

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

BRUXELLES, le 9 JUILLET 2015

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

-----  
Groupe de travail Permanent "psychiatrie"

Réf. : CNEH/D/PSY/449-1 (\*)

**Avis sur les remarques concernant la loi du 26 juin 1990  
relative à la protection de la personne des malades  
mentaux**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 9 juillet 2015

# **1. Introduction**

## **1.1. Mesures de protection**

L'objectif est de parvenir à une loi adaptée s'inscrivant dans le droit fil de la nouvelle vision des soins de santé mentale (socialisation, continuité des soins, soins sur mesure...) et respectant les droits du patient (Convention of the Rights of Persons with Disabilities, en abrégé CRPD) (cf. article de Szmukler dans la bibliographie). Dans cette optique, il faut accorder une attention accrue à l'implication du patient et de son entourage, au droit à la défense, au droit d'accès au dossier...

En raison de récents événements déplorables, les médias ont accordé ces derniers temps beaucoup d'attention aux admissions forcées et au rôle de la Justice et des soins de santé mentale à cet égard. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux fonctionne mais en pratique, l'expérience montre clairement qu'il subsiste des lacunes, et que des adaptations de la loi sont nécessaires.

Nous tenons à souligner le fait que l'admission forcée est une mesure de protection qui ne peut être assimilée à certaines interventions telles que la contention, l'isolement, la séquestration, le traitement forcé,...

Par ailleurs, l'admission et le traitement volontaires constituent le principe fondamental dans les soins de santé mentale. Lorsqu'une alternative à ce principe est appliquée, elle doit être clairement argumentée, justifiée et soumise à un suivi rigoureux. Ce suivi doit non seulement être exercé par la structure qui applique la mesure de protection, mais également par les autorités au moyen de statistiques. La mise en œuvre de mesures de protection nécessite un cadre précis et une approche très prudente. Le recours à ce genre de mesures ne doit pas être un automatisme et leur application doit être proportionnelle à l'action nécessaire à ce moment-là. La mise en œuvre de mesures de protection doit dès lors être définie dans des protocoles clairs, avec des possibilités d'adaptation. Ces protocoles doivent pouvoir être consultés par le patient et son entourage.

L'idéal est même de n'appliquer aucune mesure de protection. La question de la loi ne peut pas être liée directement avec une pathologie ou un diagnostic psychiatrique.

## **1.2. Contexte**

De nombreux hôpitaux assurent l'admission forcée de personnes. D'après l'aperçu le plus récent du Résumé psychiatrique minimum, il ressort qu'en 2011, 5 450 personnes ont subi une admission forcée en Belgique, dont 2 992 en Flandre, 955 à Bruxelles et 1 503 en Wallonie. À cet égard, nous souhaitons insister sur le fait que ces données portent sur les nouvelles admissions forcées en 2011 et non sur le statut global de contrainte (pas de prolongement de l'hospitalisation, pas de soins en famille, pas d'hospitalisation avant 2011 avec/sans sortie en 2011). Des chiffres plus récents sont disponibles uniquement pour la Flandre, dans le rapport de la Zorginspectie (Inspection des soins). En 2012, les admissions forcées sont au nombre de 4 657, dont 3 162 nouvelles.

En 2011, 152 admissions forcées concernent des mineurs d'âge, 100 en Flandre et 52 en Wallonie (aucune à Bruxelles), à la nuance que des mineurs présentant un profil clinique spécifique (art 36.4 de la loi de 1965) peuvent être hospitalisés sous mesure de protection dans des lits for K. Certains mineurs peuvent aussi exceptionnellement être admis dans des lits A. En outre, de nombreuses expertises dans le cadre de la loi de 90, sont réalisées au sein des services d'urgences psychiatriques bruxellois pour des patients mineurs.

Ceci implique qu'en Belgique, au moins 15 admissions forcées ont lieu chaque jour. Ces hospitalisations représentent 6% des admissions dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques d'hôpitaux généraux, soit 10,4% des admissions dans les hôpitaux psychiatriques.

Entre 1999 et 2009, le nombre d'admissions forcées d'adultes en Flandre a augmenté de 73% (Schoevaerts et al. 2012). Cette conclusion ne s'applique pas au groupe cible des mineurs d'âge, étant donné qu'aucune tendance précise au fil des ans n'a pu être mise en évidence.

Il existe très peu d'études scientifiques sur des statistiques internationales précises et spécifiques et sur l'évolution du nombre d'admissions forcées. Les données disponibles montrent en tout cas une variabilité importante de l'incidence des admissions forcées dans les États membres de l'Union européenne (Schoevaerts et al. 2012). Tout en vous incitant à faire preuve de la prudence nécessaire pour l'interprétation de ces données, nous vous communiquons ci-après quelques données comparatives (Rotthier 2012; Schoevaerts et al. 2012; Schoevaerts et al. 2014).<sup>1</sup> Le nombre d'admissions forcées augmente dans différents États membres de l'Union européenne, à savoir en Allemagne, aux Pays-Bas, en Angleterre, en Belgique, au Portugal, en Autriche, en Finlande et en France. Par exemple, une augmentation de 24% a été observée aux Pays-Bas entre 2002 et 2009, avec un total de 80 nouvelles admissions forcées par 100 000 habitants en 2009. En Belgique, on compte 47 admissions forcées par 100 000 habitants, en Finlande, 218 et au Portugal, 6. L'incidence diminue en Italie, en Espagne et en Suède.

Plusieurs facteurs sont associés à l'augmentation du nombre d'admissions forcées, tels que l'urbanisation, la durée plus courte de l'hospitalisation, une société en mutation avec moins de tolérance par rapport au comportement déviant, l'évolution de la législation, la capacité de prise en charge au sein des soins de santé mentale et des incidents du passé (Schoevaerts et al. 2014).

### **1.3. Demande d'avis**

La Santé publique a déjà pris l'initiative de réaliser une analyse de la loi relative aux admissions forcées. Celle-ci débouchera sur des propositions d'adaptation, avec une attention spécifique pour le besoin de conditions claires pour l'admission forcée et d'une collaboration entre les domaines de la Justice et des soins de santé mentale.

La Conférence Interministérielle Santé publique du 18 juin 2012 a chargé le groupe de travail intercabineaux « task-force soins de santé mentale » de réaliser une analyse de:

- la loi du 13 juillet 2007 relative à l'internement de personnes atteintes d'un trouble mental;

---

<sup>1</sup> La prudence est de mise dans l'interprétation des données, entre autres en raison des différences d'années et du manque de clarté de la définition de l'admission "forcée" par rapport à l'admission "non volontaire".

