

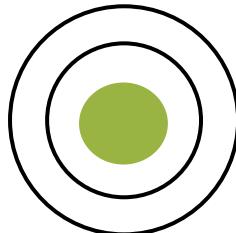
Ombudsman

Le Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

T

R



Rapport annuel

2011-2012

P

A

R

R

TOME I

Index

1. Introduction	p.3
2. La méthodologie appliquée	p.4
3. Les missions effectuées	p.5
4. Le suivi des recommandations	p.7
5. Les avis de la Médiateure	p.7
6. Les missions en programmation	p.8

Annexes

TOME I

- I. A) Rapport de la Médiateure relatif aux placés judiciaires et aux placés médicaux sous mandat de dépôt
 - B) Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure
- II. A) Rapport de la Médiateure relatif au Centre Socio-Educatif de l'Etat
 - B) Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure
- III. A) Rapport de la Médiateure relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux
 - B) Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure

TOME II

- I. Avis de la Médiateure relatif au projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire et au projet de règlement grand-ducal portant notamment organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires
- II. Avis de la Médiateure relatif à l'avant-projet de loi portant modification 1. de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat 2. de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des fonctionnaires de l'Etat 3. de la loi du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique 4. du code des assurances sociales 5. de la loi du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire et à l'avant-projet de règlement grand-ducal portant organisation de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'Etat

1. Introduction

Au plan international, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies à New York a adopté en date du 18 décembre 2002 le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la Torture et autres Peines et Traitements cruels, inhumains ou dégradants (OPCAT). Entré en vigueur le 22 juin 2006, l'OPCAT prévoit l'instauration d'un système de visites régulières par des organismes internationaux et nationaux indépendants ayant pour objet le contrôle du respect des droits de l'homme dans tous les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté.

Aussi incombe-t-il aux organismes visés d'assurer une prévention efficace de tous traitements cruels, inhumains ou dégradants et de veiller à l'instauration de conditions de détention aussi humaines que possible.

Suite à l'élaboration d'un projet de loi déposé à la Chambre des Députés par le Ministre de la Justice en date du 13 mars 2008, la loi du 11 avril 2010 portant approbation de l'OPCAT et désignation du Médiateur en tant que Mécanisme national de Prévention est entrée en vigueur le 20 avril 2010.

Il est à noter que la notion de « lieux privatifs de liberté » est à comprendre au sens large, désignant l'ensemble de tous les lieux publics et privés où les personnes détenues ou internées ne sont pas autorisées à sortir à leur gré.

Il convient de souligner que les deux compétences accordées à la Médiateure, à savoir celles lui dévolues en vertu de la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur et celles lui accordées en vertu de la prédictive loi du 11 avril 2010 se distinguent fondamentalement. La Médiateure, dans ses attributions classiques intervient en aval des conflits qui opposent le citoyen à l'administration afin d'obtenir les cas échéant une correction de toute décision, de toute procédure contraire au bon fonctionnement des services visés. Par contre son activité en tant que responsable du Mécanisme national de Prévention se situe clairement en amont de l'émergence de toutes les situations susceptibles de générer des conflits individuels. A relever également qu'il s'agit d'une activité à caractère préventif.

Comme déjà mentionné dans le premier rapport annuel du Mécanisme national de Prévention, les deux agents affectés au contrôle externe des lieux privatifs de liberté assurent un service de permanence qui fonctionne 24 heures par jour pendant toute l'année.

Des procédures internes, arrêtées avec les autorités pénitentiaires garantissent que les agents de permanence de la Médiateure soient immédiatement informés de tout incident ou plus généralement de tout fait survenu en milieu privatif de liberté qui est de nature à affecter les droits de l'homme des personnes privées de liberté.

Selon ces procédures, des schémas de communication ont été établis en concertation étroite avec les institutions concernées pour permettre une communication rapide et efficiente. Les procédures en question ainsi que les délais et moyens de communication ont été adaptés tant au degré d'urgence, à l'importance de l'incident qu'aux impératifs liés au bon fonctionnement de l'établissement concerné.

Ainsi, les agents de la Médiateure reçoivent pratiquement à un rythme journalier des rapports écrits sur des agressions corporelles entre détenus, plus rarement elle est confrontée à une déclaration de fugue ou de retour d'un patient interné en milieu psychiatrique fermé. Il est à noter que la très grande majorité de ces fugues concernent des mineurs hospitalisés à l'unité Orangerie 3 du CHNP.

Les informations, arrivant en général en fin de soirée et concernant le non-retour d'un détenu bénéficiant du régime de la semi-liberté au Centre Pénitentiaire de Givenich ne sont pas rares non plus.

L'agent de permanence doit être tenu informé immédiatement par voie téléphonique de tout décès survenant en milieu privatif de liberté. En pareil cas, il se transporte sans délai dans l'établissement concerné afin d'y recueillir tous les éléments d'information permettant de constater les éléments matériels entourant le décès de la personne concernée. Cette opération est menée afin de pouvoir se prononcer par la suite sur une éventuelle violation des droits de l'homme dont demeurent dépositaires les personnes privées de liberté.

En procédant de la sorte, la Médiateure remplit également la fonction préventive qui lui est dévolue par la loi du 11 avril 2010. En effet, la présence d'un représentant d'une institution neutre et indépendante sur place, et également le fait que tous les acteurs savent que cette présence sera inévitable, contribue à une meilleure protection des droits de l'homme des personnes privées de liberté par son effet dissuasif, mais également à une meilleure protection des agents affectés à ces établissements en les mettant à l'abri de toute rumeur malveillante ou diffamatoire.

Malheureusement, les agents de permanence ont dû assister pendant l'année écoulée à trois cas de décès, tous survenus au Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

2. La méthodologie appliquée

La méthodologie décrite dans le rapport précédent n'a pas subi de changements et a fait ses preuves.

Comme il s'agit d'un instrument relativement récent, la Médiateure estime utile de reprendre encore une fois la description détaillée faite à ce titre par son prédécesseur.

Chaque opération de contrôle est précédée par une phase d'étude approfondie de la législation nationale régissant l'institution à visiter et par l'analyse minutieuse des textes et recommandations internationales édictés en la matière.

A partir de la comparaison de ces deux sources, après l'analyse des législations pertinentes d'autres pays et après l'étude des rapports rédigés dans le domaine concerné par d'autres organismes de contrôle, nationaux ou internationaux, comme le CPT du Conseil de l'Europe par exemple, le Contrôleur externe élabore un questionnaire et une liste détaillée d'installations à visiter et d'éléments à vérifier.

Une étude de l'organigramme fonctionnel de l'institution visitée permet alors de déterminer les interlocuteurs et de procéder à une structuration des entretiens selon le domaine de compétence de chaque interlocuteur.

Il est évident que les entretiens qui sont menés par l'équipe de contrôle lors des missions concernent aussi bien les personnes responsables de l'institution visitée et le personnel y affecté, que les personnes privées de liberté qui y sont hébergées.

Chaque mission de contrôle commence par une entrevue de la Médiateure et de ses deux agents formant l'équipe de contrôle avec les responsables de l'institution à visiter. Au cours de cette entrevue, la Médiateure explique en détail les objectifs et les modalités du contrôle.

Les opérations sur le terrain sont exécutées par les deux agents de l'équipe de contrôle.

A la fin de ces opérations, un rapport de mission détaillé est rédigé. Ce rapport contient toujours deux volets, le premier voué exclusivement à la comparaison de la législation nationale avec les normes internationales régissant les droits de l'homme et les recommandations que la Médiateure juge nécessaires, le deuxième volet contenant les constats faits sur place et les recommandations qui en découlent.

Ce rapport est transmis aux responsables concernés qui disposent d'un délai raisonnable pour soumettre à la Médiateure une prise de position écrite à laquelle elle apporte ses commentaires. Tant les prises de position commentées que le rapport de visite font par la suite l'objet d'une publication.

3. Les missions effectuées

Depuis le dernier rapport annuel, 3 volets du domaine privatif de liberté ont fait l'objet d'un contrôle approfondi :

a. Les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt

Cette mission avait pour but de procéder à une vérification des conditions d'hospitalisation réservées aux personnes tombant sous le champ d'application de l'article 71, respectivement de l'article 71-1 du code pénal.

