plus utilisée, est remplacée par celle de „personnel de soins“.

A l'alinéa 2 le traitement involontaire et les mesures de contention et d'isolation, nouvellement abordés par la loi, sont réservés par la formule „sans préjudice de“.

Article 7.–

Cet article est le pendant de l'article 5 actuel, dont il diffère toutefois sur un certain nombre de points.

- Etant donné que la séquestration à domicile n'est plus admise, le juge des tutelles n'apparaît plus parmi les personnes pouvant formuler une demande d'admission.
- S'agissant des motifs pour lesquels certaines autorités peuvent solliciter une admission, la notion d'„ordre ou sécurité public“ pouvant être compromis est réintroduite en lieu et place de celle de „danger grave pour des personnes et des biens“. Ce dernier critère avait été introduit par la réforme de 2006. Il s'avère cependant que le critère du danger pour les biens n'apparaît pas dans la Recommandation du Conseil de l'Europe, ni dans les législations d'autres pays de l'Union européenne qui ont pu être consultées. En se contentant d'un danger pour les biens le Luxembourg pourrait se voir reprocher de faciliter par trop le placement d'office, mesure d'exception. En revanche le trouble à l'ordre ou à la sécurité public est un critère internationalement accepté. La loi française notamment parle d'„atteinte grave à l'ordre public“. Le risque de voir de simples manifestants ou grévistes placés pour trouble de l'ordre public, mis en avant pour justifier sur ce point la réforme de 2006, n'existe pas, alors que le trouble causé à l'ordre public ne peut conduire à une admission en psychiatrie que s'il est le résultat de „troubles psychiques graves“ (*art. 3*), condition sine qua non pour toute admission.
- Le paragraphe (2) est nouveau. Il identifie l'hôpital appelé à accueillir la personne à admettre. Compte tenu du critère de la proximité c'est l'hôpital du domicile du patient. Toutefois, dans l'hypothèse d'un trouble causé à l'ordre public, ce sera l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre, afin d'éviter aux agents un long transport effectué dans des conditions parfois très difficiles.

Article 8.–

Cet article reprend le libellé de l'article 6bis actuel, avec une petite adaptation de texte.

A l'alinéa 1er in fine il est dit que le directeur peut „procéder à l'admission“, au lieu de la „prononcer“. L'expression „procéder à l'admission“ convient mieux pour cette première phase de l'hospitalisation, qui précède le placement proprement dit, relevant désormais d'une décision judiciaire.

Article 9.–

Cet article reprend sans changement le libellé de l'article 6 de la loi en vigueur, version décembre 2006.

Article 10.–

L'article 10 nouveau correspond à l'article 7 actuel, sauf que le bout de phrase „qui reçoit le patient“ est remplacé par „qui reçoit la personne à admettre“, alors que cette dernière ne devient patient que suite à l'admission.

Article 11.–

Cet article est le pendant de l'article 8 actuel, avec toutefois quelques modifications.

Tout d'abord le procureur d'Etat compétent en vertu de la localisation de l'hôpital ne figure plus parmi les personnes averties de l'admission. Toute transmission d'informations, même limitée à un cercle restreint de personnes voire à une seule personne, comporte, du fait de sa rédaction, de son envoi et de son stockage, un risque de diffusion indu d'informations confidentielles. Il faut donc la limiter au strict nécessaire. Etant donné qu'en vertu de l'article 39 nouveau le procureur n'intervient plus en matière de surveillance des établissements il n'est plus nécessaire de le tenir au courant des allées et venues des patients.

En revanche l'information du juge-contrôleur, auquel la réforme en discussion accorde des pouvoirs nettement étendus, se fera désormais le jour même. Ce magistrat est ainsi en mesure de contrôler immédiatement la régularité formelle de l'admission, au lieu d'attendre éventuellement six jours (*art. 10 actuel*).

Le droit de s'adresser de suite au juge que l'alinéa final confère à la personne admise, ensemble avec l'obligation de l'y rendre attentive, constitue une garantie supplémentaire contre les internements arbitraires.

Article 12.–

Aux termes de l'article 9 actuel la durée de la mise en observation est de 15 jours, avec toutefois la possibilité d'une prorogation de 15 jours supplémentaires.

