

SEANCES DU MERCREDI 14 FEVRIER 1990
VERGADERINGEN VAN WOENSDAG 14 FEBRUARI 1990ASSEMBLEE
PLENAIRE VERGADERINGSEANCE DU MATIN
OCHTENDVERGADERING

SOMMAIRE:

CONGES:

Page 1540.

PROJET DE LOI (Discussion):

Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux.

Discussion générale. — *Orateurs*: Mmes Herman-Michielsens, rapporteur, Delruelle-Ghobert, MM. Arts, Vaes, Barzin, Dierickx, p. 1540.

INHOUDSOPGAVE:

VERLOF:

Bladzijde 1540.

ONTWERP VAN WET (Beraadslaging):

Ontwerp van wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Algemene beraadslaging. — *Sprekers*: de dames Herman-Michielsens, rapporteur, Delruelle-Ghobert, de heren Arts, Vaes, Barzin, Dierickx, blz. 1540.PRESIDENCE DE M. SWAELEN, PRESIDENT
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, VOORZITTERLe procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.La séance est ouverte à 10 h 5 m.
De vergadering wordt geopend te 10 h 5 m.

CONGES — VERLOF

MM. Adriaenssens, pour devoirs administratifs, et Vandermarliere, pour d'autres devoirs, demandent d'excuser leur absence à la réunion de ce jour.

Afwezig met bericht van verhindering: de heren Adriaenssens, wegens ambtsplichten, en Vandermarliere, wegens andere plichten.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving aangenomen.

ONTWERP VAN WET BETREFFENDE DE BESCHERMING
VAN DE PERSOON VAN DE GEESTESZIEKE*Algemene beraadslaging*PROJET DE LOI RELATIF A LA PROTECTION
DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX*Discussion générale*

De Voorzitter. — Wij vatten de bespreking aan van het ontwerp van wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Nous abordons l'examen du projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux.

De algemene beraadslaging is geopend.

La discussion générale est ouverte.

Het woord is aan de rapporteur.

Mevrouw Herman-Michielsens, rapporteur. — Mijnheer de Voorzitter, bij de bespreking van dit toch wel zeer speciale wetsontwerp zal ik ook een heel ongewone methode volgen.

Eerst en vooral dank ik de commissieleden en de minister, omdat er bij de bespreking van het wetsontwerp zelden zo een grote medewerking en ijver aan de dag worden gelegd door de commissieleden en de minister om dit moeilijke werk in de Senaat tot een goed einde te brengen. Ook in de voorbije jaren was dit zo, telkens wanneer dit wetsontwerp besproken werd.

Het ontwerp heeft immers reeds een lange reis achter de rug en het eindpunt is nog niet bereikt. Telkens weer hebben een aantal commissieleden, vooral uit de juridische praktijk, met grote aandacht en inspanning alles gedaan om het ontwerp in een bepaalde optiek zo sluitend mogelijk te maken. Ik zeg niet in de bepaalde optiek, maar in een bepaalde optiek, want tijdens de reis van dit ontwerp waren er verschillende invalshoeken, niet alleen omdat de leden van de commissie en van de wetgevende vergadering niet dezelfde bleven, maar ook omdat er op verscheidene domeinen van deze materie heel wat gebeurde. Dat is ook de reden waarom het verslag niet chronologisch kon worden opgemaakt.

Het ontwerp werd in 1969 ingediend. Ook met de vroegere wetgeving zou het nu pas meerderjarig zijn, maar na 21 jaar is het eindpunt nog niet bereikt. Het werd ingediend op een ogenblik dat er in de psychiatrie geweldige veranderingen waren ingetreden en dat de bestaande wetgeving van 1851, gewijzigd in 1873, uiteraard ten zeerste verouderd was.

Op het ogenblik dat deze oude wetgeving werd opgesteld, stond de psychiatrische behandeling niet eens in haar kinderschoenen, maar was zij bijna onbestaand. Men wilde de krankzinnigen gewoon opsluiten. De wet op de krankzinnigen — *les aliénés*, aangezien er oorspronkelijk alleen een Franse tekst bestond — was hoofdzakelijk een wetgeving van vrijheidsberoving. De zorg voor de krankzinnigen — men kon moeilijk van behandeling spreken — was bijkomstig.

Dat wil niet zeggen dat er in de praktijk niets veranderde in de loop der jaren en eigenlijk tot op dit ogenblik, aangezien voor de procedures ook nu nog die zeer oude wet van kracht is. Nadat in het begin van de jaren vijftig, mede voor de uitvinding van een aantal geneesmiddelen voor de psychiatrie, de neuroleptica, grote

vooruitgang was gemaakt en de geesteszieken vanuit een heel andere invalshoek werden benaderd, werd de tekst van onderhavig ontwerp opgesteld en ingediend.

Het wetsontwerp kan worden gekwalificeerd met een woord dat vaak wordt gebruikt in de memorie van toelichting, namelijk « medicalisatie ». Daarmee wordt bedoeld dat geesteszieken zonder meer zieken zijn en dat ze in de totaliteit van de medische wetenschap aldus moeten worden behandeld.

Daarmee wordt de benadering omgedraaid. Het bijkomstige, de behandeling, wordt nu hoofdzaak en de beschermende maatregel, de vrijheidsberoving van de psychiatrische patiënt, wordt bijkomstig. Men zal de patiënt slechts afzonderen als het echt niet anders kan.

Op het ogenblik dat het wetsontwerp werd opgesteld, hechtte men veel belang aan de terminologie. Er werd voor gewaakt nooit woorden te gebruiken van de vroegere wetgeving. Men sprak niet meer van krankzinnigen, maar van geesteszieken, men sprak niet meer van inrichtingen voor krankzinnigen, maar van psychiatrische instellingen, men sprak niet van invaliden, maar van minder-validen. Zelfs het woord « gehandicapten » was uit den boze, men sprak van anders-validen. Deze symboliek is terug te vinden in het wetsontwerp.

De « medicalisatie » had tevens een betekenis in het licht van de procedures die men wilde uitdenken. De huidige administratieve procedure om tot collocatie over te gaan werd verworpen. De idee werd verworpen om de psychiatrische instellingen op te splitsen in gesloten afdelingen waar zieken verblijven na de collocatieprocedure en open afdelingen waar zieken vrijwillig verblijven.

De zieken dienden door elkaar behandeld te worden, elk volgens de gestelde diagnose en volgens de geëigende therapie.

Op het ogenblik van de indiening van het wetsontwerp verbleven er 21 921 psychiatrische patiënten in gesloten afdelingen; er verbleven 4 565 psychiatrische patiënten in open afdelingen; 7 500 psychiatrische patiënten werden thuis afgezonderd verzorgd en ongeveer 20 000 zieken met lichte geestesaandoeningen werden verzorgd in poliklinieken en kabinetten van psychiaters. Het grootste gedeelte van de psychiatrische patiënten verbleven dus in gesloten afdelingen.

Sommige psychiatrische patiënten verbleven vaak zeer lang, soms voor de rest van hun leven, in een psychiatrische instelling.

Niettegenstaande de vooruitgang in de psychiatrie, waren in die periode immers nog vele aandoeningen ongeneeslijk of chronisch, zodat een lang verblijf in een instelling noodzakelijk was.

Het ontwerp werd ingediend in de Senaat en in de bevoegde senaatscommissie besproken. Dat ontwerp ging uit van de medicalisatie-opvatting en bepaalde dat de zogenaamde beschermingsmaatregel van de vrijheidsberoving niet mocht tot stand komen door een administratieve procedure, maar dat hiertoe wel moest worden beslist door een arts, die kon beoordelen of de vrijheid van de zieke moest worden beperkt. Dit werd beschouwd als de beste waarborg voor de zieke. De commissie voor de Justitie van de Senaat heeft dat standpunt gedeeltelijk gevolgd. Toch meende de commissie dat er een mogelijkheid tot beroep moest zijn tegen de beslissing van de arts.

Bij het eerste ontwerp was reeds de idee aanwezig dat de opname van de zieke moest gebeuren in twee fasen. De eerste fase werd « observatie » genoemd en de tweede « verder verblijf ». De observatieperiode werd beperkt tot vijftien dagen, maar de mogelijkheid bestond om die periode nog eens met vijftien dagen te verlengen. De tweede fase werd niet beperkt in de tijd.

*De heer Toussaint, eerste ondervoorzitter,
treedt als voorzitter op*

De mogelijkheid tot nazorg werd echter wel opgenomen. Tijdens die periode van nazorg kon de zieke, zoals dat soms bij een opsluiting na een veroordeling het geval is, in « halve vrijheid » worden geplaatst buiten de instelling. Hierbij moesten natuurlijk bepaalde voorwaarden worden nageleefd, bijvoorbeeld inzake verzorging en controle van de arts van de instelling. Deze periode van halve vrijheid kon uitmonden in een ontslag uit de instelling, maar kon ook worden herroepen, zodat de zieke weer geïnterneerd werd voor een nieuwe periode van verder verblijf.

Het aldus gewijzigde ontwerp werd in 1973 goedgekeurd door de senaatscommissie voor de Justitie en in 1974 door de openbare vergadering van de Senaat. Daarna werd het ontwerp overgezonden naar de Kamer. Het toenmalige ontwerp respecteerde nog altijd de oorspronkelijke geest van het ontwerp. De Kamer meende echter meer garanties voor de zieke te moeten opnemen met betrekking tot de vrijheidsberoving.

Zij had niet het vertrouwen dat werd gesteld in de geneesheren-psychiaters van de instellingen ter zake en stelde opnieuw een gerechtelijke procedure voor die moest voorafgaan aan het opnemen voor observatie van de zieke in een instelling vóór de termijn die toen nog ten hoogste tweemaal 15 dagen kon bedragen. De gerechtelijke procedure moest gebeuren via de vrederechter. Zij hield de nodige waarborgen in voor de zieken. Deze moesten worden bijgestaan door een advocaat en na uitspraak was er beroep mogelijk. De opdeling, eerst de observatie met daarna mogelijkheid tot verder verblijf werd behouden, met dien verstande dat voor dit verder verblijf dat toen nog altijd niet aan een bepaalde termijn was verbonden, geen gerechtelijke procedure meer werd opgelegd, maar dat die beslissing kon worden genomen door de geneesheer-psychiater van de instelling.