Lors des travaux préparatoires de la mission, il s'est avéré que la station BU6 du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) n'accueille non seulement les patients jugés totalement, voire partiellement irresponsables au niveau pénal, mais également les personnes à l'encontre desquelles un mandat de dépôt a été émis et qui sont normalement détenues au CPL (quoique une détention au CPG serait également possible d'un point de vue strictement légal).

Ces détenus, souffrant de pathologies psychiatriques généralement assez graves sont soignés et suivis par le service de médecine psychiatrique du CPL. Or, il arrive régulièrement que la pathologie psychiatrique de ces détenus évolue défavorablement de sorte qu'un séjour hospitalier en unité psychiatrique spécialisée devient nécessaire.

A l'heure actuelle, ces détenus en phase de décompensation sont transférés également à l'unité BU6 du CHNP, de sorte qu'il a paru indiqué d'intégrer cette catégorie de patients également dans la mission.

La mission de contrôle s'exerçait du 26 septembre 2011 au 25 octobre 2011 sur le site du CHNP.

b. Le Centre socio-éducatif de l'Etat (CSEE)

L'objectif de la mission de contrôle était de vérifier dans un premier temps la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, et ensuite l'ensemble des conditions générales de séjour et de traitement des mineurs placés au CSEE. La mission concerne aussi bien le site de Dreiborn, que celui de Schrassig.

Le site de Dreiborn a une capacité de 48 lits et accueille les garçons, tandis que le site de Schrassig dispose d'une capacité de 35 lits et est destiné à la prise en charge des filles.

La mission de contrôle s'exerçait du 5 au 21 mars 2012 sur les deux sites du CSEE.

c. L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

L'objectif du contrôle était de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, ainsi que les conditions de traitement des patients en phase d'observation ou en placement médical. Il est à noter que le terme de traitement n'inclut dans ce cas pas le traitement purement médical, alors que la Médiateure a décidé de ne pas contrôler cet aspect lors de cette mission. Pour cette raison, les opérations sur place ont été réalisées sans le concours d'un expert en médecine psychiatrique.

Les patients en séjour volontaire au sein d'un service de psychiatrie n'ont pas non plus fait l'objet de la mission de contrôle, alors que le champ de compétence de la Médiateure se limite aux patients admis en phase d'observation ou placés en vertu d'une décision judiciaire.

Le contrôle a débuté aux unités de psychiatrie aiguë ou intensive, concernées en premier lieu par les mesures d'observation et s'est poursuivi auprès des unités de réhabilitation, donc les unités prenant en charge les personnes à plus long terme et partant concernées avant tout par les placements médicaux.

En ce qui concerne les mesures d'observation en psychiatrie aiguë, 4 hôpitaux ont été concernés par la mission de contrôle :

- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)
- L'Unité de psychiatrie adulte à l'Hôpital Kirchberg (CHK)
- L'Unité de psychiatrie intensive au Centre Hospitalier Emile Mayrisch à Esch-sur-Alzette (CHEM)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Nord (CHdN)

La Médiateure voudrait soulever que la ZithaKlinik peut procéder à des admissions de patients psychiatriques lors des jours de garde de l'hôpital, mais l'équipe de contrôle a été informée sur place que les patients étaient transférés dans les tout meilleurs délais au CHL. La ZithaKlinik n'a donc pas fait l'objet d'une analyse plus détaillée de la part de la Médiateure.

Les services de réhabilitation font tous partie du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck (CHNP). Au moment des visites sur place, 6 services accueillaient des personnes placées et ont donc fait l'objet de la mission de contrôle :

- L'unité « BU 3 », accueillant la majorité des patients placés
- L'unité « BU4 », appelé également « Horizon »
- L'unité « Orangerie 1 », accueillant majoritairement des patients souffrant de troubles psychotiques
- L'unité « Orangerie 2 », destiné à prendre en charge des patients souffrant de troubles liés à une dépendance alcoolique
- L'unité « Um Weier », hébergeant des patients à long séjour, sans spécification du type de trouble psychiatrique
- Le Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD), prenant en charge majoritairement des patients psychotiques avec un projet réaliste de réinsertion

Les visites sur place se sont ensuite déroulées du 2 juillet au 25 juillet 2012.

En ce qui concerne ces trois missions, tant le rapport de visite de la Médiateure que les observations des autorités concernées, commentées par la Médiateure, ont été publiés sur le site de la Médiateure (www.ombudsman.lu, onglet CELPL ou www.celpl.lu).

4. Le suivi des recommandations

La Médiateure suit avec attention les travaux législatifs qui sont menés dans tous les domaines touchant les lieux privatifs de liberté.

La Médiateure entend revenir régulièrement sur les recommandations formulées dans les rapports de visite afin d'apprécier le suivi qui y est réservé par les autorités compétentes.

A cet effet, elle a diligenté entre le 29 octobre et le 23 novembre 2012 une mission de suivi sur place relative au premier rapport de son prédécesseur établi en 2010 et concernant l'entrée du détenu en milieu carcéral et la santé en milieu carcéral.

Le rapport de visite en question sera adressé aux autorités compétentes, pour commentaires, vers le mois d'avril 2013.

Le volet de la médecine dentaire, volontairement laissé de côté lors de la mission de 2010, sera analysé de près dans le rapport à paraître. A cet effet, la Médiateure s'est adjointe des services d'un médecin-dentiste qui dispose du statut d'expert agréé auprès des Cours et Tribunaux nationaux.

La Médiateure tient à répéter le souhait déjà exprimé par son prédécesseur, à savoir qu'il serait hautement opportun que la Chambre des Députés se charge également du suivi de ses recommandations émises au titre du Mécanisme National de Prévention à l'instar de la procédure mise en place pour le suivi des recommandations de la Médiateure.

5. Les avis de la Médiateure

Aux termes de l'article 7 de la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions, le mécanisme national de prévention est appelé à émettre dans ses rapports des avis, formuler des recommandations et présenter les propositions prévues à l'article 19 du Protocole.

L'article 19 c) du protocole facultatif, ratifié par la prédite loi du 11 avril 2010 autorise le mécanisme national de prévention à présenter des propositions et des observations au sujet de la législation en vigueur ou des projets de loi en la matière.

La Médiateure a procédé pendant la période couverte par le présent rapport à la rédaction de deux avis différents.

Le premier, rédigé de sa propre initiative est relatif au projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire et au projet de règlement grand-ducal portant notamment organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires.

Le second, rédigé à la demande de Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration concerne l'avant-projet de loi portant modification 1. de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat 2. de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des fonctionnaires de l'Etat 3. de la loi du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique 4. du code des assurances sociales 5. de la loi du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire et

l'avant-projet de règlement grand-ducal portant organisation de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'Etat.

La Médiateure se félicite de l'initiative prise par Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration alors qu'elle permet de formuler des observations qui peuvent être utiles dans le processus de formalisation d'un texte normatif, ce qui est toujours préférable à des critiques ex post, demandant des modifications législatives évitables.

6. Les missions en programmation

La Médiateure ne pourra pour des raisons évidentes pas faire état des missions programmées à court et à moyen terme.

La Médiateure est également en train d'évaluer l'opportunité d'une mission de contrôle auprès d'autres établissements dans lesquels se trouvent des personnes privées de leur liberté aux termes du Protocole facultatif, à savoir les F.A.D.E.P. et les autres institutions dans lesquelles se trouvent des mineurs placés en vertu d'une décision du juge de la jeunesse.

