

La réforme de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux par la loi du 16 mai 2024 : premier tour d'horizon*

« Hélas ! Elle est douce, la vie, mais c'est à ceux qui ne la connaissent pas ».
Alfred DE MUSSET, *La confession d'un enfant du siècle*.

Introduction

1. La loi du 16 mai 2024 modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Bien que cette nouvelle loi ne constitue pas une refonte du régime de protection de la personne des malades mentaux, elle peut sans doute être qualifiée de petite révolution copernicienne en ce qu'elle tend par ses apports, pour certains substantiels, à en redessiner partiellement le paysage. Elle puise sa raison d'être dans la finalité, louable au demeurant, de dépoussiérer et d'actualiser un régime juridique qui ne permettait plus de répondre adéquatement à la réalité vécue par la catégorie de personnes vulnérables qu'il entendait protéger.

Si certains pans de la nouvelle loi doivent être salués, force est néanmoins de constater que, par ses pourtours flous et évanescents, celle-ci soulève de nombreuses interrogations et incertitudes sur le plan pratique et procédural dont le législateur n'a, semble-t-il, pas mesuré toute la portée...

2. Pourtant, la loi du 16 mai 2024 est le fruit d'une réflexion menée par un groupe de travail dédié, avec le concours d'acteurs de terrain, issus du monde judiciaire (juges de paix et avocats) et médical.

Si un procédé législatif réalisé en concertation avec les acteurs de terrain est toujours à encourager, en ce qu'il permet d'appréhender au mieux les problématiques concrètes à encadrer, voire remanier, celui qui s'est déroulé dans le cadre de la réforme que nous présentons suscite quelques réserves. Le projet de loi déposé à la chambre le 1^{er} décembre 2023 est présenté comme traduisant largement les recommandations issues du rapport final du groupe de travail daté du 3 novembre 2023. Or ce projet n'aura été soumis à concertation avec les acteurs de terrain qu'en février 2024. Ce procédé a entraîné le dépôt subséquent d'un nombre substantiel d'amendements – 38 au total. Le projet de loi présenté dans l'exposé des motifs comme étant issu de réflexions approfondies et abouties, actant certaines avancées présentées comme notables, s'est ainsi vu partiellement détricoté. En l'absence de consolidation de la loi à l'heure d'écrire ces lignes, le défrichage de la réforme intervenue s'est révélé particulièrement ardu.

Derrière cette chronologie se dessine en creux la volonté du législateur de parvenir à faire aboutir la réforme de la loi du 26 juin 1990 rapidement, voire précipitamment, avant le terme de la législature, sans doute par crainte que celle-ci ne tombe dans les limbes sous la nouvelle législature, et ce quitte à faire l'impasse sur certains aspects pourtant essentiels – comme nous ne manquerons pas de le relever tout au long de la présente contribution.

Toujours est-il que le modeste objectif de cette dernière est de permettre aux praticiens de disposer d'une première vue d'ensemble de la nouvelle loi du 26 juin 1990 telle que remodelée par celle du 16 mai 2024. Ce texte ne constitue pas une étude approfondie de la matière et tend à offrir non seulement une présentation générale du nouveau régime

* Pour faciliter la compréhension de la matière, consultez le schéma des auteurs Laura COHEN et Coline GILLARD via le lien suivant : bit.ly/SchémaCohen-Gillard.

de la protection de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, mais également une première réflexion sur les éventuelles difficultés auxquelles les praticiens seront susceptibles d'être confrontés. Sans nul doute la pratique contribuera-t-elle à faire émerger de nouvelles questions suscitées par la réforme.

3. Dans un premier temps, afin d'appréhender au mieux la philosophie et les apports du nouveau régime, nous mettrons en exergue les limites de l'ancienne mouture de la loi du 26 juin 1990 – ayant précisément justifié une refonte de cette dernière – ainsi que les lignes directrices dans lesquelles la loi du 16 mai 2024 trouve quant à elle son assise. Un tableau synoptique offrira par ailleurs un comparatif des modifications terminologiques entre l'ancien et le nouveau régime (chapitre I).

Nous entrerons ensuite dans le cœur de la matière par une analyse des trois conditions subordonnant le prononcé d'une mesure de protection (chapitre II).

Dans un troisième temps, sera examiné le panel de mesures de protection prévu par la nouvelle mouture de la loi du 26 juin 1990 au premier rang desquels l'ancienne mise en observation devenue mesure d'observation protectrice ainsi que le traitement volontaire sous conditions, fer de lance de la réforme (chapitre III).

Après avoir examiné les mesures de protection pouvant être prises au fond, le chapitre IV sera l'occasion de se concentrer sur l'aspect procédural, et plus précisément sur les deux types de procédures alternatives, à savoir la procédure ordinaire et la procédure d'urgence.

L'évolution de la mesure de protection dans le temps fera l'objet du chapitre V, dans le cadre duquel nous exposerons la durée, les modalités de prolongation et de révision, ainsi que la levée de la mesure.

Enfin, le dernier chapitre sera consacré aux dispositions transitoires de la loi du 16 mai 2024 (chapitre VI).

Chapitre I. La modernisation du régime de protection des malades mentaux par la loi du 16 mai 2024

Section 1. Les limites des lois du 26 juin 1990 et du 20 février 2017

4. La genèse et l'adoption de la loi du 16 mai 2024¹ répondent à un impératif de modernisation du régime de protection des malades mentaux.

La nécessité de réformer ce régime s'est posée avec acuité au regard des limites qu'avaient atteintes les deux lois façonnant le contenu dudit régime, à savoir celles du 26 juin 1990² et du 20 février 2017³.

5. Les évolutions scientifiques et médicales ont tout d'abord révélé les frontières de la première loi.

Les travaux préparatoires de la loi du 16 mai 2024 soulignent ainsi que les soins de santé mentale ont largement évolué depuis une trentaine d'années. Désormais, « l'accent n'est pas seulement mis sur les soins résidentiels, mais sur toutes les formes de traitement ambulatoire » et « concernant le soin des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique

1 Loi du 16 mai 2024 portant diverses modifications relatives à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 mai 2024, p. 65208 ; ci-après : « Loi du 16 mai 2024 ».

2 Loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique (anciennement relative à la protection de la personne des malades mentaux), *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14806 ; ci-après : « Loi du 26 juin 1990 ».

3 Loi du 20 février 2017 modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 22 mars 2017, p. 38627 ; ci-après : « Loi du 20 février 2017 ».

en situation de crise, des parcours de soins en santé mentale sont développés au sein des réseaux dans lesquels les soins ambulatoires jouent un rôle prépondérant »⁴.

Or, au risque de verser dans le tautologique, la loi du 26 juin 1990 étant antérieure à ces avancées, elle en faisait bien évidemment fi...

6. Ensuite, les difficultés pratiques posées par les modifications apportées par la loi du 20 février 2017 ont cristallisé la nécessité de redessiner le régime.

La loi du 20 février 2017, dans un souci de meilleure protection des malades mentaux, visait à renforcer l'information dont disposait le juge amené à statuer sur une demande de mise en observation. À cette fin, elle a étendu le nombre de personnes à entendre dans l'entourage du malade : « ainsi, un droit obligatoire, mais conditionnel ("si possible"), d'être entendu a été introduit vis-à-vis de l'entourage proche. Pour améliorer la communication, chaque décision (judiciaire) prise, de la mise en observation à la postcure, a été notifiée à [ce dernier] »⁵.

Cependant, les travaux préparatoires constatent que cette loi « qui permet d'impliquer plus étroitement l'entourage proche dans l'organisation et le suivi de l'admission forcée, [a] engendré un certain nombre de problèmes fondamentaux et d'ordre pratique sur le terrain »⁶, sans toutefois, et c'est regrettable, étayer davantage cette allégation.

7. Sur la base des constats susvisés, les ministres de la Justice et de la Santé publique ont mis sur pied, en 2017, un groupe de travail dont l'objectif était de proposer « un texte de loi visant à réformer la loi du 26 juin 1990 »⁷.

Le rapport final de ce groupe de travail a été rédigé le 3 novembre 2022 : il comporte diverses lignes directrices et recommandations qui constituent le terreau sur la base duquel les modifications législatives ont été élaborées. Nous proposons de les parcourir dans la section suivante afin de mieux appréhender la philosophie et l'esprit de la réforme.

Section 2. Les lignes directrices énoncées par le rapport final du groupe de travail et leur implémentation par la loi du 16 mai 2024

8. Le rapport final du groupe de travail, dont s'inspire largement le projet de loi, énonce cinq lignes directrices principales dont chacune constitue la source d'une ou plusieurs modifications érigées par la loi du 16 mai 2024.

9. La première de ces lignes directrices vise à éviter autant que possible le recours à la coercition en privilégiant les alternatives volontaires. Ainsi l'admission forcée doit-elle être évitée au maximum compte tenu du traumatisme qu'elle est susceptible de générer dans le chef de la personne concernée (et, le cas échéant, de son entourage).

Cette ligne directrice a principalement mené à l'introduction d'une nouvelle mesure de protection : le traitement volontaire sous conditions (voy. *infra*, chapitre III, section 2).

10. La deuxième ligne directrice vise à « clarifier la description de l'affection psychiatrique, tenant compte des dernières évolutions de la médecine, de la nouvelle vision des soins de

4 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

5 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

6 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 4.

7 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 5.

santé mentale ainsi que du respect des droits du patient conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées »⁸.

Cet objectif a mené le législateur à définir la notion de « trouble psychiatrique », de manière qu'il a voulue large et ouverte afin non seulement de minimiser le risque d'exclusion mais également de permettre à cette notion d'évoluer au fil des avancées scientifiques et médicales (voy. *infra*, chapitre II, section 1).

11. La troisième ligne directrice tend à diminuer le recours à la procédure d'urgence.

Cet objectif est traduit par l'instauration d'une période d'évaluation clinique de quarante-huit heures maximum, exclusivement dans le cadre de la procédure d'urgence, et donc à l'exclusion de la procédure ordinaire (voy. *infra*, chapitre IV, § 2). Cette nouvelle phase est conçue pour permettre la vérification critique des conditions d'application de la loi et de la procédure d'urgence, éviter une utilisation abusive de celles-ci et, le cas échéant, tenter de convaincre la personne atteinte d'un trouble psychiatrique de recourir aux soins volontairement. De cette manière, une réorientation est possible s'il s'avère que la procédure d'urgence ou une mesure de protection ne se justifie pas en l'espèce.

12. La quatrième ligne directrice vise à garantir la qualité du rapport médical circonstancié.

Cet objectif se traduit par l'adoption d'un modèle standard de certificat médical que le législateur délègue au Roi (voy. *infra*, chapitre IV, section 1, § 2).

13. La cinquième ligne directrice « recommande d'examiner attentivement la mesure dans laquelle la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et son environnement social sont impliqués dans l'ensemble de la procédure »⁹.

Cette recommandation a mené à une adaptation des dispositions insérées par la loi du 20 février 2017 afin, notamment, de ménager une meilleure prise en compte de la volonté de l'entourage proche.

14. *In fine*, la loi du 16 mai 2024 comporte diverses nouveautés qui témoignent d'une philosophie contemporaine d'inclusion, de déstigmatisation et d'un meilleur respect de la volonté individuelle : il s'agit désormais de favoriser la mise en place d'un régime de protection de la personne davantage « sur mesure », en prenant concrètement en compte les spécificités de chaque individu concerné pour tenter de lui offrir le régime correspondant au mieux à sa propre réalité et son vécu effectif.

Section 3. Modifications terminologiques : tableau synoptique

15. Avant d'aborder et de développer les modifications de fond apportées par la nouvelle loi, il convient de s'attarder concisément sur les adaptations de forme également amorcées par cette dernière.

Dans l'objectif de déstigmatisation et d'inclusion poursuivi par le législateur, la terminologie de base de la loi du 26 juin 1990 a été ajustée. Il n'en demeure pas moins que ces adaptations terminologiques – si elles doivent être saluées – semblent davantage relever du symbolisme et d'une volonté de mise en conformité de la loi aux aspirations contemporaines d'inclusion, sans autre influence significative.

8 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

9 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 7.

Afin de faciliter l'appréhension de la transition terminologique entre l'ancien et le nouveau régime, nous proposons au lecteur le tableau synoptique suivant¹⁰.

Loi du 26 juin 1990, ancienne mouture	Loi du 26 juin 1990, nouvelle mouture
Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux	Loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique
Admission forcée	Admission protectionnelle
Directeur de l'établissement auquel appartient le service psychiatrique désigné	Directeur de l'institution résidentielle
Malade / malade mental	Personne atteinte d'un trouble psychiatrique
Maladie mentale	Trouble psychiatrique
Maintien	Prolongation
Mise en observation / admission pour observation / placement en observation	Mesure d'observation protectrice ¹¹
Ordre des avocats / bureau de consultation et de défense	Bureau d'aide juridique
Postcure	
Service psychiatrique	Établissement ou institution résidentielle ¹²
	Traitement volontaire sous conditions

16. Ces adaptations terminologiques relevées, il convient désormais de présenter les modifications de fond apportées par la nouvelle loi en commençant par les trois conditions subordonnant le prononcé d'une mesure de protection sous l'empire de la loi du 26 juin 1990¹³.

Chapitre II. Les trois conditions présidant au prononcé d'une mesure de protection

17. La loi du 26 juin 1990 présente une portée exceptionnelle, dans la mesure où son objet est de restreindre la liberté individuelle en vue d'assurer, de manière contrainte, le diagnostic et le traitement de troubles psychiatriques¹⁴. L'objectif ainsi poursuivi par la loi

10 Pour la parfaite information du lecteur, la loi du 16 mai 2024 actualise également la terminologie utilisée en néerlandais, ce qui ne retiendra pas notre attention.

11 Les termes « admission pour observation » ou « placement en observation » ont été jugés inadéquats à l'aune de la réforme en ce qu'ils circonscrivaient la mesure à un aspect strictement résidentiel alors que la nouvelle loi prévoit justement des alternatives.

12 Cette adaptation terminologique vise à mettre l'accent sur l'élargissement des modalités d'hospitalisation au-delà des seuls hôpitaux psychiatriques pour y inclure notamment des centres plus adaptés à la pathologie de la personne concernée.

Le nouvel article 4/1 de la loi précise qu'il y a lieu d'entendre par « institution résidentielle », « une institution agréée à cet effet par les autorités compétentes en matière de politique de la santé en vertu des articles 128, 130 et 135 de la Constitution offrant des garanties de sécurité suffisantes pour la personne concernée et pour la société et permettant une observation, le cas échéant par l'intervention de services externes ».

13 Vu les modifications terminologiques intervenues, nous retiendrons l'expression « loi du 26 juin 1990, ancienne mouture » ou « loi du 26 juin 1990, nouvelle mouture », selon que l'on évoque des aspects antérieurs ou postérieurs à la réforme portée par la loi du 16 mai 2024. L'expression « loi du 26 juin » sera choisie pour évoquer des aspects non modifiés par la réforme ou pour envisager la loi en général.

14 Loi du 26 juin 1990, art. 1.

est limpide : la protection de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, malgré elle, lorsqu'elle refuse des soins jugés nécessaires¹⁵.

Une telle ambition implique intrinsèquement un caractère hautement attentatoire aux libertés des personnes. Afin de respecter les exigences de la Convention européenne des droits de l'homme¹⁶ (ci-après « CEDH »), qui consacre le droit à la liberté et à la sûreté, hormis dans certaines hypothèses limitativement énumérées, cette loi a été conçue comme un régime d'exception¹⁷.

18. Aussi, définir avec précision le champ d'application de cette loi est essentiel. En ce sens, le législateur de 1990 a établi trois conditions dont le strict respect est requis pour que la loi soit susceptible de s'appliquer et qu'une mesure de protection puisse être prononcée consécutivement.

Sans drastiquement modifier ce champ d'application, le législateur de 2024 propose certaines évolutions, dans une volonté d'adaptation aux enjeux supranationaux et nationaux du droit des personnes contemporain. Nous passerons dès lors en revue ces trois conditions en tenant compte des ajustements réalisés, s'agissant de la porte d'entrée dans le régime présenté.

19. Avant d'entamer l'examen des conditions présidant au prononcé d'une mesure de protection énoncées par l'article 2 de la loi, l'on ne peut faire l'économie d'une précision relative à son champ d'application personnel. La loi du 26 juin 1990 s'applique en effet tant à la personne majeure qu'à la personne mineure. La différence fondamentale entre ces deux catégories tient à l'autorité judiciaire compétente pour ordonner la mesure de protection : le juge de paix pour la première ; le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse pour la seconde¹⁸.

La présente contribution ayant vocation à offrir une présentation générale de la modification de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux, elle ne comprendra pas de subdivision propre au mineur, mais veillera à préciser les particularités spécifiques à cette catégorie de personnes lorsqu'il échet.

Section 1. La personne atteinte d'un trouble psychiatrique

20. La première condition instaurée par le législateur a trait aux personnes susceptibles de se voir imposer une mesure de protection. La loi de 1990 retenait l'expression de « malades mentaux » pour les désigner, terminologie revue en 2024 vu son caractère stigmatisant¹⁹ ; l'expression « personne atteinte d'un trouble psychiatrique » est désormais consacrée²⁰.

15 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Sén.*, 1968-1969, n° 253, pp. 6-7. Si l'objectif premier défendu est la protection de la personne, il n'en demeure pas moins que la protection de la société et de l'entourage de la personne « malade mentale » est également recherchée.

16 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales adoptée à Rome le 4 novembre 1950 (ci-après « CEDH »).

17 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Sén.*, 1968-1969, n° 253, p. 6.

18 Loi du 26 juin 1990, art. 1, § 2. Si la distinction entre tribunal de la jeunesse et juge de la jeunesse apparaît surprenante, il s'observe qu'elle résulte de la loi. Par ailleurs, en dépit de cette compétence du tribunal de la jeunesse et du juge de la jeunesse pour la personne du mineur, les travaux préparatoires de la loi du 16 mai 2024 font quasi exclusivement référence au juge de paix. Dans les extraits cités dans la présente contribution, il faut donc comprendre l'expression « juge de paix » comme visant le juge compétent.

19 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *Commentaire des articles, Doc., Ch.*, 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 10-11.

20 Loi du 16 mai 2024, art. 2-4.

21. Outre cette modernisation terminologique, le législateur de 2024 s'attache à mieux circonscrire la notion de « trouble psychiatrique ».

22. Pour bien comprendre cet objectif, un bref état de la question sous l'empire de la loi du 26 juin 1990, ancienne mouture, s'impose.

En effet, une certaine confusion régnait précédemment dans la mesure où le législateur de 1990 n'avait pas défini ce qu'il y avait lieu d'entendre par « malade mental » ou même par « maladie mentale ». La seule mention figurant dans la loi à ce sujet faisait état de ce que « l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être *en soi* considérée comme une maladie mentale »²¹.

En l'absence de définition d'un élément déterminant du champ d'application de la loi du 26 juin 1990, les juges ont dû faire œuvre utile, parfois avec difficulté ou inconfort²² concernant certaines situations floues. On pense notamment aux questions d'assuétude – alcoolisme et toxicomanie spécialement – qui ont retenu beaucoup d'attention, aux processus dégénératifs pouvant affecter les personnes âgées ou encore à la question des auteurs de tentative de suicide. Bien que les décisions en matière de protection des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique (anciennement malades mentaux) soient peu publiées, une jurisprudence dissonante peut être observée sur ces thématiques²³.

Au sujet des personnes atteintes d'assuétude spécifiquement, la Cour constitutionnelle a affirmé dans un arrêt remarqué du 12 janvier 2023 qu'elles n'étaient pas exclues par principe du champ d'application de la loi et qu'il appartient au juge compétent d'apprécier *in concreto* si elles peuvent être considérées comme « malades mentales » au sens de celle-ci²⁴. Cet arrêt confirme dès lors la marge d'appréciation dont disposent les juges compétents pour déterminer si une situation entre, du point de vue personnel, dans le champ d'application de la loi du 26 juin 1990.

Si une certaine souplesse est impérative dans le souci que ce cadre légal puisse offrir un degré d'adaptabilité suffisant pour s'appliquer à la diversité et à l'évolution des situations médicales pouvant être rencontrées, elle a également pour effet de faire la part belle à l'appréciation des juges, ce qui engendre une réduction de la prévisibilité de la loi et in-

21 Loi du 26 juin 1990, art. 2, al. 2. Pour bien comprendre la portée de cette phrase, il faut tenir compte des travaux préparatoires, lesquels précisent que « la constatation d'une telle inadaptation par le médecin ne constitue pas en soi un diagnostic médical. [...] Toutefois, étant donné qu'il peut exister en psychiatrie certaines tendances qui considèrent un comportement inadapté comme étant le symptôme d'une maladie mentale, il est bon que le deuxième alinéa exclue une telle possibilité afin d'éviter des diagnostics un peu trop faciles qui seraient fondés sur une telle inadaptation. Il peut malgré tout arriver que l'inadaptation soit considérée comme le signe d'une maladie mentale, mais uniquement lorsqu'elle est associée à de nombreux autres symptômes. En l'absence de ceux-ci, elle ne pourra jamais être la cause d'une privation de liberté au sens de la loi. Il faut au moins – et nécessairement – qu'il y ait un lien entre l'inadaptation et la maladie mentale » (Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 16).

22 L. DÉSIR et B. GILLAIN, « Champ d'application : réflexions croisées sur la maladie mentale en général, sur celle visée par la loi de 1990 en particulier et sur la dangerosité », in G. GUY (dir.), *La protection de la personne des malades mentaux*, Bruges, la Charte, 2011, pp. 69 et s.

