

Institutions hospitalières : accès et expulsion

Doc	a056001
Date de publication	18/01/1992
Origine	NR
Thèmes	Psychiatrie
	Hôpitaux

Le président du Conseil médical d'une institution psychiatrique pose trois questions à son Conseil provincial:

1. dans quelle mesure un établissement hospitalier (entendez, le plus souvent, le gestionnaire) peut-il refuser l'accès de son établissement à un patient;
2. dans quelle mesure un patient peut-il être expulsé d'un établissement hospitalier;
3. dans quelle mesure, "en cas de sortie d'un patient sous décharge signée par le patient", l'établissement et le médecin sont-ils dégagés de leurs responsabilités et obligations ?

Le Conseil provincial soumet ces questions au Conseil national et lui communique les conclusions d'une commission chargée d'étudier ce problème, conclusions qu'il approuve et voudrait publier.

Ayant pris connaissance des documents du Conseil provincial et d'une note de son service d'études, le Conseil examine le problème.

Il convient de faire la distinction entre les patients admis volontairement dans une institution de soins et ceux qui sont admis sous la contrainte.

Les questions posées au Conseil provincial n'ont rien à voir avec la loi sur la collocation; elles concernent l'acceptation ou le refus d'accès et de sortie d'un établissement hospitalier.

Le Conseil approuve le projet de réponse du Conseil provincial et propose d'y joindre, à titre documentaire, la note du service d'études.

Réponse du Conseil national:

Le Conseil national a fait étudier la question par son service d'études qui a rédigé la note dont copie ci-jointe.

Il approuve l'avis qui a été émis par votre Commission le 25 septembre 1991.

Voir rubrique "Avis des Conseils provinciaux", p. 40.

Note du service d'études:

(...)

La discussion des problèmes soumis au Conseil provincial par la Clinique psychiatrique nécessite que l'on fasse la **distinction** entre les patients admis volontairement et les patients admis sous la contrainte.

En ce qui concerne l'admission forcée dans un service psychiatrique, celle-ci relève depuis le 27 juillet 1991 de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (1) et de ses arrêtés d'exécution (2).

L'admission volontaire dans un service psychiatrique n'entre pas dans le champ d'application de cette législation.

1. Admission forcée dans un service psychiatrique (3)

La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux - aussi dénommée loi sur la personne des malades mentaux - prévoit deux types de mesures de protection: "le traitement en milieu hospitalier" et "les soins en milieu familial".

Le traitement en milieu hospitalier se déroule en deux phases: la mise en observation et le maintien de l'hospitalisation. Pour chacune de ces phases, la Loi sur la personne des malades mentaux contient des dispositions réglant le début, la durée et la fin de la mesure de protection.

a. Mise en observation

1. **Début:** lorsque le juge de paix fait droit à une demande de mise en observation ou lorsque, en cas d'urgence, le procureur du Roi décide de la mise en observation, ils désignent le service psychiatrique dans lequel le malade sera admis (4). Le malade ne choisit pas le service auquel il est adressé. De son côté, le service psychiatrique n'est pas libre de décider s'il admettra ou non le patient puisque le service est désigné par le juge de paix ou par le procureur du Roi. Le fait d'être désigné oblige l'institution à admettre le patient en observation (5). En outre, l'AR du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi sur la personne des malades mentaux dispose que "Le procureur du Roi requiert le directeur de l'établissement (6) de s'assurer de la personne du malade, de faire effectuer son transport ou son transfert et de procéder à son admission."

2. **Durée et fin de la période de mise en observation:** la mise en observation ne peut dépasser 40 jours (art.11 Loi sur la personne des malades mentaux). Elle peut toutefois prendre fin avant l'expiration de ce délai lorsqu'en décide ainsi:

- un jugement du juge de paix qui a décidé de la mise en observation. Dans ce cas, l'avis du médecin-chef de service doit toujours être demandé;
- une décision du procureur du Roi par laquelle il se désiste de sa demande (de mise en observation);
- une décision du médecin-chef de service qui constate dans un rapport motivé que l'état du malade ne justifie plus cette mesure.