Le présent article fixe la période d'observation à 30 jours au maximum. La prolongation d'office de cette période s'impose, alors que l'évaluation de l'état du patient et de l'opportunité de son hospitalisation ne se fait plus en interne au niveau médical, mais fait intervenir un magistrat, auquel incombe la décision définitive. Rien que l'échange d'informations entre le médecin et le magistrat nécessite une période d'observation plus longue.

C'est cependant dès le sixième jour que le médecin traitant devra dans un rapport motivé se prononcer sur l'opportunité du maintien de l'hospitalisation. Ce court délai permettra de mettre rapidement un terme à une hospitalisation qui soit n'était pas justifiée dès le départ, soit ne se justifie plus après traitement et prise en charge d'une crise aiguë.

Article 13.–

Cet article fait en sorte qu'une décision sur le maintien de la mise en observation tombe rapidement.

Même au cas où le magistrat a besoin d'un supplément d'information, la durée de la période d'observation reste toujours dans les limites tracées par l'article 16.

Article 14.–

L'objet du présent article est de confirmer, pour autant que de besoin, que le juge n'est en rien limité dans les procédures et moyens à mettre en oeuvre pour prendre sa décision en pleine connaissance de cause.

Il peut notamment entendre la personne admise.

Article 15.–

Le présent article a pour effet de limiter à un maximum de 30 jours la période d'observation.

Ce faisant il fait la balance entre deux intérêts. D'un côté il importe d'en venir rapidement à une décision définitive sur le placement qui soit une décision judiciaire. D'un autre côté il y a lieu de laisser au juge le temps qu'il faut pour se concerter avec le médecin et s'entourer de tous avis et renseignements qu'il juge opportuns, et de le mettre en mesure de prendre la mesure la plus appropriée.

Comme dit à propos des articles qui précèdent le juge est d'ailleurs parfaitement libre de ne pas attendre la fin de la période d'observation pour mettre fin à une admission considérée comme inopportune.

Article 16.–

A la fin de la période de mise en observation le juge est amené à se prononcer sur le placement de la personne admise. Il a besoin à cet effet d'un rapport motivé du médecin traitant.

Exceptionnellement le juge peut estimer nécessaire le recours à une expertise externe. Dans ce cas la période de mise en observation doit être étendue.

Article 17.–

Etant donné que certaines dispositions relatives à des modalités du séjour en milieu psychiatrique fermé ainsi qu'à la sortie du patient se trouvent énoncées aux chapitres traitant du séjour et de la sortie de la personne placée, l'on pourrait argumenter par a contrario qu'elles ne sont pas applicables à la période de mise en observation, précédant le placement proprement dit. Il y a cependant de bonnes raisons pour généraliser l'application des dispositions visées, notamment celle de la sortie à l'essai, d'où la précision apportée par le présent article.

Article 18.–

C'est le présent article qui consacre les compétences du juge en matière de placement. Le juge se laisse guider par les critères énoncés à l'article 3.

En tout état de cause le juge voit la personne visée et prend note de sa prise de position. La personne admise peut se faire assister par une personne de son choix, qui peut être un avocat, un membre de la famille, une connaissance etc. Si un représentant légal lui a été désigné celui-ci est en droit d'assister à l'audition.

Article 19.–

La procédure d'audition est similaire à celle prévue par le nouveau code de procédure civile pour la mise sous tutelle de majeurs (*art. 1081 et 1084 notamment*).

Le second alinéa du présent article, en permettant, en cas d'informations supplémentaires à solliciter, la prorogation de la période d'observation, mais limitée à 30 jours, réalise la balance à faire entre les impératifs d'une décision rapide à intervenir et ceux d'une décision à prendre en pleine connaissance de cause.

Article 20.–

L'ordonnance à prendre par le juge n'est pas susceptible de recours.

S'il s'agit d'une ordonnance d'élargissement, personne ne pourrait invoquer un intérêt suffisamment fort pour légitimer une remise en question de la décision prise.

Si l'ordonnance prononce le placement, il échet d'éviter un enchevêtrement de procédures, alors qu'un éventuel recours ferait double emploi avec le pourvoi garanti par l'article 30.

Article 21.–

L'ordonnance est „communiquée“ et non „notifiée“, c'est-à-dire que la façon de sa remise au patient n'est pas soumise à une formalité particulière.

Il importe d'en avertir le patient à un moment où il saisit la portée de l'information, afin qu'il puisse agir en connaissance de cause, et par exemple se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement.