23 Voy. en ce sens G. DE LEVAL, « Jurisprudence relative à la protection de la personne des malades mentaux (loi du 26 juin 1990) », *J.L.M.B.*, 1992, pp. 1485 et s. L'on y observe des tendances jurisprudentielles contraires notamment quant à savoir si l'alcoolisme et la toxicomanie sont susceptibles d'entrer dans le champ d'application de la loi. Voy. également : Civ. Namur, 16 septembre 1985, *J.L.M.B.*, 1985, p. 642, note J.-M. DERMAGNE ; Civ. Bruxelles, 25 novembre 1992, R.G. 8237, inédit ; J.P. Jumet, 9 mai 2000, *Rev. gén. dr.*, 2000, p. 334.

24 C. const., 12 janvier 2023, n° 6/2023, *N.J.W.*, 2023, liv. 477, p. 171, note A. VANDERHAEGHEN ; *J.J.P.*, 2023, liv. 5-6, p. 220.

terpelle du point de vue de la sécurité juridique. Et ce d'autant qu'il s'agit d'une législation d'exception, par principe de stricte interprétation.

C'est dans ce contexte qu'a émergé – et s'est renforcé – le besoin de clarification de la notion de trouble psychiatrique, s'agissant d'une problématique récurrente²⁵.

23. L'examen de cette condition ne peut se faire sans avoir égard à la volonté du législateur de 2024 de se conformer à la définition du trouble psychiatrique en droit international et européen.

D'une part, la Convention de l'Organisation des Nations Unies relative au droit des personnes handicapées (ci-après « CNUDPH ») du 13 décembre 2006, entrée en vigueur en Belgique le 1^{er} août 2009, retient une conception très large et évolutive du handicap, laquelle englobe la maladie mentale ou les troubles psychiatriques²⁶.

En outre, cet instrument onusien engage les États parties à reconnaître et consacrer certaines garanties aux personnes handicapées, au rang desquelles l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société, le droit au travail, les droits en matière de santé²⁷, etc.

D'autre part, la CEDH consacre le droit de toute personne à la liberté et à la sûreté, tout en assortissant celui-ci d'exceptions de stricte interprétation²⁸. Interprétant cette disposition, la Cour européenne des droits de l'homme a contribué à façonner le paysage de la protection des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique au sein d'une abondante jurisprudence²⁹.

Ni la Convention ni la Cour ne définissent la notion d'aliénation – concept retenu dans la CEDH pour viser le trouble psychiatrique – au motif qu'elle se prête à une interprétation évolutive tenant compte de l'évolution de la psychiatrie. La Cour développe néanmoins trois conditions dont elle examine systématiquement le respect pour vérifier si la privation de liberté pour cause d'aliénation est conforme à la CEDH :

- l'aliénation doit avoir été établie de manière probante, c'est-à-dire que l'existence d'un trouble mental réel doit avoir été démontrée devant l'autorité compétente au moyen d'une expertise médicale objective ;
- le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant la privation de liberté ;

25 Voy. notamment N. DANDOY, « Loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux : qu'est-ce qu'un malade mental ? », note sous J.P. Namur (2^e ch.), 22 octobre 2020, *J.J.P.*, 2021, liv. 5-6, p. 283. Voy. aussi J.P. Liège (3^e ch.), 6 mars 2018, *J.J.P.*, 2018, liv. 9-10, p. 555.

26 « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (CNUDPH, art. 1, al. 2).

27 Voy. spéc. CNUDPH, art. 25.

28 « Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : [...] s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond » (CEDH, art. 5, § 1, e).

29 Elle souligne d'ailleurs que « les personnes souffrant d'une maladie mentale constituent un groupe particulièrement vulnérable et que, par conséquent, toute ingérence dans leurs droits doit faire l'objet d'un examen minutieux et que seules des "raisons très sérieuses" peuvent justifier une restriction de leurs droits », Cour eur. D.H., 26 juin 2018, arrêt *D.R. v. Lithuania*, § 88, disponible sur <https://www.echr.coe.int>.

- la privation de liberté ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble^{30 31}.

Les travaux préparatoires se revendiquent, bien que laconiquement, de cette double inspiration supranationale. Ainsi, il y est tout d'abord fait brièvement référence à la Convention onusienne précitée au motif que c'est à la lumière des « droits du patient » qu'elle énonce qu'est apparue la nécessité de clarifier la définition du trouble psychiatrique³². Il est ensuite indiqué que la définition ouverte du trouble psychiatrique érigée par la loi du 16 mai 2024 s'inscrit « dans le droit fil de la jurisprudence [précitée] de la Cour européenne des droits de l'homme »³³.

24. Fort de la constatation des écueils de la loi antérieure et de l'influence supranationale, le législateur de 2024 propose une définition combinant description positive et négative du trouble psychiatrique – la seconde étant reprise du régime antérieur, quoique déplacée dans une nouvelle disposition.

D'une part, un trouble psychiatrique est « un trouble défini comme tel en fonction de l'état actuel de la science et susceptible d'altérer gravement la perception de la réalité, la capacité de discernement, les processus de pensée, l'humeur ou le contrôle de ses actes »³⁴ ; d'autre part, « l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres n'est pas³⁵ considérée comme un trouble psychiatrique »³⁶.

Ce faisant, le législateur considère qu'il clarifie le champ d'application, évitant que certains troubles – comme les troubles de la personnalité – y échappent, tandis que d'autres y

30 Voy. entre de nombreux autres Cour eur. D.H., 24 octobre 1979, arrêt *Winterwerp v. the Netherlands*, § 37 ; Cour eur. D.H., 28 octobre 2003, arrêt *Rakevich v. Russia*, § 26 ; Cour eur. D.H., 28 novembre 2013, arrêt *Glien v. Germany*, §§ 71-75 ; Cour eur. D.H., 2 juin 2016, arrêt *Petschulis v. Germany*, § 59 ; Cour eur. D.H., 11 décembre 2018, arrêt *Shulepova v. Russia*, §§ 40-41, disponibles sur <https://www.echr.coe.int>.

31 Ces critères témoignent de l'étroitesse du lien qui unit médecine et droit en cette matière : la privation de liberté pour trouble psychiatrique (ou aliénation) requiert l'établissement d'un rapport médical objectif, c'est-à-dire récent, réalisé par un médecin, lequel doit, hormis l'urgence, être antérieur à la privation de liberté. Il s'agit d'une condition nécessaire mais non suffisante. En effet, la Cour considère que le juge chargé de la privation de liberté ne peut déplacer sur le médecin la charge de la décision. Elle rappelle en ce sens que « tout en respectant l'expertise professionnelle des psychiatres, les vastes pouvoirs conférés aux professionnels de la santé doivent être contrebalancés par des procédures visant à empêcher les hospitalisations involontaires sans discernement » (traduction libre). Voy. notamment Cour eur. D.H., 26 juin 2018, arrêt *D.R. v. Lithuania*, §§ 95-97 disponible sur <https://www.echr.coe.int>. En d'autres termes, s'agissant d'une garantie contre l'arbitraire, il appartient aux juges nationaux de vérifier de manière critique s'ils disposent d'éléments suffisants, notamment sur le plan médical, pour décider d'une privation de liberté. En ce sens, voy. L. Désir et B. Gillain, *op. cit.*, p. 67 : « Ainsi le magistrat se retrouve-t-il brutalement plongé dans une situation très souvent bouleversante et sans avoir le temps de peser longuement le pour et le contre. Il est évident qu'il peut difficilement échapper à la tentation de ne prendre quasi jamais le risque de se départir de l'avis que lui donnera le médecin-psychiatre qui comparaitra à l'audience (bien que lui-même ne soit pas toujours parfaitement éclairé et n'a parfois pas vu le patient, vu les délais extrêmement courts prévus par la loi). Il est clairement palpable que dans un certain nombre de situations, un juge qui se pose trop de questions apparaît "dérangeant" aux yeux des médecins dont il recueille l'avis et dont il s'éloigne parfois ».

32 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaire des articles, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 6.

33 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaire des articles, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 13.

34 Loi du 26 juin 1990, art. 1/1, al. 1.

35 On soulignera la disparition de l'expression sibylline *en soi* qui faisait partie intégrante de cette définition sous l'empire de la loi du 26 juin 1990, ancienne mouture (art. 2, al. 2 ancien).

36 Loi du 26 juin 1990, art. 1/1, al. 2.

soient inclus, « par exemple, la démence, une lésion cérébrale acquise consécutivement à un accident de roulage, etc. »³⁷.

Faisant également écho à l'enseignement de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 12 janvier 2023 (voy. *supra*, point 22), les travaux préparatoires enseignent que « l'introduction dans la loi d'une définition de "trouble psychiatrique" n'exclut pas la problématique de l'addiction en tant que telle. [...] la loi s'applique également dans ce cas si les autres conditions d'application sont remplies »³⁸.

Ces précisions ne manquent pas de surprendre. Comment justifier que le trouble psychiatrique puisse s'appliquer en cas de problématique d'addiction alors qu'il ne peut l'être en cas de démence ou de lésion cérébrale acquise conséquemment à un accident ? En effet, si l'on s'en tient à la définition, tous sont susceptibles d'altérer gravement la perception de la réalité, la capacité de discernement, les processus de pensée, l'humeur ou encore le contrôle de ses actes.

La réponse est-elle à chercher dans la première partie de la définition, selon laquelle le trouble psychiatrique est celui défini comme tel en fonction de l'état actuel de la science ? Tandis que le ministre l'affirmait au cours des débats parlementaires³⁹, notre qualité de juriste nous permet difficilement de le confirmer⁴⁰. Une telle situation apparaît fort regrettable, notamment au regard de l'enseignement de la Cour européenne des droits de l'homme selon lequel la protection des personnes contre l'arbitraire requiert que le juge soit en mesure de porter un regard critique sur la procédure, y compris en ses aspects médicaux⁴¹.

Cette critique se révèle d'autant plus vivace dans un contexte où l'Union royale des juges de paix et juges de police, lors de l'audition, relevait déjà que « la définition était trop large et trop vague »⁴².

37 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaire des articles, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 12.

38 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaire des articles, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 13.

39 Il indiquait – sans que l'on dispose des compétences pour le contredire – que « la démence n'est pas un trouble psychiatrique. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'entrent pas dans le champ d'application du projet de loi à l'examen ». Voy. Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 15. Pourtant, une autrice commentait déjà avant la modification intervenue : « Les limites ne sont cependant pas aussi étanches et d'aucuns considèrent, se conformant à l'interprétation large suggérée par la lecture des travaux préparatoires, que la démence peut être assimilée à une maladie mentale lorsqu'elle entraîne des troubles fonctionnels psychopathologiques de la faculté de penser, de la mémoire, de la perception de la réalité... » (F. REUSENS, « La protection de la personne des malades mentaux », in Ch. DE VALKENEEER et I. DE LA SERNA (dir.), *À la découverte de la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 413).

40 Rappelons que le législateur délègue au monde scientifique, dès les premiers mots de sa définition du trouble psychiatrique, la compétence de déterminer ce qui constitue ou non un tel trouble. Partant, l'on s'étonne qu'il se soit attelé à donner des indications quant à cet aspect, à tout le moins sans motiver celles-ci au regard de l'état actuel de la science. En conséquence, il semblerait que la démence et la lésion cérébrale consécutive à un accident soient exclues du champ d'application de la loi, sauf si l'inverse résulte de l'état de la science au moment où le juge est amené à se prononcer.

41 Voy. notamment Cour eur. D.H., arrêt *D.R. v. Lithuania* du 26 juin 2018, §§ 95-97 disponible sur <https://www.echr.coe.int>. Voy. les développements à la note n° 31.

42 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 14. Voy. spéc., p. 29 : « l'exposé des motifs définit très largement la notion de trouble psychiatrique, et que

En tout état de cause, dès lors que le législateur s'astreint à donner des indications destinées à préciser sa définition, mais que ces indications ne sont elles-mêmes pas compatibles avec ladite définition, il faut constater que l'objectif de clarification qui était poursuivi semble manqué.

25. Il s'observe, en conclusion, que la modification légale intervenue n'améliore aucune-ment la sécurité juridique en termes de prévisibilité des situations couvertes par la loi. Et ce alors même que cette dernière met en œuvre un régime d'exception ; le législateur l'aurait-il oublié ?

Section 2. Le danger pour la personne elle-même (péril grave pour sa santé et sa sécurité) ou pour autrui (menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui)

26. La deuxième condition fixant le champ d'application de la loi ne comprend pas de modification, ou simplement d'ordre cosmétique au vu de l'adaptation terminologique intervenue. Pour concilier souci de concision et de complétude, nous ne nous y attardons donc que brièvement.

27. Cette condition ajoute une précision quant à la sévérité de l'affection de la personne. Ainsi, une mesure de protection ne peut être prise à l'égard d'une personne atteinte d'un trouble psychiatrique que si son état le requiert, ce qui peut advenir dans deux hypothèses : soit la personne met gravement en péril sa propre santé et sa propre sécurité ; soit elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

Bien que les notions qui composent cette deuxième condition soient tout aussi floues que celles qui composent la première, elles ont retenu moins d'attention.

Pour appréhender la notion de danger se révèlent éclairants les écrits du Professeur Philippe Boxho, selon lesquels sont considérés comme dangereux « ceux qui font preuve d'une perte de contrôle totale ou partielle de la personnalité » et « ceux qui utilisent leur contrôle à des fins criminelles »⁴³.

Un jugement du tribunal de première instance de Verviers confirme la première acception, considérant que présente un danger grave pour lui-même et pour autrui celui qui n'est plus à même de se rendre compte de la portée de ses actes, même les plus élémentaires⁴⁴.

Il faut toutefois se garder de généraliser : une personne qui perd partiellement ou totalement le contrôle de ses actes ou de sa personnalité n'en est pas pour autant nécessairement dangereuse. Encore une fois, c'est au magistrat qu'il revient de procéder à une fine analyse de la situation *in concreto* pour vérifier si danger il y a.

Sur la notion de danger, une décision intéressante du juge de paix de Marchienne-au-Pont offre l'occasion de rappeler le piège que représente l'assimilation de cette notion avec celle de détresse matérielle – quoique l'une puisse influencer l'autre⁴⁵.

l'objectif est que le dispositif puisse également s'appliquer aux personnes atteintes de démence ou de troubles de la personnalité. Or, ces personnes n'ont absolument pas leur place dans les établissements psychiatriques fermés. Cette définition large, qui n'assortit pas l'admission d'une quatrième condition – la possibilité de traitement – aura pour conséquence que les établissements fermés deviendront des lieux de placement ».

43 P. BOXHO, *op. cit.*, p. 20. Pour une analyse approfondie de la deuxième condition d'application, nous renvoyons à cette contribution, spécialement aux pages 19 à 24.

44 Civ. Verviers, 6 mars 1992, R.G. 195/92, cité par G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 1484.

45 « Lorsque l'intéressé est atteint d'une maladie mentale qui nécessite la prise de médicaments et un suivi médical et qu'il est acquis que l'interruption de la médication pendant plusieurs mois a joué un rôle défavorable dans l'évolution de cet état, cette situation est insuffisante pour justifier une mise en observation alors que la dangerosité de la personne n'est pas actuellement établie tant vis-à-vis d'elle-même que vis-à-vis d'autrui. Lorsque le plus grand

La notion de danger étant quelque peu précisée, il convient de revenir aux exigences de la loi, laquelle requiert en outre une certaine caractérisation dudit danger : celui-ci doit être grave – atteignant donc un seuil d'intensité suffisant.

28. Il y a tout de même une nuance à considérer sur la portée de ce grave danger selon qu'il menace la personne elle-même ou autrui :

- Lorsque le péril grave guette la personne atteinte de trouble psychiatrique elle-même, il doit porter sur sa santé et sa sécurité. Les travaux préparatoires nous apprennent que certains envisageaient bel et bien d'en faire deux critères cumulatifs afin de restreindre la portée de la condition, le critère de la sauvegarde de la santé étant trop vague et trop large au regard de l'objet de la loi, qui est de restreindre la liberté individuelle⁴⁶. La formulation de la loi tend, en tout état de cause, à le confirmer.
- Lorsque le danger grave menace autrui, il doit porter sur la vie ou l'intégrité de cet autre. D'aucuns pourraient considérer que le caractère alternatif de l'objet de la menace dans cette hypothèse indique un champ d'application plus large du critère dans celle-ci que lorsque le péril guette la personne elle-même. Il n'en est rien. Si aucune définition de ces critères n'a été donnée lors des débats parlementaires, il ressort de ces derniers que le terme « sécurité » a été délibérément omis, en raison de la trop large appréciation qu'il recevrait. Plusieurs membres de la commission ont en effet estimé que lorsque la menace vise une personne extérieure au malade, elle doit recevoir une interprétation stricte. Certains ont par ailleurs précisé que « l'autre » sur qui pèse la menace doit être déterminé, sans nécessairement être identifiable – excluant ainsi à tout le moins le danger contre la sûreté de l'État. Le danger peut en outre être d'ordre physique ou psychique. Il peut également ne pas être suivi d'acte⁴⁷.

La dualité de cette condition reflète le double objectif de protection porté par la loi : la protection de la personne elle-même d'une part, celle de la société d'autre part.

29. *In fine*, c'est donc au juge d'apprécier si cette condition est réunie ou non au moment où il statue, en tenant compte des éléments susceptibles d'influencer le comportement de la personne atteinte du trouble psychiatrique⁴⁸.

Section 3. L'absence de tout autre traitement approprié

30. La troisième et dernière condition définissant le périmètre d'application de la loi du 26 juin 1990 n'a pas non plus fait l'objet de modification par le législateur de 2024, quoiqu'un tempérament soit à souligner. Toujours par souci de concilier concision et complétude, un bref examen de cette ultime condition s'ensuit.

31. Celle-ci consacre le caractère résiduaire de la mesure de protection ayant pour effet la privation de liberté⁴⁹. Lue au travers du prisme de la jurisprudence de la Cour euro-

péril encouru par la personne résulte du peu de ressources et du manque de soutien familial, ce qui présente pour elle un risque de clochardisation, on se trouve en présence d'un problème d'ordre social qui doit être réglé par les organismes habilités à cette fin » (J.P. Marchienne-au-Pont, 30 octobre 1992, *J.L.M.B.*, 92/1492, cité par G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 1488).

46. Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 14.

47. Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, pp. 14-15.

48. Voy. en ce sens J.P. Marchienne-au-Pont, 27 avril 1992, *J.L.M.B.*, 92/1521, cité par G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 1486.

49. Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 11.

péenne des droits de l'homme, cette condition requiert que la mesure de protection soit *nécessaire*, c'est-à-dire que des mesures alternatives aient été recherchées et se soient révélées insuffisantes à garantir la protection de la personne ou des intérêts publics qu'elle met en danger⁵⁰.

32. Les travaux préparatoires révèlent qu'un traitement approprié est un traitement raisonnablement applicable⁵¹. En d'autres termes, la troisième condition est rencontrée en l'absence de tout traitement *raisonnablement applicable* au moment où la mise en œuvre d'une mesure de protection est considérée.

Ce qu'il convient d'entendre par là reste quelque peu obscur. À notre sens, cette condition emporte un triple niveau de lecture, portant sur le plan qualitatif (la mesure de protection est-elle appropriée ? Existe-t-il un autre traitement aussi satisfaisant ?) et sur le plan du consentement (la personne atteinte d'un trouble psychiatrique accepte-t-elle de se soumettre volontairement à ce traitement ?).

33. Le premier niveau de lecture suppose tout d'abord de s'interroger sur les traitements que l'on peut qualifier d'appropriés.

Le législateur ne limite pas les traitements appropriés aux seuls traitements généralement admis ou n'impliquant pas de risques sérieux pour le patient, pas plus qu'il n'interdit l'expérimentation ou les essais cliniques sur les malades placés contre leur volonté⁵².

La limite est plutôt tracée selon un critère fonctionnel : « les mesures de protection prévues dans le projet ne peuvent être prises que si elles sont utiles au malade au moment où elles sont envisagées »⁵³.

Il faut alors se questionner sur le caractère approprié de la mesure de protection : en effet, bien que cela paraisse évident, l'exigence d'absence de tout *autre* traitement approprié implique que la mesure avec privation de liberté présente en soi un caractère approprié.

À cet égard, tant la jurisprudence interne que celle de la Cour européenne des droits de l'homme subordonnent la privation de liberté à la poursuite d'un objectif thérapeutique.

Cette exigence se traduit par la limitation dans le temps de la mesure à ce qui est nécessaire au regard du trouble psychiatrique ainsi que par l'adéquation du lieu où la mesure prend place : elle doit impliquer un environnement thérapeutique approprié, c'est-à-dire se dérouler dans un hôpital ou un autre établissement approprié⁵⁴. La régularité de la mesure – et de la privation de liberté – en dépend.

34. Le deuxième niveau de lecture consiste à vérifier qu'il n'existe aucune alternative satisfaisante à la mesure de protection, c'est-à-dire offrant des garanties équivalentes.

50 Voy. entre de nombreux autres : Cour eur. D.H., 5 octobre 2000, arrêt *Varbanov c. Bulgarie* ; Cour eur. D.H., 27 novembre 2007, arrêt *David c. Moldova* ; Cour eur. D.H., 2 juin 2016, arrêt *Petschulies c. Germany* ; Cour eur. D.H., 26 juin 2018, arrêt *D.R. c. Lithuania* ; Cour eur. D.H., 22 octobre 2018, arrêt *S. V. et A. c. Danemark* ; Cour eur. D.H., 1^{er} juin 2021, arrêt *Denis et Irvine c. Belgique* ; disponibles sur <https://www.echr.coe.int>.

51 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 11.

52 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 11.

53 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 12.

54 La Belgique, spécialement, a fait l'objet de plusieurs condamnations de la Cour européenne des droits de l'homme pour non-respect de cette condition dans le contexte d'internements. Voy. notamment Cour eur. D.H., 30 juillet 1998, arrêt *Aerts c. Belgique*, §§ 46-47 et 49 ; Cour eur. D.H., 6 décembre 2011, arrêt *Donder et De Clippel c. Belgique*, § 106 ; Cour eur. D.H., 10 janvier 2013, arrêt *Claes c. Belgique*, §§ 114 et s. ; disponibles sur <https://www.echr.coe.int>.