A cet égard, le directeur de l'établissement ne décide de rien. Il doit seulement être averti de la décision du médecin-chef de service, et à son tour avertir le magistrat qui a pris la décision, le juge de paix saisi, le procureur du Roi ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation (art.12 Loi sur la personne des malades mentaux).

Lorsqu'un jugement du juge de paix met fin à la mesure de mise en observation, le procureur du Roi requiert le directeur de l'établissement d'en informer immédiatement le malade et de lui faire savoir qu'il peut quitter l'établissement (art.2, §2 AR portant exécution de la loi sur la personne des malades mentaux).

Ces jugements et décisions ne sont pas susceptibles de recours, à l'exception des jugements ayant déclaré la requête mal fondée.

3. **Modalités:** le malade est mis en observation dans le service psychiatrique désigné à cet effet. Ceci n'exclut pas, conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin de ce service (on entend ici la "responsabilité" au sens juridique du terme) (7) des sorties de durée limitée du malade, seul ou accompagné, ni un séjour à temps partiel, de jour ou de nuit, dans l'établissement (art.11, al.2 Loi sur la personne des malades mentaux). D'aucuns estiment que le médecin pourrait faire transférer le malade dans un autre service de l'établissement, et même, selon certains,

l'adresser temporairement à un autre établissement tandis que l'établissement initialement désigné en vue de la mise en observation demeurerait entièrement responsable. D'autres doutent cependant que l'article 11 de la loi sur la personne des malades mentaux ait cette portée (8).

b. Maintien de l'hospitalisation

1. **Nécessité du maintien:** au terme de la période d'observation, il peut être décidé du "maintien de l'hospitalisation". Cette mesure appartient au juge de paix qui a fait droit à la demande de mise en observation, lequel reçoit un rapport circonstancié du médecin-chef de service attestant la nécessité du maintien de l'hospitalisation (art.13 Loi sur la personne des malades mentaux).

Le directeur de l'établissement doit envoyer ce rapport dans le délai requis d'au moins 15 jours avant l'expiration de la mise en observation. Si ce rapport ne parvient pas à temps, l'hospitalisation ne peut plus être maintenue.

2. **Durée et fin du maintien:** le juge de paix fixe la durée du maintien (maximum 2 ans - art. 13, al.4 Loi sur la personne des malades mentaux). A l'expiration de la durée fixée par le juge de paix, le directeur de l'établissement laisse sortir le malade, sauf si le juge de paix décide que l'hospitalisation doit être maintenue pour une nouvelle période qui ne peut dépasser deux ans (art.14 Loi sur la personne des malades mentaux). Il peut être interjeté appel de ce jugement (art.30, §2 Loi sur la personne des malades mentaux).

Il peut aussi être mis fin à l'hospitalisation:

- lorsque le médecin-chef de service décide dans un rapport motivé qu'il n'est plus nécessaire de maintenir l'hospitalisation;
- lorsque le médecin-chef de service décide d'une post-cure en dehors de l'établissement (cf. sous 3. au sujet de la post-cure);
Le médecin-chef de service informe de sa décision le malade, le procureur du Roi et le directeur de l'établissement. La décision de mettre fin au maintien de l'hospitalisation est exécutée immédiatement, ce qui implique que le directeur de l'établissement laisse sortir le malade (art.19 et 14 Loi sur la personne des malades mentaux).
La personne qui a demandé la mise en observation peut former opposition à la décision du médecin-chef de service par requête adressée au juge de paix compétent. Il n'est nulle part précisé de manière expresse si cette opposition est suspensive ou non;
- si au terme d'une post-cure de un an, le médecin-chef de service décide qu'une réadmission n'est pas nécessaire.

3. **Modalités:** durant le maintien, le malade est surveillé et traité dans l'établissement qui a été désigné. Ceci n'exclut cependant pas que, conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service, (ici aussi on entend "responsabilité" dans le sens juridique du terme), des sorties de durée limitée du malade, seul ou accompagné, ni un séjour à temps partiel, de jour ou de nuit, dans l'établissement, ni qu'il exerce avec son consentement une activité professionnelle en dehors du service (art.15 Loi sur la personne des malades mentaux).

Le médecin-chef de service (et non le médecin traitant) peut, durant le maintien, décider à tout moment d'une post-cure en dehors de l'établissement (pour une durée maximum de un an). Cette décision doit être prise avec le consentement du malade (9).