Luxembourg, le

Lydie ERR
Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg

ANNEXE I

A. Rapport de la Médiateure relatif aux placés judiciaires et aux placés médicaux sous mandat de dépôt

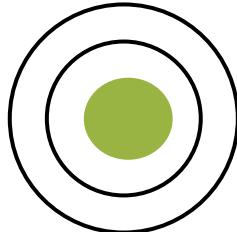
Ombudsman

Le Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

T

R



P

P

A

R

Les placés judiciaires

et

les placés médicaux

sous mandat de dépôt

Index

1. <u>Introduction</u>	p. 2
2. <u>Contrôle de conformité de la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux</u>	p. 5
2.1. La Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	p.5
3. <u>Procédures</u>	p.12
3.1. La Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement instituée en vertu des dispositions de l'article 33 de la loi du 10 décembre 2009	p. 12
3.2. L'entrée du patient placé judiciaire	p. 13
3.3. L'entrée du patient placé sous mandat de dépôt	p. 14
3.4. L'élargissement des placés judiciaires	p. 15
4. <u>Hébergement</u>	p. 15
4.1. Conditions matérielles	p. 15
4.2. Hygiène et alimentation	p. 17
4.3. Activités sportives	p. 17
5. <u>Les soins</u>	p. 18
5.1. Les soins paramédicaux	p. 19
5.2. L'ergothérapie	p. 20
5.3. Les soins psychologiques	p. 20
6. <u>Conclusions</u>	p. 21
6.1. Quant aux modalités de sortie (accompagnée ou non) des patients hospitalisés au BU6	p. 21
6.2. Conclusions générales	p. 26
7. <u>Recommandations urgentes</u>	p. 27

1. Introduction

En concevant cette mission, il était dans l'intention du Contrôleur externe de procéder à une vérification des conditions d'hospitalisation réservées aux personnes tombant sous le champ d'application de l'article 71, respectivement de l'article 71-1 du code pénal.

Lors des travaux préparatoires de la mission, il s'est avéré que la station BU6 du CHNP n'accueille non seulement les patients jugés totalement, voire partiellement irresponsables au niveau pénal, mais également les personnes à l'encontre desquelles un mandat de dépôt a été émis et qui sont normalement détenues au CPL (quoique une détention au CPG serait également possible d'un point de vue strictement légal).

Ces détenus, souffrant de pathologies psychiatriques généralement assez graves sont soignés et suivis par le service de médecine psychiatrique du CPL. Or, il arrive régulièrement que la pathologie psychiatrique de ces détenus évolue défavorablement de sorte qu'un séjour hospitalier en unité psychiatrique spécialisée devient nécessaire.

A l'heure actuelle, ces détenus en phase de décompensation sont transférés également à l'unité BU6 du CHNP, de sorte qu'il a paru indiqué d'intégrer cette catégorie de patients également dans la mission.

Quant à la nécessité de transférer des détenus en phase de crise psychiatrique aiguë dans une structure externe au CPL, le Contrôleur externe renvoie aux pages 80 ss. du chapitre 5.2.2. de son rapport concernant l'entrée du détenu en milieu carcéral et la santé en milieu carcéral.

Le Contrôleur externe maintient son analyse formulée quant à la possibilité de traiter des patients psychiatriques contre leur volonté au sein du CPL. Il est évident que ce traitement devrait garantir le même niveau de sécurité et de qualité que celui prodigué au CHNP. Pour ce faire, des mesures garantissant une surveillance adéquate pendant la nuit devraient être prises.

La mission du Contrôleur externe concernant les deux catégories de patients accueillies à l'unité BU6 du CHNP a débuté le 26 septembre 2011. Les visites sur place, ainsi que les entretiens avec les personnes externes susceptibles de fournir des renseignements utiles à la réalisation de la mission se sont terminées le 25 octobre 2011.

L'objectif du contrôle était de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, ainsi que les conditions de traitement des deux catégories de patients pré-décris en milieu fermé. Par traitement, il y a avant tout lieu de considérer les conditions générales de vie des patients concernés. En l'absence d'un expert médical accompagnant l'équipe de contrôle, le présent rapport se limite à des constats généraux de nature plutôt quantitative concernant le traitement médical et paramédical.

Avant le début des opérations sur place, le Contrôleur externe a sollicité une réunion avec le Directeur général et les responsables de différents services du CHNP afin de leur détailler les objectifs et les modalités de la mission.

La mission sur place a été menée par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil du Service de Contrôle des lieux privatifs de liberté.

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Lundi, 26 septembre 2011 :
Réunion du Contrôleur externe et de l'équipe de contrôle avec le Directeur général et certains responsables du CHNP.
Entretien avec le médecin-psychiatre responsable de l'unité BU6, le Dr. Hans-Gerd GUMPRECHT.
Entretien avec la psychologue du service, Madame Livia NOCERINI.
- Mardi, 27 septembre 2011 :
Entretien avec le responsable de l'équipe soignante, Monsieur Oliver KOCH
Entretien avec les infirmiers de service
Entretien avec Madame Françoise SCHMIT, infirmière en hygiène hospitalière, responsable de l'hygiène hospitalière au CHNP
- Mercredi, 28 septembre 2011 :
Entretien avec le responsable de l'équipe soignante, Monsieur Oliver KOCH
Entretien avec les infirmiers de service
Entretien avec Monsieur Miguel PASO, assistant social responsable de l'unité BU6
Entretien avec Monsieur Jérôme CHABOT, ergothérapeute responsable du BU6
Entretiens avec des patients placés judiciaires et détenus
- Jeudi, 29 septembre 2011 :
Entretiens avec des patients placés judiciaires et détenus
- Jeudi, 6 octobre 2011 :
Entretien avec Madame Lotty PRUSSEN, conseillère à la Cour d'Appel, Présidente de la Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement instituée en vertu des dispositions de l'article 33 de la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux (...)
- Vendredi, 7 octobre 2011 :
Entretien avec des représentants du Ministère de la Santé : MM. Frank GANSEN, Premier Conseiller de Gouvernement, Laurent JOME, Conseiller de direction 1^{ère} cl., Laurent ZANOTELLI, Conseiller de direction 1^{ère} cl. et Roger CONSBRUCK, Conseiller de Gouvernement
Visite sur place du BU6 et du « Lannenhaff » avec les représentants du Ministère de la Santé et M. le Directeur Général Dr. Jozef JOOSTEN et d'autres responsables du CHNP
- Mardi, 25 octobre 2011 :
Entretien avec un représentant du Ministère de la Justice, Monsieur Michel LUCIUS
Visite sur place du BU6 du « Lannenhaff » avec Monsieur Michel LUCIUS et M. le Directeur Général Dr. Jozef JOOSTEN et différents responsables du CHNP

L'unité BU6 du CHNP a une capacité normale de 12 lits d'hospitalisation. Sur un plan purement architectural, il y a lieu de noter que le BU6 est équipé de 18 lits.

Au moment du début de la mission de contrôle, le BU6 accueillait 12 patients tombant sous la catégorie du placé judiciaire (art. 71 ou 71-1 du code pénal) ainsi que deux détenus du CPL.

Lors de la dernière visite sur place, l'équipe de contrôle a été informée de l'arrivée imminente de deux autres patients placés judiciaires.

L'unité BU6 est dotée de 16,9 ETP en infirmiers et infirmiers psychiatriques (état octobre 2011).

Eu égard au fait que le service est appelé à accueillir en théorie 12 patients et qu'il en accueille en réalité 14 (état à la fin de la mission), la couverture en personnel paramédical soignant se situe à la limite inférieure du seuil acceptable.

En effet, il ne faut pas perdre de vue que le personnel infirmier n'est pas seulement appelé à prodiguer les soins paramédicaux, sa mission va bien au-delà. Ainsi, les sorties accompagnées se font par le personnel des soins. Il appartient également aux infirmiers d'accompagner des groupes de patients ou des patients seuls lors de leur déplacement vers d'autres unités thérapeutiques (art-thérapie, sports etc...).

Par ailleurs, il a été constaté que les patients font très souvent appel aux infirmiers pour des raisons les plus diverses (remise d'articles de toilette, de cigarettes, de biens personnels ou tout simplement pour s'entretenir avec eux).

Deux médecins-psychiatres sont affectés à l'unité, ils assument également une présence au sein de l'unité psychiatrique du CPL.

Une psychologue est présente à temps partiel à l'unité BU6 (2 matins par semaine et sur rendez-vous), cependant elle semble peu sollicitée par les patients.

Un ergothérapeute est affecté à raison de 0,75 ETP à l'unité BU6.

Un assistant social est affecté à temps partiel au service.

Chaque mercredi, l'ensemble du personnel se réunit afin de discuter individuellement le cas de chaque patient.