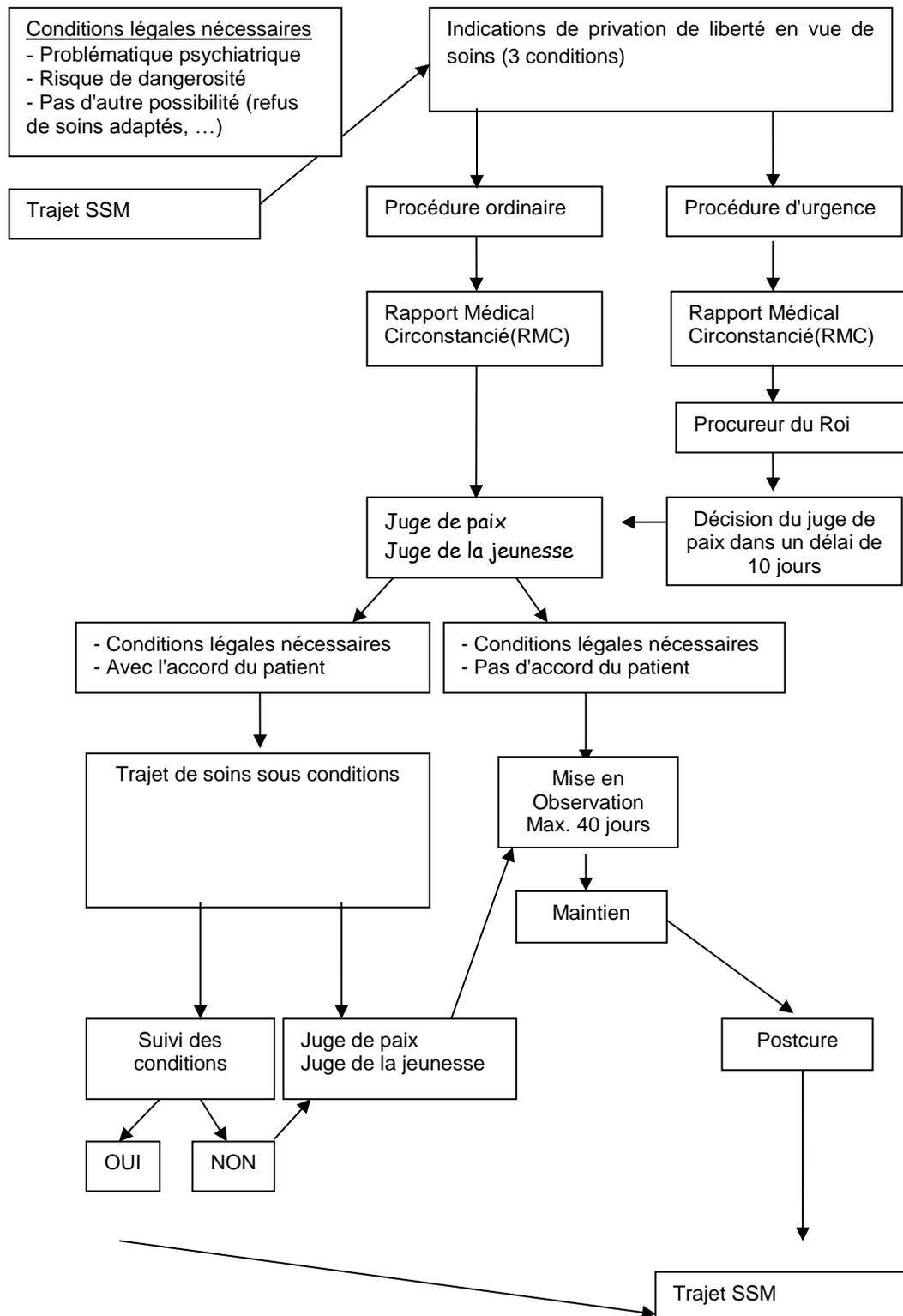
- la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux;
- la loi du 13 juin 2006 modifiant la législation relative à la protection de la jeunesse et à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction.

Le 30 octobre 2012, la ministre Onkelinx a également demandé au Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) de formuler un avis sur les adaptations à apporter à ces lois. Le CNEH a terminé ses activités relatives à la loi sur l'internement en mars 2013. Ensuite, le groupe de travail permanent psychiatrie du CNEH a créé un groupe de travail temporaire chargé de rendre un avis sur la loi de 1990. Pour que les secteurs des soins de santé mentale et de la Justice puissent apporter une contribution nécessaire et étayée, ces recommandations ont fait l'objet d'une évaluation par plusieurs experts. La composition du groupe de travail au sein du CNEH et la liste des experts consultés se trouvent en annexe 1.

Cette note présente le résultat des discussions de ce groupe de travail temporaire. Les membres se sont basés sur un avis antérieur du CNEH sur les admissions forcées remontant à décembre 2002. Bien entendu, les discussions ont été menées à la lumière des expériences pratiques et du vécu des membres du groupe de travail.

## 2. Propositions d'adaptations

Le présent avis comporte un aperçu des modifications de loi proposées ou des recommandations concernant les mesures de protection prévues dans la loi de 1990, et des différentes parties et questions prioritaires dans le cadre de ce processus. Voici un schéma récapitulatif, qui sera commenté plus loin dans ce chapitre:



## **2.1. Conditions**

Lorsqu'une personne est atteinte d'une forme grave de maladie mentale et nécessite des mesures de protection ou lorsque la protection de la société le requiert, le juge ou le procureur peut prononcer une série de mesures. L'admission peut s'effectuer dans un contexte résidentiel ou ambulatoire en fonction de l'état du patient ou des possibilités de traitement.

Le groupe de travail recommande de conserver ces conditions, mais tient à souligner que les soins priment sur la contrainte. En effet, une admission forcée a un impact important sur la vie du patient et de sa famille ou de son entourage. Dès lors, il faut s'engager dans un tel processus en faisant preuve de respect et de prudence. À cet égard, l'accessibilité des soins pour une personne confrontée à une problématique psychiatrique est une question prioritaire. Nous proposons donc, dans le présent avis, une forme intermédiaire pour les personnes présentant de graves troubles psychiatriques, qui ne représentent pas de risque de dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui, mais qui ne souhaitent pas être hospitalisées, à savoir le trajet de soins sous conditions au domicile ou dans un contexte de remplacement du domicile (voir 2.5.1.).

Le groupe de travail propose que le recours à la loi du 26 juin 1990 soit limité aux adultes et aux mineurs à partir de l'âge de 12 ans (cf. agrément de dispositifs thérapeutiques, renforcement de l'encadrement,...). Les jeunes de moins de 12 ans doivent être exclus de la loi du 26 juin 1990.

Légalement parlant, les mineurs d'âge peuvent être admis en psychiatrie pour adultes à partir de l'âge de 15 ans. Le groupe de travail tient à souligner qu'une admission forcée de mineurs d'âge (-18 ans) dans un contexte pour adultes n'est pas à recommander. Les lits de crise judiciaires et les lits FOR-K doivent assurer les admissions forcées de mineurs d'âge. Les lits de crise sont uniquement destinés à des mineurs confrontés à une maladie psychiatrique sans délit. Les lits FOR-K sont réservés aux cas de maladie psychiatrique combinée à un délit.

Inversement, des admissions forcées d'adultes en service K/ dans un lit K ne peuvent en principe pas avoir lieu. Cependant, il faut faire preuve de la flexibilité nécessaire concernant la transition des mineurs vers la psychiatrie pour adultes. Des exceptions peuvent dès lors être possibles en fonction du mineur qui devient majeur pendant la période d'admission forcée.

## **2.2. Procédure**

La procédure normale, ainsi que la procédure d'urgence doivent être maintenues. Actuellement, la procédure normale n'est appliquée que dans 15,3% des cas.

Il est toutefois nécessaire d'adapter les deux procédures à la réalité sur le terrain, p.ex. en renforçant l'accessibilité pour la famille du patient, en prévoyant l'obligation légale pour le juge de demander un rapport médical circonstancié.