Enfin le malade peut, durant le maintien de l'hospitalisation, être transféré dans un autre service psychiatrique en vue d'un traitement plus approprié. La décision est prise

par le médecin-chef de service, en accord avec le médecin-chef de l'autre service, soit d'initiative, soit à la demande de tout intéressé, y compris le malade (10), soit à la demande d'un médecin-inspecteur compétent des services psychiatriques. Le médecin-chef de service informe de ses décisions le malade, le juge de paix, le procureur du Roi et le directeur de l'établissement. A son tour, le directeur de l'établissement porte la décision du médecin-chef de service à la connaissance du représentant légal du malade, de son avocat, et le cas échéant, du médecin et de la personne de confiance choisie par le malade, ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation.

Le malade, son représentant légal, son avocat ou son médecin, ainsi que la personne qui a demandé la mise en observation, peuvent faire opposition (par requête adressée au juge de paix compétent) à la décision du médecin-chef de service ordonnant ou refusant le transfert. L'exécution de la décision de transfert est alors suspendue (art.18 Loi sur la personne des malades mentaux).

4. Révision de la mesure de maintien: le juge qui a décidé de maintenir l'hospitalisation peut, à tout moment, procéder à la révision de la mesure, soit d'office, soit à la demande du malade ou de tout intéressé. La demande doit être étayée par une déclaration d'un médecin. Lorsque la mesure de maintien est levée parce que soumise à révision, le malade doit être mis en liberté: ces jugements sont exécutoires par provision, nonobstant appel (art.22 et 30, §2 Loi sur la personne des malades mentaux).

c. Evasion d'un malade mental

Lorsqu'un malade mental, qui a fait l'objet d'une admission forcée dans un service psychiatrique de l'établissement, s'évade, le directeur de l'établissement fait les diligences nécessaires pour sa réintégration dans l'établissement. Il donne immédiatement avis de l'évasion et, s'il y a lieu, de la réintégration, à la personne qui a demandé la mise en observation, au procureur du Roi et au juge de paix (11).

2. Admission volontaire dans un service psychiatrique

Les mesures de mise en observation et de maintien de l'hospitalisation dans un service psychiatrique ne peuvent être prises "à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui" et ce uniquement à défaut de tout autre mesure ou moyen qui permettrait de traiter le malade mental suivant l'indication médicale de son état (art.2, al.1 Loi sur la personne des malades mentaux). En effet, le législateur considère que les mesures restrictives de liberté doivent demeurer l'exception, la liberté étant la règle (12).

Cette liberté implique que:

- une personne peut se faire volontairement admettre et traiter dans un service psychiatrique.

A cet égard, on peut se référer à l'art.71, §1, a. et c. de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (loi-AMI).

Suivant cet article, les bénéficiaires des prestations-AMI "s'adressent librement à tout établissement hospitalier, maison de repos et de soins ou service, agréés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, et à toute personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir". Ceci ne veut pas dire pour autant qu'un patient puisse exiger d'être admis et traité (sur-le-champ). Il n'existe pas, à strictement parler, de **droit général à un traitement** en ce sens où tout un chacun pourrait prétendre à un traitement médical en toutes circonstances. Il faut, en effet,

tenir compte des possibilités et moyens existants. Dans certains cas, le droit à un traitement se traduira par le droit d'être inscrit sur une liste d'attente (13) ou la possibilité d'être transféré dans un autre établissement.

Toutefois le droit à un traitement se crée lorsqu'un contrat est conclu avec un dispensateur de soins ou une institution de soins. Excepté dans des circonstances particulières, ce contrat ne peut être interrompu unilatéralement par le dispensateur de soins ou par l'institution de soins (14) (cf. Rapport CP, p.1). Suivant le Code de déontologie médicale (art.28), "Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. De même, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède". On retrouve la même disposition à l'article 8, §1 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales, et aux commissions médicales, suivant lequel un médecin ne peut, sciemment et sans motif légitime, interrompre un traitement en cours sans avoir pris au préalable toutes dispositions en vue de faire assurer la continuité des soins par un autre médecin. Par exemple, il y aurait lieu de tenir compte de cette prescription si l'on envisageait l'expulsion d'un patient psychiatrique ayant fait l'objet d'une admission volontaire.