Bien que dans la pratique, ce prisme soit régulièrement évoqué oralement à l'audience, il nous paraît bien souvent absent des écrits de procédure ; il faut pourtant encourager le requérant et le juge à motiver le respect de cette condition, au regard du certificat médical annexé⁵⁵.

Pour rencontrer ce niveau de lecture, il y a lieu d'épuiser toute alternative satisfaisante – soit qu'elle ait été tentée et se soit soldée par un échec, soit qu'elle ne puisse l'être en raison de l'attitude de la personne concernée. À notre sens, cette exigence suppose, si une alternative existe, que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ait été informée de son état de santé et du traitement envisageable, et qu'elle ait refusé de s'y soumettre. Rappelons que les droits à l'information et au consentement libre et éclairé – ainsi que son versant négatif, le refus de soins⁵⁶ – sont consacrés par la loi relative aux droits du patient, laquelle bénéficie à la personne atteinte d'un trouble psychiatrique en sa qualité de patient. Or nous avons déjà pu observer des cas où une personne a fait l'objet d'une admission forcée sous le couvert de la procédure d'urgence alors même qu'elle n'avait pas été informée des autres traitements envisagés ou envisageables. Ces circonstances nous paraissent peu compatibles avec l'exigence d'absence d'alternative appropriée.

Nous ne pouvons qu'inviter les magistrats à se montrer vigilants à cet égard et à vérifier l'attitude réelle de la personne concernée face aux soins jugés appropriés, afin de vérifier si la loi est susceptible de s'appliquer et, ultérieurement, d'envisager la mesure de protection opportune (voy. *infra*, chapitre III).

35. Le troisième et dernier niveau de lecture implique de s'assurer que le suivi du seul traitement approprié envisageable que constitue la mesure de protection n'est pas volontaire⁵⁷.

En effet, l'article 3 de la loi consacre que la personne qui se fait librement et sans condition admettre dans une institution résidentielle peut la quitter à tout moment. Par conséquent, quand bien même le seul traitement approprié serait-il l'admission en institution, si celle-ci intervient sur une base purement volontaire, la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ne peut tomber sous l'empire de la loi du 26 juin 1990.

Il appartient donc au juge non seulement de vérifier le caractère volontaire ou non du traitement approprié⁵⁸, mais également d'évaluer la fermeté de sa volonté⁵⁹.

55 Voy. notamment J.P. Namur (2^e cant.), 7 novembre 1997, *J.J.P.*, 2000, p. 219, où le juge a refusé de faire droit à une demande se fondant notamment sur le manque de preuve de l'absence d'alternative : « le demandeur n'apporte nullement preuve de ce que la mesure de mise en observation est sollicitée alors qu'aucun autre traitement approprié n'a pu aboutir à une solution satisfaisante ; Qu'il s'agit pourtant là d'une condition prévue par la loi (article 2) pour permettre intervention d'urgence ; Que cette condition, comme l'autre condition d'urgence, sont toutes deux d'interprétation restrictive ».

56 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 7-8/1.

57 Ce dernier niveau de lecture est encore confirmé par une recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, qui retient comme critère le « défaut de tout autre moyen d'administrer le traitement approprié » – autrement dit, le refus du patient de se faire soigner volontairement. Voy. Recommandation n° R (83) 2 du Comité des ministres (1983), *La protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*.

58 Dans un tel contexte, le juge de paix d'Etterbeek a considéré que l'admission forcée ne semblait pas adéquate dès lors que la personne à protéger déclarait vouloir participer volontairement à une solution (voy. J.P. Etterbeek, 26 mai 2011, *J.J.P.*, 2013, p. 416).

Le juge de paix de Zomergem, quant à lui, s'est prononcé en faveur de l'admission forcée d'une personne qui ne s'opposait pas à un traitement en milieu hospitalier au motif que les précédentes tentatives d'hospitalisation volontaires s'étaient soldées par un échec ; dans son appréciation, le juge a évalué la capacité de la personne à respecter spontanément un trajet de soin – et l'a jugée insuffisante (voy. J.P. Zomergem, 18 avril 2008, *R.T.D.F.*, 2011, p. 228).

59 Désormais, s'il estime qu'un traitement volontaire est possible, mais qu'il doute de la fermeté de la volonté de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique de s'y conformer, le juge a

36. Il faut néanmoins apporter certaines nuances.

Tout d’abord, il convient de mettre en évidence une évolution phare de la loi du 16 mai 2024 : le traitement volontaire sous conditions. Il s’agit d’une nouvelle mesure de protection qui « vise à privilégier des parcours thérapeutiques sur une base volontaire, tout en permettant de garder un certain contrôle sur le déroulement du parcours thérapeutique »⁶⁰ (voy. *infra*, chapitre III, section 2). Dans le contexte de cette mesure, les trois conditions d’application de l’article 2 doivent être réunies, même si celle relative à l’absence de traitement volontaire reçoit une coloration particulière⁶¹. En effet, la personne consent au traitement, mais c’est le juge qui n’est pas suffisamment convaincu de la fermeté de sa volonté et qui lui impose dès lors le respect de certaines conditions, en lien avec le plan de traitement.

Ensuite, le législateur indique, dans le contexte de la procédure d’urgence (voy. *infra*, chapitre IV, section 2), spécialement en ce qui concerne la phase d’évaluation clinique que peut mettre en branle le procureur du Roi afin de faire toute la lumière sur la situation de la personne atteinte d’un trouble psychiatrique avant de saisir le juge, que « l’évaluation clinique ne peut être réalisée qu’aux mêmes conditions prévues à l’article 2, à l’exception de la condition du défaut de tout autre traitement approprié »⁶².

Conséquence de ce tempérament légal, le procureur peut priver une personne de liberté durant une période de quarante-huit heures sans que l’intégralité des conditions d’application de la loi soit réunie...

Cette adaptation de la loi nous semble pour le moins interpellante, et ce d’autant que l’on ne trouve aucune explication à ce sujet dans les travaux préparatoires. Sans doute faut-il y voir un lien avec la première nuance présentée, quoiqu’il nous semble en toute hypothèse critiquable d’atténuer les conditions auxquelles le procureur peut priver une personne de liberté alors que les droits et les garanties procédurales de la personne concernée dans le contexte de l’urgence sont par essence déjà amoindris.

37. L’on terminera l’examen du champ d’application en relevant que les travaux préparatoires de la loi du 16 mai 2024 font mention de réflexions quant à l’adjonction d’une quatrième condition présidant au prononcé d’une mesure de protection : « la possibilité d’améliorer le trouble psychiatrique ou d’influencer favorablement la capacité de discernement ou la possibilité de contrôler ses actes durant “l’admission protectionnelle” »⁶³.

Cette condition vise plus précisément l’hypothèse de l’admission protectionnelle d’une personne souffrant d’un trouble psychiatrique qui n’est pas susceptible d’être influencé favorablement par la prise de médicaments. D’après certaines explications fournies lors des débats, seraient visées les personnes atteintes de démences ou de troubles de la personnalité⁶⁴ – bien que la qualification de ces catégories de personnes comme étant atteintes d’un trouble psychiatrique demeure sujette à discussion (voy. *supra*, point 24).

une possibilité intermédiaire : le traitement volontaire sous condition (voy. *infra* chapitre III, section 2).

60 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 17.

61 Il convient toutefois de ne pas tomber dans l’écueil qui consisterait à minimiser les exigences de cette dernière condition pour plus facilement considérer qu’il faut prononcer une mesure de protection ou pour maintenir le contrôle plus longtemps par la voie de prolongation de mesure pour des personnes pour lesquelles elle ne se justifie plus.

62 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 2, al. 2 (nous soulignons).

63 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 7.

64 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D’HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 29.

Finalement, cette quatrième condition fut mise en suspens, par crainte d'entraîner une limitation indésirable du champ d'application de la loi actuelle⁶⁵, ce que l'Union royale des juges de paix et juges de police a regretté⁶⁶. Les travaux préparatoires tempèrent et proposent de réexaminer si l'introduction d'une telle quatrième condition est souhaitable et réalisable ultérieurement, lors de l'évaluation de la loi⁶⁷.

Chapitre III. Les mesures de protection de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique

38. Sous l'ancienne mouture de la loi du 26 juin 1990, la personne entrant dans les trois conditions de l'article 2 ne pouvait faire l'objet que d'une seule et unique mesure : la mise en observation, consistant en un placement forcé ou, très subsidiairement, en des soins en milieu familial (section 3).

La loi du 16 mai 2024, animée de l'objectif d'éviter autant que possible le recours à la contrainte, introduit une nouvelle mesure alternative à l'admission forcée : le traitement volontaire sous conditions (section 2).

Elle maintient, par ailleurs, la mesure de mise en observation tout en y apportant certaines modifications, notamment sur le plan terminologique, celle-ci étant désormais requalifiée en mesure d'observation protectrice (section 1). Elle y apporte également certains assouplissements que nous proposons d'analyser ci-après.

Section 1. La mesure d'observation protectrice (ancienne mise en observation)

39. La mesure d'observation protectrice est régie par le nouvel article 4/1.

§ 1. L'inscription dans le registre

40. À des fins qui semblent avoir trait tant à la garantie du fonctionnement efficace de l'établissement qu'à la protection des droits de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique⁶⁸, la loi du 26 juin 1990 impose au directeur de l'établissement de tenir un registre dans lequel ce dernier indique des informations relatives aux personnes qui font l'objet d'une mesure de protection. Sont ainsi consignées des données relatives à l'identité de la personne ainsi qu'aux décisions en lien avec la mesure dont elle fait l'objet⁶⁹.

65 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 8.

66 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 29: « l'exposé des motifs définit très largement la notion de trouble psychiatrique, et que l'objectif est que le dispositif puisse également s'appliquer aux personnes atteintes de démence ou de troubles de la personnalité. Or, ces personnes n'ont absolument pas leur place dans les établissements psychiatriques fermés. Cette définition large, qui n'assortit pas l'admission d'une quatrième condition – la possibilité de traitement – aura pour conséquence que les établissements fermés deviendront des lieux de placement. [...] [L'élargissement de] la définition précitée, [...] aura pour conséquence que des lits seront occupés par des personnes qui ne pourront pas être traitées par voie médicamenteuse dans l'immédiat ».

67 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 8.

68 Les finalités du registre ne ressortent ni de la loi, ni de son exposé des motifs, ni de son arrêté d'exécution. L'Autorité de protection des données a pourtant tenté de les identifier, au regard du droit supranational notamment. Voy. AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES, Avis n° 151/2023 sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, 20 octobre 2023, p. 13, n° 29.

69 Loi du 26 juin 1990, art. 10 porté à exécution par l'article 11 de 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.

41. L'Autorité de protection des données, dans son avis n° 151/2023 rendu à l'occasion de la révision de la loi de 1990, a pointé l'ingérence importante que constitue le traitement de données à caractère personnel réalisé en application de celle-ci en ce qui concerne les droits et libertés des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection, s'agissant de données particulièrement sensibles⁷⁰.

Analysant plusieurs dispositions de la loi, spécialement celle relative au registre, elle a conclu à une non-conformité de ladite loi au regard des dispositions du Règlement général de protection des données⁷¹ (ci-après « RGPD ») : elle a dès lors invité à procéder à une révision de la première afin de la mettre en adéquation avec la réglementation européenne⁷².

42. Plutôt que de se lancer dans la tâche ardue préconisée par l'Autorité de protection des données, le législateur a préféré faire œuvre de procrastination en remettant cette tâche *sine die*.

Ainsi, après avoir observé que le projet de loi ne modifiait pas le fonctionnement de ces registres – alors que leur numérisation et leur modernisation faisaient pourtant partie des recommandations du groupe de travail – il a préféré ajourner l'examen de ces deux aspects à une phase ultérieure. La seule justification qui semble avancée à cet égard est l'importance des moyens requis pour parvenir à la modernisation et la numérisation des registres, bien que le législateur assure qu'il existe un engagement concret à y travailler⁷³.

Il affirme également que les commentaires de fond formulés par l'Autorité de protection des données dans son avis n° 151/2023 seront examinés à ce moment-là⁷⁴.

Il ne nous reste qu'à espérer que le législateur tiendra la gageure qu'il s'est fixée dans les travaux préparatoires, vu la sensibilité des informations personnelles consignées dans le registre.

§ 2. Les sorties de l'institution et l'exercice d'une activité professionnelle en dehors de l'institution

43. Alors que sous l'ancien régime, la possibilité pour la personne concernée d'effectuer une activité professionnelle en dehors de l'institution, avec le consentement du médecin, n'était ouverte que durant la phase ultérieure de maintien, elle est désormais étendue par l'article 11 de la loi à la phase initiale de quarante jours.

La logique sous-tendant cette généralisation est la suivante : si auparavant la phase de maintien était appréhendée comme une mesure distincte de la phase initiale de quarante jours, tel n'est désormais plus le cas (voy. *infra*, chapitre V). En effet, non seulement la phase de maintien est supprimée et remplacée par le concept de « prolongation », mais surtout cette dernière n'est désormais simplement plus appréhendée que comme une extension de la période initiale, de telle sorte qu'il a paru logique au législateur de faire de la modalité d'exercice d'une activité professionnelle une mesure générale⁷⁵.

70 AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES, Avis n° 151/2023 sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, 20 octobre 2023, pp. 12-18, spéc. n° 31-33.

71 Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

72 AUTORITÉ DE PROTECTION DES DONNÉES, Avis n° 151/2023 sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, 20 octobre 2023, pp. 17-18.

73 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

74 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 9.

75 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 38-39.

44. L'extension de cette modalité à la phase initiale doit être saluée en ce qu'elle tend assurément à répondre aux besoins de la personne concernée et à se conformer au mieux à son vécu. Permettre à cette dernière d'exercer une activité professionnelle en dehors du cadre de l'institution dès que sa situation le permet sans devoir s'astreindre à attendre *a minima* quarante jours, c'est non seulement lui offrir l'opportunité de retrouver rapidement une autonomie la plus complète possible mais également limiter l'effet stigmatisant de la mesure de protection sur son environnement professionnel, lui évitant un déclassement⁷⁶.

Le régime des sorties organisé par l'article 11 de la loi n'est quant à lui pas modifié dans la nouvelle mouture de celle-ci.

45. La décision d'un médecin du service d'autoriser les sorties ou l'exercice d'une activité professionnelle doit être notifiée aux personnes visées à l'article 11, alinéa 3. Concrètement, il incombe, dans un premier temps, au médecin d'en informer la personne concernée ainsi que le directeur de l'institution résidentielle. Il appartient, dans un second temps, à ce dernier d'en informer le magistrat qui a pris la décision, le juge saisi, le procureur du Roi, le requérant, le représentant légal, l'avocat et l'administrateur de la personne concernée, ainsi que l'entourage proche de cette dernière⁷⁷.

§ 3. Le transfert de la personne concernée dans une autre institution résidentielle à tout moment

46. Alors que sous l'ancien régime, le transfert de la personne concernée dans une autre institution résidentielle n'était possible que durant l'ancienne phase de maintien, ce transfert peut désormais avoir lieu pendant toute la durée de la mesure d'observation protectrice, en ce compris durant la phase initiale, en vue d'un traitement plus approprié⁷⁸.

La personne atteinte d'un trouble psychiatrique est impliquée dans la décision.

47. Trois types de notifications devront être réalisées.

Tout d'abord, le médecin-chef de service doit communiquer sa décision de transfert oralement et par écrit à la personne concernée en l'informant qu'elle peut s'y opposer⁷⁹. Ensuite,

76 Dans la mesure où le certificat médical d'incapacité de travail porte mention de l'institution – bien souvent psychiatrique – où exerce le médecin certificateur, l'existence du trouble psychiatrique est incidemment portée à la connaissance de l'employeur de la personne. Ces informations sont susceptibles d'entraîner la stigmatisation et la discrimination de la personne sur le plan professionnel, ce qui ne peut être ignoré. En permettant à la personne atteinte d'un trouble psychiatrique de retrouver son environnement professionnel aussi rapidement que possible, on limite ce risque en évitant une absence prolongée durant laquelle une suspicion quant à ses capacités pourrait se cristalliser dans le chef de son employeur.

77 L'énonciation par le législateur des personnes auxquelles la décision doit être notifiée peut sembler redondante : le magistrat qui a pris la décision et le juge saisi (ainsi que, dans certaines hypothèses, le procureur du Roi) ; le représentant légal, l'avocat et l'administrateur de la personne concernée. L'on ignore quelles hypothèses étaient visées par le législateur pour les trois premières occurrences, les travaux préparatoires étant muets à cet égard. Pour les trois dernières en revanche, une proposition d'amendement révèle que « Le terme représentant légal est conservé car il s'agit d'un terme large pouvant désigner des personnes allant au-delà de l'avocat et de l'administrateur tel qu'un mandataire désigné sur base de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Amendements, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/002, p. 15).

78 Loi du 26 juin 1990, art. 18.

79 Les travaux préparatoires précisent que la décision de transfert doit faire l'objet d'une notification par le médecin-chef de service, « de manière simple, orale et écrite », compte tenu du droit d'opposition de la personne concernée à cette décision, « ce qui implique qu'elle soit également mise au courant du texte de la décision elle-même » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 49).

le médecin-chef de service communique la décision de transfert au juge, au procureur du Roi et au directeur de l'institution. Enfin, le directeur de l'institution communique la décision de transfert par lettre recommandée « au représentant légal de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, à l'avocat et, le cas échéant, au médecin visé à l'article 7, § 3, et à la personne de confiance choisis par la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, ainsi qu'à la personne qui a demandé la mesure de protection »⁸⁰.

À cet égard, les travaux préparatoires mentionnaient que les modalités selon lesquelles cette triple notification devrait être réalisée ainsi que les informations qu'elle devrait contenir restaient à déterminer par arrêté d'exécution⁸¹. Cette délégation n'a pourtant pas été intégrée à la loi nouvelle mouture, ce qui paraît surprenant au vu de l'absence totale de précision quant à cette triple notification.

48. Il peut être formé opposition⁸² à la décision ordonnant ou refusant le transfert par la personne concernée, son représentant légal, son avocat, son médecin ou le requérant dans un délai de huit jours commençant à courir à partir, soit de la notification orale et écrite (si c'est la personne concernée qui fait opposition), soit de l'envoi recommandé (pour les autres titulaires du droit d'opposition ci-avant mentionnés)⁸³.

La décision de transfert n'est pas exécutoire par provision : elle est suspendue pendant le délai de huit jours ainsi que durant, le cas échéant, la procédure d'opposition⁸⁴.

§ 4. Le sort de la mesure d'observation protectrice en cas d'évasion de l'institution

49. Jusqu'ores, l'évasion d'une personne atteinte d'un trouble psychiatrique était réglementée par l'arrêté royal du 18 juillet 1991. Cette réglementation étant toutefois minimale et succincte, la loi du 16 mai 2024 prend le parti d'en développer davantage les contours, tout en intégrant dorénavant dans le *corpus* de la loi du 26 juin 1990⁸⁵.

L'article 12 de la loi est entièrement remanié à cette fin.

Cette disposition prévoit désormais que « si la personne atteinte d'un trouble psychiatrique à l'égard de laquelle une mesure d'observation protectrice a été ordonnée, fuit

80 Loi du 26 juin 1990, art. 18, § 1, al. 3.

81 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 50.

82 Dans son avis, le Conseil d'État a vertement critiqué l'utilisation du terme « opposition » en lui préférant le terme « recours ». Cet avis n'a pas été suivi par le législateur. Certes celui-ci prend acte que, selon le Conseil d'État, « la raison pour laquelle le terme "opposition" est utilisé pour désigner le recours de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique contre la décision de transfert n'est pas claire puisqu'il ne s'agit pas d'un recours contre une décision judiciaire rendue par défaut et [que le Conseil État] recommande de remplacer ce terme. [Cependant] cette recommandation du Conseil d'État n'a pas été suivie. Le terme "opposition" semble plus approprié ici que le terme "recours" puisqu'il ne s'agit pas d'un recours contre une décision judiciaire, mais d'un droit d'opposition contre une décision autonome du chef de service du médecin, soit de sa propre initiative, soit à la demande de tout intéressé, ou à la demande d'un médecin-inspecteur compétent des institutions d'hébergement. Pour cette raison, il semble approprié de conserver le terme actuel » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 49).

83 Loi du 26 juin 1990, art. 18, § 2, al. 1.
Par souci d'exhaustivité, il faut préciser qu'en vertu de l'alinéa 4 de la disposition précitée, « lorsque la personne atteinte d'un trouble psychiatrique a produit l'avis écrit d'un médecin de son choix et que cet avis diverge de celui du médecin-chef de service, le juge entend les médecins contradictoirement en présence de l'avocat de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ».

84 Loi du 26 juin 1990, art. 18, § 2, *in fine*.

85 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 39.

l'établissement lors de sa mise en œuvre, la mesure est suspendue pendant la période d'évasion », étant entendu que cette « suspension n'excède pas la durée restante de la mesure d'observation protectrice ».

50. Lorsque la personne concernée est retrouvée, deux hypothèses sont alors envisagées :

- Si elle est retrouvée *avant* l'expiration de la durée de la mesure de protection, la mesure d'observation protectrice se poursuivra pour la durée restante (c'est-à-dire sans extension ni report de la durée à concomitance de la période d'évasion)⁸⁶ ;
- Si, en revanche, elle est retrouvée *après* l'expiration de la durée de la mesure de protection, une nouvelle mesure d'observation protectrice devra être ordonnée (si la personne entre bien évidemment toujours dans les trois conditions de l'article 2)⁸⁷.

51. La notification de l'évasion (et de la réadmission éventuelle) se fait en cascade. Le médecin-chef de service est tout d'abord tenu d'en avertir le directeur de l'établissement. Ensuite, ce dernier en informe immédiatement le magistrat qui a pris la décision, le juge saisi, le procureur du Roi, le requérant, le représentant légal, l'avocat et l'administrateur de la personne concernée ainsi que l'entourage proche de cette dernière⁸⁸.