## **2.3. Mesures destinées à des personnes en phase d'urgence ou de crise**

Une approche spécifique s'impose pour les personnes qui se trouvent dans un état grave d'excitation, de risque d'agression ou de danger. Dans de telles situations, la police arrive généralement la première sur place. Pour ces personnes confrontées à un possible trouble psychique, ayant commis ou non des faits délictueux et nécessitant ou non des soins médicaux

urgents, il est essentiel que la police, les services médicaux et le parquet conviennent, dans un protocole, de mesures adaptées en vue de protéger l'entourage du patient. Ces mesures précéderont une éventuelle décision d'admission forcée. Nous renvoyons ici aux accords conclus par le parquet d'Anvers et applicables aux arrondissements de Malines et Turnhout. Lorsque la police arrive sur place la première, elle procède, aux termes de ces accords, à une première évaluation de la situation et il lui incombe de prendre les mesures nécessaires pour sécuriser la situation. En cas de signes de confusion mentale, de psychose, d'influence de drogues..., une aide médicale est demandée. La privation de liberté, si elle est indispensable, peut être administrative ou judiciaire. Si la personne présente une problématique physique qui nécessite en priorité un examen médical et qui doit être stabilisée le cas échéant, l'évaluation somatique est prépondérante. Une évaluation psychiatrique en vue d'une admission forcée suit le plus rapidement possible. Lorsqu'une admission forcée est indispensable, la procédure d'admission forcée commence par l'établissement d'un rapport médical circonstancié. En cas de fait délictueux, la police et le parquet sont contactés. Le personnel médical et le personnel soignant peuvent faire appel à la police locale en cas d'agression.

À l'avenir, les équipes 2a des projets articles 107 (équipes ambulatoires de traitement intensif) pourront également intervenir.

#### **2.4. Rapport médical circonstancié**

Pour une évaluation correcte des risques pour la sécurité du patient et de la société, de la problématique psychiatrique et de la mesure souhaitée, un rapport objectif et spécialisé pour aider le juge de paix ou le juge de la jeunesse, le procureur et d'autres instances reste nécessaire. Une admission forcée implique un processus décisionnel complexe et une privation de liberté importante avec un impact majeur pour le patient et son entourage. Un rapport médical circonstancié est à prévoir tant pour la procédure normale que pour la procédure d'urgence. Contrairement à sa forme actuelle, ce rapport doit être plus détaillé et comprendre un certain nombre de critères qui en garantissent la qualité. Par ailleurs, il faut également associer l'entourage du patient (famille et médecin généraliste). Vous trouverez en annexe 2 du présent avis un exemple pratique de la plate-forme de concertation en soins de santé mentale de Bruxelles concernant un éventuel modèle type de rapport circonstancié et d'avis écrit. Pour être tout à fait explicite quant à la pratique en Région de Bruxelles-Capitale, un double filtre a été mis en place: celui du parquet et celui des experts psychiatres. Dans ce sens, si un premier RMC a été réalisé avant l'interpellation du parquet, un deuxième avis est systématiquement demandé par le procureur du Roi au psychiatre d'un service d'urgence psychiatrique travaillant en équipe pluridisciplinaire. Le dispatching entre les différents services d'urgence psychiatrique est organisé à Bruxelles via la ligne dite « Nixon ». Cette disposition permet d'affiner l'expertise et d'évaluer plus précisément les différents critères de la loi en recherchant sur un mode pluridisciplinaire les alternatives à la mesure de protection.

Conformément à la législation actuelle, tout médecin peut rédiger le premier rapport médical circonstancié dans le cadre d'une admission forcée. Dans l'idéal, nous recommandons que ce rapport soit rédigé par un psychiatre. Si cette situation optimale est impossible, un médecin (non psychiatre) pourrait éventuellement être désigné, qui devrait être spécifiquement accrédité en matière d'admissions forcées. À l'heure actuelle, les critères et les conditions de cette accréditation, ainsi qu'une formation spécifique à cet égard, n'existent pas encore. Il serait nécessaire que les Régions ou Communautés puissent organiser en collaboration avec les

intervenants concernés (universités, intervenants PPMM,...) une formation spécifique relative aux différents moments de la procédure de la loi du 26 juin 1990. En cas de non-disponibilité d'un psychiatre ou d'un médecin accrédité (non-psychiatre) en matière d'admissions forcées, un autre médecin peut se charger de rédiger le premier rapport médical circonstancié. En pareil cas, le rapport doit être évalué par un psychiatre ou un médecin accrédité (non-psychiatre) dans un établissement psychiatrique ou au service des urgences d'un hôpital général.

Pour une admission forcée de mineurs d'âge, un psychiatre doit rédiger le rapport médical circonstancié. Étant donné la nécessité d'une expertise spécifique pour l'établissement du diagnostic et l'implication généralement beaucoup plus grande du contexte éducationnel, un psychiatre infanto-juvénile est le plus à même de rédiger ce rapport. Le canevas du RMC devrait être adapté à la spécificité des mineurs.

Il est nécessaire que les experts susmentionnés puissent disposer d'un cadre de travail adapté:

- des honoraires plus corrects. Il y a lieu de prévoir une nomenclature INAMI avec un nouveau numéro spécifique pour des honoraires, tant pour la consultation par un psychiatre que pour la consultation par un médecin non psychiatre avec accréditation spécifique en vue de l'établissement d'un rapport médical circonstancié. Par ailleurs, deux actes peuvent être envisagés: la consultation (financée par l'INAMI par le biais de la nouvelle nomenclature) et le temps nécessaire pour rédiger le rapport médical (financé par la Justice). Il faut souligner que le financement ne devrait pas dépendre de la réponse rendue à l'expertise (avis écrit négatif ou positif). En effet, le travail d'expertise pluridisciplinaire est identique dans les deux situations.
- suffisamment de temps (une période d'évaluation pouvant aller jusqu'à 24 heures – avec possibilité d'une période plus longue en fonction des actes d'observation pratiqués), avec la possibilité d'impliquer une équipe pluridisciplinaire. Cela doit permettre de se faire une idée précise, durant l'observation, de la problématique psychiatrique, de l'intoxication, de la dangerosité et du traitement nécessaire. Il n'est pas encore question à ce stade du statut d'admission forcée, mais d'une mise en observation. Il faut un encadrement légal précis, avec notamment l'accord du procureur du Roi. Une arrestation administrative a une durée maximale de 12 heures, ce qui normalement est insuffisant pour une période d'observation. Cette mesure sera surtout appliquée dans le cadre d'une procédure d'urgence, étant donné que, pour une procédure normale, le problème relatif au manque de connaissance de la situation du patient et du manque de temps pour acquérir cette connaissance ne se pose pas.
- des normes architecturales spécifiques. La spécificité de la prise en charge de patients sous mesures de protection nécessite des normes architecturales.
- en fonction de l'état du patient (par exemple en cas d'urgence somatique ou de complications somatiques), le service des urgences des hôpitaux généraux peut offrir le contexte pour la mise en observation.
- une structure claire et adaptée pour réaliser, si nécessaire, une évaluation psychiatrique et somatique.