L'équipe de contrôle a été informée que les femmes de charge, affectées depuis très longtemps à cette unité sont également invitées à participer à cette réunion.

Force est de constater que les patients engagent très souvent des conversations avec les femmes de charge qui leur sont familières du fait de leur présence régulière dans le service. Il a été noté par le personnel paramédical que bien souvent les patients font des confidences aux femmes de charge sur leur état de santé qu'ils ne font pas au personnel infirmier par peur de changement de leur médication.

Le Contrôleur externe se félicite de cette collaboration transversale dans l'intérêt des patients. Cette pratique reflète d'ailleurs également l'esprit de travail collégial et efficient qui anime l'ensemble du personnel affecté à cette unité.

2. Contrôle de conformité de la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

2.1. La Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux

(...)

Article 3 – Non-discrimination

1. Toute forme de discrimination en raison d'un trouble mental devrait être interdite.

2. Les Etats membres devraient prendre des mesures appropriées afin d'éliminer la discrimination en raison d'un trouble mental.

La loi du 10 décembre 2009 ne prévoit pas le principe de non-discrimination. Le Contrôleur externe recommande partant de prévoir ce principe dans la législation nationale pertinente.

(...)

Article 6 – Information et assistance sur les droits des patients

Les personnes traitées ou placées en relation avec des troubles mentaux devraient être informées individuellement de leurs droits en tant que patients et avoir accès à une personne ou à une instance compétente, indépendante du service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans la compréhension et l'exercice de ces droits.

L'exigence posée par cet article est en partie couverte par les articles 37 et 47 de la loi du 10 décembre 2009 qui prévoient que le patient doit être informé de ses droits dans les 12 heures suivant son admission, ainsi que la désignation, par le Ministre de la santé, d'une personne de contact à laquelle les patients peuvent s'adresser pour s'informer de leurs droits ou pour être conseillés dans les affaires juridiques qui les concernent.

Article 8 – Principe de la restriction minimale

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui.

L'article 44 de la loi du 10 décembre 2009 ne prévoit ce principe que pour les cas de traitements involontaires et reste muet au sujet des traitements ordinaires.

Le Contrôleur externe ne met pas en doute que le principe de l'application du traitement le moins restrictif possible soit respecté, mais recommande néanmoins d'insérer ce principe de manière générale dans la législation nationale.

(...)

Article 11 – Normes professionnelles

1. *Les professionnels des services de santé mentale devraient avoir les qualifications et la formation appropriées pour pouvoir remplir leur fonction au sein des services conformément aux obligations et normes professionnelles.*

2. *En particulier, le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants :*

- i. protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ;*
- ii. compréhension, prévention et contrôle de la violence ;*
- iii. mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ;*
- iv. circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures.*

Le Contrôleur externe recommande d'insérer cette exigence dans la législation interne.

Article 12 – Principes généraux des traitements pour trouble mental

1. *Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient bénéficier de traitements et de soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, sur la base d'un plan de traitement personnalisé approprié. Dans la mesure du possible, le plan de traitement devrait être élaboré après consultation de la personne concernée et son opinion devrait être prise en compte. Ce plan devrait être réexaminé régulièrement et modifié si nécessaire.*

L'élaboration de plans de traitement personnalisés est couverte par l'article 6 de la loi du 10 décembre 2009.

Même si le Contrôleur externe a été informé que les plans de traitement personnalisés sont réexaminés à des intervalles très réguliers, il recommande toutefois de prévoir cette obligation dans la législation nationale.

2. *Sous réserve des dispositions du chapitre III et des articles 28 et 34 ci-dessous, un traitement ne peut être dispensé à une personne atteinte d'un trouble mental qu'avec son consentement si elle a la capacité de consentir, ou lorsque la personne n'a pas cette capacité avec l'autorisation d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désigné par la loi.*

L'exigence posée par l'article 6 de la recommandation Rec(2004)10 est couverte par l'article 43(3) de la loi du 10 décembre 2009. Le consentement du patient, voire le cas échéant du représentant légal ou d'une personne de confiance doit être recherché.

3. *Lorsque, en raison d'une situation d'urgence, le consentement ou l'autorisation appropriée ne peut être obtenu, tout traitement pour un trouble mental médicalement nécessaire pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne concernée, ou pour la sécurité d'autrui, pourra être effectué immédiatement.*

L'article 43 (1) de la loi du 10 décembre 2009 prévoit que le traitement involontaire d'un patient n'est permis que si l'état du patient présente un risque de dommage grave pour sa santé ou pour autrui. Le Contrôleur externe est d'avis que cette disposition couvre de manière suffisante l'exigence posée par la Recommandation.

(...)

Article 14 – Recherche biomédicale

La recherche biomédicale entreprise sur une personne atteinte d'un trouble mental devrait respecter les dispositions de la présente recommandation ainsi que les dispositions pertinentes de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, celles de son Protocole additionnel sur la recherche biomédicale et les autres dispositions juridiques qui assurent la protection des personnes dans le cadre de la recherche.

L'article 48 de la loi du 10 décembre 2009 exclut de manière indirecte la réalisation de recherches biomédicales en interdisant au médecin d'administrer un traitement qui n'est pas encore généralement reconnu par la science médicale ou qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient, sauf si ce traitement est indispensable et si le patient, dûment informé, y consent expressément.

Ces dispositions sont suffisantes aux yeux du Contrôleur externe.

(...)

Article 18 – Critères pour le traitement involontaire

Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un traitement involontaire :

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;*
- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;*
- iii. aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ;*
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.*

Les exigences prévues par cet article de la recommandation sont entièrement couvertes par l'article 43 de la loi du 10 décembre 2009.

(...)

Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires

Décision

1. *La décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :*

- i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;*
- ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.*

2. *La décision de soumettre une personne à un traitement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :*

- i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;*
- ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.*

Toutefois, la loi peut prévoir que, lorsqu'une personne fait l'objet d'un placement involontaire, la décision de la soumettre à un traitement involontaire peut être prise par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, après examen de la personne concernée, en prenant en considération l'avis de cette personne.

Les exigences posées au sujet des traitements involontaires dans le cadre des placements involontaires, sont couvertes par les dispositions de l'article 43, alinéas 3 et 4 de la loi du 10 décembre 2009.

3. *Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.*

L'article 34 de la loi du 10 décembre 2009 prévoit que la commission spéciale doit procéder tous les ans à un réexamen de l'état du placé judiciaire. Les moyens de recours accordés au patient placé sont prévus par l'article 37 de la même loi. La loi du 10 décembre 2009 ne précise cependant pas de délais de réexamen concernant l'administration de traitements involontaires.

Le Contrôleur externe recommande de prévoir dans les textes légaux les délais pour un réexamen périodique obligatoire pour évaluer les traitements involontaires administrés.

(...)

Article 22 – Droit à l'information

1. *Les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires devraient être rapidement informées oralement et par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes.*

L'information des patients sur leurs droits et voies de recours est garantie de manière suffisante par les articles 37 et 47 de la loi du 10 décembre 2009.

2. *Elles devraient être informées de manière régulière et appropriée des raisons qui ont motivé la décision et des critères retenus pour sa prolongation ou son interruption éventuelle.*

3. *Le représentant de la personne, le cas échéant, devrait également recevoir ces informations.*

La loi du 10 décembre 2009 ne prévoit pas d'obligation d'informer les patients ou le cas échéant, le représentant de la personne, de manière régulière sur les raisons qui sont à la base de la décision de placement, voire de sa prolongation.

La Contrôleur externe recommande d'introduire cette obligation dans la législation nationale et propose d'attribuer cette obligation ou bien au médecin-psychiatre responsable ou bien à la Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement.

Ces renseignements devraient être donnés aux patients à chaque fois que leur situation est évaluée, donc, conformément à l'article 34 de la loi du 10 décembre 2009, au moins une fois par an.

(...)