Article 22.–

L'information rapide du directeur prend toute son importance lorsque la décision du juge ordonne l'élargissement. Il est entendu que la personne visée peut rester à l'hôpital et poursuivre la thérapie. Mais dans cette hypothèse elle n'est pas à considérer comme „personne placée“ au sens de la loi, et elle peut quitter l'hôpital sans autre forme de procès.

Article 23.–

Cet article est le pendant de l'article 10bis actuel introduit par la réforme de 2006. Cependant, afin d'éviter les transferts précipités en institution spécialisée, contrairement à l'esprit de la prédite réforme, le transfert ne peut avoir lieu qu'au terme de la période d'observation, c'est-à-dire après la décision de placement.

Par ailleurs, pour les raisons déjà fournies à propos d'articles antérieurs, il n'y a plus d'information au procureur ni à la commission de surveillance.

Articles 24 et 25.–

Ces articles reprennent le libellé des articles 12 et 13 actuels, sauf que la durée de la période d'essai, jugée trop courte, est portée de trois mois à un an.

Articles 26 et 27.–

Il s'agit des actuels articles 14 et 16.

A noter que l'article 15 actuel, donnant pouvoir à la personne qui a fait admettre le patient de le retirer sans autre forme de procès, n'est plus repris. Rien n'empêche bien entendu la personne en question de s'adresser en ce sens au juge, qui tiendra compte de cet élément, surtout si la personne demanderesse se montre disposée à reprendre le patient chez elle et/ou à s'occuper de lui d'une façon ou d'une autre. Mais si la personne intéressée peut formuler une demande tant pour l'admission que pour l'élargissement, la décision finale reste dans les deux cas de figure avec le juge.

Article 28.–

Etant donné que la personne placée qui se soustrait à la surveillance médicale est potentiellement dangereuse, il convient de donner pouvoir au procureur de la faire rentrer à l'établissement. Conformément à l'article 53 ci-dessous le procureur peut demander l'assistance de la Police pour ce faire.

Articles 29, 30 et 31.–

Ces articles reprennent le libellé des articles 17 à 19 actuels, sauf pour ce qui est du délai pour la recevabilité d'une demande d'élargissement nouvelle intervenant après le rejet d'une demande antérieure (*art. 30 alinéa 1*). Le délai d'un an étant jugé restreindre par trop les droits de la personne placée, celle-ci pourra tenter une nouvelle action dès le rejet définitif de la demande précédente.

Articles 32 à 38.–

Ces articles sont identiques aux articles 20 à 26 actuels, sauf

- qu'à l'article 32 il est précisé que seul l'établissement psychiatrique spécialisé, c'est-à-dire en fait le CHNP, est habilité à accueillir des placés judiciaires
- et
- qu'à l'article 37 disparaît le délai d'un an précédemment requis entre le rejet d'une demande d'élargissement antérieure et une nouvelle demande. Par ailleurs au même article le critère de l'absence de danger est érigé en condition pour l'octroi de l'élargissement. Finalement il est précisé que l'appel du procureur interjeté contre la décision d'élargissement est suspensif.

Article 39.–

Deux changements mineurs sont à relever par rapport à l'article 27 actuel.

Si la commission de surveillance se réunit plusieurs fois par an tant pour discuter de questions de principe que pour traiter de doléances spécifiques de patients, il ne paraît pas nécessaire de lui imposer quatre fois par an une visite de l'établissement, son droit de le visiter à tout moment étant par ailleurs réservé.

Le procureur d'Etat ne se voit plus imposer l'obligation d'une visite, étant entendu que les pouvoirs qui sont les siens lui permettent d'intervenir à tout moment en cas de violation de la loi.

Enfin le juge est ajouté aux personnes ayant pouvoir de visiter l'établissement.

Articles 40 à 42.–

Ces articles reprennent pour l'essentiel les dispositions des articles 29 à 31 actuels.

A noter que c'est désormais le juge qui paraphera le registre, compte tenu de ses attributions accrues.

Article 43.–

Comme il est dit à l'exposé des motifs le traitement involontaire est également évoqué au présent projet de loi. Il est renvoyé aux développements faits à cet exposé pour ce qui est de l'admissibilité de principe du traitement involontaire.