Enfin, l'avis du médecin devrait être contradictoire sous la forme d'une possibilité de second avis par un autre médecin rémunéré correctement à cet effet. Combinée à un rapport plus circonstancié, cette mesure contribue à un recours davantage contrôlé à une admission forcée. Aux termes de la loi actuelle, seul le juge peut désigner un médecin-expert.

## **2.5. Mesures sous contrainte dans la loi**

La loi actuelle de 1990 prévoit 2 mesures sous contrainte:

- l'*admission forcée* dans un hôpital agréé à cette fin (hôpital psychiatrique ou hôpital général disposant d'un service psychiatrique) dans le cas d'un patient psychiatrique présentant un grand risque de dangerosité pour lui-même et/ou pour la société et en l'absence d'un autre traitement approprié.
- les *soins en famille* lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires, mais que la situation psychiatrique de la personne et les circonstances n'exigent pas une hospitalisation.

Le groupe de travail reconnaît la valeur ajoutée de ces mesures, mais souhaite élargir l'application de la mesure des soins en famille. (voir 2.5.1).

Par ailleurs, il est également nécessaire d'intégrer clairement dans la loi le moment à partir duquel la mesure de privation de liberté entre en vigueur (à savoir, la date du jugement en cas de procédure normale et la date de la décision du procureur en cas de procédure d'urgence).

### **2.5.1. Application plus large de la mesure "soins en famille" et trajet de soins alternatif**

Dans le cadre de la socialisation des soins de santé mentale, il faut arriver à une application plus large de la mesure légale existante de soins au sein d'une famille. Plus concrètement, il est plaidé en faveur d'un élargissement de la situation du domicile du patient à celle du milieu de remplacement du domicile, comme les maisons de soins psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins et même éventuellement les initiatives d'habitation protégée. De même, les centres de soins de santé mentale et les équipes mobiles de crise dans le cadre des projets article 107 peuvent jouer un rôle dans ce domaine.

Afin de réduire le nombre d'admissions forcées, l'avis prévoit un trajet de soins alternatif aux admissions forcées. Le patient répond aux critères d'application de la loi relative aux admissions forcées, mais les critères de dangerosité sont moins péremptoires. Le patient ne se voit pas attribuer le statut d'une admission forcée, mais il y a intervention d'un juge. En concertation avec le patient, un certain nombre de conditions sont fixées de commun accord comme le plan de traitement dont le suivi sera assuré par le psychiatre traitant. En cas de non-respect des modalités convenues, le dossier est transmis au juge ou au procureur pour le lancement d'une procédure d'admission forcée. Ce trajet de soins alternatif est repris dans le schéma du point 2 en page 3. Pour ce trajet, les mêmes règles que celles qui prévalent dans le cas d'une admission forcée dans un hôpital agréé sont globalement d'application en ce qui concerne la procédure à suivre, l'aide au patient...

## **2.5.2. Admission forcée**

### Condition

Une personne peut faire l'objet d'une admission forcée si elle est atteinte d'une forme grave de maladie mentale qui comporte un grand risque pour sa sécurité et/ou pour celle de la société. L'admission forcée ne peut avoir lieu que lorsqu'un accord du patient sur le traitement n'est pas possible. Nous tenons à insister sur le fait qu'une admission forcée doit se faire sur une période aussi courte que possible, en fonction de la stabilisation du patient. Le patient doit pouvoir retourner le plus rapidement possible dans le circuit classique des soins de santé mentale.

### Programmation et agrément

Le groupe de travail recommande de prévoir deux *programmations* spécifiques *distinctes* pour les admissions forcées, l'une dans le cadre du groupe cible des adultes et des personnes âgées et l'autre dans le cadre du groupe cible des mineurs (de 12 à 18 ans). Cette programmation est indépendante de l'accès aux services des urgences des hôpitaux généraux. Si une personne arrive au service des urgences d'un tel hôpital, une collaboration étroite avec un hôpital psychiatrique ou un hôpital général disposant d'un service psychiatrique est requise.

Par ailleurs, le CNEH recommande de mettre en œuvre la programmation en fonction du réseau, sur la base des ressources et des besoins dans cette région.

Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux disposant d'un service psychiatrique peuvent demander sur une base volontaire, dans le cadre de ces programmations, un agrément pour admissions forcées lié à des critères de qualité. Des moyens supplémentaires seront octroyés à ces hôpitaux titulaires d'un agrément pour admissions forcées (notamment des moyens supplémentaires pour l'encadrement).

La possibilité doit exister de prévoir un agrément non volontaire en cas de répartition géographique très inégale. L'agrément non volontaire doit être lié au domaine d'activité et non à un hôpital individuel, compte tenu des possibilités d'infrastructure locales.

L'hôpital peut demander un agrément pour le service K ou pour la section adultes ou pour les deux groupes cibles.

En fonction des admissions forcées de mineurs d'âge, seuls les hôpitaux psychiatriques, universitaires et généraux disposant d'un service K, de lits de crise ou de lits FOR-K peuvent demander un agrément. La psychiatrie pour enfants et adolescents doit disposer d'une capacité de traitement suffisante pour prendre en charge une admission forcée. Il est également nécessaire que les projets pilotes (lits FOR-K) obtiennent un agrément structurel, en étant attentifs à la répartition insuffisante actuelle et en veillant à assurer un encadrement suffisant en personnel. Les caractéristiques régionales ou sous-régionales devraient également être prises en compte.

Vu l'impact organisationnel des admissions forcées sur les services, nous ne préconisons pas d'unités distinctes, mais une capacité supplémentaire dans les services par le biais de l'encadrement en personnel et/ou de lits spécifiques pour lesquels il n'existe actuellement pas de normes d'occupation. C'est nécessaire pour une période limitée en fonction de la stabilisation du patient. Ces services ne doivent pas être des unités systématiquement fermées, mais doivent offrir la possibilité d'une sécurisation (cf. point 2.4 normes architecturales spécifiques).

Dès lors, un encadrement en personnel adapté pour les services qui accueillent des patients en admission forcée s'avère justifié, au vu de la sévérité et de la complexité de la pathologie de ces patients, ainsi que du besoin d'une sécurité accrue, d'une surveillance stricte plus fréquente et de la présence d'un environnement complexe.

- Pour l'admission forcée d'adultes, le groupe de travail préconise au minimum la norme de personnel applicable aux unités de traitement intensif (UTI) (1,875 ETP/lit ou 30/16).<sup>2</sup> Il faut y associer un budget. En ce qui concerne les normes d'agrément, il faut tenir compte des contingents.
- En ce qui concerne les admissions forcées de mineurs d'âge, la norme à recommander est celle d'un lit FOR-K. Cet encadrement en personnel est axé sur les soins et la sécurité, et le présent avis ne se prononce pas sur l'encadrement relatif à l'administration, aux services sociaux, au travail social,...<sup>34</sup> De ce fait, l'encadrement et le financement doivent être interprétés au sens large.

### Postcure

La postcure doit rester possible et, contrairement à la loi actuelle, pas uniquement pendant le « séjour ultérieur ». Le groupe de travail préconise une plus grande flexibilité de la procédure. Ainsi, la postcure en ambulatoire après une admission forcée résidentielle doit pouvoir se faire dans un délai de 40 jours avec la possibilité de prolongation sans procédure complexe, sans réadmission.<sup>5</sup> À cet égard, une nouvelle décision du juge de paix ou du juge de la jeunesse, après un débat contradictoire, et en présence du patient (sauf s'il ne donne pas suite à la convocation) s'avère nécessaire. Cette prolongation de la période de postcure sans réadmission doit se faire par périodes d'1 an.