De modaliteit van de nazorg — de postcure — werd geheel behouden.

Het ontwerp werd in de Kamer van volksvertegenwoordigers in zijn gewijzigde vorm aangenomen en werd dan teruggezonden naar de Senaat. Ondertussen was het reeds 1975 en waren er in de psychiatrie nieuwe evoluties waar te nemen en waren er ook enkele groepen die zich vanuit twee invalshoeken speciaal voor het ontwerp gingen interesseren.

Enerzijds zijn er de groepen die zich bezighouden met geestzorg, waaronder de vereniging Similes die heel veel personen verenigt van wie familieleden in psychiatrische instellingen zijn opgenomen en die zich persoonlijk erg voor het ontwerp interesseren.

Anderzijds zijn er de vertegenwoordigers en de aanhangers van de Liga van de rechten van de mens die in het ontwerp nog altijd een vrijheidsberoving zien, een beknotten van de persoonlijke vrijheid, zonder de gerechtelijke procedure die eigen is aan de gewone vrijheidsberoving in het kader van het strafrecht.

Deze groepen trachten door middel van amendementen een heel andere richting uit te gaan dan de procedure van medicalisatie via geneesheren-psychiaters. Zij willen bij het beknotten van de persoonlijke vrijheid van de betrokkenen de waarborgen zoveel mogelijk vergroten.

Daaraan is echter een moeilijkheid en ook een gevaar verbonden. De moeilijkheid is dat de procedure zeer log wordt. De Kamer had reeds bepaald dat ingeval van urgentie het de procureur des Konings is die in de plaats van de vrederechter de beslissing tot opname met een beschermde maatregel in een instelling mag nemen. Het gevaar is dat, wanneer de gewone procedures te zwaar en te langdurig worden en gebonden zijn aan mogelijkheden tot verzet en beroep, men telkens naar de spoedprocedure zal grijpen via de bemoeienis van de procureur waardoor de waarborgen die in de gewone procedure zijn opgenomen, eigenlijk dode letter worden.

In het licht daarvan heeft de Senaat het ontwerp opnieuw besproken en een aantal aanpassingen aangebracht. De senaatscommissie voor de Justitie stelde dat op elk ogenblik de gerechtelijke procedure moest kunnen worden ingeschakeld. Het ging immers niet op wel in een gerechtelijke procedure te voorzien voor een vrijheidsberoving van maximum 30 dagen, maar niet voor een levenslange opsluiting.

Later kwamen er dan vanuit verscheidene hoeken reacties en teksten, ook vanuit de Raad van Europa. Deze belangstelling had grote gevolgen voor twee aspecten van het ontwerp. Dan was er ook het arrest-Winterwerp van Straatsburg dat bepaalde dat de vrijheidsberoving nooit voor onbepaalde duur mocht worden beslist. De verblijfsduur in een instelling is dus tijdsgebonden en beperkt tot twee jaar. Die twee jaar kunnen zo nodig wel met twee jaar worden verlengd. Door deze bepaling kan de geesteszieke niet «vergeten» worden in een instelling. Geregeld zal moeten worden nagegaan of zijn situatie al dan niet gewijzigd is en of hij verder moet worden beschermd.

De Raad van Europa uitte indertijd ook zijn bezorgdheid om het oneigenlijk gebruik van de psychiatrie. Ook deze bekommerning had gevolgen voor het ontwerp. Geruchten — en dat is dan een eufemisme — deden de ronde dat in Oosteuropese landen om politieke redenen, burgers werden opgesloten met de medewerking van de psychiatrie. Die praktijk beroerde de geesten toen heel erg en men achtte ze ook bij ons niet helemaal onmogelijk. Verhalen deden zelfs de ronde dat ook bij ons mensen ten onrechte in de psychiatrie werden opgenomen. Dat waren vooral geruchten, die echter de nabestaanden van psychiatrische patiënten niet onberoerd lieten. Nu was het ook zo dat de nabestaanden van sommige patiënten ervan verdacht werden een familielid ten onrechte te laten opsluiten. De commissie heeft langdurig gezocht naar een formulering om onterechte collocatie te voorkomen. Dat mag blijken uit de eerste artikelen van het ontwerp.

Vervolgens bleek het moeilijk een formule te vinden om onderscheid te maken tussen zieken die uit vrije wil in de inrichting verblijven en zieken tegen wie een dwingende maatregel is genomen. Het derde algemene principe dat men terugvindt in de eerste artikelen van dit ontwerp is bijgevolg dat de vrijheid als algemene regel wordt gehanteerd. Het beste bewijs om aan te tonen dat iemand uit vrije wil in een instelling is gekomen is hem de mogelijkheid bieden ze ook uit vrije wil te verlaten. Een patiënt van een psychiatrische dienst kan er altijd weggaan, tenzij men de bewijzen kan voorleggen dat hij er via een gerechtelijke procedure is geplaatst, en in de registers van de instelling is ingeschreven als een persoon tegen wie de beschermingsmaatregelen van de observatie of van het verdere verblijf zijn genomen.

Op het einde van de jaren zeventig kwam er reactie van de specialisten-psychiaters. Zij waren van oordeel dat de eigenlijke doelstelling van het ontwerp, de medicalisatie, al te zeer uit het oog werd verloren en dat te veel nadruk werd gelegd op de vrijheidsberoving en de daarvoor vereiste garanties, wat vlugge behandeling, door de nieuwste ontwikkelingen in de neurologie en psychiatrie mogelijk gemaakt, in de weg zou staan. De commissie besliste dan verscheidene specialisten te horen, psychiaters die in en buiten inrichtingen werkten, maatschappelijk werkers en sociologen die de materie zeer goed kenden.

Uit de gesprekken met die deskundigen bleek dat volgens de normen van de huidige psychiatrie, het aantal zieken geplaatst in gesloten afdelingen veel te hoog was.

Mijn voorganger-rapporteur, eresenator Hambye, had in zijn verslag reeds vermeld dat er van het aantal zieken geplaatst in gesloten afdelingen slechts 10 pct. in een situatie verkeerden die de opsluiting in een gesloten afdeling verantwoordde. Op dat ogenblik waren er ongeveer 26 500 geesteszieken, waarvan 22 000 in gesloten afdelingen.

Bij een strikte toepassing van de nieuwe wetgeving zal een groot aantal van deze laatsten ofwel vrij in de instellingen kunnen blijven, ofwel ze kunnen verlaten. Na de hoorzittingen werd men opnieuw ontvankelijk voor de ideeën van de psychiaters die oordeelden dat de procedure niet meer aansloot bij de huidige evolutie in de psychiatrie.

Bij de volgende bespreking heeft men dan de eerste fase, die van de observatie, teruggebracht tot zes dagen terwijl het verder verblijf, waartoe eventueel na de observatie wordt beslist, beperkt werd tot twee jaar, mits de mogelijkheid ze via een gerechtelijke procedure te hernieuwen. Dit was een drastische wijziging in de houding van de commissie.

In de laatste fase van de bespreking in de senaatscommissie had men af te rekenen met bijkomende moeilijkheden ingevolge de staatshervorming van 1980. De bevoegdheid inzake persoonsgebonden materies werd na de staatshervorming overgeheveld naar de Gemeenschappen. Bijstand aan personen werd aldus een gemeenschapsmaterie. De wet inzake geesteszieken blijft evenwel nationaal.

Hoewel het hier niet gaat om personen die een misdrijf hebben gepleegd, behoort deze wet immers tot het strafrecht wegens de vrijheidsberovende maatregelen die zij inhoudt. Om eventuele misbruiken in psychiatrische diensten op te sporen werd er een beroep gedaan op inspecteurs van het nationaal departement van Volksgezondheid dat na de staatshervorming van 1980 echter was afgeslankt. Er was dus een protocol nodig tussen de nationale

overheid en de Gemeenschappen om te bepalen wie bevoegd is voor het uitvoeren van de door de wet bepaalde controle, op welke inspecteurs een beroep zal worden gedaan en tevens om te vermijden dat de controle in het noorden en in het zuiden van het land op een verschillende wijze zou worden uitgeoefend.

De lange lijdensweg van dit ontwerp is echter nog niet ten einde. Wij dachten dat de tekst die door de commissie werd aangenomen, na goedkeuring door de Senaat ongewijzigd naar de Kamer zou kunnen worden overgezonden. Het bleek echter dat technische aanpassingen noodzakelijk waren. Zij werden aangebracht in de beste verstandhouding tussen de leden van de commissie en de minister van Justitie. Zij worden hier aan uw goedkeuring voorgelegd zodat het ontwerp zonder verder uitstel door de Kamer kan worden behandeld.

Door dit ontwerp zal de wet inzake de geesteszieken het monopolie hebben van eventuele vrijheidsberoving — hier beschermingsmaatregel genoemd — buiten de gerechtelijke procedure, de wet van 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers niet te na gesproken.

In deze gevallen gaat het om personen die wel een misdrijf hebben gepleegd, maar die ingevolge hun situatie of hun gezondheidstoestand niet kunnen worden beschouwd als gewone delinquenten. Zij blijven dan ook volkomen buiten de strafrechtelijke vervolging. Daarom hebben wij gemeend duidelijk te moeten bepalen dat het niet alleen in deze wet de uitzondering moet zijn, maar ook dat dergelijke maatregelen in geen andere wetten mogen worden genomen.

Ik breng nog even in herinnering dat ook het abusievelijk gebruik van de psychiatrie werd uitgesloten en dat de regel de vrije opname is. De fasen werden behouden, met telkenmale een gerechtelijke procedure bij het begin. De nodige garanties voor de geesteszieke werden vastgelegd, verplichte bijstand van een advocaat, bijstand van een eigen geneesheer en eventueel bijstand van een vertrouwenspersoon, wat waardevol is voor de geesteszieke, en de mogelijkheid tot het instellen van beroep.