Article 24 – Arrêt du placement et/ou du traitement involontaires

1. *Il devrait être mis fin au placement ou au traitement involontaires si l'un des critères justifiant cette mesure n'est plus rempli.*

2. *Le médecin responsable des soins de la personne devrait aussi vérifier si l'un des critères pertinents n'est plus rempli, à moins qu'un tribunal ne se soit réservé la responsabilité de l'examen des risques de dommage grave pour autrui ou qu'il n'ait confié cet examen à une instance spécifique.*

3. *Sauf si la levée d'une mesure est soumise à une décision judiciaire, le médecin, l'autorité responsable et l'instance compétente devraient pouvoir agir, sur la base des critères énoncés ci-dessus, pour mettre fin à l'application de cette mesure.*

Le Contrôleur externe est d'avis que l'article 36 de la loi du 10 décembre 2009 couvre de manière suffisante ces exigences en prévoyant que le médecin traitant peut à tout moment saisir la Commission spéciale s'il est d'avis que le placé judiciaire est guéri ou que son état de santé s'est amélioré de manière à ce qu'une prolongation du placement ne soit plus nécessaire. La Commission spéciale est alors obligée de statuer dans un délai d'un mois sur la nécessité de maintenir le placement.

4. *Les Etats membres devraient s'efforcer de réduire au minimum, chaque fois que cela est possible, la durée du placement involontaire, au moyen de services de post-cure appropriés.*

Cette disposition n'est pas couverte par la législation nationale. Au vu de l'accroissement du nombre de placés judiciaires auquel on peut s'attendre à terme, il

serait en effet d'une importance capitale d'entamer des réflexions sur l'hébergement, voire le traitement ambulatoire des placés judiciaires qui continuent à nécessiter des structures protégées mais dont l'état de santé n'exige plus, voire rend même inopportun, un séjour en milieu fermé.

Article 25 – Réexamen et recours concernant la légalité d'un placement et/ou d'un traitement involontaires

1. Les Etats membres devraient s'assurer que les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires peuvent exercer effectivement le droit :

i. d'exercer un recours contre une décision ;

L'article 37 de la loi du 10 décembre 2009 garantit à la personne et toute autre personne intéressée le droit de saisir à tout moment le tribunal d'arrondissement pour solliciter l'élargissement, ainsi que de faire appel contre la décision dans un délai de 5 jours à partir de la notification par le greffe.

ii. d'obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien ;

Ce droit est garanti par l'article 34 de la loi du 10 décembre 2009 qui prévoit un réexamen d'office tous les ans par la Commission spéciale et l'article 37 qui ouvre au patient la possibilité de demander à tout moment son élargissement devant le tribunal d'arrondissement.

iii. d'être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel.

L'article 37 prévoit que le placé judiciaire est entendu par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge. La loi ne prévoit cependant pas la possibilité qu'une personne de confiance ou un représentant puisse être entendu au lieu de la personne directement concernée.

Comme il est primordial de défendre au mieux les intérêts de la personne concernée par le placement, le Contrôleur externe recommande de compléter les dispositions nationales actuelles par la possibilité d'entendre une personne de confiance ou un représentant lors des procédures de réexamen ou d'appel si la personne elle-même est dans l'impossibilité de défendre ses intérêts de manière appropriée.

2. Si la personne concernée ou, le cas échéant, la personne de confiance ou le représentant, ne demande pas de réexamen, l'autorité responsable devrait en informer le tribunal et veiller à ce qu'il soit vérifié à intervalles raisonnables et réguliers que la mesure continue d'être légale.

L'article 34 de la loi du 10 décembre 2009 prévoit un réexamen d'office tous les ans par la Commission spéciale et couvre ainsi de manière suffisante cette exigence.

3. Les Etats membres devraient envisager la possibilité pour la personne d'être assistée d'un avocat dans toutes les procédures de ce type engagées devant un tribunal. Lorsque la personne ne peut agir en son nom propre, elle devrait avoir droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite. L'avocat devrait avoir accès

à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.

4. *Si la personne a un représentant, ce dernier devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.*

5. *La personne concernée devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, sous réserve du respect de la protection de la confidentialité et de la sûreté d'autrui, en accord avec la législation nationale. Si la personne n'a pas de représentant, elle devrait pouvoir bénéficier de l'assistance d'une personne de confiance dans toutes les procédures engagées devant un tribunal.*

Les exigences posées par ces alinéas ne sont pas couvertes par la législation luxembourgeoise concernant les placements des personnes atteintes de troubles mentaux.

L'accès à un avocat et une défense appropriée des intérêts de la personne par un représentant légal, sont des droits fondamentaux que le Contrôleur externe recommande vivement d'insérer dans la législation nationale.

(...)

7. *Il devrait être possible de faire appel de la décision du tribunal.*

Le droit de faire appel est garanti à la personne concernée et à toute personne intéressée par l'article 37 de la loi du 10 décembre 2009.

(...)

Article 27 – Isolement et contention

1. *Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.*

2. *Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.*

3. *De plus :*

i. la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ;
ii. les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.

4. *Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée.*

Toutes ces exigences citées ci-dessus sont couvertes par l'article 44 de la loi du 10 décembre 2009.

Article 28 – Traitements particuliers

(...)

2. *Le recours à un traitement pour un trouble mental qui vise à produire un effet physique irréversible devrait être exceptionnel et ne devrait pas être utilisé dans le contexte d'un placement involontaire. Un tel traitement ne devrait être effectué que si la personne concernée a donné son consentement libre, éclairé, spécifique et consigné par écrit. Le traitement devrait être consigné par écrit de façon circonstanciée et sur un registre, et utilisé uniquement :*

- i. en conformité avec la loi ;*
- ii. sous réserve d'un examen approprié sur le plan éthique ;*
- iii. en accord avec le principe de restriction minimale ;*
- iv. si un second avis médical indépendant en a reconnu le caractère approprié ; et*
- v. en accord avec des protocoles cliniques appropriés reflétant les normes et les protections internationales.*

Cette exigence n'est pas couverte par la législation nationale.

Le Contrôleur externe recommande d'insérer ces modalités, qui entourent un traitement visant à produire un effet physique irréversible, dans le texte législatif.

Article 30 – Procréation

Le seul fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental ne devrait pas constituer un motif pour porter atteinte de façon permanente à ses capacités de procréation.

Le Contrôleur externe renvoie à sa recommandation formulée au sujet de l'article 28.

Article 31 – Interruption de grossesse

Le seul fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental ne devrait pas constituer un motif pour interrompre sa grossesse.

Le Contrôleur externe renvoie à sa recommandation formulée au sujet de l'article 28.

(...)

3. Procédures

3.1. La Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement instituée en vertu des dispositions de l'article 33 de la loi du 10 décembre 2009

L'équipe de contrôle a eu un entretien exhaustif avec la Présidente de cette Commission, Mme. Lotty PRUSSEN.

On peut en dégager que la Commission a pleinement conscience de l'importance de son rôle. En effet, déjà peu de temps après l'entrée du patient en milieu psychiatrique fermé, la Commission est sollicitée afin de se prononcer sur une éventuelle sortie accompagnée à accorder sur base du rapport du médecin-psychiatre traitant.

L'article 34 de la prédicta loi du 10 décembre 2009 accorde au médecin-psychiatre traitant un délai de deux mois au maximum avant de soumettre un premier rapport sur l'état de santé à la Commission. La Commission est alors tenue de statuer sur le maintien du patient dans la structure fermée ou sur son élargissement dans un délai d'un mois. Si un élargissement après le premier rapport semble être plus qu'exceptionnel, il faut relever que la Commission peut, dans ce contexte également statuer sur des mesures accessoires dont notamment la sortie temporaire accompagnée ou non accompagnée du patient.

La décision sur une éventuelle sortie de quelques heures, sous quelque forme que ce soit s'avère être d'une importance capitale. En effet, les dispositions architecturales de l'unité BU6, qui se trouve au 6^{ième} étage d'un immeuble, interdit pour des raisons purement infrastructurelles tout déplacement d'un patient à l'air libre en dehors du contexte de sorties autorisées par la Commission.

En effet, les infrastructures actuelles ne comprennent aucun espace sécurisé à l'intérieur de l'enceinte qui permettrait aux patients d'accéder à l'air libre.

Force est également de relever qu'une autorisation de sortie est nécessaire pour participer aux autres offres thérapeutiques et sportives du CHNP du fait que ces activités ont lieu à l'extérieur du BU6.

Le Contrôleur externe reviendra ultérieurement d'une manière plus détaillée sur cette problématique grave.(point 6.1.)