Après chaque année de postcure, une prolongation peut être accordée sur la base d'une évaluation médicale.

Cette postcure doit pouvoir avoir lieu dans un cadre résidentiel ou ambulatoire.

### Évasion d'un majeur/fugue d'un mineur

Le groupe de travail recommande, en cas d'évasion d'un adulte pendant une période de moins de 3 mois, de ne pas mettre un terme à la procédure d'admission forcée. La lourde procédure administrative pour prolonger l'admission forcée à raison du nombre de jours d'évasion justifie cette thèse. Néanmoins, si l'évasion dépasse 3 mois, le groupe de travail préconise de mettre un terme à l'admission forcée, vu que le psychiatre et l'hôpital sont toujours responsables du patient qui s'est évadé. Si le patient revient après l'arrêt de l'admission forcée, une nouvelle procédure peut être lancée.

Chez les mineurs, la situation est toutefois plus aiguë et la durée d'hospitalisation est toujours plus courte. Nous recommandons, en cas de fugue, de mettre un terme à l'admission forcée après 10 jours (par analogie avec la proposition de projet d'accord de coopération élaborée dans le cadre des projets pilotes des unités de traitement intensif (UTI) et FOR-K). Il faudrait changer le terme de la loi (évasion) pour l'adapter aux mesures de protection des mineurs (fugue).

---

<sup>2</sup> Cette norme a été calculée au moyen d'un modèle de financement prospectif, en fonction du nombre de journées d'hospitalisation en admission forcée sur 5 ans. Par conséquent, il faut une évaluation après 5 ans pour le calcul du financement pour les 5 années suivantes.

<sup>3</sup> Actuellement les hôpitaux reçoivent un montant fixe de 328,9 € par dossier ou 6 579 € par an accordés en fonction des nécessités administratives lors d'une admission forcée. Cette indemnité est alignée sur le nombre d'admissions forcées.

<sup>4</sup> Hormis pour l'enveloppe de financement des UTI: les autres fonctions sont englobées dans ces moyens.

<sup>5</sup> Le juge de la jeunesse peut déjà imposer une mesure ambulatoire continuée dans les 40 jours.

## Protocole

Enfin, il faut un protocole général commun pour la Belgique qui détermine clairement quelles sont les missions et les pratiques de chaque acteur intervenant dans le cadre d'une admission forcée. Ce protocole doit être élaboré sur la base des différents protocoles existants, nationaux et internationaux, et des bonnes pratiques. Les réseaux réalisent les missions et les pratiques de chaque acteur sur la base du protocole.

### **2.6. Plan de crise**

Dans un souci de qualité des soins, il est fortement recommandé, dans le cadre d'une admission forcée ou d'un trajet de soins sous conditions à domicile ou dans un milieu substitutif du domicile, de rédiger un plan de crise explicite lors de l'arrêt de la mesure sous contrainte. Ceci doit se faire en concertation avec le patient, l'équipe traitante et les acteurs de soins impliqués. Pour des mineurs d'âge, il importe d'impliquer l'entourage et éventuellement le service social du tribunal de la jeunesse.

Le plan comporte des facteurs importants et des informations pertinentes sur ce qu'il y a lieu de faire si le patient est en crise et quelle aide il convient de lui apporter, par exemple la manifestation de volonté du patient en cas de crise future (exemple: la structure imposée ou à choisir pour un traitement), les personnes à contacter si une crise survient, les mesures à prendre pour éviter une crise, ...

Aux Pays-Bas, le plan de crise a été recommandé mais le patient ne peut y être contraint. Le plan est résumé sur une carte de crise. Le patient la conserve sur lui (elle fait environ la taille d'une carte de banque) et la structure où ce dernier est en traitement l'intègre au dossier de patient électronique. Chaque patient est responsable de l'actualisation de sa carte. Par ailleurs, un consultant spécialisé en "cartes de crise" procède à une évaluation périodique en fonction de l'évolution de la situation.

En Belgique, une carte de crise pourrait être intégrée par le biais d'e-Health, de sorte que chaque responsable du traitement des données puisse consulter ces informations et les adapter si nécessaire. Bien entendu, le respect de la vie privée du patient est essentiel. Il est important que le secret médical soit préservé et que le consentement du patient soit respecté. En outre, il convient d'éviter certaines lourdeurs administratives et de tenter d'implémenter une carte de crise qui soit le fruit d'une concertation préalable entre professionnels et patients.

### **2.7. Choix de la structure**

Comme dans la législation actuelle, un hôpital titulaire d'un agrément pour les admissions forcées est tenu de prendre en charge cette admission. Étant donné la responsabilité assumée par un réseau d'institutions et la définition plus large de l'alternative à celles-ci (cf. point 2.5.1), le groupe de travail préconise une concertation préalable avec le réseau en cas de jugement rendu par le juge de paix ou le juge de la jeunesse ou de décision prise par le Parquet. Sur cette base, le juge peut directement contacter l'institution susceptible de prendre en charge l'admission forcée ou le traitement dans le cadre du trajet de soins sous condition à domicile /en milieu de remplacement du domicile. De cette façon, le réseau peut anticiper la suite du trajet de soins. Il s'agit d'une

concertation préalable, où un service de garde peut intervenir à titre complémentaire en vertu d'un règlement défini de commun accord.

Lors du choix de l'institution qui réalisera la mesure, le juge et le réseau doivent tenir compte:

- du traitement le plus approprié pour le patient,
- de la différenciation de l'offre de traitement,
- de la préférence du patient si c'est possible,
- du degré de familiarisation du patient avec un milieu de traitement concret,
- de la programmation et des agréments d'hôpitaux pour admission forcée,
- du contexte de vie réel dans le cas des mineurs d'âge, de façon à choisir l'endroit optimal pour le patient au moment du choix de la mesure. Ainsi parfois, il peut arriver que le lieu du domicile et le lieu de séjour réel du mineur déterminent conjointement la région d'admission.

Le juge de paix et le procureur doivent pouvoir faire ce choix quel que soit l'arrondissement judiciaire dans lequel la mesure est prise.

À cet égard, il faut continuer de respecter et responsabiliser les réseaux et circuits de soins existants et des accords doivent être convenus entre eux (actuellement, ceux-ci sont généralement organisés par province).

La loi doit mentionner explicitement qu'il est toujours possible de confier le patient à une autre institution, même pendant la période d'observation, en vue d'un traitement plus approprié. Un transfert est réalisé en concertation entre les médecins-chefs des différents services ou organisations concernés.

## **2.8. Implication du patient et de l'entourage**

Le rôle de la famille et du médecin généraliste est actuellement limité et le système de la personne de confiance n'est pas utilisé partout. Le groupe de travail souhaite un renforcement de ces rôles et préconise une implication importante dans le contexte de la législation actuelle (p.ex. le secret professionnel du psychiatre et la nécessité d'autorisation du patient pour l'échange de données). Nous nous référons dans ce contexte à l'initiative "Pair-Aidance" de l'asbl En Route qui peut suppléer à ces rôles également si nécessaire. La Pair-Aidance est l'aide au rétablissement de l'individu/patient par et pour ses pairs. Un Pair-Aidant est un usager/ex-usager des services de santé mentale.