En outre, il convient de noter que, suivant les normes générales d'agrément applicables à tous les hôpitaux et à tous les services hospitaliers, la **direction du traitement des malades** est strictement réservée aux médecins (15) (et donc non pas, par exemple, au gestionnaire). Par ailleurs, il appartient au médecin-chef d'élaborer une procédure d'admission et de renvoi des patients (16).

- une personne qui s'est volontairement fait admettre dans un service psychiatrique, ne peut être maintenue dans ce service contre son gré.

Telle est également l'idée sur laquelle repose l'article 3 de la loi sur la personne des malades mentaux: "la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment".

Cet article, que d'aucuns considèrent comme superflu parce que allant de soi (17), confirme à l'égard du patient psychiatrique qui s'est fait volontairement admettre, une possibilité d'autodétermination, la liberté de prendre une décision et de déterminer sa volonté (18). Il comporte une garantie vis-à-vis du patient qui s'est fait volontairement admettre: personne ne peut interdire de quitter l'institution à un patient qui s'est fait admettre de lui-même(19). Cette règle souffre toutefois une réserve, notamment lorsqu'il s'avère qu'une personne, au départ admise volontairement, se trouve dans un état nécessitant une mise en observation. Dans ces conditions la procédure à suivre est celle de l'admission forcée (cf. art.4 Loi sur la personne des malades mentaux) (20).

Notes

(1) Loi du 26 juin 1990, modifiée par la loi du 18 juillet 1991.

(2) 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.

(3) On entend par "service psychiatrique", le service-A (= service neuropsychiatrique d'observation et de traitement) d'un hôpital psychiatrique, le service-A d'un hôpital général fonctionnant dans le cadre de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, le service-T (= service neuropsychiatrique de traitement) (art.2 AR 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi sur la personne des malades mentaux).

(4) Art.8 §3 et 9, al.1 AR du 18 juillet 1991 portant exécution de la loi sur la personne des malades mentaux.

(5) NYS, H., Geneeskunde. recht en medisch handelen, in A.P.R., Brussel, E. Story-Scientia, 1991, p. 274, n° 619.

(6) On entend par "directeur de l'établissement", la personne chargée par le

gestionnaire, suivant l'art.8, 2° de la loi coordonnée sur les hôpitaux, de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital (Documents du Sénat, Sénat, 1988-89, n°7333/2, 58).

(7) Documents du Sénat, Sénat, 1988-89, n°733/2, 73 et Documents de la Chambre, Chambre, 1989-90, n°1098/4, 12-13.

(8) *ibid.*

(9) Lors de la discussion du projet de loi sur la personne des malades mentaux en Commission de la Justice, du Sénat, la question s'est posée de savoir s'il était judicieux de demander le consentement du malade. Il a été répondu que ce consentement est essentiel à la post-cure. Le refus de consentir indique que la post-cure ne peut pas encore avoir lieu en raison d'une amélioration insuffisante de l'état du patient. Le consentement est nécessaire, mais il n'est pas suffisant. La décision finale appartient au médecin-chef de service. (Documents du Sénat, 1988- 89, n°733/2, 86).

(10) Documents de la Chambre, 1989-90, n°1098/4, 13.

(11) Art.10 AR 18 juillet 1991 portant exécution de la loi sur la personne des malades mentaux.

(12) Documents du Sénat, 1988-89, n°733/2, 9.

(13) Voir à ce sujet: LEENEN HJJ, *Handboek Gezondheidsrecht*, 1, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Alphen aan den Rijn, Samson, 2ème éd., 1988, 24-25.

(14) LEENEN HJJ, *op. cit.*, 25.

(15) Annexe à l'Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, III. Normes d'organisation, 1° al.1.

(16) Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, art.6, 1°.

(17) Documents du Sénat, 1988-89, n°733/2, 17. Voir aussi: Documents de la Chambre, 1989-90, n°1098/4, 8.

(18) LEENEN HJJ, *op. cit.*, 250.

(19) Documents de la Chambre, 1989-90, n°1098/4,8.

(20) Documents du Sénat, 1988-89, n° 733/2, 18.