Le Contrôleur externe se félicite de la flexibilité de la Commission qui répond généralement dans des délais très rapprochés aux sollicitations des médecins traitants.

Le Contrôleur externe se félicite que Madame la Présidente partage son opinion selon laquelle une réduction sensible du délai de deux mois légalement autorisé devrait être envisagée en matière des seules autorisations de sortie.

Il serait ainsi parfaitement envisageable que le médecin-psychiatre traitant informe la Commission sur son évaluation quant à l'opportunité d'accorder une sortie temporaire (réduite à une ou deux heures par sortie et pour les raisons mentionnées supra) à un patient avant de se prononcer sur le fond du dossier par un rapport détaillé.

Il s'agirait-là d'un moyen susceptible de garantir aux patients placés une sortie à l'air libre dans un délai qui serait largement inférieur au délai actuel qui est d'environ 8 à 10 semaines.

Le Contrôleur externe invite dès lors les autorités compétentes à réfléchir sur un aménagement de l'article 34 prédit en ce sens.

3.2. L'entrée du patient placé judiciaire

Plusieurs cas sont envisageables, l'entrée du patient peut être déclenchée soit sur ordre d'une juridiction d'instruction, soit sur ordre d'une chambre du Conseil, soit sur décision d'une juridiction de fond.

En tout état de cause, le patient auquel s'appliquent les dispositions de l'article 71 ou celles de l'article 71-1 du code pénal est d'office hospitalisé à l'unité BU6 du CHNP qui dispose d'une compétence exclusive en la matière.

Force est de constater que le dispositif de sécurité actuellement existant à l'unité BU6 est assez rudimentaire pour ne pas dire symbolique. Il n'existe en effet aucun dispositif

sécuritaire qui serait apte à rendre impossible une tentative de fuite, les portes menant vers l'extérieur étant simplement des portes tout à fait normales fermées à clé.

De même il n'existe aucun dispositif permettant de garantir une sécurité intérieure du service. Le personnel est équipé de systèmes d'alarme portables. Si ce système est déclenché, le personnel des autres étages est tenu à venir en aide au personnel de l'unité BU6. Il s'agit-là en première ligne d'un moyen de dissuasion par le nombre et non d'une mesure de protection efficace du personnel et des patients.

Force est également de constater qu'il n'y a pas de solution architecturale permettant de séparer des patients à plus haut degré de dangerosité d'une manière permanente des autres patients.

Finalement, il y a lieu de constater qu'il n'existe pas de possibilité permettant de séparer les patients des deux sexes. Si cette considération est d'une gravité moindre dans le domaine de la psychiatrie fermée que dans celui du monde pénitentiaire du fait qu'il ne faut pas négliger la visée thérapeutique, le Contrôleur externe est quand-même amené à se poser de sérieuses questions sur l'absence de possibilités de séparation effective en cette matière, ceci surtout au vu du constat que bon nombre de patients placés judiciaires ont été internés pour des faits de délinquance sexuelle.

Le Contrôleur externe entend revenir en fin de ce rapport sur cette problématique. (point 6.1.)

Il n'appartient pas au Contrôleur externe de s'exprimer sur le bien-fondé de décisions prises par les autorités judiciaires. Il paraît par contre tout aussi évident que les constats ci-avant énumérés ne laissent guère conclure au fait que l'unité BU6 soit vraiment l'infrastructure optimale pour accueillir des patients placés judiciaires à haut degré de dangerosité avéré.

Si on admet que les autorités judiciaires n'ignorent pas les insuffisances sécuritaires énumérées, il est évident que pareil constat rend autant plus délicate l'appréciation permettant de recourir aux dispositions des articles 71 et 71-1 du code pénal.

Le Contrôleur externe recommande vivement aux autorités concernées de rechercher activement et dans un futur très rapproché une solution à ce problème, garantissant à la fois le respect des droits des personnes atteintes de graves troubles psychiatriques et reconnues irresponsables, voire partiellement irresponsables de faits pénaux commis et le droit légitime de la société à la sécurité publique.

3.3. L'entrée du patient placé sous mandat de dépôt

Comme il a déjà été mentionné plus haut, l'unité BU6 accueille également les détenus du CPL qui sont en phase de crise psychiatrique aiguë et qui ne peuvent y être traités par les moyens disponibles sur place.

Ce type de patients présente la particularité qu'ils sont tous sous mandat de dépôt. En pratique, et en l'absence d'un espace sécurisé permettant l'accès à l'air libre à l'intérieur ou annexé au bâtiment, ces patients sont pour le moment contraints de rester pendant tout leur séjour à l'intérieur de l'unité sans aucune possibilité de sortie.

Il est évident que ceci constitue une violation grave des droits de l'homme dont ce type de détenus doit demeurer dépositaire. Le Contrôleur externe ne saurait accepter que cette situation perdure et recommande avec insistance aux autorités concernées de trouver dans les tout meilleurs délais une solution acceptable. Il ne saurait être

admissible qu'un détenu, qui dispose d'un droit d'accès à l'air libre et à la promenade à l'intérieur du CPL soit privé de ce droit très important par le seul fait de sa maladie rendant nécessaire un séjour dans une infrastructure qui en toute occurrence est inadaptée à cette fin.

Au moment de la visite deux patients relevant de cette catégorie se trouvaient hospitalisées au BU6, dont un depuis plus de 11 mois.

Il est à noter que ces personnes se voient non seulement interdites de tout accès à l'air libre ou à la promenade, mais également à toutes autres activités offertes à l'extérieur de l'unité.

Comme ces personnes ne sauraient profiter d'une sortie autorisée du fait qu'ils sont condamnés ou en attente d'un jugement, elles ne peuvent se déplacer en dehors de l'unité BU6. De ce fait, elles sont également privées de toutes autres activités auxquelles un détenu peut participer au sein du CPL, y compris des activités sportives.

Le Contrôleur externe reviendra en fin du rapport sur ce problème. (point 6.1.)

3.4. L'élargissement des placés judiciaires

Le placement des personnes tombant sous l'empire des articles 71, respectivement 71-1 du code pénal à l'unité BU6 est relativement récent. En effet, cette pratique n'existe que depuis l'entrée en vigueur de la loi du 10 décembre 2009 sur le placement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Force est de constater que les autorités judiciaires ont de plus en plus recours aux prédicts articles.

Selon les dires des responsables sur place, il existe déjà à l'heure actuelle un problème au niveau de l'orientation future des placés judiciaires.

En effet, de l'avis des médecins responsables de l'unité, une partie importante des personnes placées ne peut être réintégrée totalement dans la vie sociale non surveillée. Il s'agit-là avant tout de patients qui ont un quotient intellectuel extrêmement faible qui ne leur permet pas d'accéder à la prise de conscience de leurs actes. Or, pour l'instant, ces personnes sont encore hébergées à l'unité BU6 qui, comme il a déjà été mentionné est de plus en plus sollicitée par de nouveaux patients. D'après les dires des responsables sur place, il serait urgent de mettre en place des structures protégées, destinées à héberger à long, voire à très long terme des patients placés judiciaires pour lesquels une libération totale n'est pas envisageable dans un futur proche.

Dans l'intérêt d'une vision à long terme, le Contrôleur externe recommande aux instances concernées d'entreprendre les démarches nécessaires en vue de la création de structures adaptées.

4. Hébergement

4.1. Conditions matérielles

Les conditions matérielles sont loin d'être optimales. Malgré la vétusté des lieux, les conditions matérielles sont cependant de nature à garantir un niveau de confort correct.

Les soft-cells, au nombre de deux, destinées à abriter un patient en phase de crise aiguë nécessitent une remise à neuf d'urgence.

En effet, ces chambres sont entièrement matelassées afin d'éviter que le patient qui s'y trouve ne puisse se blesser. Or, force est de constater que la mousse utilisée à cette fin s'est durcie, probablement par l'âge du matériau et par les différences de température, de sorte qu'il ne saurait plus être garanti qu'un patient très agité puisse sortir indemne d'un séjour en soft-cell.

Le Contrôleur externe recommande de remédier dans les meilleurs délais à cette insuffisance.