Tout ceci a d'autant plus d'importance pour les mineurs.

En principe, l'objectif est d'impliquer autant que possible l'entourage pour autant qu'il existe une relation de confiance entre le patient et son entourage. En l'absence d'une telle relation, l'implication de l'entourage n'est pas souhaitable. Il faut aussi tenir compte de ces situations. Il est clair que pour tous les acteurs concernés, la décision finale appartient à l'instance judiciaire.

Par ailleurs, le patient et son entourage doivent disposer dès le départ des informations nécessaires et pertinentes, p.ex. les droits du patient, (les protocoles relatifs à) l'application des mesures de protection, la procédure de médiation. Il doit aussi être possible au médecin généraliste de suivre toute la période de traitement et d'y être associé. Une tierce personne neutre (travailleur social, service de médiation...) peut également apporter un soutien proactif dans la communication ou la précision des informations nécessaires.

Enfin, nous tenons à souligner dans ce cadre l'incohérence de la loi actuelle. Le patient doit en effet pouvoir consulter son dossier dans les 15 jours, mais l'audience devant le tribunal intervient déjà après 10 jours. De ce fait, il est possible que le patient doive comparaître devant le juge sans avoir connaissance de son dossier. C'est évidemment inadmissible.

## **2.9. Enregistrement**

À la lumière des évaluations et des études qualitatives et quantitatives, de l'élaboration et de l'exécution de la politique, mais également dans une optique de transparence et de justification, l'enregistrement de données objectives concernant les admissions forcées et le trajet de soins alternatif s'avère nécessaire. Le groupe de travail préconise donc le maintien d'un système global unique (l'actuel enregistrement uniforme flamand de données chiffrées), lié à un feed-back en temps opportun des données traitées. Pour combler les lacunes de ce système d'enregistrement, un certain nombre d'adaptations semblent indiquées.<sup>6</sup>

À cet égard, nous nous référons à la décision de la Conférence interministérielle Santé publique du 30 septembre 2013 de réaliser un enregistrement commun pour l'ensemble des initiatives existant actuellement sur le plan des soins de santé mentale. Dans le prolongement de cette décision, le Conseil national des établissements hospitaliers a rendu, le 12 décembre 2013, un avis sur les adaptations nécessaires du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), axé sur une nouvelle structure. On envisage l'utilisation d'un système d'enregistrement uniforme unique pour l'ensemble des institutions dans les soins de santé mentale. Ce système consisterait en un ensemble général incluant des données pertinentes pour la politique et la possibilité de collecter un certain nombre de données pour des groupes cibles spécifiques, afin de compléter l'enregistrement général (p.ex. concernant les admissions forcées). Une harmonisation entre l'enregistrement régional de données chiffrées sur les admissions forcées et le RPM est indispensable, pour éviter aux services ou aux institutions un double enregistrement.

Par ailleurs, la recherche scientifique doit être développée et il faut accorder de l'attention à la validité, à la fiabilité et à l'utilité des données collectées pour le compte des autorités.

À l'avenir, il doit être possible de tenir à jour toutes les données relatives aux admissions forcées par voie électronique. Aussi le registre des admissions forcées aujourd'hui tenu manuellement doit-il être informatisé d'urgence.

## **2.10. Principes d'éthique**

Une zone de tension existe entre l'autonomie du patient, le droit à des soins de qualité et la sécurité du patient et de son entourage. Des procédures précises offrent des repères pour les situations difficiles, mais il faut laisser une marge pour la concertation et une réflexion éthique par les parties concernées.

---

<sup>6</sup> Notamment la distinction entre admission forcée de courte et de longue durée; l'harmonisation avec le système d'enregistrement propre à l'UTI; les demandes refusées; la qualité de l'admission forcée; l'utilisation impropre de l'admission forcée; le nombre de non-validations; le nombre d'admissions forcées par arrondissement judiciaire; la ventilation des données mineurs/majeurs lors du feed-back; une diversification accrue du lieu de séjour pour l'admission forcée de mineurs d'âge.

La réflexion éthique doit être étayée par de nombreuses dispositions. Quelques exemples:

- *La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* s'applique aussi aux personnes soumises à une mesure de contrainte. En conséquence, les acteurs concernés doivent respecter les droits du patient, sauf pour les exceptions prévues dans la loi. Ainsi, l'article 6 prévoit la possibilité de prévoir des exceptions légales à la liberté du patient en ce qui concerne le choix de l'institution.
- La loi relative aux droits du patient est claire, mais il faut un cadre précis en ce qui concerne l'utilisation d'un *traitement forcé*, qui corresponde au contexte spécifique d'une mesure de contrainte. Le groupe de travail préfère inclure les principes prévus dans le cas d'un traitement forcé dans l'application des mesures de contrainte. Nous demandons un cadre légal explicite, basé sur les principes déontologiques du Comité consultatif de bioéthique repris dans l'avis n° 21 du 10 mars 2003 concernant « le traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte »<sup>7</sup> et l'avis du 14 septembre 2013 du Conseil national de l'Ordre des Médecins sur le traitement sous la contrainte (aussi bien dans le cadre du traitement forcé que de l'internement). À cet égard, il faut être attentif aux différences entre d'une part, un trajet de soins sous conditions et, d'autre part, une admission forcée.
- Le groupe de travail préconise d'éviter les *mesures limitant la liberté*, également dans le cadre d'une mesure de contrainte. Dans certains cas, cela est cependant impossible, mais la prudence nécessaire est toujours de mise. Dans l'optique de considérations éthiques, des comités d'éthique doivent être impliqués.
- Vu le contexte spécifique des admissions forcées et les divers acteurs impliqués, une attention et une prudence particulières s'imposent en ce qui concerne le partage d'informations.
- Dans le cadre de la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, de la Convention des Nations Unies pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants et de la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme, la Belgique doit prendre des mesures législatives, administratives et autres ou soutenir/poursuivre l'élaboration de mesures existantes en fonction notamment du principe d'égalité, de la liberté de choix de l'institution et de la liberté et de la sécurité des personnes.

Spécifiquement pour les enfants et les adolescents, nous nous référons également à la Convention relative aux droits de l'enfant, basée sur la Déclaration universelle des droits de l'homme du 20/11/1989 et entrée en vigueur le 2 septembre 1990 après ratification par 20 États membres des Nations Unies.

---

<sup>7</sup> Les principes de l'avis du Comité Consultatif (2003) ne sont toutefois pas toujours en adéquation avec la loi relative aux droits du patient (2002).

## **2.11. Collaboration et concertation**

Le groupe de travail souligne les responsabilités d'un réseau, où la communication et la collaboration entre les différents partenaires concernés sont des éléments centraux.<sup>8</sup> La concertation peut avoir lieu au niveau individuel ou à un niveau structurel.

### **2.11.1. Concertation individuelle liée au cas**

Afin de garantir les soins de suivi et la poursuite du trajet de soins, il faut éviter de limiter les responsabilités à l'institution où a lieu la mise en observation ou le trajet préventif. Par exemple, l'aide en cours préalablement à l'admission forcée doit rester associée. Ou encore, pour les jeunes qui dépendaient déjà du tribunal de la jeunesse, l'implication du service social du tribunal est importante pendant l'admission forcée.