§ 5. Le remplacement de la mesure d'observation protectrice par un traitement volontaire sous conditions

52. L'article 16 permet le remplacement ou la conversion d'une mesure d'observation protectrice en un traitement volontaire sous conditions. L'objectif est de veiller à l'adéquation de la mesure de protection avec la situation réelle vécue par la personne concernée.

Cette décision est prise par le médecin-chef de service, avec l'accord de la personne concernée et dans un rapport motivé. Elle est subordonnée à l'établissement d'un plan de traitement. Le médecin-chef de service précise également, à cette occasion, les conditions auxquelles ce traitement conditionnel est subordonné en application de l'article 4/2 (voy. *infra*, chapitre III, section 2).

53. Durant cette mesure de traitement volontaire sous conditions, la mesure d'observation protectrice est simplement suspendue. Le passage d'une mesure d'observation protectrice vers une telle mesure de traitement conditionnel ne met donc pas fin à la première comme le stipule bien l'article 16. Dans cette même logique, la durée du traitement volontaire sous conditions ne peut excéder la durée de la mesure d'observation protectrice ou sa prolongation⁸⁹.

86 Loi du 26 juin 1990, art. 12, al. 2. Pour illustrer ce principe, les travaux préparatoires donnent ainsi l'exemple suivant que nous reproduisons *in extenso* : « si l'évasion devait se produire le vingtième jour à dater du début de la mesure de protection (celle-ci étant fixée à quarante jours) et durer huit jours, la mesure d'observation protectrice, une fois la personne retrouvée, doit encore durer douze jours pour atteindre le délai maximum initialement prévu de quarante jours. Voy. Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 40.

87 Loi du 26 juin 1990, art. 12, al. 3.

88 Les travaux préparatoires soulignent, à cet égard, que « selon l'état de la procédure et la manière dont elle a été engagée, il est important que les magistrats compétents concernés soient conscients du fait que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique pour laquelle une évaluation clinique ou une mesure de protection a été demandée ou déjà imposée, a fui l'institution résidentielle. Il en va de même pour le demandeur de la mesure et le représentant légal de la personne atteinte de troubles psychiatriques. Ils peuvent également être en mesure de fournir des informations sur les endroits possibles où se trouve la personne qui a fui » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 41).

89 « La mesure d'observation protectrice est levée si aucune réadmission n'a été décidée pendant le traitement volontaire sous conditions » (Loi du 26 juin 1990, art. 16, al. 1, *in fine*).

Par ailleurs, si à l'échéance dudit traitement volontaire, aucune réadmission⁹⁰ n'a été décidée, la mesure d'observation protectrice est levée. Toutefois, en application de l'article 13, le responsable d'exécution du traitement volontaire conditionnel peut solliciter la prolongation de la mesure de traitement. À cette fin, il doit transmettre au juge un rapport circonstancié attestant de la nécessité d'une telle prolongation, et ce quinze jours au moins avant l'échéance de la mesure.

54. Le médecin informe de sa décision la personne concernée et le directeur de l'établissement. Ce dernier la communique ensuite au juge. Avant l'exécution de la décision, le directeur informe également les personnes auxquelles a été notifiée la décision de mesure d'observation protectrice ainsi que les personnes ou autorités auxquelles la décision de mesure d'observation protectrice avait été communiquée⁹¹.

Section 2. Le traitement volontaire sous conditions

55. Le traitement volontaire sous conditions est régi par le nouvel article 4/2.

§ 1. Une mesure volontaire mais contrôlée

56. Le traitement volontaire sous conditions est une nouvelle mesure introduite par la loi du 16 mai 2024. Elle puise sa raison d'être dans la volonté du législateur d'offrir une alternative à l'admission forcée que constitue la mesure d'observation protectrice (anciennement mise en observation), dans un effort de déstigmatisation des soins de santé mentale.

Jusqu'ores, le juge saisi n'avait que deux options : soit ordonner une mise en observation, soit rejeter la demande. Au-delà de ces deux options, il ne disposait d'aucune marge de manœuvre et n'avait aucune latitude pour imposer des conditions à la personne concernée⁹².

Cette nouvelle mesure – davantage axée sur une personnalisation du traitement thérapeutique – offre dès lors une solution « intermédiaire entre la mesure d'observation protectrice, qui a un caractère plus contraignant, d'une part, et le traitement entièrement volontaire, qui sort du champ d'application de la présente loi, d'autre part »⁹³.

Par conséquent, là où auparavant la dichotomie stricte entre admission forcée et hospitalisation volontaire pouvait être vue comme un hiatus, la loi du 16 mai 2024 instaure une option intermédiaire en amorçant une troisième voie, celle du parcours thérapeutique

90 La loi retient le terme « réadmission » comme si la conversion de la mesure initiale en une mesure de traitement volontaire sous condition impliquait nécessairement la sortie de la personne concernée de l'institution résidentielle – ce qui n'est par essence pas le cas, puisque cette mesure s'inscrit autant dans un contexte résidentiel qu'ambulatoire. Aussi, soit le champ d'application de cette disposition est limité aux hypothèses où la conversion de mesure donne lieu à un traitement ambulatoire, ce qui paraît assez restrictif et peu conforme à l'esprit de la loi, soit il faut entendre par « réadmission », au-delà des termes utilisés, le retour à la contrainte. À notre sens, la deuxième acception doit être préférée dans la mesure où elle s'inscrit dans la *ratio legis* de la loi du 16 mai 2024. D'ailleurs, le terme « réadmission » semble avoir été utilisé en réaction à l'avis du Conseil d'État invitant à préciser le champ d'application de cette disposition, conformément à l'explication donnée par le fonctionnaire délégué dans ce contexte – sans doute sans mesurer les conséquences de ce choix (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Avis du Conseil d'État n° 73.775/2 du 11 juillet 2023, *Doc., Ch., 2023-2024*, n° 55-3721/001, p. 121).

91 Loi du 26 juin 1990, art. 16, al. 2 et 3.

92 Il faut souligner que le médecin-chef, quant à lui, durant la phase de maintien, avait la faculté de décider, en concertation avec le malade, d'une posture en dehors de l'établissement, « en précisant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale » (Loi du 26 juin 1990, ancienne mouture, art. 16, al. 1 ancien).

93 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch., 2023-2024*, n° 55-3721/001, p. 15.

sur une base élective mais assortie de certaines conditions et donc subordonnée à un contrôle afin de permettre une intervention en cas de déviation.

57. Si l'objectif est assurément d'éviter le recours à la coercition, cette mesure privilégiant un parcours thérapeutique volontaire s'accompagne corollairement d'une surveillance et d'un contrôle en vue, dans le même temps, de sauvegarder les droits de la personne concernée et de protéger cette dernière ainsi que la société.

En effet, elle « vise à privilégier des parcours thérapeutiques sur une base volontaire, tout en permettant de garder un certain contrôle sur le déroulement du parcours thérapeutique afin de pouvoir réévaluer la situation en cas, par exemple, d'arrêt prématuré du traitement contre l'avis du médecin, en vue d'imposer ou non une mesure d'observation protectrice s'il est satisfait aux conditions d'application de la loi.

Cette nouvelle mesure permet également, dans certains cas où une personne remplit les conditions d'une mesure d'observation protectrice, mais décide de se faire traiter volontairement (résidentiel ou ambulatoire), d'assortir ce traitement volontaire de certaines conditions et de maintenir une forme de contrôle sur le déroulement de ce traitement volontaire »⁹⁴.

En nous gardant de toute vision idéalisée, voire utopique, cette mesure serait à notre estime de nature à favoriser l'adhésion de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique à la mesure de protection, renforçant dans son chef la compréhension du parcours thérapeutique, dès lors susceptible d'être davantage suivi et respecté dans la mesure où la personne concernée aura, dans une certaine mesure, veillé à l'organiser. Le fait d'impliquer ladite personne à la mise en place du traitement qui lui sera *in fine* imposé et au processus décisionnel laisse en effet augurer que celle-ci coopérera plus volontiers au parcours thérapeutique qui lui sera prescrit car elle en aura mieux compris les tenants et aboutissants.

L'objectif premier doit toutefois demeurer le souci de protéger la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et la société du danger qu'elle représente pour elle-même ou autrui. Il ne faudrait pas qu'au nom du respect de la volonté et de l'opinion de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ainsi que de l'idéal d'éviter une admission forcée, on en vienne à négliger précisément l'attention qui doit être réservée à la protection tant de la personne concernée que de la société.

58. Toujours est-il qu'un traitement volontaire sous conditions ne peut être accordé que si la personne se dit bien évidemment prête à respecter les conditions et que l'on peut raisonnablement penser qu'elle suivra le traitement volontaire⁹⁵. Reste que le trouble psychiatrique revêt souvent un caractère fluctuant et versatile qui peut rendre le respect du traitement volontaire sous conditions purement aléatoire. En effet, la personne concernée peut se montrer profondément sincère et disposée, à un moment donné, à se lancer dans un traitement volontaire conditionnel, mais il est plausible que son état ne puisse par la suite plus lui permettre d'honorer cet engagement... qui pourrait pourtant avoir entre-temps été prononcé par le juge sur la base du discours tenu et des garanties présentées à l'audience, à un moment où la personne concernée se montrait sincèrement volontaire.

C'est au juge qu'il revient d'apprécier la bonne volonté de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique. À cette fin, cette dernière doit soumettre un plan de traitement – qui fera l'objet du point suivant.

94 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 17.

95 Loi du 26 juin 1990, art. 4/2, § 1, *in fine*.

Il appartiendra dès lors au juge saisi de faire preuve d'un grand discernement, afin de trouver un équilibre entre protection de la personne et de la société, d'une part, et respect de la volonté de la personne concernée, d'autre part. Si la candeur est à éviter, une application systématique du principe de précaution, même par pragmatisme, l'est tout autant.

§ 2. Le plan de traitement : un prérequis obligatoire au prononcé du traitement volontaire sous conditions

59. La proposition ou l'initiative d'un traitement volontaire sous conditions devant émaner de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique elle-même, c'est à elle qu'il incombe de soumettre un plan de traitement, soit au juge dans le cadre d'une procédure ordinaire, soit au procureur du Roi dans le cadre d'une procédure d'urgence^{96 97}.

Ce plan de traitement est établi par le médecin qui sera responsable du traitement volontaire (étant entendu qu'il ne doit pas nécessairement s'agir d'un médecin-psychiatre) en collaboration avec la personne concernée. Lors de l'élaboration du plan de traitement, peuvent être impliqués la famille et l'entourage de la personne concernée, en concertation avec cette dernière⁹⁸.

Si la personne atteinte d'un trouble psychiatrique est mineure, « ses parents ou ses représentants légaux sont également associés à l'élaboration et à l'approbation du plan de traitement. La loi relative aux droits des patients s'applique comme ce serait le cas en cas d'un traitement volontaire en dehors du contexte de cette loi »⁹⁹.

À cet égard, on rappellera que cette dernière loi permet au mineur d'exercer ses droits de patient de manière autonome s'il est considéré apte à apprécier raisonnablement ses intérêts¹⁰⁰. Les travaux préparatoires ne précisent pas quelle serait l'influence d'une telle reconnaissance de son autonomie en matière de soins dans l'hypothèse de l'élaboration et de l'approbation du plan de traitement. Est-ce dû au fait que le législateur supputerait qu'il existe une incompatibilité de principe entre le statut de mineur atteint de trouble psychiatrique et celui de mineur apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ? Dans la mesure où l'appréciation de la capacité du mineur en vertu de la loi relative aux droits du patient relève exclusivement d'une analyse *in concreto* par le praticien professionnel, nous ne pouvons souscrire à cette interprétation. Nous estimons plutôt qu'il appartiendra au médecin de cesser d'associer les titulaires de l'autorité parentale à l'élaboration et à l'approbation du plan de traitement, pour ce qui concerne les parties relatives aux aspects médicaux, s'il considère que le mineur est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. Cette hypothèse devrait néanmoins demeurer rare en pratique.

60. Sous l'angle du contenu, le plan de traitement doit comprendre deux volets obligatoires.

D'une part, « un volet qui montre que la concertation a donné lieu à un consentement ou, si tel n'est pas le cas, qui indique sur quelle base le médecin responsable du traitement

96 Loi du 26 juin 1990, art. 4/2, § 2, al. 1.

97 On pourrait également imaginer qu'en dépit d'en avoir fait la demande au procureur du Roi dans le cours de la procédure d'urgence, ou à défaut d'avoir convaincu celui-ci, la personne atteinte d'un trouble psychiatrique sollicite l'application de cette mesure devant le juge. Dans ce cas, elle doit veiller à lui soumettre un plan de traitement avant l'audience, puisque le report à quinze jours exclusivement consacré dans le cadre de la procédure ordinaire (voy. *infra*, point 113) n'est pas prévu dans cette hypothèse.

98 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

99 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

100 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 12, § 2.

considère que l'on peut raisonnablement penser que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique respectera le traitement volontaire sous conditions qu'il a proposé »¹⁰¹.

Le caractère volontaire de la mesure suppose en effet que ce soit la personne concernée qui en soit demandeuse et qu'elle soit consciente des implications susceptibles d'être engendrées, notamment en termes de suivi et de respect des conditions. Si la personne concernée se trouve dans un état médical tel qu'elle n'est pas en mesure de faire le choix conscient d'un traitement volontaire sous conditions et qu'elle ne se trouve *a fortiori* pas en état de présenter elle-même le plan de traitement, cette mesure ne pourra être ni respectée ni dûment suivie et exécutée.

D'autre part, un volet énonçant, « les moyens thérapeutiques qui seront appliqués afin d'écartier le plus possible le danger visé à l'article 2 »¹⁰².

61. Un modèle de plan de traitement devra être élaboré par arrêté royal, dans le souci de garantir l'uniformité, la pertinence et la qualité des informations transmises au juge et destinées à lui permettre de prendre la décision la plus étayée¹⁰³. Il n'est toutefois pas précisé si ce modèle standard de plan de traitement devra être utilisé sous peine d'irrecevabilité.

62. Sur le plan procédural, le plan de traitement constitue un prérequis obligatoire au prononcé d'un traitement volontaire conditionnel, ce qui est susceptible d'entraîner des difficultés pratiques.

Si ledit plan peut bien évidemment être soumis au juge dès la première audience, le court délai de fixation entre le dépôt de la requête et ladite audience peut néanmoins rendre cette exigence difficilement praticable, avec la conséquence que la personne concernée peut ne pas avoir eu le temps de consulter son médecin pour qu'il établisse en concertation avec elle son plan de traitement. C'est la raison pour laquelle le législateur a prévu l'assouplissement suivant dans le cadre de la procédure ordinaire : à la première audience, si le juge estime qu'un traitement volontaire sous conditions s'avère opportun mais que le plan de traitement n'a pu encore lui être soumis, il peut fixer – dans un jugement « provisionnel » (les travaux préparatoires mentionnent quant à eux un jugement « provisoire »...) ¹⁰⁴ – une nouvelle audience dans les quinze jours afin de réserver à la personne concernée la possibilité d'élaborer et de lui présenter le plan de traitement¹⁰⁵. Le législateur prévoit en outre que le juge « peut assortir cette décision des conditions visées à l'article 4/2, § 1^{er}, alinéa 2 »¹⁰⁶.

63. Cet assouplissement n'est pas sans générer des interrogations sur le plan procédural.

Tout d'abord, la nature du jugement par lequel le juge fixe une seconde audience en vue de se faire soumettre le plan de traitement est déjà source d'imprécisions : comme relevé ci-avant, tandis que la loi qualifie ce jugement de « provisionnel », les travaux préparatoires le qualifient quant à eux de « provisoire ».

101 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

102 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 21.

103 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 21.

104 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 20.

Si nous avons, au prime abord, pensé que cette dissonance pouvait être due à une erreur dans la traduction du texte néerlandais-français, tel n'est pas le cas.

105 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 30.

106 Loi du 26 juin 1990, art. 8, § 1, al. 3.

Ces termes ne sauraient toutefois être confondus, s'agissant de deux concepts distincts de droit judiciaire¹⁰⁷.

Le jugement provisoire est un jugement avant-dire-droit qui aménage provisoirement la situation des parties, c'est-à-dire dans l'attente et sans préjudice d'un jugement au fond¹⁰⁸. Par conséquent, le juge n'épuise en rien sa juridiction.

En revanche, le jugement provisionnel est un jugement définitif partiel au terme duquel le juge se prononce définitivement sur une partie de la demande qui lui est soumise¹⁰⁹. Par celui-ci, le juge épuise partiellement sa juridiction.

Après ces clarifications, qu'il nous soit déjà permis de regretter la confusion entre ces deux notions dans le chef du législateur.

64. Outre cette confusion, le texte de loi pêche par son silence quant aux éléments sur lesquels le juge est tenu de se prononcer dans ce premier jugement. Sous la réserve de la remise à une seconde audience dans les quinze jours et de l'énonciation – facultative – de conditions, le nouvel article 8 brille en effet par son imprécision.

Or, pour pouvoir qualifier correctement la nature de ce jugement, encore faut-il connaître les points que le juge est tenu de trancher dans cette décision.

À notre estime, plusieurs hypothèses se dessinent à la lecture de la loi quant au contenu de ce premier jugement.

On peut d'emblée exclure celle selon laquelle le juge se limiterait à fixer une seconde audience dans l'attente de la communication de la pièce qu'est le plan de traitement, puisqu'il ne s'agirait que d'une simple mesure d'ordre¹¹⁰ – ne correspondant dès lors pas à la lettre de la loi qui fait mention d'un *jugement* provisionnel.

La seconde hypothèse, qui nous semble à retenir, offre au juge une fourchette d'options, lui ouvrant plusieurs voies graduelles parmi lesquelles il peut se positionner pour coller au mieux à la situation concrète qui lui est soumise.

Première option : le juge, après avoir constaté dans son jugement la réunion des trois conditions de l'article 2, fixe une seconde date d'audience afin de se voir communiquer la pièce qu'est le plan de traitement.

107 Pour davantage de développements sur cette distinction, voy. J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK, « La réforme du Code judiciaire dite "Pot-pourri I" : quelles incidences sur le parcours procédural de la victime ? », in I. LUTTE (dir.), *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, Limal, Anthemis, 2016, pp. 256-259, n° 58.

108 L. COHEN, A. HOC et A. JANNONE, « L'appel des décisions du tribunal de la famille », in J. SOSSON et J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK (dir.), *Le tribunal de la famille. Des réformes aux bonnes pratiques*, Bruxelles, Larcier, 2018, p. 373.

109 H. BOULARBAH et X. TATON, « Les procédures accélérées en droit commercial (référé, comme en référé, avant dire droit, toutes affaires cessantes) : principes, conditions et caractéristiques », in G. DE LEVAL (dir.), *Le tribunal de commerce : procédures particulières et recherche d'efficacité*, Bruxelles, Éditions du Jeune Barreau de Bruxelles, 2006, p. 71, n° 99.

110 Dans cette première hypothèse où le juge ne statue pas, de quelque manière que ce soit, sur le fond (donc même pas sur la réunion des trois conditions de l'article 2), il ne saurait être question de jugement, ni provisoire ni provisionnel, mais bien d'ordonnance – non appelable. En effet, cette remise à une seconde audience ne constituerait qu'une simple mesure d'ordre au sens de l'article 1046 du Code judiciaire. Voy. pour davantage de développements sur cette notion : A. HOC et M. MARINX, « Inventaire de ce qui doit ou peut être acté à l'audience en matière civile », in J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK et P.E. CORNIL (dir.), *L'audience*, Le Pli juridique, Limal, Anthemis, 2023, pp. 101-130.

Il s'agirait alors d'un jugement provisionnel dans la mesure où le juge viderait partiellement sa saisine en se prononçant sur la réunion des conditions de l'article 2. Ce jugement revêtirait en outre un caractère définitif et serait immédiatement appellable¹¹¹.

Cette option s'inscrit donc dans la droite ligne du nouvel article 8 qui fait précisément état de jugement provisionnel.

Elle présente toutefois comme écueil de ne fixer aucun cadre juridique à la personne concernée qui se retrouvera sans aucune mesure de protection entre le dépôt de la requête et le prononcé du jugement définitif qui n'interviendra, en tout état de cause, pas avant l'issue de la seconde audience, fixée dans les quinze jours qui suivent le prononcé du jugement provisionnel.

Deuxième option : le juge, après avoir constaté la réunion des trois conditions de l'article 2 et avoir fixé la date de la seconde audience dans son jugement, fait usage de sa faculté d'assortir sa décision des conditions visées à l'article 4/2, § 1, alinéa 2.

En cette occurrence, le jugement qu'il serait amené à prononcer devrait être qualifié de mixte : en effet, il comporterait, d'une part, un volet provisionnel et définitif par lequel le juge épuiserait partiellement sa juridiction en se prononçant sur la réunion des trois conditions d'application de la loi et, d'autre part, un volet provisoire par lequel le juge prononcerait des conditions¹¹² dans l'attente d'un jugement au fond pris à l'issue de la seconde audience qu'il fixera.

Le jugement mixte est appellable pour autant que l'appel soit dirigé contre soit le volet définitif exclusivement, soit les volets définitif et provisoire. En d'autres termes, il n'est pas possible d'interjeter appel uniquement du volet provisoire¹¹³.

Cette option nous semble répondre au souci de protection de la personne concernée et de la société, en fixant un cadre pour la période s'étendant du dépôt de la requête au prononcé du jugement définitif à l'issue de la seconde audience.

En outre, si cette personne ne respecte pas les conditions lui fixées d'ici la seconde audience, il appartiendra au juge d'en tirer les conséquences qui s'imposent en ordonnant une mesure d'observation protectrice, et ce en dépit du plan de traitement qui lui serait le cas échéant dûment soumis. Il lui aura en effet été démontré que l'on ne peut plus raisonnablement penser que les conditions seront respectées et qu'un traitement volontaire conditionnel n'est dès lors plus envisageable.