Er is ook beroep mogelijk ingeval wordt beslist de zieke zijn vrijheid terug te geven. Indien hiertegen beroep wordt ingesteld door degenen die wensen dat deze maatregel niet wordt genomen, dan is het uitgesproken vonnis toch uitvoerbaar. Het principe waarvan werd uitgegaan is dat bij vrijheidsberoving de meest mogelijke garanties worden gegeven en dat wanneer de medici oordelen dat de vrijheidsberoving niet langer is vereist, het uitgesloten is dat de zieke nog langer van zijn vrijheid wordt beroofd, dus ook niet als er een beroep is ingesteld.

Het verslag is tamelijk gedetailleerd, ook al hebben wij niet alle gesprekken in de commissie chronologisch kunnen weergeven; het zou onleesbaar geworden zijn. Hoewel een synthese, is het verslag toch tamelijk uitgesponnen omdat het voor de rechtspractici nuttig kan zijn als naslagwerk om na te gaan hoe men tot een bepaalde beslissing, formulering of procedure is gekomen.

Het gedwongen verblijf in een instelling werd dus beperkt tot twee jaar, maar is verlengbaar. De eenmalige observatieperiode kan maximum veertig dagen duren. Indien men niet wil dat de geesteszieke na die veertig dagen automatisch zijn vrijheid terugkrijgt, moet vijftien dagen vóór het beëindigen van de termijn van veertig dagen, een rechtsprocedure worden ingesteld om een verlenging van het verblijf mogelijk te maken. De modaliteiten in verband met de nazorg, de zogenaamde halve vrijheid, werden behouden, evenals wat nu een residuair karakter heeft, de mogelijkheid een geesteszieke van zijn vrijheid te beroven in eigen huis of in een gezin. Men heeft dat niet willen uitsluiten. Hier is een beslissing nodig van de vrederechter. Er wordt een persoon aangewezen die de geesteszieke bewaakt en er dus de verantwoordelijkheid voor draagt, evenals een dokter, zodat het verlaten van de gedwongen verblijfsplaats geen kwalijke gevolgen kan hebben. Bovendien bezoekt de vrederechter jaarlijks de geesteszieke.

Er zijn ook overgangsmaatregelen en strafbepalingen ingeschreven waarvan de opsomming ons te ver zou leiden. U vindt ze trouwens terug in het verslag.

Ik heb gemeend te moeten uitweiden over de grote lijnen van het ontwerp. Het is uiteraard niet mogelijk om alle details uiteen te zetten. Dan zou ik het livijg verslag moeten voorlezen.

De tijd die verlopen is tussen het indienen van het ontwerp en de bespreking in openbare vergadering is niet geheel verloren gegaan, zelfs indien hij voor velen te lang heeft geduurd. Wij hebben daardoor de mogelijkheid gehad om iedereen te horen: de juristen, bekommerd om de vrijheidsberoving; de psychiaters, bekommerd om de meest gunstige behandeling; de geesteszieken, die recht hebben op een zo goed mogelijke verzorging, en hun familieleden.

Ik wil er tenslotte aan toevoegen dat ons nog een belangrijk tweede werk wacht. Het ontwerp van wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke moet worden aangevuld met een tweede ontwerp inzake de bescherming van zijn goederen. Zonder verwijl moeten wij ook deze bespreking aanvangen.

Misschien moet de bescherming van de goederen van de geesteszieke zelfs uitgebreider worden gezien. De evolutie in de medische wetenschap voegt er namelijk nog een ander element aan toe. Ook anderen dan geesteszieken zijn niet altijd in staat hun goederen te beheren. Ik denk aan personen in comateuze toestand, die jaren lang kan duren maar waaruit men soms toch nog kan worden gered.

Het is misschien mogelijk dat deze wetgeving niet langer het pendant is van de bescherming van de persoon van de geesteszieke maar van alle zieken die om een of andere reden gedurende lange tijd hun goederen niet meer kunnen beheren. U merkt het: ons werk is niet beëindigd.

Ik meen te spreken in naam van de leden van de commissie en leg er de nadruk op dat wij in verband met deze wetgeving tot op heden tot een positief geheel zijn gekomen. (*Applaus.*)

M. le Président. — La parole est à Mme Delruelle.

Mme Delruelle-Ghobert. — Monsieur le Président, le régime légal du malade mental est, aujourd'hui encore, défini par une de nos plus anciennes lois, celle du 18 juin 1850, modifiée par la loi du 28 novembre 1873. Cette loi repose sur trois fondements: la protection de la société, la garantie de la liberté individuelle et le traitement du malade.

La préoccupation majeure de cette législation est indiscutablement la protection de la société; par contre, le traitement du malade vient au second plan. Cela s'explique par le fait qu'à l'époque, la grande majorité des malades étaient considérés comme incurables. En outre, l'hospitalisation du patient est essentiellement appréciée, dans cette loi, comme une privation de liberté et non comme un traitement.

Cette assimilation de l'hospitalisation psychiatrique à une privation de liberté de même que le caractère vexatoire de la publicité suscitée par cette mesure sont reprochés à cette loi de 1850-1873. La modification de celle-ci constitue donc, à mes yeux, un événement marquant.

Il se fait que, concomitamment — est-ce vraiment le fruit du hasard? —, le ministre des Affaires sociales nous prépare une réforme de la prise en charge psychiatrique. Le ministre Busquin n'annonce-t-il pas, en effet, que le traitement hospitalier devra dorénavant être remplacé, aussi souvent que possible, par un hébergement protégé en milieu extra-hospitalier? J'aurais aimé y voir le reflet d'une politique délibérée et concertée tendant à adapter les structures actuelles d'accueil, d'hébergement et d'encadrement des malades psychiques aux dispositions nouvelles du présent projet. Malheureusement, dans sa relation des intentions du ministre des Affaires sociales, la presse — qui constitue mon unique source — ne fait pas la moindre allusion au présent projet et n'établit pas la moindre corrélation entre celui-ci et la réforme projetée par M. Busquin.

Force m'est, dès lors, de constater que cette réforme n'est dictée que par des impératifs purement budgétaires puisque, si l'on accorde foi aux chiffres cités par la presse, le lit d'un home psychiatrique ne coûte à la collectivité que mille cent cinquante francs par jour, contre mille huit cents francs pour un lit d'hôpital psychiatrique.

Revenons aux nouvelles dispositions qui sont soumises à nos délibérations et qui viennent donc à point nommé, même si l'on peut dénoncer qu'il aura fallu plus de vingt ans — le premier projet tendant à modifier la législation existante date, en effet, de 1969 — pour amener cette réforme à maturité.

Pendant vingt ans, les débats parlementaires se sont poursuivis avec la lenteur qui les caractérise et les législatures se sont succédé. Néanmoins, ce long laps de temps écoulé s'explique surtout par le souci d'actualisation indispensable du texte, à la suite de l'évolution considérable des conceptions médicales et des méthodes thérapeutiques en la matière.

En outre, l'attitude de certains pays au cours des années septante, consistant à se servir de la psychiatrie pour priver de liberté les opposants au régime politique en place, a entraîné dans nos pays une prudence accrue à l'égard de toute mesure privative de liberté. Les hésitations et les discussions redoublèrent. Enfin, les lois d'août 1980, communautarisant l'infrastructure des services psychiatriques et leur fonctionnement, débouchèrent sur d'autres nécessités d'adaptation.

Cette longue évolution est parfaitement décrite dans le volumineux, mais excellent rapport de notre collègue, Mme Herman, que je félicite chaleureusement pour l'exposé brillant qu'elle vient de présenter ainsi que pour sa persévérance et sa compétence à consigner nos innombrables discussions relatives à cette question qui sous-tend un problème humain si sensible et très délicat.

Les grandes étapes de ce long cheminement ont chacune leur importance et je voudrais, à mon tour, épinglez ce qui, à mes yeux, en constitue les faits marquants.

En 1969, point de départ, les objectifs majeurs étaient, d'une part, le traitement adéquat de la maladie mentale, d'autre part, la limitation de la privation de liberté, ce qui revient à dire en d'autres termes, que la règle générale pour le malade mental soigné est la liberté, des exceptions à ce principe étant prévues par la loi.

En 1974, le rapport du sénateur Hambye est révélateur d'une situation intolérable. Des mesures privatives de liberté auraient dû être prises pour quelque 10 p.c. seulement des 26 500 malades qui séjournaient dans des établissements, alors que 22 000 d'entre eux résidaient dans des institutions fermées.

La commission de la Justice du Sénat de l'époque souligna également le retard existant en Belgique dans le domaine de la prévention et du traitement des affections mentales ainsi que le manque de personnel psychiatrique. La législation de 1850 était appliquée de façon trop stricte, ce qui menait à des abus.

Les textes furent modifiés en fonction de l'évolution des mentalités, des conceptions médicales et des thérapies.

L'étape de la Chambre aura aussi son importance eu égard aux nombreux amendements présentés. La théorie de la « médicalisation » à la base du projet est battue en brèche et des oppositions apparaissent entre les points de vue des membres de la commission et celui des représentants des départements de la Justice et de la Santé publique, divergences fondamentales puisque pour les uns la décision de mise en observation est essentiellement d'ordre juridique tandis que pour les autres elle a un caractère purement médical.

Voté à la Chambre en 1975, le projet amendé revient au Sénat. Depuis lors, les discussions se sont poursuivies à l'écoute des milieux concernés, que ce soit l'entourage des malades, le personnel médical, les représentants de la Ligue des droits de l'homme ou encore à la lumière des directives du Conseil de l'Europe.

La réforme de 1980 a rendu nécessaire l'établissement d'un protocole entre le pouvoir national et les Communautés pour instaurer le contrôle prévu par la loi. Cela n'a évidemment pas contribué à accélérer les choses et nous voici appelés, en février 1990, à voter ce projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux.

Celui-ci est globalement satisfaisant sur le plan des principes. Le souci majeur est d'organiser le traitement du malade en considérant l'hospitalisation comme un chaînon dans le processus d'assistance.