La rédaction du présent article s'inspire de la Recommandation REC (2004)10 du Conseil de l'Europe. Elle énonce le principe de la proportionnalité (*ou principe de la restriction minimale suivant l'article 8 de la Recommandation*), l'information et la consultation du patient et de son entourage et la prise en compte des avis émis, l'obligation d'une certaine expérience professionnelle dans le chef du médecin qui applique le traitement, ainsi que la consignation de ce type de traitement dans un registre.

Article 44.–

L'exposé des motifs s'exprime également sur le principe de l'admissibilité des mesures de contention et d'isolement.

La contention et l'isolement sont surtout appliqués lorsque le patient, lors d'une crise aiguë, risque de commettre des actes de violence et de blesser d'autres patients ou des membres du personnel, voire soi-même, par exemple en cognant de la tête contre un mur.

Le libellé employé est celui de l'article 27 de la Recommandation. Toutefois la disposition dérogatoire de l'alinéa final du prédit article n'est reprise que pour le contrôle médical. Il est connu que les incidents en la matière se produisent souvent la nuit, en l'absence de médecin. Toutefois le médecin de service devra être immédiatement averti, par téléphone, afin qu'il puisse donner des instructions. Il n'est pas dérogé à l'obligation d'inscription au dossier ni à celle du suivi régulier. Le personnel devra donc à des intervalles réguliers s'assurer du comportement du patient dans la cellule d'isolement.

Article 45.–

Si l'actuel article 35 ne traite que des communications allant du patient vers une autorité ou vers un particulier, le présent article étend le principe de la non-rétention du courrier aux communications adressées par une autorité ou le représentant légal au patient.

L'ancien article 36, habilitant le directeur à filtrer le courrier adressé par un particulier au patient n'est plus reproduit. La réflexion à base de cet article était de tenir à l'écart du patient des informations et autres communications émanant de particuliers susceptibles de nuire à son état. Cependant, si déjà le patient a à affronter de mauvaises nouvelles, mieux vaut qu'il les apprenne en institution, dans un milieu où une prise en charge adéquate lui est offerte.

Article 46.–

L'article 23 ii de la Recommandation du Conseil de l'Europe se borne à disposer que le „droit de recevoir des visites ne devrait pas être limité de façon déraisonnable, tout en tenant compte de la nécessité de protéger les personnes vulnérables ...“.

Le présent article répète ce principe, en abandonnant au règlement d'ordre intérieur de faire la part des choses entre les intérêts bien compris du patient, sa protection ainsi que les exigences du service.

Article 47.–

Cet article reprend le libellé de l'article 37 actuel, sauf que la personne de contact ne doit plus nécessairement être fonctionnaire.

Article 48.–

Cet article ne fait que répéter l'article 38 actuel, sauf que les essais cliniques, dans la mesure où ils peuvent être pratiqués sur des personnes placées, sont soumis à l'avis non plus du Collège médical, mais du comité d'éthique de recherche, qui a une compétence générale dans ce domaine.

Article 49.–

Il s'agit de l'article 39 actuel.

Article 50.–

L'article 40 actuel assortit de sanctions pénales une foule de manquements aux dispositions de la loi, dont des manquements à des obligations procédurales (*avis à donner, tenue d'un registre et inscription au registre etc.*). La nécessité de sanctionner pénalement tout manquement à une obligation légale généralement quelconque, n'est pas évidente. Il convient de procéder sélectivement et de ne sanctionner que les manquements susceptibles d'entraîner une privation non justifiée de la liberté ou de soumettre le patient à des traitements spécifiques sans respecter les conditions prévues en pareil cas.

Article 51.–

Sans commentaire.

Article 52.–

Le présent article permet de faire référence à la loi sans mentionner la modification de la loi sur la Police, qui ne concerne que son seul article final.

Article 53.–

L'objectif poursuivi par cette nouvelle modification à la loi sur la Police est double.

Tout d'abord il s'agit de tenir compte des nouveaux critères fixés à l'article 7 (1) pour les demandes d'admission émanant de certaines autorités dont la Police, à savoir le fait par une personne de compromettre l'ordre ou la sécurité public, au lieu de l'existence d'un danger grave pour les personnes et les biens.

Ensuite et surtout, les articles 37 et 38 de la loi sur la Police sont renforcés en ce que la nouvelle version accorde un droit d'accès à tout lieu aux agents de la Police. Toutefois, compte tenu de la pro-

tection accrue dont bénéficient les lieux servant à l'habitation de personnes, l'autorisation du procureur est requise lorsqu'il s'agit de pénétrer dans un domicile privé. Pour la même raison l'accès est réservé aux membres de la Police disposant d'un certain grade dans la hiérarchie.