Quoiqu'elle nous semble à écarter, on peut, par souci d'exhaustivité, envisager encore une *troisième option*, en vertu de laquelle le juge, après avoir constaté la réunion des trois conditions de l'article 2 et avoir fixé la date de la seconde audience dans son jugement, prononcerait corollairement et provisoirement une mesure d'observation protectrice.

Le juge pourrait en effet considérer, qu'à défaut de plan de traitement lui rendu à la première audience, il ne disposerait pas des garanties suffisantes lui permettant de sereine-

111 Voy. pour davantage de développements sur cette notion : L. COHEN, A. HOC et A. JANNONE, *op. cit.*, pp. 361-390 ; J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK, « À propos du jugement provisionnel », in F. GEORGES, H. BOULARBAH, J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK (dir.), *Questions qui dérangent en droit judiciaire*, CUP, Limal, Anthemis, 2021, pp. 7-36.

112 Ces conditions peuvent concerner « le comportement de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, notamment en ce qui concerne le lieu de résidence, le traitement médical ou l'aide sociale, pour autant que ces conditions influencent le risque qui découle du trouble psychiatrique », Loi du 26 juin 1990, art. 4/2, § 1, al. 2. Voy. aussi *infra*, chapitre 3, section 2, § 3.

113 Voy. pour davantage de développements sur cette question : L. COHEN, A. HOC et A. JANNONE, *op. cit.*, pp. 361-390.

ment opter pour un traitement volontaire sous conditions, même à titre provisoire dans l'attente d'un plan de traitement dûment soumis à la seconde audience. Il pourrait ainsi décider d'opter, par souci de précaution, pour une admission forcée afin de fixer un cadre juridique contraignant à la personne concernée, à tout le moins pour la quinzaine de jours qui séparera le prononcé du premier jugement de la seconde audience, et de permettre la mise en place d'un parcours thérapeutique coercitif dans l'attente d'une décision définitive au fond à l'issue de la seconde audience.

Nous ne retenons pas cette option dès lors qu'elle ne nous paraît guère respectueuse du prescrit légal en ce qu'elle entrerait en contradiction totale avec, d'une part, la lettre de la loi puisque l'article 8 ne prévoit nullement le prononcé d'une mesure d'observation protectrice mais bien de conditions dans le cadre d'un traitement volontaire conditionnel et, d'autre part, l'esprit de la réforme qui vise précisément à éviter le recours automatique et systématique à l'admission forcée, spécialement dans un contexte où un traitement volontaire sous conditions est précisément envisagé en parallèle.

65. Une autre question se pose dans l'hypothèse où le juge décide d'avoir recours à cette faculté que lui offre la loi de remettre l'affaire à quinze jours maximum dans un jugement provisionnel : dans quel délai doit intervenir le jugement définitif faisant suite à la seconde audience ?

Si la loi prévoit expressément que le jugement prononçant la mesure de protection doit intervenir dans les dix jours du dépôt de la requête, elle est muette en cas de seconde audience. Cette situation est surprenante dès lors que le législateur a veillé, dans les autres cas où le juge est appelé à statuer dans le contexte de la loi du 26 juin 1990, à apporter une précision quant au délai auquel ce dernier est astreint¹¹⁴.

Dans le silence de la loi, c'est le délai de droit commun qui s'applique : le jugement doit intervenir dans le mois de la clôture des débats¹¹⁵. Même si l'on doute que la volonté du législateur ait été celle-ci, cet angle mort appelle le droit judiciaire commun, à tout le moins dans l'attente d'une loi réparatrice. Cela étant, nul doute que le juge saisi fera preuve de pragmatisme et veillera à prononcer sa décision plus rapidement s'il échet, s'en tenant à de brefs délais.

Rappelons qu'à notre estime, ce second jugement portera uniquement sur le choix de la mesure de protection et, le cas échéant, les éventuelles conditions du traitement volontaire sous conditions si le juge fait finalement choix de cette mesure, puisqu'il aura déjà été statué sur la réunion des conditions de l'article 2 dans le premier jugement – sauf éventuel changement de circonstances.

114 Ainsi, la première décision au terme de laquelle le juge statue sur la requête sollicitant une mesure de protection doit intervenir endéans les dix jours du dépôt de la requête (loi du 26 juin 1990, art. 8, § 1, al. 2). Dans l'hypothèse de la révision de la mesure, il statue sous le bénéfice de l'urgence (loi du 26 juin 1990, art. 14, al. 6), tandis que dans les hypothèses d'une demande de prolongation de la mesure de protection et de recours contre la décision ordonnant ou refusant le transfert dans une autre institution résidentielle, le juge statue toutes affaires cessantes (loi du 26 juin 1990, art. 13, al. 4 et art. 18, § 2, al. 3). Notons que les expressions « sous le bénéfice de l'urgence » et « toutes affaires cessantes » semblent être des synonymes dans le contexte de la loi du 26 juin 1990, bien que l'on puisse regretter que le législateur se montre aussi nébuleux.

115 C. jud., art. 2 et art. 770.

§ 3. Les conditions pouvant subordonner le traitement volontaire

66. L'article 4/2 expose que « le traitement volontaire sous conditions n'a lieu en tous les cas qu'à la condition que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique se fasse traiter volontairement de manière résidentielle ou ambulatoire »¹¹⁶.

Outre cette première condition, la disposition poursuit en indiquant que « le juge peut également assortir le traitement volontaire de conditions concernant le comportement de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, notamment en ce qui concerne le lieu de résidence, le traitement médical ou l'aide sociale, pour autant que ces conditions influencent le risque qui découle du trouble psychiatrique »¹¹⁷.

Ces conditions étaient déjà appliquées sous l'empire de l'ancienne loi dans le cadre de la postcure obligatoire (qui a en outre été remplacée par une conversion en traitement volontaire sous conditions, voy. *infra* chapitre V, section 3).

Les travaux préparatoires illustrent chacune de ces conditions par des exemples :

- En ce qui concerne le lieu de résidence, les conditions posées peuvent avoir ainsi trait à « l'adresse d'un hôpital où le patient se fait volontairement admettre, l'adresse de la résidence effective, etc. »¹¹⁸.
- En ce qui concerne le traitement médical, les conditions y relatives peuvent recouvrir le suivi par un psychiatre ou médecin spécifique, le suivi d'une thérapie particulière, l'absence de consommation d'alcool ou de stupéfiants, etc.
- En ce qui concerne l'assistance sociale (ou psycho-sociale), les conditions peuvent porter sur « l'accueil de jour (soins auto-administrés, soins résidentiels, travail bénévole, centre d'activités, centre de rencontre...) ; les soins informels (cf. soins infirmiers dans la famille ou dans un centre de soins résidentiels) ; l'accompagnement par le CPAS pour l'administration, les finances, etc. »¹¹⁹.

67. Hormis ces conditions déjà connues, de nouvelles conditions sont susceptibles d'être prononcées – à l'égard desquelles la loi reste muette. Cependant, une liste non exhaustive en a été dressée par les travaux préparatoires, à la suite de l'avis du Conseil d'État qui regrettait légitimement que l'avant-projet n'en comporte pas¹²⁰.

Ces conditions peuvent être classées en deux catégories.

D'une part, les conditions formelles. Sont cités à titre d'exemples « une observation et un traitement intensifs en hospitalisation complète (jour et nuit) dans un hôpital psychiatrique et dans une unité sécurisée »¹²¹.

D'autre part, les conditions de fond ou substantielles. Sont cités à titre d'exemples l'« adhésion obligatoire à une thérapie convenue, la prise obligatoire de médicaments et les contrôles correspondants, les tests d'urine en cas de problèmes de drogue, contacts que

116 Loi du 26 juin 1990, art. 4/2, § 1, al. 1.

117 Loi du 26 juin 1990, art. 4/2, § 1, al. 2.

118 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 18.

119 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 19.

120 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 17-18.

121 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 18.

la personne doit avoir ou au contraire, l'interdiction de contact parce que le contact n'est pas approprié compte tenu du contexte spécifique »¹²².

68. Une ultime condition est par ailleurs évoquée : la carte de crise. Cette condition avait déjà été amorcée et s'était révélée effective dans la pratique pour éviter une mise en observation. Une carte ou « une fiche de crise est un document personnel qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques peut porter sur elle et qui reflète les mesures qui peuvent ou doivent être prises lorsque la personne en question traverse une crise ou se retrouve dans une situation de crise : quel hôpital si une hospitalisation est nécessaire ? Quel médecin ? Qui doit être informé ? Qui est la personne de confiance ? Quels médicaments ? Etc. »¹²³.

Les conditions peuvent être imposées tant par le juge dans le cadre d'une procédure ordinaire, que par le procureur du Roi dans le cadre d'une procédure d'urgence « avec un contrôle effectué *a posteriori* par le juge de paix¹²⁴ »¹²⁵.

69. C'est au médecin de la personne concernée, responsable de l'exécution du traitement volontaire sous conditions, qu'il appartient de surveiller la façon dont celle-ci gère son traitement volontaire ainsi que le bon respect des conditions auxquelles ledit traitement est subordonné¹²⁶.

70. En cas de non-respect des conditions, la personne concernée est susceptible de basculer d'un traitement volontaire sous conditions vers une mesure d'observation protectrice en vertu de l'article 17 (voy. *infra*, chapitre III, section 2, § 5).

§ 4. La possibilité d'un changement de médecin traitant en cours de mesure

71. Une modalité spécifique à cette mesure de protection a été instaurée par le nouvel article 15 de la loi. Il s'agit de la possibilité pour la personne concernée de changer, en cours de traitement volontaire sous conditions, de médecin traitant en vue d'un traitement plus approprié.

La disposition précise que « la décision est prise en accord avec le médecin qui est responsable du traitement, soit à l'initiative de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique elle-même, soit à la demande du nouveau médecin traitant »¹²⁷.

Il faut souligner que ce nouveau médecin traitant devient par conséquent la nouvelle personne responsable de l'exécution du traitement volontaire conditionnel¹²⁸.

72. En cette occurrence, trois types de notifications devront être réalisées et incombent au nouveau médecin traitant qui devra communiquer la décision de la personne concernée :

- *primo*, au juge, au procureur du Roi et au responsable précédent ;
- *deuxio*, aux personnes qui assistent la personne atteinte d'un trouble psychiatrique sur le plan juridique et médical, qu'elles soient également désignées ou non par la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ;
- *tertio*, à l'entourage proche de la personne concernée¹²⁹.

122 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 18.

123 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 19.

124 Ou le juge de la jeunesse, s'il échet.

125 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 19.

126 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 46.

127 Loi du 26 juin 1990, art. 15, al. 2.

128 Loi du 26 juin 1990, art. 15, al. 3.

129 Par entourage proche de la personne concernée, il faut entendre « son conjoint, son cohabitant légal, la personne avec laquelle il forme un ménage de fait, ses parents jusqu'au deuxième

73. À cet égard, les travaux préparatoires mentionnaient que les modalités selon lesquelles cette triple notification devrait être réalisée par le nouveau médecin traitant ainsi que les informations qu'elle devrait contenir restaient à déterminer par arrêté d'exécution¹³⁰. Cette délégation n'a pourtant pas été intégrée à la loi nouvelle mouture, ce qui paraît suprenant au vu de l'absence totale de précision quant à cette triple notification.

§ 5. Le remplacement du traitement volontaire sous conditions par une mesure d'observation protectrice

74. L'article 17 prévoit qu'en cas de non-respect des conditions subordonnant le traitement ou si l'état mental de la personne concernée l'exige, le traitement volontaire sous conditions peut être remplacé par une mesure d'observation protectrice.

75. Si l'on se trouve dans l'hypothèse spécifique de l'article 16 où une mesure d'observation protectrice avait été initialement ordonnée mais qu'en cours d'exécution, il a été décidé de la remplacer par un traitement volontaire sous conditions (voy. *supra* chapitre III, section 1, § 5), le médecin responsable de l'exécution dudit traitement peut décider d'interrompre ce traitement. Il doit veiller à en informer le médecin-chef de service.

Ce dernier peut décider de la réadmission de la personne concernée en institution résidentielle puisque la mesure d'observation protectrice avait seulement été suspendue durant la mesure de traitement conditionnel.

S'il prend une telle décision, il doit en informer les personnes visées aux alinéas 2 et 3 de l'article 16, suivant les modalités y précisées.

Si l'on se trouve dans une autre hypothèse que celle visée à l'article 16, le médecin responsable de l'exécution du traitement volontaire sous conditions doit informer le juge qui a ordonné la mesure de protection et le procureur du Roi du non-respect des conditions ou de l'évolution de l'état mental de la personne qui impose le remplacement de la mesure de protection. Il joint à sa notification un rapport médical circonstancié.

Dans ce cas, ce n'est pas le médecin-chef de service qui peut décider de transformer la mesure de traitement volontaire sous conditions en mesure d'observation protectrice, mais bien le procureur du Roi ou le juge :

- soit la situation ne revêt pas d'urgence particulière, auquel cas le juge est saisi par la notification du médecin responsable de l'exécution du traitement volontaire sous conditions, et la procédure ordinaire, réglée aux articles 7 et 8 de la loi, s'applique ;
- soit la situation revêt une certaine urgence, auquel cas le procureur du Roi peut déclencher l'application de la procédure d'urgence réglée par l'article 9 de la loi.

Section 3. Les soins dans en milieu familial ou en institution

76. Dès 1990, le législateur a offert une deuxième voie à la personne atteinte d'un trouble psychiatrique pour laquelle une mesure de protection était jugée nécessaire : les soins en milieu familial¹³¹.

degré, les personnes qui se chargent des soins quotidiens du malade ou qui l'accompagnent, le requérant, ainsi que toutes les autres personnes dont [le juge] estime l'audition utile. [...] Au cas où le malade détient l'autorité parentale sur la personne d'un enfant, le juge entend, si possible, l'autre parent et, le cas échéant, la personne à laquelle l'enfant mineur a été confié. Si le malade est mineur, le juge entend, si possible, ses représentants légaux » (loi du 20 février 2017). Sur la notification, voy. Loi du 26 juin 1990, art. 15, al. 4.

130 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch.*, 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 41.

131 Loi du 26 juin 1990, art. 23.

Ainsi, les différentes phases de la mesure de protection – anciennement mise en observation, maintien et postcure (voy. *infra*, chapitre V) – pouvaient se dérouler soit dans un service psychiatrique, soit dans une famille, pour autant que « l'état d'un malade mental et les circonstances permettent [...] de le soigner dans une famille »¹³². S'il était fait droit à la requête spécialement motivée du malade en ce sens, ce dernier était alors soigné dans *une* famille – notion qui a en soi suscité des questionnements¹³³ –, sous la surveillance d'une personne et d'un médecin chargé du traitement, tous deux missionnés à cette fin par le juge¹³⁴.

Il faut néanmoins constater que cette mesure a connu peu de succès. Nous avançons à cet égard comme piste d'explication le caractère très sommaire du régime mis en place.

77. La loi du 16 mai 2024 étend la possibilité de soins en milieu familial aux soins en institution, qu'elle soit résidentielle ou non : « cela peut par exemple également concerner les maisons de repos et de soins, les initiatives d'habitation protégée, maisons de soins psychiatriques, ou d'autres institutions visées par l'article 5 de la loi spéciale de réforme institutionnelle du 8 août 1980... »¹³⁵.

Pour le surplus, et outre les modifications cosmétiques visant à aligner le texte de loi avec la nouvelle terminologie, le régime reste inchangé. Nous renvoyons dès lors le lecteur aux articles 23 à 29 de la loi du 26 juin 1990, nouvelle mouture.

L'on se permettra toutefois de pointer une négligence terminologique dans le chef du législateur. En effet, dans la nouvelle mouture de la loi, celui-ci supprime le concept de maintien pour le remplacer par celui de prolongation en envisageant la mesure de protection comme une seule phase continue plutôt que comme une succession de plusieurs étapes (voy. *infra*, chapitre V). Pourtant, il continue à utiliser la notion ancienne de maintien dans le régime des soins en milieu familial ou en institution, et ce alors même qu'il adapte la durée de ce *maintien* à un an, ce qui correspond à sa nouvelle conception de la prolongation de la mesure.

78. Il est à prévoir qu'avec le nouveau traitement volontaire sous conditions, les soins en milieu familial ou en institution, déjà très peu populaires, seront réduits à peau de chagrin. En effet, tous deux présentent le même intérêt d'offrir la possibilité d'un traitement résidentiel ou ambulatoire, mais le premier est en outre assorti d'un régime bien mieux développé dans lequel des garanties ont été prévues.

Chapitre IV. Les deux types de procédure

79. Sur le plan strictement procédural, le double guichet d'entrée permettant le prononcé d'une mesure de protection est maintenu : la procédure est toujours diligentée soit via la voie ordinaire, soit sous couvert de l'urgence.

Si cette dichotomie existait déjà sous l'empire de la loi du 26 juin 1990, la loi du 16 mai 2024 y apporte néanmoins des modifications, dont certaines substantielles.

132 Loi du 26 juin 1990, art. 23.

133 La jurisprudence a admis que les soins dans une famille pouvaient être réalisés « dans tout milieu dans lequel le malade se sent comme dans sa famille (dans un foyer d'accueil, une communauté ou une maison de repos ou de retraite) » (Civ. Mons, 11 mai 1994, *J.L.M.B.*, 1995, p. 1054). Voy. aussi Y. CARTUVELS et S. DE SPIEGELEIR, « La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime », *R.I.E.J.*, 2022/1, p. 82.

134 Loi du 26 juin 1990, art. 24, § 3, al. 1.

135 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Amendements, *Doc., Ch.*, 2023-2024, n° 55-3721/002, p. 29.

Section 1. La procédure ordinaire

§ 1. Une requête introduite par toute « personne intéressée »

80. En vertu de l'article 5, § 1, alinéa 1, de la loi du 26 juin 1990, la requête doit – comme auparavant – être déposée par toute personne intéressée.

Il faut entendre par personne intéressée, « toute personne qui a intérêt à la [mesure de protection], mais à l'exclusion toutefois de celle dont la requête est motivée par un mobile exclusivement financier et, plus largement, par des considérations purement matérielles »¹³⁶.

Il peut s'agir du médecin traitant, d'un membre de la famille, d'une personne morale de droit public, d'une institution du secteur social, etc. Cette personne intéressée peut également être le procureur du Roi qui est fondé à agir en dehors de la procédure d'urgence (voy. *infra*, chapitre IV, section 2) sur la base de l'article 138, alinéa 2, du Code judiciaire.

81. Il semble, par ailleurs, que la personne atteinte de trouble psychiatrique ne puisse cependant être considérée comme « une personne intéressée » au sens de la loi.

La question de cette inclusion avait déjà été soulevée – et écartée – dans le cadre des discussions parlementaires ayant mené à l'adoption de la loi du 26 juin 1990¹³⁷. Il avait en effet été considéré que si la personne atteinte d'un trouble psychiatrique sollicitait elle-même une mesure de protection, elle ferait alors l'objet d'une admission volontaire et se trouverait dès lors hors du champ d'application de la loi, vouée à sortir ses effets à l'égard de toute personne ne souhaitant précisément pas se voir imposer de mesure de protection.

L'introduction de la nouvelle mesure que constitue le traitement *volontaire* sous conditions n'est pas de nature à énerver ce qui précède. Cette mesure se trouve en effet à mi-chemin entre une admission forcée et une admission entièrement libre, étant entendu que son caractère volontaire vise à permettre un parcours thérapeutique choisi mais conditionné et contrôlé judiciairement.

§ 2. Le rapport médical circonstancié

82. Sous peine d'irrecevabilité de la demande, doit être joint à la requête « un rapport médical circonstancié décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne pour laquelle la mesure de protection est demandée ainsi que les symptômes du trouble psychiatrique, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies »¹³⁸.

La jurisprudence et la doctrine sont assez prolixes sur la notion, le contenu ou encore la qualité du médecin rédacteur de ce rapport médical circonstancié. Dans un souci de concision, nous ne nous concentrerons que sur les aspects ponctuels et spécifiques modifiés par la loi du 16 mai 2024 quant à ce rapport médical circonstancié et renvoyons le lecteur vers d'autres études plus exhaustives pour le surplus¹³⁹.

136 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 24.

137 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 18.

138 Loi du 26 juin 1990, art. 5, § 2, al. 1.

139 Pour davantage de développements, voy. notamment : P. BOXHO, *op. cit.*, pp. 9-34 ; F. REUSENS, *op. cit.*, pp. 409-431 (et spécialement pp. 417-422) ; N. DANDROY, « L'exigence d'un rapport médical circonstancié dans la procédure de mise en observation des malades mentaux », *J.J.P.*, 2021, liv. 5-6, pp. 279-280.

83. Alors que sous l'ancienne mouture, ce rapport ne pouvait être établi par un médecin parent ou allié de la personne concernée ou du requérant ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique auprès duquel ladite personne était hospitalisée¹⁴⁰, ces incompatibilités ont désormais été allégées dans le souci principal et assumé d'élargir la catégorie des médecins compétents disponibles.

84. Concrètement, la loi du 16 mai 2024 modifie substantiellement le volet des incompatibilités sous trois angles¹⁴¹.

Premièrement, l'exclusion complète du lien de sang ou de parenté est supprimée et seulement limitée jusqu'au quatrième degré : désormais, « le médecin qui établit le rapport médical circonstancié ne peut être parent ou allié jusqu'au quatrième degré de la personne concernée ou du requérant »¹⁴².

Ce premier allègement est le fruit d'un compromis en ce qu'il vise à éviter, d'une part « qu'aucun psychiatre ou médecin ne puisse être trouvé à temps compte tenu des situations souvent urgentes ou délicates »¹⁴³ (même hors procédure d'urgence) et, d'autre part, les éventuelles pressions familiales poussant au prononcé d'une mesure de protection à l'égard de la personne en cause¹⁴⁴.