A cet égard, il est significatif que le malade puisse demander lui-même son hospitalisation. Tant que celle-ci était synonyme de privation de liberté, il était hors de propos de prévoir le cas du malade demandant lui-même son admission. Les progrès de la médecine psychiatrique permettent désormais une réinsertion plus facile du malade mental, ce qui implique que l'on pourra se tourner vers des formes d'assistance extra-hospitalière, foyers de

post-cures, ateliers protégés. Le leitmotiv du projet de loi en discussion est de se préoccuper de soigner les malades et de ne limiter leur liberté que dans la mesure du strict nécessaire. La liberté est la règle et la privation de liberté, l'exception.

L'économie de la loi en projet est tout entière contenue dans les trois premiers articles. Les articles subséquents sont consacrés à l'organisation de la procédure, sans doute un peu lourde et complexe. Je redoute personnellement l'applicabilité de certaines dispositions des articles 7, 8 et 9. Je ne rentrerai pas, ici, dans les détails. Je me réserve d'intervenir au moment de la discussion des articles, mais j'approuve le projet dans son ensemble car il est respectueux des principes de base.

L'article premier est fondamental puisqu'il dispose qu'il ne peut y avoir privation de liberté que dans les cas où le projet le prévoit. Par ailleurs, il attire l'attention sur la loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964 sur les anormaux et les délinquants d'habitude qui, elle aussi, est constitutive de privation de liberté mais dans des conditions totalement différentes. Cette dernière loi a fait l'objet d'un projet qui a d'ailleurs été voté à la Chambre et a déjà été déposé sur nos bancs en commission.

L'article deux est tout aussi important car il constitue le champ d'application de la loi : la définition du malade mental. Le rapport sera d'une utilité extrême pour apprécier cette notion; il ne s'agit pas, ici, de patients présentant un simple trouble passager ni de personnes souffrant de sénilité, mais de ceux qui présentent une maladie mentale grave. De plus, il faut que le malade mental mette gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. Ces éléments sont essentiels. Cet article constitue la garantie du droit fondamental à la liberté individuelle. Les mesures de protection prévues par le projet seront justifiées par ces dispositions interprétées restrictivement.

C'est ainsi que l'application des mesures prises par le présent projet à l'encontre de personnes présentant un comportement inadapté ou caractérisé de marginalité, devra être considérée comme abusive.

Le comportement marginal ne peut être pris en considération que s'il résulte indiscutablement de la maladie mentale et est, dès lors, associé à d'autres symptômes.

Il me plaît encore de souligner l'article trois qui énonce le principe selon lequel la libre admission est une faculté. La question du consentement écrit a suscité de très nombreuses discussions.

Selon moi, la rédaction définitive est claire : les mesures prescrites par le projet ne visent que les personnes dont la mise en observation a été prononcée par une décision judiciaire.

Monsieur le Président, monsieur le Vice-Premier ministre, chers collègues, avant de conclure, je souhaiterais formuler une dernière observation.

Le projet ne règle pas la question de la gestion des biens du malade mental. Aujourd'hui nous connaissons quatre régimes de protection en la matière : l'interdiction, la minorité prolongée, la mise sous conseil judiciaire, le régime concernant les aliénés non interdits, mais internés ou séquestrés. A l'exception de la minorité prolongée, l'existence et l'organisation de ces dispositions datent du Code Napoléon et n'ont pas été revues fondamentalement. Cette carence doit être comblée. Un projet distinct relatif à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion devrait, lui aussi, être mis en chantier et soumis à nos délibérations pour constituer, avec le présent projet, un ensemble complet et cohérent.

En conclusion je voudrais dire, au nom du groupe PRL, que ce projet de loi est globalement satisfaisant sur le plan de ses principes, à savoir que la liberté est la règle et la privation de celle-ci l'exception. Il est conforme à l'esprit des directives du Conseil de l'Europe et de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Il est basé sur une conception actuelle de la psychiatrie, à savoir que l'objectif du traitement des patients atteints de troubles psychiques graves est d'essayer de les rendre capables de vivre dans la communauté d'une manière la plus normale possible. Pour y arriver, il est nécessaire de préserver, autant que possible, le malade des effets débilissants de l'institutionnalisation. Si l'état du patient exige une hospitalisation, il est souhaitable de le

renvoyer aussitôt que possible à son domicile et à la vie collective, ensuite de le maintenir dans la communauté aussi longtemps que possible.

Une société humaniste se caractérise notamment par sa capacité à intégrer au mieux dans la vie normale ses malades et ses moins valides. Aujourd'hui, en mettant un terme au long cheminement de ce projet, c'est un peu plus de respect de la personne humaine que nous apportons aux plus défavorisés d'entre nous. *(Applaudissements.)*

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Arts.

De heer Arts. — Mijnheer de Voorzitter, niet uit louter gewoonte, maar vanuit een sterke overtuiging feliciteer ik mevrouw Herman met haar merkwaardig verslag. Hierbij betrek ik uiteraard alle diensten van de Senaat en breng ik de goede, open en soms strenge discussies in de commissie voor de Justitie in herinnering.

Mijn uiteenzetting behandelt de volgende thema's. Ten eerste maak ik enkele algemene beschouwingen. Ten tweede situeer ik dit ontwerp in ons recht. Ten derde maak ik een kleine analyse van de teksten van dit ontwerp die handelen over de taken van de geneesheer. Ten vierde zal ik met goedvinden van de Voorzitter het amendement verdedigen dat ik vorige maandag heb ingediend en dat thans ter beschikking is.

Wij kunnen er ons alleen maar over verheugen dat een ontwerp over de vrijheidsbeperking van de menselijke persoon zoveel aandacht heeft gekregen tijdens de parlementaire werkzaamheden die tot het huidige ontwerp hebben geleid. Dit bewijst dat wij er om bekommerd waren zeer voorzichtig de waarde van de individuele vrijheid op de juiste wijze af te wegen tegenover de belangen van de gemeenschap, zeg maar: de vrijheid van de anderen. Op het nog steeds snel wijzigend terrein van de psychiatrie, waar diagnose en behandeling nog niet eenduidig zijn, treedt de wetgever gelukkig maar, schoorvoetend op, zoekend naar een compromis tussen medische en juridische benadering. Dat deskundige medici dit ontwerp « te juridisch » zullen noemen en voorhouden dat de geesteszieke als « betichte » of « partij » voor een rechter wordt gehaald met alle risico's vanden op verzwaring van de pathologie, lijkt ons echter geen voldoende motivering om de beslissing tot vrijheidsbeperking van een geesteszieke enkel aan medici over te laten, zonder georganiseerde waarborg op verdediging en rechterlijke toetsing. De essentie van dit ontwerp is dan ook dat de vrederechter beslist over de vrijheidsbeperking, maar dat de geneesheer beslist over de opheffing van deze beperking.

Het is van volkomen ondergeschikt belang dit ontwerp te kunnen inschakelen in een welbepaald terrein van de wetgeving. Het behoort zeker niet tot het strafrecht, hoewel het een gedwongen vrijheidsbeperking organiseert en daarom, naar analogie van het strafrecht, restrictief moet worden geïnterpreteerd. Ook kan men de in het strafrecht gekende voorwaardelijke invrijheidstelling vergelijken met de in dit ontwerp opgenomen mogelijkheid van nazorg of gedeeltelijke versoepeling van de vrijheidsbeperking onder verantwoordelijkheid van de behandelende geneesheer. Ook de verplichtingen die dit ontwerp de directeur van de psychiatrische ziekenhuisdienst oplegt, zijn vergelijkbaar met die van de directeur van een penitentiaire inrichting. Tevens wordt aan de verantwoordelijke — directeur, geneesheer of een ander persoon — opdracht gegeven de geesteszieke ook te « bewaken ».

Behoort dit wetsontwerp tot het burgerlijk procesrecht?

Hoewel er procedurevormen in detail werden uitgewerkt en het Gerechtelijk Wetboek van toepassing is, tenzij anders is vermeld, kan dit ontwerp toch niet worden teruggebracht tot een bijzondere vorm van burgerlijke rechtspleging, of zoals sommigen beweren, tot een regeling via een conflictmodel met rechters en partijen.

De inspraak van de geneesheren is een waarborg dat de tendens van het ontwerp als helpend voor de geesteszieke en niet als conflictoplossend dient te worden beschouwd.

Het was ook geenszins de bedoeling om medische deontologie-regels op te stellen, bijvoorbeeld inzake dwangbehandeling of inzake wetenschappelijk onderzoek bij geesteszieken.

Het is te betreuren dat een belangrijk deel van het burgerlijk recht niet kon worden aangepast, meer bepaald de hoogstnodige wetgevingsaanpassing inzake de goederen der geesteszieken. De wet van 1850 blijft bestaan. Een aanpassing van deze wet zou het beperkt terrein van de geesteszieken die onder een beschermingsmaatregel vallen, ver overschrijden. De dringende uit te werken regeling moet immers gelden voor het beheer der goederen van vele zieken, niet alleen geesteszieken. Ook voor die materie zal een compromis moeten worden gezocht tussen de medische en de juridische benadering.

Hoort dit wetsontwerp thuis in het gezins- of het gezondheidsrecht?

Als men hoofdstuk III van het ontwerp, handelend over « verpleging in een gezin » afzonderlijk neemt, kan men bijna zeggen dat het hier niet gaat over vrijheidsbenemende beschermingsmaatregelen, maar dat het een verzorgingswetgeving betreft uit het gezondheidsrecht.

Het is dan wellicht ook enkel om historische redenen dat hoofdstuk III werd gehandhaafd en dat er werd getracht een zo groot mogelijk parallelisme tot stand te brengen in de twee soorten van beschermingsmaatregelen, enerzijds, de plaatsing in een psychiatrische ziekenhuisdienst en anderzijds, de plaatsing in een gezin, beide mogelijkheden voorafgegaan door de beschermingsmaatregel van observatie voor maximum 40 dagen.

Een bijzondere studie zou kunnen worden gewijd aan de omschrijving van de kwalificatie, de bevoegdheid en de taak van de geneesheren.

In dit wetsontwerp worden acht types geneesheren vermeld.

Ten eerste is er de geneesheer die in de aanvraagprocedure een « omstandig geneeskundig verslag » opstelt, omschreven in artikel 5, paragraaf 2.

Ten tweede is er de geneesheer-psychiater, omschreven in artikel 7, in de inleidende procedure, de vermoede geesteszieke die door de vrederechter kan worden toegevoegd.