L'unité BU6 est dotée de fenêtres à simple vitrage. Il a été constaté que les chambres et les parties communes exposées au soleil chauffent très rapidement et d'une manière importante. A cela s'ajoute que pour des raisons de sécurité, les fenêtres ne peuvent être entrouvertes que de quelques centimètres, ce qui ne saurait garantir une aération adéquate.

Force est également de remarquer que le système de climatisation ne semblait pas fonctionner correctement au moment de la visite des lieux.

Le Contrôleur externe se félicite que des aménagements aient été apportés afin de garantir à chaque patient une armoire qui peut être fermée à clé.

Comme la qualité des conditions de travail du personnel de l'unité BU6 est également déterminante pour les conditions de séjour des patients, l'équipe de contrôle se doit de relever que le bureau central, occupé à raison de 24heures par jour par le personnel infirmier n'est pas doté de fenêtres donnant sur l'extérieur, ce qui ne contribue guère à une bonne atmosphère de travail.

Les responsables sur place ont fait visiter à l'équipe de contrôle un espace fermé, aménagé au 8^{ème} et dernier étage de l'immeuble.

Il s'agit d'une surface d'environ 10X12 mètres, entourée de murs en béton d'une hauteur d'environ 4 mètres. Les murs entourant cette surface supportent une infrastructure métallique faite de poutres en acier de taille différentes surplombant l'intégralité de la surface disponible. Dû à la hauteur des murs entourant la pièce, il est totalement impossible d'avoir une vue sur les alentours, la vue sur le ciel étant compromise par la structure métallique précédente. A noter également qu'à ce niveau se trouvent les sorties de la climatisation de l'immeuble ainsi qu'une antenne GSM.

Cette surface a dans le temps été utilisée à des fins de promenade et d'accès à l'air libre.

Selon l'avis de l'équipe de contrôle, il est hors de question que ce lieu puisse servir à abriter des patients, que ce soit à des fins d'accès à l'air libre, de promenade ou à d'autres fins.

Il s'agit en toute occurrence d'un lieu sordide, totalement inadapté et rappelant des images des périodes sombres de la psychiatrie. Ce lieu est totalement indigne d'une infrastructure hospitalière qui se veut être à la pointe des acquis en matière de droits de l'homme.

Le Contrôleur externe a été informé que ce lieu n'est plus utilisé, ce dont il ne peut que se féliciter. Le Contrôleur externe tient à souligner qu'il ne saurait accepter une quelconque remise en service de cette infrastructure à des fins de promenade ou d'accès à l'air libre.

4.2. Hygiène et alimentation

L'équipe de contrôle a mené un entretien avec Madame Françoise SCHMIT, infirmière en hygiène hospitalière et responsable de l'hygiène hospitalière pour l'ensemble du CHNP.

Il existe des plans de nettoyage, respectivement de désinfection très précis quant à leur objet et quant à leur fréquence pour toutes les unités du CHNP, donc également pour l'unité BU6.

Ces plans ont été élaborés en tenant compte des normes internationales en vigueur en la matière et leur mise en œuvre est scrupuleusement surveillée.

Le CHNP tient également des statistiques très précises quant aux maladies nosocomiales.

Le CHNP se conforme également aux règles imposées par l'Entente des hôpitaux en ce qui concerne l'hygiène hospitalière.

Un dispositif spécial d'électrolyse est mis en place afin d'éviter la prolifération de légionnelles dans l'eau.

L'état de propreté des lieux visités a été impeccable.

L'état de la literie et de l'habillement des patients ne donne pas lieu à critique.

L'alimentation est livrée par une société privée, spécialisée dans la restauration collective et hospitalière. Cette société est tenue au strict respect des normes HACCP (Hazard Analysis of Critical Control Point) et fait l'objet d'un audit indépendant une fois par mois ainsi que de contrôles réguliers de la part de l'inspection sanitaire.

En sus de ces contrôles, la température des aliments chauds est vérifiée à des intervalles de trois mois pour chaque unité par le personnel infirmier.

Aucun de ces contrôles n'est annoncé par avance.

Les patients ont la possibilité de choisir une semaine à l'avance leur menu de la semaine suivante. A cette fin, ils ont le choix entre plusieurs menus différents par jour, alternativement il leur est libre de composer leurs plats en choisissant parmi un éventail de propositions. Les patients qui pour des raisons tenant à leur maladie sont incapables de faire eux-mêmes un choix sont assistés par le personnel infirmier.

Les patients bénéficient de tous les régimes alimentaires indiqués ou prescrits.

Le Contrôleur externe ne peut que se féliciter de ces constats.

4.3. Activités sportives

Les infrastructures destinées aux activités sportives sont excellentes. L'équipement est très diversifié et est apte à répondre à tous les besoins et à un grand nombre de demandes.

Les activités sportives se font sous la supervision et l'accompagnement d'un thérapeute spécialisé. Des thérapies adaptées à des besoins individuels peuvent être offertes.

Les activités sportives se font en étroite collaboration avec le service de kinésithérapie.

Il est à déplorer qu'au moment de la visite, il n'existait plus d'offre en natation. Le CHNP avait conclu un arrangement avec l'exploitant d'une piscine qui en garantissait l'usage exclusif par les patients à des plages horaires fixes. Pour des considérations d'ordre budgétaire, cet arrangement a dû être dénoncé. Les responsables sont actuellement à la recherche d'une solution alternative.

Si l'offre en activités sportives et en thérapie sportive collective ou individuelle est très largement satisfaisante en valeur absolue, le Contrôleur externe se doit cependant de critiquer très fortement le fait que ces activités ne sont pas accessibles à certaines catégories de patients.

Les patients séjournant à l'unité BU6 et disposant d'une autorisation de sortie peuvent participer à des activités sportives à raison de 3 X 1 heure/semaine. A cette offre s'ajoutent d'éventuelles thérapies individuelles.

Les activités sportives ont soit lieu dans des infrastructures bâties, faisant partie du site du CHNP, soit à l'air libre, en dehors du site hospitalier (jogging, cyclisme, etc....). Il en découle que le patient qui désire pratiquer une activité sportive doit pouvoir se prévaloir, dans le cadre d'un internement en unité fermée, d'une autorisation de sortie ou du moins d'une autorisation de sortie avec accompagnement.

Cette exigence, tout à fait légitime par ailleurs, a comme conséquence que les patients nouvellement arrivés à l'unité BU6 et tombant sous les dispositions des articles 71 ou 71-1 du code pénal se voient privés d'activités sportives jusqu'au moment où la Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement leur accorde une autorisation de sortie.

Le problème est encore plus préoccupant en ce qui concerne les patients détenus au CPL et transférés pour des raisons médico-psychiatriques au CHNP. Ces patients se trouvent tous sous mandat de dépôt, de sorte qu'ils ne peuvent bénéficier d'une autorisation de sortie. Ceci les exclut de facto de toute activité sportive pendant l'intégralité de leur séjour, indépendamment de la durée de celui-ci.

Le Contrôleur externe ne saurait approuver cette pratique. Tout en étant conscient des impératifs légaux et des considérations qui s'imposent en matière de sécurité publique, il est intolérable que certaines catégories de patients, sous mandat de dépôt ou non, malades avérés, soient privées de toute possibilité de participer à des activités sportives.

Force est de constater que de l'avis des médecins traitants, l'exercice physique est un facteur favorisant le traitement psychiatrique des patients.

Le Contrôleur externe reviendra en fin de rapport sur ce problème. (point 6.1.)

5. Les soins

Cette mission n'avait pas pour objet de vérifier la qualité des soins médicaux et paramédicaux, de ce fait, l'équipe de contrôle n'était pas accompagnée d'un expert médical.

Les constats qui suivent ont donc uniquement pour objet de se prononcer sur l'approche globale des intervenants médicaux et paramédicaux.

5.1. Les soins paramédicaux

Comme il a déjà été mentionné à la page 3 du présent rapport, le service est doté d'un nombre de personnel soignant dont les ETP cumulés se situent à la limite inférieure du seuil acceptable.

En effet, il ne suffit pas de se référer simplement aux normes habituelles en vigueur (Psych-PV). Il y a lieu de prendre également en considération, en ce qui concerne l'unité BU6, la spécificité des patients.