Deuxièmement, l'incompatibilité relative aux médecins traitants est supprimée : désormais, « le médecin qui rédige le rapport médical circonstancié peut être également le médecin traitant »¹⁴⁵.

Cette incompatibilité était une construction prétorienne. Les travaux préparatoires de la loi de 1990 n'avançaient pas le moindre argument dans ce sens mais les cours et tribunaux ont estimé cette incompatibilité nécessaire en raison de ce que, d'une part, « le médecin traitant de la personne concernée n'est pas suffisamment indépendant et objectif pour établir le rapport médical circonstancié »¹⁴⁶, et d'autre part, « la relation thérapeutique entre le médecin et son patient pourrait elle aussi être remise en cause en pareil cas »¹⁴⁷.

Cet argument ne résiste pas à l'analyse. En effet, il appartient déjà au médecin traitant rédacteur du rapport médical circonstancié ou requérant de l'admission forcée de son patient en qualité de personne intéressée d'évaluer l'éventuel impact que ledit rapport ou ladite requête pourrait avoir sur la relation thérapeutique avec son patient. En outre, si l'objectivité du médecin traitant devait être remise en question, le patient ou son avocat peuvent dorénavant demander au juge de faire établir le rapport médical circonstancié par un autre médecin (qui devra bien évidemment répondre aux conditions légales également).

Il va de soi que si le médecin traitant devait être requérant en qualité de personne intéressée, il ne pourrait en même temps rédiger le rapport médical circonstancié : « lorsque le médecin qui a établi le rapport médical circonstancié et le requérant sont la même

140 Loi du 26 juin 1990, ancienne mouture, art. 5, § 2, al. 2.

141 Loi du 26 juin 1990, art. 5.

142 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 22.

143 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 22.

144 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 23.

145 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 23.

146 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 23.

147 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 23.

et unique personne, il est de toute évidence question de parenté entre le médecin et le requérant et l'incompatibilité visée à l'article 5, § 2, alinéa 2, s'applique. Il est donc bien question, en pareil cas, d'incompatibilité légale »¹⁴⁸.

Troisièmement, l'incompatibilité excluant que le rapport médical circonstancié soit établi par un médecin attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où la personne concernée se trouvait est supprimée^{149 150}.

85. De surcroît, la nouvelle mouture de la loi du 26 juin 1990 ouvre désormais le droit, dans le chef de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, de demander au juge de pouvoir au remplacement du médecin qui a établi le rapport, et ce en cas de « circonstances qui font naître des doutes justifiés sur l'impartialité ou l'indépendance du médecin qui a établi le rapport »¹⁵¹.

La concomitance entre l'introduction d'une telle possibilité de solliciter le remplacement du médecin ayant établi le rapport et l'allègement des incompatibilités dans le chef dudit médecin est peu heureuse – d'autant plus qu'elle n'est nullement justifiée dans les travaux préparatoires.

D'aucuns pourraient arguer que le législateur, conscient que l'allègement des incompatibilités risquerait intrinsèquement de mettre en danger la neutralité du médecin, entendait parallèlement compenser ce risque en réservant à la personne concernée une possibilité de solliciter le remplacement dudit médecin. Autrement dit, à l'image d'un système de vases communicants, le signal indirectement envoyé aux praticiens est que la suppression de diverses incompatibilités rendra davantage prégnant le risque de partialité du médecin, nécessitant par conséquent un contre-levier, à savoir la possibilité d'en demander le remplacement au juge.

Au risque d'alourdir davantage la procédure et de faire preuve de défiance face aux allègements décidés par le législateur, il n'appartient assurément pas au juge d'adopter une attitude, si pas suspicieuse, à tout le moins davantage vigilante dans le but de s'assurer de la bonne neutralité du médecin ayant rédigé le rapport en fonction de sa qualité.

Surtout, la personne concernée peu encline à faire l'objet d'une hospitalisation – forcée ou conditionnelle – y trouvera peut-être un moyen de remettre en cause la recevabilité de la requête, au risque de voir cette disposition devenir une source de recours intempestifs où tout médecin rédacteur serait taxé de partial.

148 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 24.

149 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 24.

150 Dans son arrêt *Van Zandbergen c. Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme valide le principe, sauf dans l'hypothèse «de rupture du lien de confiance entre l'interné et l'équipe soignante de l'établissement qui l'accueille, ou de contestation caractérisée quant à la validité scientifique et déontologique des rapports établis par ladite équipe soignante, que les autorités nationales compétentes doivent tenter d'obtenir un avis médical tiers afin de s'informer avec le plus de précision possible sur l'état mental du requérant au moment de sa demande de libération à l'essai » (Cour eur. D.H., 2 février 2016, arrêt *Van Zandbergen c. Belgique*, § 36, disponible sur <https://www.echr.coe.int>). Certes, cette jurisprudence concerne un cas d'internement mais elle apporte une nuance bienvenue dont la pratique pourrait s'inspirer maintenant que cette incompatibilité est levée.

151 Loi du 26 juin 1990, art. 5, § 2, al. 3.

Plus encore se pose avec acuité la question du traitement procédural de telles demandes visant à pourvoir au remplacement du médecin rédacteur¹⁵².

86. Par ailleurs, il convient de mentionner qu'une obligation de renvoi est nouvellement instaurée en ces termes : « si le médecin refuse d'établir le rapport médical circonstancié, il doit renvoyer le requérant vers un autre médecin »¹⁵³.

87. Au surplus, le législateur a expressément prévu que le Roi établirait un modèle standard de rapport médical circonstancié.

Cette proposition est qualifiée d'« axe majeur »¹⁵⁴ par les travaux préparatoires qui mettent en avant les nombreux problèmes posés dans le cadre de la rédaction du rapport médical circonstancié.

Le modèle standard s'articule autour des sept critères suivants : « les circonstances de l'examen, l'état physique de la personne atteinte d'un (possible) trouble psychiatrique, la situation familiale et le contexte social, le trouble psychiatrique, les possibilités de soins adaptés ou l'absence d'alternative, le critère de danger, le degré d'urgence »¹⁵⁵.

Ces balises doivent notamment permettre de pallier les écueils constatés dans la pratique, et notamment le constat de la variabilité de l'évaluation médicale qui peut parfois largement fluctuer en fonction du médecin choisi.

Le modèle standard poursuit ainsi l'objectif de fournir les informations étayées, pertinentes, qualitatives, identiquement donc à l'objectif déjà évoqué pour le modèle standard du plan de traitement précité.

À l'instar du modèle standard de plan de traitement qui devra également être élaboré par arrêté royal, la loi ne précise pas si l'utilisation de ce modèle standard de rapport médical circonstancié est prévue sous peine d'irrecevabilité.

§ 3. La mise en état de la procédure

A. La désignation et l'assistance d'un avocat

88. Dès la réception de la requête et en l'absence d'avocat, le juge demande au bâtonnier ou au bureau d'aide juridique (ci-après « BAJ ») la désignation d'office et sans délai d'un avocat¹⁵⁶.

152 Sans y apporter de réponse, l'on pense notamment aux aspects suivants :
 - Le juge sera-t-il tenu d'organiser un débat contradictoire afin de statuer *in fine* sur la recevabilité du rapport médical circonstancié au regard de la partialité ou de l'impartialité démontrée du médecin ?
 - Le médecin rédacteur devra-t-il être entendu en qualité de partie défenderesse et faire valoir ses arguments au terme d'une procédure respectueuse des droits de la défense ?
 - Quels éléments seraient de nature à fonder les « circonstances qui font naître des doutes justifiés sur l'impartialité ou l'indépendance du médecin qui a établi le rapport » ? Quelles preuves la personne concernée devra-t-elle apporter pour étayer lesdits doutes ?
 - Le juge sera tenu de prononcer une décision de recevabilité ou d'irrecevabilité du rapport. Devra-t-il y désigner un autre médecin chargé de dresser un nouveau rapport ? Y fixer une seconde audience pour la communication d'un nouveau rapport médical circonstancié ?
 - Comment se passera la désignation d'un autre médecin ?
 Autant de questions dont les travaux préparatoires font totalement fi.

153 Loi du 26 juin 1990, art. 5, § 2.

154 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 24.

155 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 24 et 25.

156 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 1.

Cette disposition comporte deux modifications. La première est d'ordre terminologique : il est désormais fait mention du BAJ plutôt que de l'ancien bureau de consultation et de défense.

La seconde mérite une attention plus soutenue. En effet, le législateur prévoit que le juge ne demande la désignation d'un avocat qu'en l'absence d'avocat.

Cette hypothèse n'est pas clairement définie dans les travaux préparatoires. L'idée sous-jacente semble être qu'il n'y a pas lieu « de désigner un avocat commis d'office lorsque la personne atteinte d'un trouble psychiatrique est déjà représentée par un avocat »¹⁵⁷. Et les travaux préparatoires d'illustrer en ces termes : « tel est le cas, par exemple, lorsque la procédure ordinaire fait suite à une procédure d'urgence »¹⁵⁸.

Outre le droit fondamental pour la personne de choisir librement son avocat, nous avançons que l'objectif relève de la continuité et du renforcement de la qualité de la défense des droits de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, l'avocat antérieurement intervenu pour elle dans le cours de la procédure ayant une meilleure connaissance de sa personne et de la procédure qu'un nouvel avocat, en plus de l'existence d'un lien de confiance qui aurait déjà pu s'établir. Soulignons que changer d'avocat en fonction du stade de la procédure peut également accroître la vulnérabilité de la personne dans la mesure où elle devra réexpliquer l'historique de son dossier et donner sa confiance à autant d'avocats qu'il en sera désignés successivement.

Il faut avoir égard au fait que l'article 7 de la loi du 26 juin 1990 a une portée plus large que la seule entame de la procédure ordinaire. D'autres dispositions de la loi y renvoient, tels l'article 9 relatif à la procédure d'urgence et l'article 13 relatif à la prolongation de la mesure de protection (ancien maintien). Ainsi, il nous semble que, dans ces hypothèses également, le juge ne pourra pas solliciter la désignation d'un avocat commis d'office si un autre avocat est déjà connu pour ce processus protectionnel¹⁵⁹.

89. Afin de renforcer encore la qualité de la défense de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et d'unifier les pratiques auparavant disparates des justices de paix, la loi prévoit expressément que « l'avocat de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique a accès au dossier, y compris au rapport médical circonstancié »¹⁶⁰. Il peut en outre soumettre ce rapport au médecin-psychiatre choisi par la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, dont il sera question ci-après.

Les modalités et le moment de cet accès ne sont cependant pas spécifiés, contrairement à ce qui était préconisé au terme de l'avis du Conseil d'État et des observations d'Avocats.be¹⁶¹.

157 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Amendements, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/002, p. 6.

158 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Amendements, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/002, p. 6.

159 À notre sens, il faut comprendre cette disposition comme promouvant la continuité de la défense de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, pour en renforcer la qualité. Ainsi, un avocat commis d'office doit être désigné à l'entame du processus protectionnel. Par la suite, c'est lui qui devra être informé de l'évolution de la procédure et qui assistera la personne dans les différentes étapes du processus, même en cas de changement de juge de paix ou de BAJ compétent. Sauf, évidemment, si la personne elle-même choisit un autre avocat.

160 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 2.

161 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Avis du Conseil d'État n° 73.775/2 du 11 juillet 2023, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 110 et Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 37.

90. Concernant les spécificités de la désignation et de l'intervention de l'avocat dans le cadre de la procédure d'urgence, nous renvoyons le lecteur aux développements *infra* (voy. chapitre IV, section 2, § 6).

B. Le choix du médecin par la personne concernée

91. L'article 7 de la loi prévoit que « la personne atteinte d'un trouble psychiatrique peut choisir un médecin-psychiatre pour l'assister. S'il¹⁶² n'a pas communiqué au greffier le nom d'un médecin-psychiatre de son choix, le juge peut en désigner un »¹⁶³. Ce droit, même si sa consécration est louable, se heurte nécessairement à la réalité du terrain marquée par un manque de moyens humains et financiers criant, en telle sorte que son effectivité est largement sujette à caution¹⁶⁴.

C. La visite et fixation de l'audience

92. Dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête, le juge fixe par ordonnance le lieu et la date de sa visite à la personne concernée ainsi que celle de l'audience¹⁶⁵.

En principe, le juge visite la personne atteinte d'un trouble psychiatrique à l'endroit où elle se trouve, hormis circonstances exceptionnelles¹⁶⁶. La visite et l'audience se déroulant quasi systématiquement à la suite l'une de l'autre, l'audience aura également lieu là où se trouve la personne concernée, qu'il s'agisse de sa résidence ou d'une institution. L'adresse sera en toute hypothèse précisée dans le pli judiciaire.

Aucun changement n'est à relever dans la nouvelle mouture de la loi.

D. L'audition de la personne concernée et de son entourage proche

93. C'est la loi du 20 février 2017 qui, dans un souci de meilleure protection de la personne concernée et information du juge, avait élargi le cercle des personnes à entendre à l'entourage proche.

Par entourage proche de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique¹⁶⁷ il y a lieu d'entendre :

- son conjoint, cohabitant légal ou la personne avec laquelle elle forme un ménage de fait,
- ses parents jusqu'au deuxième degré,
- les personnes qui se chargent des soins quotidiens de la personne concernée ou qui l'accompagnent,
- le requérant,
- ainsi que toutes les autres personnes dont le juge estime l'audition utile.

162 À notre sens, il s'agit là d'une coquille oubliée par le législateur, le pronom visant la personne atteinte d'un trouble psychiatrique (ancien malade mental).

163 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 3.

164 À ce propos, l'un des représentants de l'Union royale des juges de paix et juges de police a indiqué, lors des auditions, que « l'assistance d'un médecin psychiatre pour les auditions et l'audience est intéressante mais impossible à mettre en œuvre, étant donné les agendas chargés de ces praticiens et la faible rémunération prévue » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 33). Dans le même sens, la Cour de cassation a confirmé, dans un arrêt du 8 mars 2021, rendu dans le contexte d'un recours contre une décision de maintien, qu'il n'est pas prévu qu'un délai supplémentaire puisse être accordé au malade qui se fait assister d'un médecin-psychiatre pour lui permettre de déposer l'avis écrit de ce dernier (Cass., 8 mars 2021, *J.J.P.*, 2022, p. 271).

165 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 2.

166 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 5, al. 4.

167 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 5, al. 1 et 2.

Lorsque la personne concernée est titulaire de l'autorité parentale sur la personne d'un enfant, le juge entend, si possible, l'autre parent et, le cas échéant, la personne à laquelle l'enfant mineur a été confié.

Si la personne concernée est mineure, le juge entend, si possible, ses représentants légaux.

Il s'agit donc d'un droit « obligatoire mais conditionnel »¹⁶⁸ compte tenu de l'usage de l'expression « si possible ».

94. À cet égard, il faut souligner que le juge peut déroger à cette obligation d'office ou à la demande de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, si des circonstances graves le justifient¹⁶⁹, par exemple dans un contexte de violences intrafamiliales¹⁷⁰.

§ 4. L'audience

A. Le déroulement de l'audience

95. L'audience et les débats contradictoires se déroulent en chambre du conseil, sauf demande contraire de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ou de son avocat.

Par ailleurs, le juge statue en audience publique.

96. Il entend la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ainsi que toutes les personnes dont il estime l'audition utile, et ce en présence de l'avocat de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, avec une attention particulière sur les proches visés au nouvel article 7, § 5, alinéa 2 de la loi du 26 juin 1990, qu'il doit entendre *si possible* – sous réserve de l'existence de motifs graves justifiant une dérogation (voy. *supra*, chapitre IV, section 1, § 3, D).

B. Le rôle du ministère public

97. La circulaire n° 13/2015 du collège des procureurs généraux précise qu'en première instance, le procureur du Roi n'a pas de compétence d'avis dans la procédure ordinaire et que c'est « uniquement en cas de recours contre une décision du juge de paix »¹⁷¹ qu'il devra rendre un avis.

Elle souligne en outre que « le ministère public n'est partie que dans les procédures d'admission forcée d'urgence, mais pas dans les procédures ordinaires ni dans les procédures suite à une demande de prolongation de l'admission forcée »¹⁷².

98. Concrètement, on retiendra dès lors que lorsque la personne atteinte d'un trouble psychiatrique est majeure, le ministère public ne comparait pas à l'audience devant le juge de paix – sauf s'il est la partie requérante, quoique l'on observe en pratique que le procureur n'est pas présent à l'audience même dans cette hypothèse. Le procureur siègera en revanche en degré d'appel devant le tribunal de la famille.

168 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001*, p. 4.

169 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 5, al. 3.

170 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc., Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003*, p. 9.

171 Circulaire n° 13/2015 du collège des procureurs généraux près les cours d'appel portant directives relatives à l'avis du ministère public en matière civile en application de la loi du 19 octobre 2015 modifiant le droit de la procédure civile et portant des dispositions diverses en matière de justice, p. 9.

172 Circulaire n° 13/2015 du collège des procureurs généraux près les cours d'appel portant directives relatives à l'avis du ministère public en matière civile en application de la loi du 19 octobre 2015 modifiant le droit de la procédure civile et portant des dispositions diverses en matière de justice, p. 9.

Par ailleurs, lorsque la personne concernée est mineure, la présence du ministère public est requise :

- soit pour réquisitions dans le cadre de la procédure d'urgence dont il est seul titulaire du droit d'action ou dans le cadre de la procédure ordinaire si celle-ci a été initiée par ses soins en qualité de personne intéressée ;
- soit pour avis dans le cadre de la procédure ordinaire lorsque celle-ci a été initiée par une autre personne intéressée¹⁷³.

C. L'éventuel jugement provisionnel et la fixation consécutive d'une seconde audience

99. Nous renvoyons le lecteur aux observations développées plus haut quant à cette problématique (voy. *supra* chapitre III, section 2, § 2).

§ 5. Le jugement

A. Le prononcé du jugement « au plus tard dans les dix jours » de l'introduction de la requête

100. L'ancienne mouture de l'article 8 de la loi exigeait que le juge statue « dans les dix jours » de l'introduction de la requête.

À l'issue d'âpres discussions parlementaires, ce délai a été maintenu, à la demande expresse des juges de paix¹⁷⁴.

La nouvelle mouture de l'article 8 instaure toutefois une nuance en ajoutant que c'est « au plus tard » dans les dix jours que le jugement devra être prononcé. Par l'usage de ces termes, le législateur a vu le moyen de mettre l'accent sur la priorisation « dans le souci d'informer le patient le plus rapidement possible quant au maintien ou à l'imposition ou non de la mesure de protection par le juge de paix. Au plus brève est la période, au mieux »¹⁷⁵. Nous doutons que l'ajout de cette expression entraîne un effet concret dans la pratique, en ce qu'il semble davantage résulter d'un compromis que refléter un réel engagement des juges de prononcer la décision en deçà du délai de dix jours...

B. La notification du jugement

101. L'article 8, § 2, prévoit trois types de notifications. Il est intéressant de relever que si les deux premières restent similaires à celles de l'ancien régime, la troisième a toutefois été adaptée dans un souci de conformité aux exigences du RGPD.

Premièrement, le jugement est notifié aux parties par pli judiciaire.

¹⁷³ C. jud., art. 765.

¹⁷⁴ Il est intéressant de relever qu'initialement le groupe de travail souhaitait réduire ce délai à cinq jours, dans le souci d'informer le patient le plus rapidement possible de la décision du juge au motif qu'« au plus brève est la période, au mieux » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 29). La praticabilité de ce délai étant peu convaincante, le délai a ensuite été ramené à neuf jours jusqu'au projet de loi. Il aura fallu se retrouver au stade avancé des amendements pour que le délai soit finalement *in extremis* maintenu à dix jours. Toutefois, l'on n'est pas à l'abri d'un raccourcissement par une intervention législative future car les travaux préparatoires précisent que « ces affaires doivent être traitées en priorité par le juge de paix et [qu]on évaluera si un délai plus court est possible » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 29).

¹⁷⁵ Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 29.

Deuxièmement, une copie non signée du jugement est envoyée aux conseils des parties, au procureur du Roi et, le cas échéant, au représentant légal, au médecin-psychiatre (visé à l'article 7, § 3) et à la personne de confiance de la personne concernée.

Troisièmement, le dispositif du jugement est notifié à l'entourage proche de la personne concernée.

Le législateur de 2024 apporte ici une rectification d'une disposition introduite par la loi du 20 février 2017. Cette loi prévoyait que la notification à l'entourage proche devait s'effectuer par l'envoi via le greffe d'une copie non signée du jugement.

Cependant, cette forme de notification est parue « excessive »¹⁷⁶ en raison des éléments et informations sensibles contenus dans la copie du jugement ainsi communiquée (par exemple, des informations médicales relatives à la personne concernée). Or le risque a été pointé que ces données soient utilisées par certaines parties à des fins opportunistes dans des procédures civiles ou familiales, et ce, au détriment de la personne ayant fait l'objet de la mesure de protection, spécifiquement au regard du droit au respect de sa vie privée.

Cet argument est surtout d'actualité lorsque la personne concernée est titulaire de l'autorité parentale sur un enfant mineur puisqu'en une telle occurrence le greffe est tenu de procéder à la notification à l'autre parent¹⁷⁷. Lorsqu'une procédure judiciaire visant à régler les conséquences de la séparation des parties est diligentée devant le tribunal de la famille, on se doute des dérives potentielles si l'autre parent entendait exploiter devant le tribunal les données personnelles contenues, le cas échéant, dans le jugement de protection.

Dans un souci de prudence, incontestablement influencé par le RGPD, la loi du 16 mai 2024 limite donc désormais strictement la notification à l'entourage proche au dispositif du jugement¹⁷⁸, ce qui est bienvenu.

C. Les voies de recours

102. Les jugements prononçant la mesure de protection ou la prolongation sont susceptibles d'appel, mais l'opposition reste toujours exclue¹⁷⁹.