Ten derde is er de geneesheer die door de procureur des Konings wordt aangewezen om in een schriftelijk advies het spoedeisend karakter van een observatie aan te tonen, omschreven in artikel 9.

Ten vierde is er de geneesheer van de dienst onder wiens gezag de verantwoordelijkheid de zieke een gedeeltelijke opheffing van de beschermingsmaatregel, zonder vormvoorwaarde kan bekomen, omschreven in de artikelen 11 en 15.

Ten vijfde is er de geneesheer-diensthooft van de psychiatrische ziekenhuisdienst, die, zoals bepaald in de artikelen 12 en 19, in een gemotiveerd verslag een einde kan maken aan de beschermingsmaatregelen. Die geneesheer-diensthooft geeft ook advies aan de vrederechter die tot opheffing van de maatregel wil besluiten. Dit wordt bepaald in artikel 12 van het ontwerp. Dat advies moet dan wel niet worden opgenomen in een gemotiveerd verslag. De geneesheer-diensthooft moet volgens artikel 13 in een omstandig gemotiveerd verslag de noodzaak van een verder verblijf aantonen. Volgens artikel 14 moet hij in een gewoon gemotiveerd verslag en met instemming van de zieke een beslissing tot nazorg buiten de instelling nemen. Op basis van artikel 18 kan hij zonder verslag beslissen over de overplaatsing naar een andere dienst. De geneesheer-diensthooft krijgt dus in het ontwerp het grootste pakket van taken toegewezen.

Ten zesde is er de geneesheer naar keuze van de zieke, die, zoals bepaald in de artikelen 13 en 25, met een schriftelijk advies kan tussenkomen in de procedure die de beschermingsmaatregel van verder verblijf voorafgaat. Deze geneesheer hoeft geen psychiater te zijn. Ik verwijs ter zake uitdrukkelijk naar de discussie weergegeven op pagina 82 van het verslag. Blijkbaar hoeft de geneesheer die ingevolge artikel 18 de zieke bijstaat in de betwisting nopens de overbrenging naar een andere dienst, ook geen psychiater te zijn.

Ten zevende is er de geneesheer die luidens artikel 22 tussenkomt om de procedure van herziening te ondersteunen door een verklaring. Ik neem aan dat de functie van deze geneesheer dezelfde is als van de eerste door mij genoemde geneesheer, die optreedt bij het begin van de procedure.

Ten achtste is er in de regeling voor verpleging in een gezin de geneesheer die van de vrederechter ingevolge artikel 24, de opdracht krijgt om de zieke te behandelen en, ingevolge artikel 25,

in een omstandig verslag de noodzaak van verder verblijf moet bevestigen. Deze geneesheer moet op basis van artikel 28 bij verder verblijf een jaarlijks verslag aan de vrederechter bezorgen en hierin advies geven over de noodzaak de beschermingsmaatregel al dan niet te handhaven. Volgens artikel 30 kan dit advies mondeling gebeuren indien de vrederechter zelf een beschermingsmaatregel wijzigt.

Volgens het ontwerp worden de geneesheren dus op verscheidene ogenblikken betrokken bij de procedure. Van die geneesheren wordt naargelang van de bepalingen van het ontwerp een omstandig verslag, een schriftelijk advies, een gewoon advies zonder enige vormvereiste, een gemotiveerd verslag of een jaarlijks verslag vereist. Hierbij leidde ons steeds het adagio *Le mieux est l'ennemi du bien*, zodat wij er niet in geslaagd zijn in eenvormige «verslag»-voorwaarden te voorzien.

Al de door mij genoemde geneesheren — en de opsomming is nog niet volledig — treden op binnen het raam van de huidige ziekteverzekering. Uit niets blijkt dat er voor de toepassing van het ontwerp nog speciale uitzonderingsmaatregelen moeten worden getroffen voor de erkenning en de vergoeding van de geneesheren-diensthooft. Dit geldt ook voor de psychiatrische diensten. Deze diensten zijn erkend in de ziekenhuisregeling en hebben geen bijzonder statuut nodig.

Mijnheer de Voorzitter, sta mij toe mijn amendement bij artikel 35 nu even toe te lichten. In dit amendement, dat ik ook in de commissie indiende, stel ik voor *b)* van het 1^o te schrappen.

Artikel 35, *b)*, zegt dat de Koning de specifieke voorwaarden kan bepalen voor: «De kwalificatie, de wijze van bezoldiging, aanwijzing en intrekking van de aanwijzing van de geneesheren-diensthooft van de psychiatrische diensten die gemachtigd zijn om de beslissingen bedoeld in deze wet te nemen, alsmede de voorwaarden waaronder zij hun opdracht uitvoeren.

Deze geneesheren kunnen slechts ontslagen worden in geval van grove nalatigheid of schending van hun wettelijke of conventionele verplichtingen, maar in geen geval wegens beslissingen genomen of handelingen verricht in overeenstemming met de bepalingen van deze wet.»

Deze tekst is overbodig en dient bijgevolg niet in het ontwerp te blijven. Uit paragraaf 1 van hetzelfde artikel blijkt immers duidelijk dat de in de wet omschreven psychiatrische diensten die zijn die voldoen aan de normen en voorwaarden opgelegd door de ziekenhuiswet. Trouwens, de titel van hoofdstuk II luidt: «Behandeling in een ziekenhuis.» Uit de vele verwijzingen in het verslag, onder andere op de bladzijden 19, 38, 59, 137 en 147 blijkt overduidelijk dat wij het er alleen mee eens zijn dat onder de term «psychiatrische dienst» dient te worden verstaan, een dienst van een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, in het kader van de wetgeving op de ziekenhuizen, als zodanig erkend.

In artikel 34, tweede paragraaf, wordt trouwens bepaald dat de verblijfskosten ten laste zijn van de patiënt. Het kan dus niet anders dan dat het kosten betreft voor patiënten opgenomen in de betrokken psychiatrische diensten, de zogenaamde ANT-diensten, waarvan de kostenregeling is opgenomen in het kader van de ziekteverzekering. Zijn er dan eventueel nog behoeftige geesteszieken die op generlei wijze tegemoetkomingen kunnen krijgen vanwege de ziekteverzekering, zoals ook gebeurt in de algemene ziekenhuizen, dan zal het de familie of het OCMW zijn die bijstand moet verlenen indien de zieke zelf de kosten niet kan betalen.

Het is duidelijk dat de betrokken geesteszieken alleen in ziekenhuizen zullen worden opgenomen, weliswaar ingevolge de beschikkingen van het ontwerp, in bewakingsafdelingen en gesloten afdelingen. De geneesheren van die ziekenhuisdiensten zullen voor de verzorging van de patiënten op eenzelfde wijze worden betaald als voor de verzorging van alle andere in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

Tot mijn spijt zijn wij er in de commissie niet in geslaagd duidelijkheid te brengen over de wijze waarop de bezoldiging van de geneesheren wordt geregeld in de oude wet van 1850. Het was een niet eenvoudige opdracht om te gaan zoeken en om te vinden hoe die zaak wettelijk is geregeld. Zij is geregeld op grond van een koninklijk besluit van 4 juni 1920 dat hetzelfde jaar reeds werd gewijzigd door een koninklijk besluit van 1 september 1920.

Daaruit blijkt dat de minister van Justitie een fonds mag oprichten. Momenteel heeft hij echter die bevoegdheid niet meer. De bevoegdheid over het beheer van dit fonds werd overgedragen aan zijn collega van Sociale Zaken. Dat doet mij bijna de vraag stellen of dit ontwerp niet aan de beoordeling van uw collega van Sociale Zaken moet worden voorgelegd, mijnheer de minister. Ik maak daar nu geen probleem van, want anders zijn we weer voor een paar jaar vertrokken.

M. Wathélet, Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et des Classes moyennes. — De toute façon, je vous ferai part à propos de votre texte du sentiment de mon collègue des Affaires sociales.

De heer Arts. — Ik hoop dat we inzicht krijgen in deze zaak. In de motivering van mijn amendement geef ik de details van de verdeling van de erelonen op basis van de oude wetgeving: 80 pct. wordt verdeeld in verhouding tot de duur van de prestaties van de geneesheren, 6 pct. is bestemd voor geneesheren-diensthooft, 4 pct. voor hulpgeneesheren die geslaagd zijn voor het examen van geneesheer-diensthooft en 10 pct. wordt verdeeld in verhouding tot de anciënniteit van de geneesheren. Dat is een apothekersrekening die vroeger in elk «krankzinnigengesticht» gold. Het is evident dat deze praktijk in de meeste instellingen niet meer bestaat. En ik stel in elk geval voor deze bezoldigingsregeling te vervangen door een gewone ziekteverzekeringsregeling.

Als mijn amendement wordt aangenomen, zullen er in één psychiatrische ziekenhuisdienst geen twee geneesheren-diensthooft meer kunnen zijn, met name de geneesheer-diensthooft aangewezen door de beheerders in het kader van de ziekenhuiswet en de geneesheer-diensthooft aangewezen in toepassing van deze wet. Iedereen die organisatietalent heeft, zal toegeven dat het niet goed is twee geneesheren-diensthooft met verscheidene functies te hebben voor één en dezelfde psychiatrische dienst. Argumenten voor mijn stelling zijn terug te vinden in paragraaf *b)* van artikel 35 dat de bescherming van de geneesheer-diensthooft regelt.

Intussen hebben wij ook de jongste programmawet aangenomen. Artikel 17 van die wet bepaalt dat de ziekenhuisgeneesheer-diensthooft benoemd of aangewezen wordt voor onbepaalde duur, tenzij het ziekenhuisreglement anders luidt. In de praktijk komt dat erop neer dat de overgrote meerderheid van de geneesheren-diensthooft bij psychiatrische diensten vast benoemd is. Er is dus geen risico meer dat zij omwille van bepaalde beslissingen worden ontslagen. Het is dus fout de mogelijkheid van de aanwijzing van een tweede geneesheer-diensthooft open te laten op basis van een koninklijk besluit te nemen bij toepassing van artikel 35, paragraaf *b)*.