Le bout de phrase „ou pour l'y faire réadmettre“ vise l'hypothèse dont question à l'article 28 de la loi, c'est-à-dire le cas d'une personne pouvant être réadmise pour ne pas avoir respecté les conditions attachées à sa sortie.

*

FICHE FINANCIERE

Le présent projet de loi ne comporte pas de charges financières supplémentaires pour l'Etat ni de création directe de poste.

Toutefois, en ce qu'il fait désormais de la décision de placement d'office une décision judiciaire, il augmente, même si ce n'est que de façon marginale, la tâche globale de la magistrature considérée dans son ensemble.

J'annexe une note de Monsieur le juge Jacques KESSELER, qui sous l'empire de la loi actuelle exerce la fonction de juge-contrôleur. Ce juge contrôle la régularité formelle des placements, sans les prononcer lui-même.

Ce magistrat, qui est particulièrement bien placé pour évaluer l'ampleur de la tâche nouvelle, l'évalue à „*au moins l'équivalent d'une demi-tâche normale d'un juge*“.

La note évoque aussi, sans la traiter, la question du besoin éventuel d'un greffier. C'est à dessein que le projet s'abstient de rendre obligatoire la présence d'un greffier pour certains actes de procédure, par exemple pour l'audition de la personne à placer. Il n'en reste pas moins que le juge devra pouvoir recourir aux services d'un secrétariat pour certaines tâches, telles que correspondance, tenue de dossiers etc. Dans une communication à mes services le juge Jacques KESSELER évalue cette tâche à l'équivalent d'un quart de tâche de greffier ou de secrétaire.

Annexe: 1 note

*

EVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DU „JUGE-CONTROLEUR“ en matière d'internements psychiatriques

Sous le régime de la loi actuelle, le rôle du „juge-contrôleur“ est assez restreint tant du point de vue de ses compétences que du point de vue de sa charge de travail effective. En effet, la mission du juge consiste, pour l'essentiel, à contrôler, pour chaque patient, la régularité formelle des conditions de mise en observation, c'est-à-dire s'assurer, endéans un délai de 6 jours de l'admission, que la demande de placement ainsi que le certificat médical remplissent les conditions légales. Pour l'arrondissement judiciaire de Luxembourg (et ses 3 établissements psychiatriques, à savoir CHL, Hôpital Kirchberg et CHEM), le contrôle se déroule actuellement pendant une demi-journée (pour les 3 établissements) et est assumé par un juge affecté à temps plein à une chambre du Tribunal d'Arrondissement (en l'occurrence le soussigné).

La réforme projetée augmente considérablement les compétences du juge qui est appelé, pour chaque patient, à intervenir aux stades suivants de la mise en observation:

- 1) jour 1: vérification des conditions de fond et de forme de l'admission (c'est, en somme, la mission actuelle du juge, sauf qu'il n'aura, contrairement au régime actuel, plus besoin de se déplacer) (cf. art. 11);
- 2) jour 6 à 9: analyse du rapport du médecin et décision sur maintien ou non de la mise en observation (avec possibilité de se déplacer auprès du patient et de demander information complémentaire) (cf. art. 12 et 13);
- 3) avant jour 30: analyse du rapport médical circonstancié dont question à l'article 16;
- 4) avant jour 30: audition de la personne admise à l'établissement (et éventuellement de son médecin), puis, dans les 48 heures, décision ordonnant soit élargissement, soit le placement du patient.

Il est à noter que le degré d'intervention du juge varie en fonction de la durée du séjour du patient. Ainsi, le contrôle sub 1) est systématique, tandis que les stades 2) à 4) ne subsistent que dans la mesure où le médecin traitant n'a pas lui-même procédé à l'élargissement du patient. De même, les points 3) et 4) seront sans objet, si le juge a ordonné la sortie du patient dans le cadre de la décision sub 2).

Sur base des statistiques des internements durant les années 2005, 2006 et 2007, on peut (sous réserve d'une augmentation possible des internements) établir une évaluation quantitative (sommaire et forcément approximative) des besoins futurs.