Le délai d'appel est maintenu à quinze jours à dater de la notification du jugement¹⁸⁰.

L'appel n'est pas suspensif : le jugement est exécutoire par provision, nonobstant appel¹⁸¹.

L'appel de la décision rendue par le juge de paix sera porté devant le tribunal de la famille tandis que l'appel de la décision rendue par le tribunal de la jeunesse sera porté devant la cour d'appel, chambre de la jeunesse.

103. Quant au jugement dit provisionnel visé à l'article 8, § 1, alinéa 2 (dans le cadre d'un traitement volontaire sous conditions), par lequel le juge remet la cause à une audience ultérieure dans les quinze jours afin de permettre le dépôt d'un plan de traitement, la

176 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 30.

177 Et, le cas échéant, à la personne à qui l'enfant mineur a été confié.

178 Loi du 26 juin 1990, art. 8, § 2, al. 3.

179 L'exclusion de l'opposition des voies de recours se trouve justifiée par le motif selon lequel la personne atteinte d'un trouble psychiatrique « est toujours censée être présente ou à tout le moins représentée par conseil » (I. DOGNÉ, « Prise en charge et accompagnement des mineurs souffrant de troubles divers », in T. MOREAU et S. BERBUTO (dir.), *Réforme du droit de la jeunesse. Questions spéciales*, Liège, Anthemis, 2007, p. 33).

180 Loi du 26 juin 1990, art. 30.

181 Loi du 26 juin 1990, art. 30.

question du caractère appellable du jugement dépend de sa nature. Nous renvoyons à cet égard le lecteur aux développements y relatifs (voy. *supra* chapitre III, section 2, § 2).

Section 2. La procédure d'urgence

§ 1. Le procureur du Roi, titulaire unique du droit d'action

104. Comme sous l'ancien régime, la procédure d'urgence ne peut être diligentée que par le procureur du Roi qui dispose – seul – du droit d'action en cette procédure.

En cas d'urgence, le procureur peut, sans décision judiciaire préalable, prendre une mesure de protection :

- soit d'office, à la suite de l'avis écrit d'un médecin qu'il désigne ;
- soit sur demande écrite d'une personne intéressée, laquelle doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié.

105. Si l'urgence reste une question de fait laissée à l'appréciation du ministère public, elle doit ressortir de l'avis ou du rapport précité¹⁸².

§ 2. La période d'évaluation clinique

106. L'instauration d'une période d'évaluation clinique – pour la seule procédure d'urgence – constitue assurément l'une des nouveautés clés de la loi du 16 mai 2024.

Il s'agit d'une « évaluation psychiatrique et somatique approfondie dans un environnement résidentiel aboutissant à un rapport médical circonstancié préalable à une éventuelle mesure d'observation protectrice ou un traitement volontaire sous conditions »¹⁸³.

Elle est limitée à quarante-huit heures. En outre, elle est facultative et ne peut être diligentée qu'à la discrétion du procureur.

L'objectif de cette nouvelle mesure est de réduire les décisions d'admissions forcées, non seulement en s'assurant de la réunion des trois conditions de l'article 2, en tentant de convaincre la personne concernée de se faire soigner volontairement mais également en vue d'évaluer de façon critique si l'état de ladite personne justifie qu'il soit recouru à une admission forcée¹⁸⁴.

En ce sens, conformément à l'article 9, § 2, dernier alinéa, « le procureur du Roi peut, à tout moment, mettre fin à l'évaluation clinique sans autre mesure ».

107. Il est intéressant de relever que la stricte limitation d'une période d'évaluation clinique à la seule procédure d'urgence, à l'exclusion de la procédure ordinaire, a été justifiée dans les travaux préparatoires en ces termes : « l'introduction d'une telle période d'évaluation clinique [est] uniquement [limitée au] cadre de la procédure d'urgence compte tenu de son caractère urgent et du risque plus élevé d'abus de celle-ci. En revanche, la procédure générale devant le juge [...] accorde aux requérants suffisamment de temps pour fournir un rapport médical circonstancié et se fonde, contrairement à la procédure d'urgence, sur

182 Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la commission de la justice par Mme HERMAN-MICHELSENS, *Doc.*, Sén., 1989-1990, n° 733/2, p. 62.

183 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 32.

184 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 32.

une appréciation *a priori* du juge, ce qui rend la nécessité d'une telle période d'évaluation clinique moins grande dans cet accès »¹⁸⁵.

La corrélation voire le raccourci que semble faire le législateur entre urgence et abus prête le flanc à la critique, et ce même s'il va de soi que la procédure d'urgence offre, par essence, moins de garanties que la procédure ordinaire.

108. Si la période d'évaluation clinique n'est possible qu'en cas de procédure d'urgence, elle n'en constitue néanmoins pas un prérequis obligatoire. En effet, si le procureur considère ne pas devoir être plus amplement informé car il estime disposer de tous les éléments nécessaires à sa prise de décision dans l'avis écrit ou dans le rapport médical circonstancié et être suffisamment informé quant à l'état de santé de la personne, il peut immédiatement prendre la décision visée à l'article 9, § 4, alinéa 1, 1° ou 2° (voy. *infra*, point 113).

En tout état de cause, la décision de recourir, le cas échéant, à une évaluation clinique appartient exclusivement au procureur du Roi. En outre, elle « ne peut être réalisée qu'aux mêmes conditions prévues à l'article 2, à l'exception de la condition du défaut de tout autre traitement approprié »¹⁸⁶.

109. Autrement dit, cette période d'observation clinique peut être diligentée par le ministère public pour autant qu'il constate que le patient concerné est atteint d'un trouble psychiatrique et représente un danger grave pour lui-même ou autrui.

Un tempérament existe donc quant à la troisième condition : il n'est pas exigé de vérifier l'absence de tout autre traitement approprié. Sa justification résiderait dans le fait que l'évaluation clinique a précisément pour finalité de déterminer la mesure la plus appropriée parmi le panel désormais offert par la nouvelle loi – et qui pourrait consister le cas échéant en un traitement volontaire sous conditions. Cette explication ne nous convainc pas, dans la mesure où la condition faisant l'objet du tempérament porte sur l'absence de *traitement* alternatif adéquat, alors que l'objectif de la période d'évaluation clinique est d'identifier la *mesure* protectrice la plus pertinente – et d'encourager les soins volontaires¹⁸⁷. Il semble plutôt que ce tempérament soit le corollaire de l'atténuation dans le chef du procureur du Roi de l'exigence d'un rapport médical circonstancié pour justifier la privation de liberté¹⁸⁸.

Comme déjà indiqué, le délai de cette évaluation clinique est de – maximum – quarante-huit heures. Il commence à courir à partir de la privation de liberté de la personne concernée, et non de la décision de recourir à l'évaluation clinique.

110. Dès l'amorce de cette période d'observation clinique, le patient a le droit de se faire assister d'un avocat (voy. *infra*, chapitre IV, section 2, § 6).

111. Bien que cela ne figure pas explicitement dans la loi du 16 mai 2024, les travaux préparatoires relèvent que durant cette phase d'observation clinique, « le patient devrait pouvoir avoir, de préférence, un contact avec le procureur du Roi en présence de son avocat. Il est

185 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 32.

186 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 2, al. 2.

187 Les travaux préparatoires révèlent d'ailleurs une autre lecture, selon laquelle cette nouvelle phase a pour but d'« évaluer de manière critique si le patient évalué entre également en ligne de compte pour une admission forcée », c'est-à-dire vérifier le respect des conditions de l'article 2.

188 En effet, le procureur du Roi « peut intervenir : 1° d'office suite à l'avis écrit d'un médecin désigné par lui ; ou, 2° sur demande écrite d'une personne intéressée, qui sera accompagnée du rapport visé à l'article 5, § 2 » (loi du 26 juin 1990, art. 9, § 1, al. 1 ; projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 32).

important que le patient puisse expliquer sa situation. Ce, sous réserve toutefois que cela soit faisable pour le procureur du Roi »¹⁸⁹. Même si l'on décèle son fondement empreint d'humanité, cette suggestion, formulée par ailleurs de manière timorée, semble participer d'une certaine naïveté du législateur compte tenu de la charge de travail des parquets du Royaume. Sa praticabilité reste, en tout état de cause, sujette à caution.

112. L'évaluation clinique « doit déboucher sur un rapport médical circonstancié. À cet égard, le médecin concerné doit vérifier si les conditions légales relatives à une mesure d'observation protectrice ou à un traitement volontaire sous conditions sont remplies ou non. Il convient d'examiner si, d'un point de vue psychiatrique, il existe une raison d'engager une mesure protectrice de ce type au sens de la loi du 26 juin 1990 »¹⁹⁰.

Le procureur du Roi, au terme de la période d'évaluation clinique, est dès lors en possession de deux rapports médicaux : le premier est soit un avis écrit d'un médecin qu'il a désigné, soit un rapport médical circonstancié conforme à l'article 5, § 2, fourni par la partie intéressée¹⁹¹; le second est le rapport médical circonstancié conforme à l'article 5, § 2, réalisé en suite de l'évaluation clinique¹⁹².

Or il existe potentiellement un risque de contradiction entre ces deux rapports : en une telle occurrence, les travaux préparatoires indiquent que « le juge tranchera en faveur de l'un ou de l'autre » et qu'il « peut entendre toute personne qu'il estime opportun d'entendre et peut, s'il le souhaite, entendre les deux médecins »^{193 194}.

Pourtant, force est de constater que rien n'impose au procureur de transmettre le premier rapport.

Dans une tournure de phrase pour le moins sibylline, la loi indique en effet que celui-ci « peut, sur la base du rapport visé à l'article 5, § 2 : 1° ordonner une mesure d'observation protectrice [...] ; 2° proposer un traitement volontaire sous conditions [...] »¹⁹⁵.

Bien que la loi ne précise pas si le rapport devant être obligatoirement produit en annexe de la requête est celui réalisé avant ou après la période d'évaluation clinique, les travaux préparatoires visent expressément la seconde hypothèse. Ces derniers tendent également à conférer une primauté au rapport établi à la suite de l'évaluation clinique, rappelant que celle-ci est prévue par le législateur pour offrir un moyen de contrôle contre les admissions injustifiées, évoquant un filtre instauré pour éviter les abus¹⁹⁶. La formulation n'est pas neutre, l'idée sous-jacente qui transparaît étant que le second rapport, établi au terme d'un processus dédié, serait nécessairement plus qualitatif que le premier.

En outre, la loi n'indique pas si la personne atteinte d'un trouble psychiatrique et son conseil auront accès au premier rapport médical, lequel est pourtant de nature à offrir un éclairage au juge sur la situation de la personne ayant originellement justifié la mise en branle de la procédure.

189 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 35.

190 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 33.

191 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 1, al. 1.

192 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 2, al. 5.

193 Loi du 26 juin 1990, art. 7, § 5.

Si cette proposition théorique semble exempte de tout reproche, nous émettons de sérieux doutes quant à sa praticabilité.

194 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 33-34.

195 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3.

196 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 33.

Cette absence d'accès pose également question au regard des principes directeurs en la matière, notamment le contradictoire et la prévention contre la détention arbitraire, dans la mesure où c'est ce premier document médical qui constitue la justification de la privation de liberté initiale – qui peut durer jusqu'à septante-deux heures avant la saisine d'un juge (soit les quarante-huit heures de l'évaluation clinique à partir de la privation de liberté majorées des vingt-quatre heures endéans lesquelles le procureur du Roi doit saisir le juge par requête). On constate d'ailleurs une différence de traitement pour laquelle aucune justification n'est avancée : l'avis écrit d'un médecin désigné par le procureur du Roi lui-même à l'entame de la procédure d'urgence – et qui fonde sa première décision de privation de liberté – est le seul dont il n'est pas exigé qu'il soit conforme au prescrit de l'article 5, § 2¹⁹⁷.

Pour permettre à la contradiction d'opérer, on ne peut qu'encourager la solution consistant à verser au dossier de procédure l'ensemble des rapports médicaux disponibles.

Il appartiendra *in fine* au juge de réaliser un contrôle des conditions légales, à la lumière des différents rapports, pour statuer.

§ 3. Les options ouvertes au procureur à l'issue de la période d'évaluation clinique ou en l'absence de celle-ci

113. Dans les quarante-huit heures qui forment la période d'évaluation clinique, ou dans le délai de vingt-quatre heures qui lui est offert à défaut d'ordonner une telle évaluation, le procureur du Roi dispose de trois options alternatives, qu'il actionnera en tenant compte de l'avis écrit ou des rapports médicaux circonstanciés en sa possession¹⁹⁸.

Premièrement, il peut ordonner une mesure d'observation protectrice¹⁹⁹.

Deuxièmement, il peut proposer un traitement volontaire sous conditions et, le cas échéant, lier cette décision au respect des conditions visées à l'article 4/2, § 1, alinéa 2²⁰⁰ – ce qui signifie que le procureur peut également proposer des conditions à respecter dans les mêmes circonstances et limites que le juge dans le cadre d'une procédure ordinaire.

Si le rapport médical circonstancié conclut à la nécessité d'un traitement volontaire sous conditions²⁰¹, sans toutefois comprendre de plan de traitement, « il semble opportun que le procureur du Roi puisse proposer un traitement volontaire. Le plan de traitement est ensuite soumis par la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, de préférence lors de

197 Ce constat pose d'autant question que l'on sait que cette dispense n'existe pas lorsque le procureur du Roi est à l'initiative de la procédure ordinaire, en qualité de personne intéressée (loi du 26 juin 1990, art. 5). La loi ne précise par ailleurs en rien les informations qui doivent figurer dans l'avis écrit réalisé par le médecin qu'il désigne, dans le contexte de la procédure d'urgence. À cet égard, même si la loi n'impose pas le respect des exigences de l'article 5, § 2, le procureur du Roi pourra veiller à solliciter un avis écrit conforme à cette disposition.

198 Ce rapport est établi conformément à l'article 5, § 2 de la loi du 26 juin 1990 (voy. *supra*, chapitre IV, section 1, § 2).

199 Loi du 26 juin 1990, art. 4/1.

200 Loi du 26 juin 1990, art. 4/2. Dans cette hypothèse, il peut, le cas échéant, assortir cette décision des conditions visées à l'article 4/2, § 1, alinéa 2.

201 L'hypothèse est évoquée dans les travaux préparatoires. Néanmoins, nous ignorons en réalité si les médecins prendront clairement position dans le rapport médical circonstancié quant à la mesure à mettre en œuvre. La loi ne l'indique pas et le modèle de rapport médical standardisé suppose une intervention du Roi (loi du 26 juin 1990, art. 5, § 2, al. 5). À ce stade sont uniquement connus les sept critères autour desquels s'articulera le rapport : « les circonstances de l'examen, l'état physique de la personne atteinte d'un (possible) trouble psychiatrique, la situation familiale et le contexte social, le trouble psychiatrique, les possibilités de soins adaptés ou l'absence d'alternative, le critère de danger, le degré d'urgence » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 24-25).

l'audience devant le juge [...]. La personne à protéger dispose ainsi de quelques jours pour l'établir. [...] C'est ensuite le juge qui déterminera à l'audience si le traitement volontaire proposé par le procureur du Roi, accompagné d'un plan de traitement de préférence déposé entre-temps, peut être prononcé »²⁰².

Dans l'hypothèse où la mesure ne serait pas préconisée dans le rapport circonstancié, nous avons du mal à concevoir que le procureur du Roi prenne l'initiative – et la responsabilité – de mettre en œuvre une mesure de traitement volontaire sous conditions. D'autant qu'en dépit des vœux du législateur, il est très peu probable que le procureur rencontre la personne avant de prendre sa décision. Partant, l'on ne devrait rencontrer que très rarement en pratique des mesures de traitement volontaires sous conditions initiées – avec le consentement de la personne concernée – par le procureur du Roi.

On peut légitimement questionner la praticabilité, la responsabilité ainsi que la charge de travail supplémentaire imposées au ministère public en faisant reposer sur ce dernier la charge de proposer des conditions, même s'il ne s'agit que d'une simple faculté.

Il faut par ailleurs souligner que le plan de traitement devra ensuite être présenté par la personne concernée, au plus tard, lors de l'audience subséquente à la saisine du juge par le procureur via requête. Dans le cadre de la procédure d'urgence, comme nous l'avons déjà indiqué (voy. *supra*, chapitre III, section 2, § 2), la loi ne permet pas au juge de remettre la cause à une seconde audience afin de se faire soumettre le plan de traitement qui n'aurait, le cas échéant, pu être rédigé pour la première audience. À défaut de décision prise par le juge endéans les dix jours du dépôt de la requête par le procureur du Roi, la mesure prise par ce dernier prendra alors fin²⁰³.

L'impossibilité, dans le cadre de la procédure d'urgence, pour le juge de prononcer un jugement provisionnel afin de remettre la cause à une audience ultérieure dans les quinze jours est, à notre estime, légitime. Cette différence de traitement entre la procédure ordinaire et la procédure urgente se justifie par l'exigence temporelle de fixer un cadre juridique pour protéger la personne concernée. Permettre, dans le cadre de la procédure d'urgence, une remise à quinze jours, même en énonçant des conditions à respecter par la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, pourrait se révéler quelque peu antinomique avec la nécessité impérative de protection de la personne et/ou de la société.

Troisièmement, le procureur peut décider de mettre fin à l'évaluation clinique à tout moment, sans autre mesure.

114. Les modalités d'exécution de la décision prise par le procureur du Roi restent à fixer par arrêté royal. À titre exemplatif, il appartiendra ainsi au Roi de fixer les modalités et données des diverses notifications, notamment de la décision concernant l'évaluation clinique ou de la décision ultérieure, objet du point suivant.

§ 4. La triple notification de la décision prise par le procureur du Roi

115. L'article 9, § 3, prévoit trois types de notifications incombant au procureur du Roi, à réaliser dans les vingt-quatre heures de sa décision (voy. *infra*, chapitre IV, section 2, § 5, pour les nuances relatives à ce délai).

202 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 34.

203 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 4, *in fine*. *Contra* : K. ROTTHIER, « De nieuwe 'wet inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening': een korte leidraad », *J.J.P.*, 9-10/2024, p. 609.

Premièrement, il doit communiquer au juge sa décision de prendre une mesure de protection ainsi que sa requête. Deuxièmement, il doit communiquer à la personne concernée et, le cas échéant, à son avocat, son entourage proche ainsi qu'au requérant sa décision de prendre une mesure de protection ainsi que sa requête. Enfin, la troisième notification ne s'envisage que si la mesure de protection ordonnée est une mesure d'observation protectrice, auquel cas le procureur doit communiquer sa décision au directeur de l'institution résidentielle, en vue de sa mise en œuvre²⁰⁴.

116. Les modalités d'exécution de la décision du procureur ainsi que la manière dont les notifications doivent être faites (notamment les modalités et les données de ces notifications) restent à déterminer par arrêté royal²⁰⁵.

§ 5. La saisine du juge par le procureur du Roi

117. Lorsque le procureur prend une mesure de protection au bénéfice de l'urgence, il est tenu de saisir le juge par requête conformément à la procédure prévue à l'article 5, soit la procédure ordinaire.

Le délai de cette saisine, prescrit à peine de déchéance²⁰⁶, n'a pas été modifié par la loi du 16 mai 2024.

La requête doit être adressée par le procureur du Roi au juge dans les vingt-quatre heures de sa décision.

118. Il faut dorénavant composer avec l'éventuelle période d'évaluation clinique. Comme indiqué ci-avant, le texte prévoit qu'avant l'issue du délai de quarante-huit heures de l'évaluation clinique, le procureur soit ordonne une mesure d'observation protectrice, soit propose un traitement volontaire sous conditions, soit ne prend pas de mesure.

Lorsque le ministère public prend une des deux mesures de protection précitées, il doit adresser une requête au juge en vue de la confirmation de la mesure, et ce, dans les vingt-quatre heures suivant sa décision.

Cette règle signifie concrètement que lorsque la mesure de protection a été prise par le procureur du Roi sans passer par une évaluation clinique parce qu'il estimait que l'état de santé de la personne était suffisamment clair sur la base du rapport médical ou de l'avis écrit lui communiqué, il doit prendre une décision quant à la mesure dans les vingt-quatre heures de la privation de liberté et saisir le juge dans les vingt-quatre heures de cette décision. Par conséquent, la saisine du juge interviendra au plus tard dans les quarante-huit heures de la privation de liberté de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

En revanche, si une évaluation clinique a été diligentée, la saisine du juge interviendra au plus tard dans les septante-deux heures de la privation de liberté de la personne concernée puisque le délai de vingt-quatre dans lequel le procureur doit prendre sa décision prend cours au terme des quarante-huit heures de cette évaluation²⁰⁷.

204 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch.*, 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 36-38. Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3, al. 2-4 et 6.

205 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch.*, 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 38 et loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3, al. 7.

206 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3, al. 9.

207 Sauf, bien évidemment, si le procureur du Roi prend une décision avant l'échéance du délai de quarante-huit heures de l'évaluation clinique.

119. Le juge dûment saisi vérifiera la conformité de la mesure prise aux conditions légales et, *in fine*, soit la confirmera, soit y mettra fin.

Le procureur du Roi joint à cette requête le rapport médical circonstancié établi sur la base de l'évaluation clinique qui lui aura été transmis. À défaut d'évaluation clinique, un rapport médical circonstancié devra en toute hypothèse être annexé, à charge pour le procureur du Roi d'obtenir un tel rapport. Par souci de pragmatisme, l'idéal serait de veiller à ce que l'avis écrit qu'il demande – s'il échec – à l'entame de la procédure d'urgence soit d'emblée conforme aux exigences de l'article 5, § 2.

C'est à l'aune de ce rapport médical circonstancié que le juge se prononce ensuite, dans un délai de dix jours, sur la mesure de protection prise par le procureur du Roi, c'est-à-dire « sur le maintien de la mesure d'observation protectrice ou le traitement volontaire sous conditions imposée par le procureur du Roi »²⁰⁸.