De afgevaardigde van de minister van Sociale Zaken heeft de tekst van artikel 35, paragraaf *b)*, blijkbaar verdedigd om bepaalde voordelen in stand te houden. Wanneer wij een nieuwe organisatie oprichten, moeten wij ons durven afvragen of de oude organisatie nog bestaansredenen heeft. Wanneer zullen wij in het land iets durven afschaffen?

Ik verheug mij tenslotte over de regeringsamendementen die bij artikel 33 zullen worden ingediend. In de commissie heb ik op dat punt ongelijk gekregen, maar nu stel ik vast dat de minister zelf het initiatief neemt om artikel 33 te wijzigen.

M. le Président. — La parole est à M. Vaes.

M. Vaes. — Monsieur le Président, ce projet est l'aboutissement d'un long travail, comme l'a rappelé Mme Herman que je remercie, comme les commissaires, d'ailleurs, de la qualité du rapport.

Comme je n'ai pas eu l'occasion de participer aux travaux longs et ardu de cette commission restreinte, le rapport a, dans ce cadre, évidemment d'autant plus d'importance.

Après lecture attentive de ce document et information prise de divers côtés, j'ai néanmoins pu prendre position et me rendre compte des enjeux de ce projet.

Globalement, nous sommes heureux qu'il aboutisse parce qu'il répond et à une nécessité et au souhait formulé par bon nombre d'acteurs concernés.

Je souhaiterais rappeler certains — ils sont, en effet, nombreux — des aspects positifs de ce projet qui me paraissent résulter de choix politiques importants.

Le premier aspect digne d'intérêt réside dans le fait qu'il permet, en écartant tout flou artistique, de dégager des principes politiques qui guident les critères de fond et de forme permettant de prendre des mesures privatives de liberté. Ainsi que Mme Herman l'a rappelé, c'est dans la ligne d'un développement et d'une attention plus grande portée par les pays civilisés — dans le cadre notamment de la Convention européenne des droits de l'homme — que l'on peut se rendre compte que nous devons préciser, par le biais de critères de fond et de forme, notre engagement politique global de préservation de la liberté des personnes. En effet, nous devons insister sur le fait que tant les conditions de fond que les conditions de forme, c'est-à-dire de procédure, sont essentielles pour garantir la protection de cette liberté des personnes. Il s'agit donc de faire preuve de cohérence, compte tenu de l'évolution et de l'importance que nous accordons aux personnes, dans le cadre des droits de l'homme.

Le second aspect positif mis en lumière par le projet de loi est le fait que l'internement est clairement défini comme une solution subsidiaire, et non une solution première, dans l'approche du traitement des malades mentaux. En effet, l'article 2 stipule « que les mesures de protection ne peuvent être prises qu'à défaut de tout autre traitement approprié ».

Les acteurs concernés, notamment les avocats, le médecin et le juge, devront donc veiller à ce que la mesure de privation de liberté ne soit prise qu'en dernière instance, à défaut d'autres traitements appropriés. Mme Herman a d'ailleurs confirmé cette nécessité en rappelant l'utilité de la définition d'un délai du maintien d'un internement de façon à ce que l'on puisse systématiquement être forcé de réévaluer la pertinence des mesures de traitement et de protection des personnes afin de favoriser la réévaluation fréquente de leur possibilité de réinsertion sociale et de recouvrement de leur autonomie.

La troisième amélioration apportée par le projet, qui me paraît également digne d'être mentionnée, est le fait qu'il reconnaît que le malade est en position sociale. En effet, il n'est pas seul en jeu et c'est donc dans la complexité des relations entre lui-même, sa famille, son milieu social et la société, en général, qu'il faut, d'une part, peser les conséquences des solutions envisagées et, d'autre part, déterminer qui est concerné par ces mesures. Dans cet esprit, il me paraît essentiel de définir, non seulement le rôle donné aux personnes qui ont demandé la mise en observation ou l'internement, mais également une notion importante reprise à l'article 32, à savoir la garantie de contact possible entre le malade mental et la personne de confiance, c'est-à-dire celle que le malade choisit pour l'accompagner dans sa souffrance, dans son essai de réidentification et de réinsertion sociale.

Je crois donc que le projet indique, par la forme et par le fond, que le malade n'est pas seul en cause et qu'il s'insère dans un contexte social où les différents acteurs impliqués doivent participer et être directement concernés par les procédures et les solutions choisies.

J'en viens à un quatrième aspect positif. Le projet met très clairement en lumière que les tendances actuelles de la médecine psychiatrique visent à élargir et à assouplir les différentes formes de traitement et d'assistance de la personne du malade mental.

A la solution de l'hôpital s'ajoutent donc la solution du milieu familial et toutes les solutions souples de postcure offrant certaines libertés mesurées et activités autonomes proposées, essayées, accompagnées ou non, au malade mental. Le projet fait bien écho à cette avance de la médecine psychiatrique cherchant à assouplir et à multiplier les recherches de formules les mieux adaptées aux personnes car, de toute évidence, un cas n'est pas l'autre.

Ces quelques aspects que je viens de relever — d'autres l'ayant été par mes collègues — suffisent à illustrer l'importance du projet et le fait que nous nous réjouissons de son aboutissement. Néanmoins, il ne faut pas se cacher que vu leur complexité, les problèmes et les habitudes prises en matière de traitement des malades mentaux, dans notre culture occidentale et en Belgique, en particulier, n'ont pu apparemment être tous rencontrés par le projet et que donc, tant de notre part que de la part d'un certain nombre

d'acteurs extérieurs, des réactions, des questions et des demandes restent encore adressées à la fois aux collègues du Sénat, au ministre lui-même ainsi qu'au gouvernement.

Je pense notamment, point fondamental que Mme Delruelle a d'ailleurs rappelé, au manque de complémentarité avec un projet concernant la gestion des biens des malades mentaux.

Il est, en effet, indispensable de coupler les mesures de protection des personnes et les mesures de gestion des biens. Je n'en donnerai que deux illustrations qui montrent bien le lien profond existant entre ces deux types de mesures.

La première, c'est qu'aux dires même des psychiatres, la gestion des biens propres par la personne visée fait partie du traitement thérapeutique lui-même. La guidance dans la gestion de ces biens fait implicitement partie de la nécessité de réinsertion sociale et d'apprentissage de l'autonomie de la personne elle-même. Donc, en la privant de la gestion de ses biens, on la prive d'une possibilité de redéfinir son identité et son insertion sociale.

La deuxième raison qui montre bien le lien inévitable entre la gestion des biens et la protection des personnes, est que les alternatives à l'internement impliquent que des décisions patrimoniales ou financières soient prises également par la personne dans la mesure où l'on souhaite, dans l'évolution du traitement psychiatrique, le plus grand consentement possible de cette dernière au choix des modalités de traitement.

Or, être en hébergement, séparé de sa famille, dans un appartement, seul ou accompagné, nécessite la possibilité de déterminer l'affectation de ses propres biens et ressources.

Dans ce cadre, notre système a évolué de façon sensible depuis 1850. Ainsi, les allocations sociales, les indemnités octroyées aux malades mentaux et aux invalides sont partie prenante de la constitution du patrimoine qu'ils sont appelés à gérer. C'est là toute la problématique liée à la gestion des biens par le malade lui-même ou par un administrateur extérieur, ou au fait que la famille dispose ou non d'indemnités versées par la collectivité en compensation du salaire ou de la non-possibilité d'obtenir un salaire personnel.

Par le biais de cette gestion des biens, on pourrait conforter les options thérapeutiques et politiques prises dans le cadre du présent projet.

Je pose alors la question à M. le ministre : quelles sont ses propositions et intentions, en matière de gestion des biens des malades mentaux, vu l'importance de ce projet, et tenant compte de l'existence d'un certain nombre de propositions déjà introduites en la matière par la Ligue des droits de l'homme, par la Ligue de la santé mentale, par l'Union royale des juges de paix ?

Je lui demanderai donc de bien vouloir préciser les orientations de fond, la procédure qu'il compte mettre en œuvre et les délais qu'il se donne pour clarifier ce problème. Cela me paraît indispensable pour la cohérence du sujet dont nous parlons. Nous insistons beaucoup sur ce point.

M. Wathélet, Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et des Classes moyennes. — Dès que ce projet de loi sera voté.

M. Vaes. — C'est parfait. Peut-être quelques indications plus précises seront-elles utiles pour les acteurs concernés en la matière ?

La deuxième question, qui me paraît politiquement importante, a trait à l'article 35 qui stipule : « Le Roi arrête un certain nombre de mesures et de dispositions concernant cinq points. » Or, ces points sont loin d'être sans importance. M. Arts lui-même a proposé d'éliminer le paragraphe b) de l'article 35. Cela pose différents problèmes. En effet, ces sujets peuvent amener des divergences de vues non seulement entre médecins et juristes, mais aussi entre les niveaux de compétences : les Communautés, et l'Etat national et, au sein de ce dernier, comme l'a rappelé M. Arts, entre le ministre de la Justice, le ministre des Affaires sociales et le ministre de la Santé. Il y a donc là un contentieux sous-jacent. Le délai d'un an que prévoit le projet de loi pour prendre les arrêtés royaux, pose également certains problèmes de caducité éventuelle de la loi si ces arrêtés ne sont pas pris dans les délais requis ou, au moins, de difficultés d'application concrète de cette loi que nous soutenons, par ailleurs.

Question importante à poser au ministre : comment compte-t-il procéder pour, dans les délais prévus par la loi elle-même, aboutir à l'élaboration de ces importants arrêtés royaux faute de quoi le projet serait mis en difficulté dans ses possibilités d'application ?

Il s'agit d'une question politique, de travail parlementaire, de savoir qui on va consulter, et d'éclaircissement des conflits sous-jacents dans la décision à prendre dans ces différentes matières. Je ne prends que l'exemple non négligeable de savoir dans quelles conditions on peut imposer à un établissement de recevoir un malade et de le garder. La solution française est la suivante : en principe, un établissement agréé doit accepter le malade, mais il peut, dans un certain délai, contester la mesure comme inapplicable ou inappropriée et en proposer une autre. Pour quelles raisons ? Par exemple, parce qu'il n'y a plus de lits disponibles, que les malades sont placés dans les corridors ou encore en raison de travaux, etc.