Il est nécessaire d'élaborer des trajets de soins d'une part, pour adultes et, d'autre part, pour mineurs d'âge, en tenant compte des caractéristiques du contexte spécifique de ces deux groupes d'âge. Il ne faut cependant pas intégrer cette approche dans un texte de loi: cela doit être une tâche pour le modèle de travail en réseau, le modèle de concertation, la collaboration et la communication.

Comme souligné ci-dessus, une concertation préalable avec le réseau lors du choix de l'institution qui se chargera d'exécuter la mesure de contrainte est importante, mais ne sera pas toujours possible en pratique.

### **2.11.2. Concertation à un niveau structurel**

Les réseaux doivent également développer une concertation structurée à un niveau plus large entre les magistrats, les prestataires d'aide, les avocats, la police,... Cela permettra de se concerter sur les expériences positives, les questions prioritaires ou les problématiques existantes.<sup>9</sup> Par ailleurs, cette concertation permettra de soutenir la conclusion d'accords ainsi que les connaissances du juge quant aux différentes possibilités qui existent au sein du réseau.

En ce qui concerne les mineurs d'âge, le rôle actuel des fonctions de coordination doit être adjoint aux réseaux en développement.

## **2.12. Avocats**

Le groupe de travail demande une exception au nouvel accord conclu au niveau du barreau flamand fin 2012-début 2013. Conformément à cet accord, l'assistance de l'avocat commis d'office ne peut se dérouler automatiquement par le biais du système du pro deo que pour la première audience. À partir de la deuxième audience, le patient doit présenter une preuve écrite de revenus pour pouvoir continuer à bénéficier d'un avocat pro-deo. À défaut, il devra en principe payer lui-même la facture. Ce sera également le cas lorsqu'il ne souhaite pas de conseil ou qu'il n'est pas d'accord ou n'est pas satisfait de l'assistance fournie. Il arrive que certains avocats

---

<sup>8</sup> Des réseaux peuvent être constitués sur la base des réseaux 107 ou des zones d'activité des cours d'appel ou des arrondissements judiciaires.

<sup>9</sup> Par exemple, selon les termes de la loi actuelle, la police doit intervenir en civil afin d'éviter les effets négatifs chez le patient, mais cette règle est rarement appliquée en pratique.

demandent déjà les informations relatives aux revenus du patient après la première audience, sans que l'on sache avec certitude s'il y aura une seconde audience. Cette nouvelle approche suscite la confusion. En effet, dans les arrêtés d'exécution de la loi relative à l'admission forcée, les frais du conseil commis d'office ne font pas partie des coûts à supporter par le patient. La question est de savoir comment cet accord s'articule avec la loi, qui est restée inchangée. Par ailleurs, cette approche suscite une inquiétude chez les patients et les institutions de soins de santé mentale. Enfin, on peut se demander si ce nouveau système respecte la vie privée du patient.

Pour le groupe de travail ce qui semble important, c'est que l'avocat et la personne de confiance du patient soient prévenus rapidement et pas 24h avant l'audience de ce dernier. Ceci afin qu'un véritable débat contradictoire puisse avoir lieu.

Le groupe de travail souhaite également élaborer une procédure spécifique entre l'Ordre des Avocats et l'Ordre des Médecins et créer un cadre pour la mission de l'avocat.

Enfin, il convient de désigner un avocat pour mineurs pour les patients de moins de 18 ans. Dans cette optique, on pourrait éventuellement établir des listes d'avocats qui s'engagent à accepter une désignation pour des admissions forcées chez des mineurs d'âge.

### **2.13. Coûts financiers**

Il y a trois formes de coûts financiers: les frais d'avocat, les frais liés aux soins et les frais de transport. Le groupe de travail propose que les coûts relatifs aux soins soient mis à charge de la Santé publique (intervention INAMI) et du patient (quote-part personnelle du patient ou ticket modérateur), et que les frais d'avocat et de transport soient mis à charge de la Justice.

### **2.14. Points de rencontre avec d'autres législations**

Le groupe de travail préconise une nette distinction entre la procédure légale relative à l'admission forcée et la procédure d'internement, ainsi que de manière plus générale l'imposition d'un traitement forcé. En cas d'éventuelles adaptations à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, il faut conserver la distinction entre les deux applications. Le cadre légal de l'internement a déjà été évalué et remplacé par la loi du 5 mai 2014. Cette nouvelle loi supprime les mesures initiales prévues dans la loi sur l'internement du 21 avril 2007 visant à imposer aux détenus présentant un risque en matière de sécurité et une problématique psychiatrique sévère, à la fin de leur peine, une admission forcée dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Par ailleurs, l'internement des condamnés est supprimé. Nous comprenons que l'objectif n'est pas d'interner chaque condamné présentant des problèmes psychiques ou psychiatriques; nous préconisons une évaluation prudente de la nécessité d'internement d'un condamné, d'une part et, d'autre part, du traitement psychiatrique du condamné (sans internement). Mais le contexte d'un établissement pénitentiaire offre-t-il les garanties suffisantes pour pouvoir réaliser le traitement? La suppression de la possibilité d'interner des condamnés augmente le risque qu'un condamné présentant des problèmes psychiatriques sévères soit systématiquement soumis à une admission forcée (si les conditions sont remplies), même si cela n'est pas mentionné explicitement dans la loi relative à l'internement.

Par ailleurs, la loi de 1990 présente des points de rencontre avec la loi de 2006 relative à la protection de la jeunesse. Pour une présentation détaillée, nous vous renvoyons au troisième volet des avis demandés au CNEH concernant les lois relatives aux soins de santé mentale (voir 1.).

### **3. Conclusion**

La Belgique définit un cadre légal pour une série de mesures de contrainte par le biais de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. La loi fonctionne mais en pratique, l'expérience montre clairement qu'il subsiste des lacunes, et que des adaptations de la loi sont nécessaires. Dans le présent avis, le groupe de travail expose sa vision de la loi sur la base de l'apport du secteur des soins de santé mentale, les modifications à y apporter et les recommandations de politique. Des accents spécifiques sont mis concernant le groupe cible des mineurs d'âge.

Le présent avis fournit un input pour la décision de la Conférence interministérielle Santé publique du 18 juin 2012 et la demande d'avis de la ministre Onkelinx du 30 octobre 2012 au Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) en vue d'analyser notamment la loi de 1990.

Le groupe de travail insiste sur un traitement volontaire et considère les mesures reprises dans cet avis comme une exception absolue. L'admission forcée doit continuer d'exister et être soutenue par un encadrement adapté et une programmation. En corollaire de la réforme des soins de santé mentale pour adultes ("article 107") dans le sens d'une socialisation accrue des soins et afin de soutenir la procédure classique, les soins en milieu de vie approprié doivent connaître une application plus large dans l'optique d'un trajet de soins sous conditions au domicile ou dans un milieu de remplacement du domicile. En outre, un trajet de soins alternatif est prévu pour diminuer le nombre d'admissions forcées.

Nous préconisons un soutien de plus grande qualité du rapport médical et des circonstances dans lesquelles ce rapport est élaboré. Nous accordons également une attention à la continuité des soins et à la coopération entre les acteurs concernés.