Ce délai de dix jours, à l'instar de la procédure ordinaire, court à compter du dépôt de la requête²⁰⁹.

120. Pour le reste, la procédure d'urgence cède le pas à la procédure ordinaire à compter de la saisine du juge, de telle sorte que les développements ci-avant en ce qui concerne notamment ladite saisine, la fixation de la cause, le déroulement de l'audience ou encore les notifications du jugement sont applicables par analogie (voy. *supra*, chapitre IV, section 1).

§ 6. La désignation et l'intervention de l'avocat dans le contexte de la procédure d'urgence

121. Ce qui a été écrit à propos de la désignation et de l'intervention de l'avocat dans le contexte de la procédure ordinaire (voy. *supra*, chapitre IV, section 1, § 3, A) vaut également pour la procédure d'urgence, sous les réserves ci-après.

122. Lorsqu'une mesure de protection est envisagée dès l'entame par le prisme de l'urgence, un avocat doit être désigné par le bâtonnier ou le BAJ à la demande du procureur du Roi dès que ce dernier prend une mesure.

La loi ne précise pas autrement le moment de la désignation de l'avocat, qui pourrait dès lors correspondre soit au moment de la décision du procureur d'ordonner la privation de liberté (voy. *supra*, chapitre VI, section 2, § 2), soit au moment où il détermine la mesure à ordonner (voy. *supra*, chapitre VI, section 2, § 3).

Les travaux préparatoires précisent à ce sujet que « la personne concernée a le droit d'avoir accès à un avocat dès le premier jour. L'avocat doit être impliqué dès le début de la période d'évaluation clinique. C'est inscrit explicitement dans la procédure d'urgence modernisée. Compte tenu de la planification à court terme que cela nécessite, une réorganisation de la permanence sera nécessaire. Nous renvoyons à cet égard au régime de garde dans le cadre de la loi Salduz. L'avocat peut bien entendu ne pas prendre part aux entretiens entre le patient et le psychiatre, sauf si le patient le demande expressément »²¹⁰.

208 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 35.

209 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3, *in fine* ; Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Avis du Conseil d'État n° 73.775/2 du 11 juillet 2023, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 114.

210 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 32, 35 et 37.

Il en ressort que c'est dès la décision de privation de liberté que prend le procureur du Roi que celui-ci doit former la demande de désignation d'un avocat – sauf, à notre sens, si un avocat intervient déjà (voy. *supra*, point 88).

Reste à voir comment la pratique évoluera au regard de cette exigence, les représentants de l'Union royale des juges de paix et juges de police ayant déjà fait part de leur scepticisme à cet égard, tandis que les représentants des ordres des barreaux néerlandophones, francophones et germanophones étaient davantage confiants dans la capacité d'adaptation de la profession pour répondre à cette demande²¹¹.

Chapitre V. La mesure de protection dans le temps

Section 1. La durée initiale de la mesure de protection : quarante jours maximum

123. L'article 12/1 fixe la durée initiale de la mesure de protection, valable tant pour la mesure d'observation protectrice que pour les conditions attachées au traitement volontaire sous conditions.

Cette durée initiale est de quarante jours au maximum, comme c'était le cas précédemment. Elle commence à courir à partir de la mise en oeuvre de la mesure, soit par exemple l'admission dans l'établissement²¹².

Dans le cadre d'une procédure d'urgence, elle prend cours à compter de la privation de liberté de la personne concernée.

124. Un régime dérogatoire est désormais prévu en cas d'évaluation clinique dans le cadre d'une procédure d'urgence : si la mesure de protection (qu'il s'agisse d'une mesure d'observation protectrice ou d'un traitement volontaire sous conditions) est précédée d'une période d'évaluation clinique dans le cadre d'une procédure d'urgence, les quarante jours courent à partir de la privation de liberté qui a précédé l'évaluation clinique.

Durant cette période de quarante jours, il peut être prématurément mis fin à la mesure de protection soit par le juge qui a pris la mesure de protection, à la demande de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique ou de tout intéressé, soit par le procureur du Roi qui a pris la mesure de protection, aussi longtemps que le juge n'a pas statué²¹³.

Section 2. La prolongation de la mesure de protection et la révision de cette prolongation

125. Le terme « maintien » est requalifié en « prolongation », tout en préservant toutes les modalités existantes²¹⁴.

En effet, si auparavant le maintien à l'issue de la période initiale de quarante jours était vu comme une mesure distincte, la prolongation est désormais appréhendée comme une

211 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission de la Justice par Mme Katja GABRIËLS et M. Christoph D'HAESE, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/003, p. 32.

212 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Avis du Conseil d'État n° 73.775/2 du 11 juillet 2023, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, pp. 42-43.

213 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Avis du Conseil d'État n° 73.775/2 du 11 juillet 2023, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 51.

214 Loi du 26 juin 1990, art. 13.

extension de la mesure de protection. Ainsi, elles « doivent donc être considérées comme une seule et même mesure au sein de laquelle les mêmes modalités sont possibles »²¹⁵.

126. La durée maximale de la prolongation est réduite de deux ans à un an « pour s'assurer que les mesures de protection ne durent pas plus longtemps que nécessaire »²¹⁶.

Une fois n'est pas coutume, la loi est imprécise. L'article 13 – qui précisait auparavant que la durée du maintien ne pouvait dépasser deux ans – prévoit désormais que la durée de prolongation de la mesure fixée par le juge « ne peut à chaque fois dépasser un an ». Est-ce à dire que la prolongation d'un an peut être réitérée pour un an supplémentaire jusqu'à atteindre les deux années maximales de l'ancienne législation ? Ou est-ce que le juge est habilité à renouveler la mesure de protection à chaque fois pour un an supplémentaire sans limite dans le temps ? À défaut de précision, nous nous rallions à cette deuxième interprétation.

127. La prolongation peut concerner aussi bien la mesure d'observation protectrice que le traitement volontaire sous conditions.

128. La prolongation de la mesure peut faire l'objet d'une révision.

Sous l'ancienne mouture, seul le maintien de la mesure pouvait faire l'objet d'une révision. Si, comme nous l'avons vu ci-avant, la phase de maintien est supprimée et remplacée par la prolongation effective de la mesure, la révision n'est toujours pas permise pour la phase initiale de quarante jours et est dès lors limitée à la prolongation²¹⁷.

129. Pour le reste, les modalités de la révision, désormais inscrites à l'article 14 de la loi, restent les mêmes que celles énoncées dans l'ancien article 22.

130. La loi prévoit par ailleurs que lorsque le tribunal de la jeunesse intervient, une révision d'office de la prolongation de la mesure a lieu tous les trois ou six mois, selon l'hypothèse²¹⁸.

Section 3. La suppression de la postcure

131. Sous l'empire de l'ancien régime, la postcure avait pour objectif, durant la période de maintien, de permettre à la personne concernée de poursuivre son parcours thérapeutique en dehors de l'établissement psychiatrique, et ce dans un souci de réinsertion sociale²¹⁹.

215 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch., 2023-2024*, n° 55-3721/001, p. 44.

216 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch., 2023-2024*, n° 55-3721/001, p. 43.

217 Loi du 26 juin 1990, art. 14.

Suite à l'avis du Conseil d'État – qui se demandait légitimement pourquoi la possibilité de révision ne s'appliquait qu'à la décision de prolongation de la mesure de protection, à l'exclusion de la décision initiale de quarante jours –, les travaux préparatoires expliquent que « la révision de la mesure ne subsiste, comme auparavant, que pour la prolongation de la mesure de protection et non pour la décision initiale compte tenu de sa durée maximale limitée à quarante jours contre une durée maximale d'un an pour la prolongation. Si une révision était possible pendant ces quarante premiers jours, il est plus que probable que la période de quarante jours aura expiré avant que le juge ne prenne une décision. Ce sera certainement le cas dans une procédure d'urgence où la période de quarante jours commence déjà à courir à partir de la privation de liberté avant l'évaluation clinique. Pour cette raison, la révision ne reste possible que pendant la prolongation de la mesure de protection » (Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc., Ch., 2023-2024*, n° 55-3721/001, p. 44).

218 Loi du 26 juin 1990, art. 14, al. 8 : « le tribunal de la jeunesse procède à la révision de la décision de prolongation tous les six mois au moins, ou tous les trois mois au moins si la mesure est prise sur la base de l'article 52 de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait ».

219 I. DOGNÉ, *op. cit.*, p. 31.

Conçue comme une modalité de maintien de la mesure de mise en observation, cette mesure est désormais supprimée.

132. La loi du 16 mai 2024 lui substitue la mesure de « traitement volontaire sous conditions », en raison des nombreuses similitudes que ces deux concepts partagent²²⁰. Concrètement, « la “postcure” disparaît en tant que mesure distincte et se transforme en une conversion d’une mesure d’observation protectrice en un traitement volontaire sous conditions »²²¹, régie par l’article 16, nouvelle mouture. Nous renvoyons à cet égard le lecteur aux développements relatifs à cette disposition (voy. *supra* chapitre III, section 1, § 5).

Section 4. La levée et fin de la mesure de protection

133. La mesure de protection peut prendre fin naturellement, à son terme²²², ou de manière prématurée, ce qui retiendra notre attention dans les paragraphes qui suivent. Elle peut également prendre fin, dans l’hypothèse de la mesure décidée par le procureur du Roi, en cas de non-respect des délais auxquels ce dernier et le juge sont astreints dans le cadre de la procédure d’urgence²²³.

Attardons-nous à présent sur l’article 19, qui détermine quand il peut être mis fin prématurément aux mesures de protection²²⁴, en l’occurrence de plusieurs façons.

134. Premièrement, par le juge qui a pris la mesure de protection, à la demande de la personne atteinte d’un trouble psychiatrique ou de toute personne intéressée.

Selon qu’il s’agisse d’une mesure d’observation protectrice ou d’un traitement volontaire conditionnel, l’avis, respectivement, du médecin-chef de service ou du médecin traitant doit toujours être demandé²²⁵.

135. Deuxièmement, par le procureur du Roi qui a pris la mesure de protection, tant que le juge n’a pas statué.

Il doit informer préalablement à la sortie de la personne concernée, son avocat, son représentant légal et son entourage proche. Il fait savoir à ces dernières ainsi qu’au juge s’il se désiste de sa demande²²⁶.

Ces deux premières hypothèses valent tant pour la mesure d’observation protectrice que pour le traitement volontaire sous conditions.

136. Troisièmement, lorsque la mesure de protection est une mesure d’observation protectrice, par le médecin-chef de sa propre initiative ou à la demande de toute personne intéressée, en constatant dans un rapport motivé que l’état de la personne atteinte d’un trouble psychiatrique ne justifie plus cette mesure.

Le médecin-chef de service informe de sa décision la personne concernée, son avocat, le procureur du Roi et le directeur de l’établissement. Ce dernier avertit immédiatement et préalablement à la sortie le magistrat qui a pris la décision, le juge saisi, le requérant ainsi que l’entourage proche²²⁷.

220 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 47.

221 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 48.

222 Loi du 26 juin 1990, art. 20.

223 Loi du 26 juin 1990, art. 9, § 3, *in fine*.

224 Cette disposition remplace et modifie l’ancien article 12.

225 Loi du 26 juin 1990, art. 19, § 1, 1°.

226 Loi du 26 juin 1990, art. 19, § 1, 2°.

227 Loi du 26 juin 1990, art. 19, § 2, 1°.

137. Quatrièmement, lorsque la mesure de protection est un traitement volontaire sous conditions, par le médecin traitant responsable de l'exécution dudit traitement, de sa propre initiative ou à la demande de toute personne intéressée, en constatant que les conditions liées au traitement volontaire sous conditions ne sont plus nécessaires.

En cette dernière occurrence, les travaux préparatoires soulignent « que cette cessation prématurée ne concerne que la nature conditionnelle du traitement volontaire sous conditions et les conditions qui y sont attachées. Si la personne souffrant d'un trouble psychiatrique souhaite, de sa propre initiative, continuer à recevoir un traitement volontaire dans les mêmes conditions ou dans la même institution, cette cessation prématurée du caractère conditionnel ne l'y empêche pas »²²⁸. La personne concernée ne sera plus soumise au champ d'application de la loi compte tenu du basculement de son parcours thérapeutique vers un caractère entièrement volontaire.

Le responsable d'exécution du traitement volontaire sous conditions informe de sa décision la personne concernée, son avocat et le procureur du Roi. Il avertit immédiatement et préalablement à la fin du traitement le magistrat qui a pris la décision, le juge saisi, le requérant ainsi que l'entourage proche²²⁹.

138. Comme auparavant, aucun recours n'est possible contre la décision de fin anticipée de la mesure de protection, sous réserve du jugement ayant déclaré la requête manifestement mal fondée²³⁰.

Chapitre VI. Les dispositions transitoires de la loi du 16 mai 2024

139. L'entrée en vigueur de la loi du 16 mai 2024 est fixée le 1^{er} janvier 2025²³¹.

Cette loi s'applique non seulement aux nouvelles procédures, soit celles introduites par requête déposée à partir de son entrée en vigueur, mais également immédiatement aux procédures en cours, et aux procédures d'urgence diligentées dès le 1^{er} janvier 2025²³².

228 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 51.

229 Loi du 26 juin 1990, art. 19, § 3, al. 2.
L'alinéa 3 de la disposition précitée précise qu'« en cas d'application de l'article 16 [c'est-à-dire en cas de remplacement de la mesure d'observation protectrice par un traitement volontaire sous conditions] le responsable d'exécution du traitement volontaire sous conditions informe également de sa décision le médecin-chef de service ».

230 Loi du 26 juin 1990, art. 19, § 4, al. 2. Plus encore, l'ancien article 20 permettait à la partie demanderesse de la mesure de s'opposer, par requête, à la décision du médecin-chef de service de mettre fin au maintien de l'ancienne mesure de mise en observation et l'avant-projet de loi prévoyait de sauvegarder cette possibilité en cas de fin prématurée de la prolongation (le concept de maintien ayant été supprimé, voy. *supra* chapitre V, section 2) de la mesure d'observation protectrice. Dans son avis, le Conseil d'État avait toutefois émis une réserve à l'égard de cette possibilité de recours au motif que, n'étant réservée qu'à la décision du médecin de mettre fin à la mesure d'observation protectrice pendant la phase de prolongation de la mesure à l'exclusion de la durée initiale de quarante jours, elle instaurait une différence de traitement non justifiée. Bien qu'elle ait invité le législateur à justifier de cette différence de traitement dans le texte de loi ou de prévoir tout simplement la possibilité d'un recours aussi bien pendant la durée de quarante jours que durant la phase ultérieure de prolongation, celui-ci a décidé de supprimer purement et simplement cette possibilité de recours. Il a en effet considéré que « cette possibilité spécifique de s'opposer à cette décision n'avait que peu d'utilité pratique puisque la décision du médecin-chef de service doit être exécutée immédiatement et que l'opposition n'a pas d'effet suspensif, ce qui signifiait que la personne protégée avait déjà quitté l'institution avant qu'il ne soit statué sur l'opposition ».

231 Loi du 16 mai 2024, art. 72.

232 La loi du 16 mai 2024 prévoit en effet en son article 71 qu'elle « s'applique aux personnes atteintes d'un trouble psychiatrique qui ont été mises en observation dans un service psychiatrique ou pour lesquelles le maintien a été ordonné avant l'entrée en vigueur de la présente loi ».

Cette application immédiate a été privilégiée en raison des diverses possibilités offertes par la loi (au premier rang desquelles la conversion d'une mesure d'observation protectrice en un traitement volontaire sous conditions ou encore le transfert vers une autre institution pendant la phase initiale de quarante jours) dont il a été estimé qu'elles devaient également pouvoir s'appliquer « aux personnes qui ont déjà été mises en observation dans un service psychiatrique ou pour lesquelles le maintien a déjà été ordonné avant l'entrée en vigueur de la présente loi »²³³.

Nous attirons l'attention des praticiens sur les implications de cette application immédiate aux procédures en cours, spécialement en ce qui concerne les délais²³⁴.

Conclusion

140. Dans la société postmoderne du XXI^e siècle, l'affirmation progressive du respect de l'autonomie personnelle et des libertés individuelles, sous l'essor des exigences onusiennes, européennes et nationales, a renversé l'approche du droit de la personne contemporaine. Le régime de protection de cette dernière n'a pas été épargné par cet essor, qui a entraîné dans son sillage un mouvement de révision des normes belges.

L'entreprise de réformation de la loi du 26 juin 1990 par la loi du 16 mai 2024 s'inscrit résolument dans cette optique de consécration du droit à l'autodétermination, d'inclusion, de sauvegarde des libertés individuelles et de reconnaissance de l'autonomie de la personne.

141. Ce mouvement, qui participe d'un changement de paradigme du droit de la personne salubre, n'est cependant pas exempt de critiques. La prise en compte effective de la volonté individuelle, le souhait de ménager une meilleure place à la parole de l'entourage proche ou encore de permettre au juge d'être le mieux éclairé possible quant à la situation médicale de la personne concernée nécessitent l'adoption de nouvelles règles, dans un souci notamment de ménager diverses garanties procédurales ou encore d'ériger des mesures de contrôles. Or lesdites règles, comme l'illustrent les développements de la présente contribution, ne sont pas sans susciter des questionnements quant à leur mise en œuvre par les praticiens, leur portée voire, *in fine*, leur réelle effectivité.

142. Toujours est-il que seule la pratique de terrain permettra de jauger pleinement des difficultés mais également, dans une optique plus optimiste, des effets porteurs que ne manquera pas d'entraîner cette réforme quant à la prise en charge davantage personnalisée et, à terme, la réinsertion dans la société de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique. La loi fera ainsi l'objet d'une évaluation par le ministre de la Justice et le ministre de la Santé publique dans la cinquième année suivant son entrée en vigueur²³⁵. Cette évaluation « comprendra une enquête auprès des acteurs de terrain sur son application »²³⁶ qui sera l'occasion de mesurer les retombées positives et négatives de la réforme pour les praticiens.

Nous pouvons cependant d'ores et déjà relever, sans attendre cette évaluation future, qu'il est des réformes dont on salue le caractère pragmatique et d'autres dont les pourtours sont si vaporeux et évanescents, soulevant de telles incertitudes, qu'on en vient à craindre

233 Projet de loi modifiant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2023-2024, n° 55-3721/001, p. 59.

234 On pense par exemple à l'ancien maintien, décidé pour une période de deux ans sous l'empire de la loi du 26 juin 1990 ancienne mouture, alors que, sous l'empire de la nouvelle mouture de la loi, la prolongation de mesure a une durée maximale d'un an. Se pose alors la question de la situation des personnes qui se trouveront dans la deuxième année du maintien lors de l'entrée en vigueur de la loi.

235 Loi du 16 mai 2024, art. 70.

236 Loi du 16 mai 2024, art. 64.

les effets délétères qu'elles pourraient entraîner pour les praticiens. La loi du 16 mai 2024 fait assurément et malheureusement partie de cette seconde catégorie... ce qui n'est pas surprenant compte tenu de la précipitation avec laquelle elle a été adoptée, comme déjà relevé en amorce de cette contribution.

143. Par ailleurs, si les travaux préparatoires pointent le constat interpellant selon lequel il est davantage recouru à la procédure d'urgence qu'à la procédure ordinaire – la première, pourtant initialement conçue comme l'exception, semblant désormais constituer la règle – on ne peut que regretter qu'aucune réflexion de fond n'ait été esquissée pour tenter d'y remédier substantiellement.

Une ébauche de solution serait peut-être à rechercher dans l'estompement voire la révision fondamentale de la dichotomie entre procédure ordinaire et procédure urgente, la première paraissant de toute façon, dans la pratique, tomber progressivement en désuétude.

À compter du moment où la réunion des trois conditions de l'article 2 est objectivée et où il existe une situation de danger pour la personne et/ou autrui, n'est-il d'ailleurs pas illusoire voire superficiel de maintenir cette distinction ? Comment soutenir que la situation de danger constatée doit tantôt être traitée sous le bénéfice d'une procédure urgente, tantôt sous le bénéfice d'une procédure ordinaire ?

Une inspiration pourrait peut-être être puisée du côté du droit judiciaire familial où les mesures relatives à une autre personne vulnérable, l'enfant, sont considérées comme des mesures réputées urgentes. L'on pourrait ainsi réfléchir à ce que toute procédure relative à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique doit être traitée sous le bénéfice de l'urgence, quitte à instaurer une gradation dans cette dernière en fonction des circonstances concrètes de la cause et à fusionner les deux types de procédure pour créer une seule et unique voie procédurale où l'urgence serait échelonnée.

144. Toujours est-il qu'au-delà des passionnantes évolutions que cette matière laisse augurer, nous clôturons ici nos propos en nourrissant le souhait que cette contribution ait permis aux praticiens, juges, avocats, procureurs, médecins, et autres de bénéficier d'un premier outil de défrichage et d'une première ébauche de solutions aux questions que ne manqueront pas de soulever, dans la pratique, les nouveautés instaurées par la loi du 16 mai 2024.

Tout praticien de la loi du 26 juin 1990 est animé de la conscience aiguë que chaque situation portée sur l'autel du juge ou du procureur du Roi renferme des souffrances, douleurs et drames tant humains que familiaux et sociaux. Face aux enjeux et flous générés par la réforme, seules une application pragmatique de la nouvelle mouture de la loi et une appréhension empreinte d'humanité de chaque situation permettront, malgré les travers de cette réforme adoptée à la hussarde, d'en tirer des effets bénéfiques par la constante recherche d'un équilibre ténu entre sauvegarde des droits de la personne et protection d'elle-même et de la société.

Laura COHEN,
Substitut du procureur du Roi de Bruxelles,
Assistante en droit de la personne et de la famille, UCLouvain

Coline GILLARD,
Avocate au barreau du Brabant wallon,
Assistante, UCLouvain