Parmi ces statistiques, celles du CHL sont les plus détaillées et je vais donc les extrapoler sur les chiffres fournis par les autres hôpitaux, la période de référence étant pour le CHL et le CHEM juillet 2005 (début des activités) à décembre 2007 inclus.

Hôpital Kirchberg (juillet 2004 à décembre 2007)

234 mises en observation (MO) ce qui fait une moyenne de 5,6 MO par mois;
durée moyenne de séjour (DMS): 16,78 jours en 2005; 15,29 jours en 2006 et 14,98 jours en 2007.

CHEM (juillet 2005 à décembre 2007)

368 MO ce qui fait une moyenne de 12,3 MO par mois;
durée moyenne de séjour (DMS) connue pour 2007 qui est de 13,11 jours.

CHL (juillet 2005 à décembre 2007)

382 MO ce qui fait une moyenne de 12,7 MO par mois avec une DMS de 17,97 jours sur toute la période de référence.

Cette DMS est la résultante de ce qui suit:

| | |
|----------------------|--------|
| MO de 1 à 4 jours: | 11,8% |
| MO de 5 à 9 jours: | 18,3% |
| MO de 10 à 14 jours: | 19,1% |
| MO de 15 à 19 jours: | 16,5% |
| MO de 20 à 24 jours: | 7,1% |
| MO de 25 à 30 jours: | 15,4% |
| MO plus de 30 jours: | 11,8%. |

Conclusion et Evaluation:

En extrapolant les durées de séjour effectives recensées au CHL et en admettant que „l'activité“ des trois établissements psychiatriques fermés situés dans l'arrondissement judiciaire de Luxembourg reste stable, on peut formuler les conclusions suivantes:

- par mois, il y aura en moyenne 30,6 MO et autant de vérifications formelles par le juge (sans déplacement);
- de ces 30,6 patients, 88,2%, i.e. environ 27, resteront internés pour une durée de 5 jours au moins, ce qui veut dire que le juge analysera autant de fois par mois le rapport médical afférent pour prendre la „première“ décision de maintien ou non de la mise en observation (avec déplacement facultatif du juge auprès du patient);
- de ces 30,6 patients internés en moyenne pendant un mois, 88% seront élargis avant le 30e jour de la MO, ce qui voudra dire que pour 12%, soit 4 patients par mois en moyenne, le juge devra analyser un rapport médical circonstancié, se déplacer auprès du patient pour l'entendre (ainsi que, le cas échéant, sans psychiatre) et prendre une ordonnance (motivée);
- à noter que le même travail risque de se reproduire pour (une partie au moins) des patients se situant dans la tranche de 25 à 30 jours d'internement, à savoir 15,4%, soit 5 patients. En effet, dans le régime futur, le fait que ces patients ne dépassent pas le 30e jour d'internement pourra précisément résulter d'une ordonnance du juge en ce sens, alors que sous le régime actuel, ceci ne s'expliquait „que“ par une décision d'élargissement du psychiatre-traitant.

En résumé, le juge-contrôleur fera, en moyenne et par mois, les interventions suivantes:

- une trentaine de contrôles formels de dossiers;

- presque autant de décisions avec déplacements facultatifs;
- entre 4 à 9 ordonnances avec déplacement obligatoire.

A cela s'ajoute (et je parle par expérience personnelle) une multitude d'appels téléphoniques de la part des divers établissements concernés relatifs à toutes sortes de questions qui peuvent survenir au cours d'une mise en observation.

Sur base de ces chiffres, on peut raisonnablement estimer que la charge de travail future du juge-contrôleur représente au moins l'équivalent d'une demi-tâche normale d'un juge „ordinaire“.

En raison du caractère variable des interventions, des contraintes de délais imposés par la loi, des déplacements (obligatoires ou facultatifs), il est clair que le juge en question ne pourra plus être affecté à temps plein à une composition normale.

Le présent document est censé constituer un document de travail pour l'évaluation des besoins futurs et les points suivants restent à clarifier:

- mise en oeuvre pratique dans la mesure où la loi sur l'organisation judiciaire ne prévoit pas la possibilité de „demi-postes“ de juges;
- question du besoin éventuel d'un greffier.

Le présent document a été soumis à M. le Président du Tribunal Pierre GEHLEN qui en a approuvé la teneur.

Luxembourg, le 7 février 2008.

Jacques KESSELER
Juge-contrôleur
(sous le régime actuel)
et membre du groupe de travail
„réforme psychiatrie“