À la lumière des évaluations et des études qualitatives et quantitatives, de l'élaboration et de l'exécution de la politique, mais également dans une optique de transparence et de justification, nous recommandons un système global pour l'enregistrement des données nécessaires, combiné à un feed-back en temps opportun.

Étant donné la particularité du contexte, une zone de tension existe entre l'autonomie du patient, le droit à des soins de qualité et la sécurité du patient et de son entourage. Des procédures précises offrent des repères pour les situations difficiles, mais il faut laisser une marge pour la concertation et une réflexion éthique par les parties concernées.

Enfin, cet avis se clôture par un aperçu des différents points de rencontre avec d'autres législations, en particulier la loi relative à l'internement et la loi relative à la protection de la jeunesse.

Nous espérons que ces informations ont permis de clarifier l'avis du secteur des soins de santé mentale et nous demandons pour cela toute l'attention nécessaire dans le cadre de la politique future à mener et des prochaines négociations budgétaires.

#### **4. Bibliographie**

Service public fédéral Santé publique. Résumé psychiatrique minimum. Bruxelles, 2011.

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Conseil national de l'Ordre des Médecins. Avis sur le traitement forcé. 2013.

Conseil national des établissements hospitaliers. Avis relatif aux "admissions forcées". Bruxelles, 2002.

Conseil national des établissements hospitaliers. Avis concernant la mise en place d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Bruxelles, 2011.

Comité consultatif de Bioéthique. Avis relatif au « traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte ». 2003.

Conseil de l'Europe. Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Strasbourg, 1987.

Rotthier, K. Gedwongen opname van de geesteszieke. Brugge: Die Keure; 2012.

Schoevaerts, K, Bruffaerts, R, Vandenberghe J. Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot de gedwongen opnames in Vlaanderen 2007-2010. 2012.

Schoevaerts, K, Bruffaerts, R, Vandenberghe J. Gedwongen opname in Vlaanderen - Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent: Academia Press; 2014.

SZMUKLER, G., et al., Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities, International Journal of Law and Psychiatry, 2013.

Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. 2006.

Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (M.B. 27 juillet 1990).

Loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels (M.B. 17 juillet 1964).

Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes (M.B. 9 juillet 2014)

Zorginspectie (Vlaamse Gemeenschap). Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen. Brussel, 2012.

## **Annexe 1: experts concernés**

### ***Membres du groupe de travail ad hoc Psychiatrie médico-légale du CNEH***

CHAMBEAU Evelyne – Fédération des hôpitaux privés de Belgique  
CRAEYMEERSCH Mieke - Similes  
DE BOCK Paul – SPF Santé publique  
DE RYCKE Raf – président de Broeders van Liefde et président du groupe de travail ad hoc Psychiatrie médico-légale du CNEH  
DEMESMAECKER Marc – Fédération des Institutions Hospitalières  
HENRARD Denis– Fédération des Institutions Hospitalières  
HOYOUX Stéphane – Santhea  
Pr Dr LAMPO Annik – UZ Brussel  
LEFEBVRE Vincent – SPF Santé publique et secrétaire du groupe de travail ad hoc Psychiatrie médico-légale du CNEH  
MOENS Ann – Zorgnet Vlaanderen  
MOENS Isabel – Zorgnet Vlaanderen  
Pr Dr PEUSKENS Joseph – UPC KU Leuven

### ***Experts consultés***

#### **Experts déjà impliqués dans la loi sur l'internement**

- Koen Oosterlinck (Expert juridique Broeders van Liefde)
- Dr Benjamin Delaunoy (Psychiatre Les Marronniers)
- Ludewei Pauwelyn (Zorgnet Vlaanderen)

#### **Justice**

- Stefan Demeyer (Juge de Paix 1er canton St-Niklaas)
- Kristiaan Rotthier (Juge de Paix canton de Beveren – anciennement Zelzate)
- Mathilde Steenbergen (cellule stratégique du Ministre de la Justice)
- Anne-Marie Flo (cellule stratégique du Ministre de la Justice)

#### **Secteur SSM**

- Dr Joris Vandenberghe (Psychiatre – psychiatrie de liaison – UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg)
- Dr Katrien Schoevaerts (Doctorat en cours sur l'admission forcée)
- Edith Stillemans (Médecin-chef CHJ Titeca)
- Prof Herman Nys (Directeur du Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven)
- Jean-Michel Longneaux (expert francophone proposé pour les questions éthiques)
- Wim Wouters (Directeur CSM De Kempen)
- Dr Marc Eneman (Psychiatre Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Bierbeek)
- Mieke Craeymeersch ou Marianne De Boodt (Familieplatform)
- Shari Janseghers (Ups-and-downs)
- Dr Jos Bollen (Psychiatre Asster Sint-Truiden)
- Dr JL Feys - médecin chef Centre Psychiatrique St.-Bernard (Manage) et médecin chef de service MEO
- Dr S Mertens - Médecin chef adjoint Centre psychiatrique St. Martin (Dave) et médecin chef de service MEO
- Mme Dugauquier Coordinatrice trajets internes de soins pour internés libérés à l'essai CP St-Martin
- Dr Domken (médecin-chef ISOsL)

**FOR K (fonction de coordination)**

- Damien Bael
- Marianne Delord
- Joiret Etienne
- Samuel Lebrun
- Angélique Franssen
- Lies Vandemaele
- Annelies Hellemans
- Evi Marquet
- Annelore Pauwels

Geneviève Schamps (Présidente de la Commission fédérale « Droits du patient »)

Bruno Vanobbergen (Commissaire aux droits de l'enfant) ? (Ligue des droits de l'homme)

## Annexe 2:Modèle standard de rapport médical circonstancié

Coordonnées de l'hôpital	Logo
--------------------------	------

À Monsieur le Procureur du Roi  
Arrondissement de Bruxelles

### Rapport médical circonstancié

(à utiliser uniquement dans le cadre de l'application de la loi du 26 juin 1990)

Sur réquisition du Procureur du Roi, (nom du magistrat).....

Je soussigné, ..... docteur en médecine,  
attaché aux services des urgences de

.....,

déclare avoir examiné le ...../...../.....

° le/la ..... nommé(e)

.....

° né(e) à ..... le ...../...../.....

° domicilié(e) à

.....

° résidant à .....

et avoir constaté ce qui suit:

#### 1. Circonstances de l'examen mental

(Modalités d'arrivée et circonstances de l'examen, à la requête de, attitude du patient,...)

--

## 2. Apparence et état physique du patient

(État général, intoxication, aspect vestimentaire, hygiène,...)

TA : ..... Pouls : ..... T° : .....

## 3. Antécédents personnels

(Anamnèse somatique et psychiatrique)

## 4. Situation familiale

## 5. Maladie mentale

(Examen mental et hypothèse diagnostique)

## 6. Défaut d'alternative

(Soins proposés, tentatives récentes,...)

## 7. Refus de soins

## 8. Dangerosité

(Spécifiez en quoi le patient met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace pour la vie ou l'intégrité d'autrui)

## 9. Degré d'urgence

(Spécifiez)

**En conclusion**, compte tenu des informations précitées, **une mesure de protection**, conformément à la loi du 26 juin 1990,