Il faut donc mettre au point un système bien précis pour s'assurer que le juge puisse faire respecter sa décision d'appliquer au malade, d'urgence ou non, une mesure de protection ou d'internement, mais ce n'est pas simple.

La troisième question relative à ce projet est peut-être secondaire, mais mérite, à mon sens, pleinement l'attention du ministre de la Justice.

Le rôle des avocats est précisé dans le projet, ce qui est neuf. Il est d'ailleurs important. En effet, comme on développe une procédure qui représente une garantie pour les acteurs concernés et principalement pour le malade, il s'agit de voir ce rôle nouveau de l'avocat comme organe de vigilance. Le but et la philosophie du projet impliquent que les avocats doivent avoir un rôle non seulement d'assistance mais également de vigilance de respect de l'esprit de la loi afin que les procédures soient fidèlement suivies.

Cela n'empêche que l'avocat sera mêlé à un milieu et à des situations spécifiques. Ainsi en témoignent d'ailleurs quelques rares avocats spécialisés en la matière. On peut donc se poser la question de la formation des avocats afin qu'ils soient aptes à remplir cette difficile mission d'assistance et de vigilance, dans le cadre de la nouvelle loi, concernant la protection de la personne des malades mentaux.

Au sujet de la formation des avocats, quelle réponse le ministre pourrait-il éventuellement suggérer ? Ce problème n'est pas lancinant, mais il est important pour l'application de la loi.

M. Wathelet, Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et des Classes moyennes. — Aucune suggestion.

Vous ne pensez quand même pas que je vais encore former les avocats sur ce point.

M. Vaes. — Non, certes. La question émane simplement des milieux d'avocats spécialisés. Ils ne vous demanderont peut-être pas de vous en charger vous-même, mais ils ont conscience de ce problème.

M. Wathelet, Vice-Premier ministre et ministre de la Justice et des Classes moyennes. — Dans ce cas, qu'ils l'assument !

M. Vaes. — Bien sûr, mais il n'est pas mauvais que nous soyons conscients des changements en perspective à ce propos et du fait que les acteurs impliqués vont devoir se redéfinir dans leur rôle respectif.

J'en viens à un quatrième problème non négligeable. Déjà, faute de contrôle, l'esprit de la loi de 1850 a été détourné : en effet, la loi, si claire soit-elle, est une chose ; son application concrète en est une autre. Et là, je ferai référence à ce que l'article 32 semble gérer ou, en quelque sorte, régler en ce qui concerne les dispositions générales à savoir le problème de la situation quotidienne des malades au sein de l'hôpital, pendant la mise en observation ou le maintien en internement.

Une série d'abus pratiques sont possibles sur le terrain, abus qui contrediraient la volonté du législateur de protéger la vie privée et la liberté des personnes. Je pense, par exemple, à la difficulté de

gérer la liberté de correspondance, de sortie, de visite, de communication téléphonique et parfois même la liberté d'opinion ou l'exercice du droit de vote. Il s'agit là de problèmes d'organisation, de conception et de régulation éventuelle de la situation quotidienne du malade dans ses rapports avec le personnel soignant, les médecins et l'administration, au sein des hôpitaux psychiatriques.

L'article 32 traitant de ces problèmes, on peut conclure que la commission en est bien consciente, sans pouvoir vraiment les régler.

D'aucuns font référence à la charte de l'usager des hôpitaux ou du patient, qui fait partie d'une élaboration progressive de ce que l'on pourrait appeler le droit du consommateur en matière de santé et dont les enjeux sont considérables.

Cela débouche sur un nouvel aspect. Le règlement d'ordre intérieur d'un hôpital psychiatrique ou d'une maison d'internement pour malades mentaux peut et devrait logiquement constituer une des conditions d'agrément de ces établissements. Il devrait refléter la conception que l'on a, au quotidien, de l'exercice des prérogatives des médecins, des libertés des malades et des initiatives que peuvent prendre les instances administratives, médicales ou autres.

Si l'on parle d'agrément des institutions d'internement ou de traitement des malades mentaux, on aboutit inévitablement à la question de la compétence évoquée par M. Arts.

L'exercice de la médecine et le cadre de la protection des libertés sont de la compétence nationale. Quant à l'agrément des institutions psychiatriques et leurs règlements d'ordre intérieur, ils relèveraient des Communautés. Or, les règlements d'ordre intérieur ont des implications et traitent de matières touchant à ces différents domaines. Par conséquent, une coordination et une coopération réfléchies devront être mises en œuvre entre les différentes instances concernées afin de répondre, par le biais de ces règlements d'ordre intérieur, aux diverses exigences.

Telles sont les réflexions positives et le soutien que nous souhaitons exprimer à l'égard de ce projet qui suscite encore cependant bien des interrogations. Comme l'a dit Mme Herman, le travail n'est pas terminé ; le ministre l'a reconnu. Nous aborderons d'ailleurs bientôt la question de la gestion des biens.

Permettez-moi de m'attarder encore sur deux problèmes plus généraux, mais néanmoins importants.

La maladie mentale n'est pas la débilité mentale héritée génétiquement ou dès la naissance. Elle est générée par une expérience sociale, une désarticulation de la personnalité, un conflit avec soi-même ou avec les autres, une perte d'identité. La prévention de la maladie mentale au sein de notre société, reste pour nous, écologistes, une préoccupation fondamentale.

Comme vous le savez, notre analyse de la société révèle que celle-ci est, en fait, une communauté de tensions dans laquelle les rapports de force sont inégaux et où, sans le vouloir — ou en le voulant — on cherche à normaliser les individualités dans un modèle compétitif ou d'efficacité. Ce modèle, au sein d'une société pluraliste, ne correspond certainement pas aux aspirations ambiguës et complexes des personnalités, à leur sensibilité et à leur volonté d'autonomie et de liberté. Par conséquent, une réflexion portant sur notre communauté, sur notre culture et sur notre civilisation doit intervenir. En effet, ces différentes composantes sont elles-mêmes d'une certaine manière responsables de la génération de la maladie mentale et des perturbations de la personne au sein de la collectivité dans laquelle elle vit.

Par ailleurs, dans ce dossier comme dans beaucoup d'autres, le statut du médecin, sous-jacent, est remis en question. Aucune critique ne doit être formulée à l'égard du médecin. Nous devons simplement savoir que nous redéfinissons et continuerons à devoir mettre en question le pouvoir et la signification de la science médicale par rapport aux problèmes des personnes, qu'il s'agisse de leur corps, de leur esprit, de leur affectivité ou de leurs relations sociales.

La dernière question, soulevée également par Mme Delruelle, me paraît pertinente sur le plan politique. Elle porte sur la cohérence, le lien existant entre le présent projet de loi et les différentes mesures de gestion de la santé dans ses aspects logistiques et budgétaires, ainsi qu'au niveau des modalités d'hébergement et des possibilités alternatives au traitement psychiatrique, impliquées par des mesures budgétaires ou d'aménagement de la médecine et des hôpitaux, proposées par le ministre Busquin. Ces dernières mesures revêtent effectivement une importance certaine de par leurs implications tant sur le plan financier qu'en termes d'emploi et de concrétisations finançables et socialement accessibles au traitement psychiatrique. Il y a donc des enjeux importants de cohérence politique.

Pour conclure, nous tenons à souligner notre soutien global à ce projet. Par ailleurs, nous espérons que les réponses du ministre à nos questions éclaireront ce débat. En outre, nous souhaitons que les informations qu'il nous fournira permettent de définir la direction de notre travail au cours des mois et des années à venir en vue de compléter le projet et de rendre plus cohérente son application concrète au quotidien. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Barzin.

M. Barzin. — Monsieur le Président, mon intervention sera consacrée à la question de savoir dans quelle mesure ce projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux apporte de nouvelles garanties pour assurer le respect de l'individu et la sauvegarde de sa liberté.

A partir de la constatation qu'il existe malheureusement des personnes dont le développement mental et physique ne les met pas en mesure d'assurer seules leur entretien, d'autres dont la personnalité traverse des développements difficiles pouvant affecter leurs comportements sociaux, d'autres — ou peut-être les mêmes — qui manifestent des troubles les rendant dangereuses pour elles-mêmes et autrui, il apparaît, à juste titre, qu'il faut soigner, alléger les souffrances et, le cas échéant, protéger la société.

Mais on se rend compte qu'on touche à une matière très subtile, où il est délicat de tracer une frontière entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, entre ce qui est guérissable et ce qui ne l'est pas, entre l'exigence du respect de l'individu et celle de la protection de la société.

Dans ce qui peut être fait pour ou contre la personne concernée, l'entourage joue un rôle déterminant, qu'il s'agisse de l'épauler autant que faire se peut ou, au contraire, de s'en décharger sur d'autres et, pire, de se déterminer en fonction d'intérêts patrimoniaux.

Le législateur a donc une mission bien complexe : faire en sorte que la personne qui connaît ce genre de difficulté soit mise dans une situation qui la fasse le moins souffrir et lui assure les meilleures chances d'un rapide rétablissement; dans ce but, rédiger un texte permettant aux différents protagonistes — la personne concernée, les autorités, les dispensateurs de soins, l'entourage — d'agir les uns sur les autres pour faire évoluer une situation dans le respect de l'individu et de sa liberté, tout en mettant la société à l'abri de comportements dangereux.

L'ancien article 489 du Code civil, modifié en 1967, disposait que « le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides », par référence à des concepts du droit romain, le furieux étant quelqu'un qui est dangereux pour autrui et pour lui-même, et l'imbécile ou le dément, dangereux uniquement pour lui-même.

Aujourd'hui, les concepts du droit romain doivent faire place à une approche plus médicale des situations envisagées, qui doit traduire la confiance du législateur dans les thérapies dont on peut espérer qu'elles assurent, à terme, la réinsertion des intéressés dans une vie sociale plus heureuse.

Il faut donc se féliciter de ce que le projet de loi en discussion substitue les termes « malade mental », « mise en observation », « traitement », « postcure », à ceux d'« aliénés », de « collocation » et de « séquestration à domicile », utilisés dans les textes actuels et qu'au-delà des mots, les dispositions envisagées aient bien pour but le traitement des intéressés.

L'article 1^{er} du projet de loi précise clairement qu'en dehors de la situation décrite à l'article 2 et de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1964, qui vise des cas où des délits ont été commis, « le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle ».

Hors l'application de la présente loi, toute atteinte à la liberté d'aller et venir d'un individu, fût-ce pour le diagnostic et le traitement de troubles psychiques, est donc une séquestration arbitraire réprimée par les articles 434 et suivants du Code pénal.

Je relève à cet égard que le présent projet, qui prévoit l'abrogation de la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, à l'exception du chapitre VII, tend à supprimer une disposition pénale spécifique qui concernait la détention illégale d'un parent en état d'aliénation mentale, de sorte que ce seront les articles 434 et suivants du Code pénal, lesquels prévoient des peines plus lourdes pour le même fait, qui deviendront, dans ce cas, d'application.

L'article 2 du projet de loi précise les conditions exceptionnelles dans lesquelles des mesures restrictives de liberté peuvent être envisagées. Ce texte présente deux caractéristiques. D'abord, il précise que les mesures en question, dites « mesures de protection », ont un caractère subsidiaire, c'est-à-dire que, même si les autres conditions sont remplies, ces mesures ne doivent être appliquées qu'« à défaut de tout autre traitement approprié ». De plus, dans cette hypothèse, les mesures ne peuvent être décidées qu'à certaines conditions, qui sont de stricte interprétation puisque l'on touche à la liberté individuelle. Est visé l'état d'un malade mental qui met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou qui constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

Le rapport des travaux de la commission de la Justice mentionne qu'il doit s'agir d'une maladie mentale grave et que le projet ne vise pas les personnes qui souffriraient « simplement » de troubles mentaux « car cela donnerait un sens trop large au champ d'application ». Le texte ne vise pas non plus les personnes souffrant d'une « simple » sénilité.

Le texte de l'alinéa 2 de l'article 2 fournit une précision importante : un comportement inadapté et singulier, et des opinions marginales ne sont pas en soi la preuve d'une maladie mentale. Le rapport ajoute que le comportement marginal de certaines personnes ne peut être pris en considération que s'il résulte indiscutablement d'une maladie mentale.

Pour être l'objet des dispositions prévues par la loi, le malade mental doit mettre gravement en péril sa santé et sa sécurité. C'est la première hypothèse. Dans ce cas, il faut la conjonction de deux circonstances : le danger pour la santé et les risques pour la sécurité de l'intéressé lui-même. Comme le dit le rapport, « le critère de la sauvegarde de la santé en soi est trop vague et il ne peut être suffisant. Il doit être associé au critère de la sécurité ». Le critère doit être, notamment, le danger grave, actuel et potentiel, que l'intéressé lui-même court s'il est laissé sans traitement.

La deuxième hypothèse où les dispositions de la loi peuvent s'appliquer est celle où le malade mental constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui, cette dernière condition étant conçue, suivant le rapport, comme une exigence plus sévère encore : les références à la vie et à l'intégrité d'autrui expriment un concept plus restrictif que la notion de sécurité. De plus, lorsqu'on parle d'autrui, on envisage une menace qui serait dirigée contre des personnes, excluant une menace abstraite, par exemple contre la sûreté de l'Etat.

On le voit, la préoccupation qui imprègne ce texte est de limiter autant que possible les cas où il peut y avoir privation de liberté. Il faut s'en féliciter. Sans doute, les définitions, les concepts, les mots apparaissent-ils comme des outils bien imparfaits, pour cerner une réalité tellement mouvante, qui touche au plus profond de l'individu. Mais cette approche très fine de la question par le législateur exprime sans ambiguïté sa volonté de limiter les cas de privation de liberté à des situations tout à fait justifiées.

Sur le plan des principes, la voie est donc tracée. Il appartiendra au juge d'apprécier les situations individuelles.

Le recours au magistrat qu'est le juge de paix me paraît constituer une bonne garantie. D'emblée, le juge de paix — qui exerce une juridiction individuelle — est ressenti comme un magistrat plus facilement accessible, proche des gens, et déjà compétent

pour d'importantes matières du droit de la famille. Ainsi la fonction qu'il est déjà appelé à assumer dans le cadre de la tutelle des mineurs.

Néanmoins, l'avantage de l'intervention du juge de paix serait bien amoindri si sa compétence territoriale dépendait, à un moment ou à un autre, non pas du domicile ou de la résidence du malade mental, mais de la localisation de l'établissement psychiatrique où ce malade séjourne. En effet, si le juge de paix compétent devient celui de l'endroit de l'établissement de soins, on risque d'aboutir à une certaine spécialisation de ces juges de paix, peut-être à une routine, et en tout cas à une moindre connaissance du milieu familial et social du patient.

Il est donc intéressant de vérifier quel juge est appelé à intervenir pour décider de « mesures de protection » qui sont privatives de liberté.

Les articles 5 et 9 du projet de loi énoncent le principe que le juge de paix appelé à intervenir en vue d'une mise en observation est celui du domicile ou de la résidence du malade. Ce qui est bien.

Le rapport spécifie qu'en ce qui concerne la décision de maintien prévue à l'article 13, « la commission a estimé inutile de préciser dans le texte qu'il s'agit du juge de paix qui a décidé la mise en observation et le traitement. C'est évidemment celui-ci qui devra également statuer sur le maintien. »

Pour ce qui est de la détermination du juge compétent dans le cas d'une proposition de transfert dans un autre service psychiatrique, prévu à l'article 18, le rapport mentionne aussi qu'il est superflu de préciser dans le texte quel est le juge de paix compétent en la matière « puisque ce sera toujours le même juge de paix qui sera compétent ».

En ce qui concerne la procédure de révision organisée par l'article 22, c'est donc la même interprétation qui doit être donnée.

Dans le cadre de cet exposé, qui met en avant les principales garanties d'une sauvegarde de la liberté individuelle, je m'en voudrais de ne pas citer l'intervention de l'avocat.

Son rôle s'écarte de sa mission traditionnelle de conseil, puisque à certaines occasions importantes, notamment en cas d'appel ou lorsqu'il s'agit de transférer le patient d'un service à un autre, le texte lui reconnaît un droit propre d'agir devant la juridiction, et cela même si le malade mental est pourvu d'un représentant légal.

Ces dispositions assez exorbitantes démontrent bien la volonté du législateur, d'une part, de réduire les situations dans lesquelles une mesure privative de liberté peut être prise et, d'autre part, de compenser, par différentes garanties, l'état d'infériorité dans lequel se trouve malheureusement la personne souffrant de troubles mentaux.

Avec ce texte légal, on peut considérer que si une maladie mentale mérite sans doute un traitement, elle ne nécessite pas pour autant, et sauf circonstances exceptionnelles, un internement.

Il me plaisait de le souligner. (*Applaudissements.*)

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer Dierickx.

De heer Dierickx. — Mijnheer de Voorzitter, ik zal bijzonder kort zijn want ik weet dat bondigheid in onze parlementaire democratie uitermate wordt geapprecieerd.

Naar aanleiding van dit ontwerp heb ik heel wat contacten gehad met juristen en met geneesheren *omnipratici*. Zij waren het er vrijwel allen over eens dat dit ontwerp niet slecht is.

Zoals de heer Vaes daarstraks reeds heeft gezegd, zullen de groenen dit ontwerp goedkeuren. In onze niet zo lange parlementaire carrière hebben wij heel wat verhalen gehoord van mensen die om een peulschil werden opgenomen in een psychiatrische instelling. Dikwijls bracht de politie hen naar een ziekenhuis waar een psychiater een attest opstelde met het gevolg dat zij voor langere tijd in een psychiatrische instelling werden opgenomen en er soms zeer moeizaam uit geraakten. Ik hoop dat deze wet verandering zal brengen en dat wij dergelijke klachten niet meer zullen horen.

Mijnheer de minister, ik heb in feite slechts één vraag. In de nota van de Vereniging van huisartsen wordt er herhaaldelijk op gewezen dat dit ontwerp in feite het conflictmodel huldigt. Is u ook deze mening toegedaan? Is u ook van oordeel dat dit ontwerp het conflict tussen de persoon die in een instelling wordt opgenomen en zijn familie institutionaliseert? De geneesheren achten dit gevaar vooral reëel wanneer de urgentieprocedure wordt ingesleut.

De heer Arts. — Wat denkt u zelf daarvan, mijnheer Dierickx? U steunt toch dit ontwerp?

De heer Dierickx. — Ik steun inderdaad dit ontwerp. Ik geloof echter dat het besef dat een delicate conflictsituatie duidelijk waarneembaar zal worden, de familieleden zal weerhouden om al te vlug tot die procedure over te gaan.

De heer Arts. — Is u dan tegen of voor dit ontwerp?

De heer Dierickx. — Ik herhaal dat ik voor dit ontwerp zal stemmen. Wanneer de familie weet dat zij er zich niet vlug van afmaakt met het instellen van de spoedprocedure, maar dat zij nadien nog voor de vrederechter moet verschijnen, zal zij niet al te lichtzinnig optreden.

Zoals de heer Vaes daarstraks reeds heeft verklaard, zijn wij, groenen, ter zake voorstander van kleinschaligheid. Bovendien opteren wij voor de mogelijkheid, mensen die wat buitenissig optreden, te behouden in hun milieu en niet onmiddellijk in een instelling op te nemen. Ik herhaal nogmaals dat het bewustzijn dat zij kunnen verzeild geraken in een voor anderen waarneembare conflictsituatie de mensen ertoe zal aanzetten om niet al te vlug de gewone of de urgentieprocedure in te zetten.

Om al deze redenen zullen wij, groenen, dit ontwerp aannemen. Wij zullen wel uitkijken of het inderdaad die verbeteringen brengt die het voorspelt.

De Voorzitter. — Wij zetten deze bespreking vanmiddag te 14 uur voort.

Nous poursuivrons cette discussion cet après-midi à 14 heures.

De vergadering is gesloten.

La séance est levée.

(*De vergadering wordt gesloten te 12 h 15 m.*)

(*La séance est levée à 12 h 15 m.*)