Il a en effet été constaté que l'effectif du personnel soignant n'est guère suffisant eu égard à la nature des patients accueillis au service BU6. Il s'agit premièrement de patients qui représentent un danger latent potentiel et qui exigent une attention accrue permanente du personnel. En deuxième lieu, il faut relever que la très grande majorité de ces patients ne bénéficient que d'une sortie accompagnée, ce qui implique que dans la pratique journalière, un infirmier est pour ainsi dire constamment absent alors qu'il doit accompagner des patients lors de sorties ou pour des thérapies ayant lieu dans d'autres bâtiments du CHNP. Finalement, il y a également lieu de relever que la configuration architecturale de la station n'est guère propice à une surveillance facile. L'équipe de soins travaille à trois tours de trois personnes. L'effectif du personnel est calculé sur un nombre fictif de 12 patients, du fait que la station est à la base conçue pour accueillir 12 patients.

Comme il a déjà été mentionné, ce nombre est régulièrement dépassé. Au début des visites sur place, 14 patients étaient traités au BU6 et lors de la dernière visite, la station accueillait 17 patients, toutes catégories confondues.

L'équipe fait de son mieux pour garantir une présence permanente de deux infirmiers à la station, ce qui n'est pas toujours réalisable. La présence d'une personne est néanmoins toujours garantie, ceci constituant un minimum susceptible de poser, dans le cas d'un incident, de sérieux problèmes de sécurité.

Il ne faut pas oublier que les patients placés à l'unité BU6 souffrent de pathologies psychiatriques très diverses et que souvent leur seuil de frustration est très bas. De ce fait, une situation peut plus facilement escaler que dans un autre service hospitalier.

Si l'on considère que l'unité BU6 accueillait lors de la dernière visite sur place 17 personnes, il semble évident qu'un seul soignant aurait, en cas d'incident, des difficultés à calmer la situation, ou, le cas échéant, à séparer adéquatement des patients.

Le Contrôleur externe recommande en conséquence de réviser l'effectif du personnel paramédical vers le haut, de manière à assurer au moins pendant la journée une présence d'une quatrième personne à la station, cette personne ne devant pas forcément avoir la qualification d'infirmier ou d'infirmier spécialisé.

L'équipe de contrôle a néanmoins pu noter la bonne ambiance qui régnait à l'unité malgré une charge de travail intense. Les relations avec les patients sont exemplaires et le Contrôleur externe tient à féliciter l'équipe médicale et paramédicale de la sérénité et motivation avec laquelle elle se met au travail et rencontre les patients.

5.2. L'ergothérapie

L'équipe de contrôle a pu rencontrer l'ergothérapeute en charge de la station BU6, Monsieur CHABOT. L'ergothérapie comporte des séances en groupe auxquelles participent en moyenne 8 à 9 patients, ainsi que des séances individuelles.

L'ergothérapie comporte plusieurs volets, dont une partie, consistant notamment en des exercices de concentration et de mémoire, voire de travail sur ordinateur, peut avoir lieu à l'unité BU6 et l'autre partie au BU8, où une grande salle est aménagée afin de pouvoir proposer un large éventail en activités.

Les patients qui ne bénéficient pas d'une autorisation de sortie, accompagnée ou non, sont néanmoins privés de l'offre ergothérapeutique au BU8 et ne peuvent participer qu'aux activités qui ont lieu au BU6. Il est navrant de devoir constater que ces activités constituent en fait la seule offre thérapeutique qui leur est accessible, à côté des entretiens avec les médecins ou la psychologue.

L'ergothérapeute organise également un atelier de cuisine thérapeutique qui comprend également la sortie en ville pour faire les courses, destinée à familiariser les patients avec la vie sociale en vue de favoriser leur réhabilitation. Les patients auxquels les sorties n'ont pas encore été autorisés sont privés de cette activité, bien qu'ils puissent parfois participer à l'atelier de cuisine.

L'offre d'activités qui est proposée aux patients en ergothérapie semble assez variée et les patients semblent bien adhérer à la thérapie.

Le Contrôleur externe se félicite de la qualité de l'offre thérapeutique existante, il ne saura cependant pas tolérer que les patients qui ne bénéficient pas d'une autorisation de sortie soient privés d'une grande partie de cette offre. Il reviendra ultérieurement sur cette problématique. (point 6.1.)

5.3. Les soins psychologiques

Une psychologue est présente à temps partiel à l'unité BU6 (2 matins par semaine et sur rendez-vous). Elle semble cependant être très peu sollicitée par les patients, alors que l'offre d'entretiens réguliers avec un psychologue pourrait constituer une plus-value thérapeutique considérable.

Le Contrôleur externe tient à rappeler que les demandes et les besoins des patients placés à l'unité BU6 sont très spécifiques.

De ce fait, tant le personnel soignant que le psychologue affecté à cette unité devraient pouvoir bénéficier de formations spécialisées et adaptées, notamment aussi en matière d'évaluation de la dangerosité des patients.

Le Contrôleur externe suggère aux autorités concernées de réfléchir à la mise en place de telles formations.

6. Conclusions

6.1. Quant aux modalités de sortie (accompagnée ou non) des patients hospitalisés au BU6

A plusieurs endroits de ce rapport, le Contrôleur externe a indiqué qu'il allait revenir sur cette question.

En effet, l'équipe de contrôle a été informée lors des visites sur place des modalités tout à fait inacceptables entourant la possibilité des patients du BU6 à avoir un accès à l'air libre ou

à des offres thérapeutiques ou de loisir qui sont organisées dans d'autres bâtiments du CHNP se trouvant cependant en dehors du service BU 6.

Pour rappel, la station BU 6 accueille deux types de patients, pour la grande majorité, il s'agit des patients placés judiciaires, internés au BU 6 en application des articles 71 ou 71-1 du code pénal. Le deuxième contingent de patients, de loin moins important en nombre, est constitué de détenus ou de prévenus sous mandat de dépôt et normalement enfermés au CPL. Certaines des personnes détenues au CPL souffrent en effet de pathologies psychiatriques graves et sont dès lors soignées à l'unité médico-psychiatrique du CPL (P2). Si ces patients entrent dans une phase de décompensation rendant nécessaire un traitement médical intensif, voire un traitement médical administré le cas échéant contre leur gré, ils sont actuellement transférés à l'unité BU 6 du CHNP.

Pour rappel encore, il y a lieu de noter que l'unité BU 6 est située au sixième étage du building du CHNP. Ce service ne dispose d'aucune terrasse, ni d'une autre infrastructure bâtie permettant un accès à l'air libre à l'intérieur du service-même. Force est également de constater que les fenêtres de ce service ne peuvent être entrouvertes que de quelques centimètres pour des raisons de sécurité évidentes.

Lors de l'admission des patients placés judiciaires, il est de la compétence de la Commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement, présidée par Madame Lotty PRUSSEN, Conseillère à la Cour d'Appel, d'accorder une éventuelle autorisation de sortie, avec ou sans accompagnement. Pour le bon ordre, par autorisation de sortie, il y a lieu de comprendre une autorisation de quitter l'unité BU 6, avec ou sans accompagnement pour un nombre d'heures très limité, voire pour effectuer un déplacement ponctuel. Il ne s'agit pas d'une autorisation de longue durée.

La Commission spéciale se prononce sur l'octroi d'une telle autorisation après avoir étudié le rapport du médecin-psychiatre traitant. L'article 34 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux accorde au médecin en question un délai maximal de deux mois pour le dépôt de ce rapport auprès de la Commission spéciale qui est alors tenue de se prononcer dans un délai d'un mois à partir de la réception du rapport.

En pratique, la Commission spéciale se prononce dans le meilleur des cas après un délai de 8 à 10 semaines après l'internement du placé judiciaire.

Il n'est pas rare que les conclusions du médecin-psychiatre traitant amènent la Commission à refuser dans un premier temps une sortie, avec ou sans accompagnement.

En tout état de cause, un patient placé judiciaire qui vient d'arriver au BU6 ne peut quitter ce service, et partant l'étage correspondant du building, avant de disposer d'une autorisation de sortie, du moins avec accompagnement. De ce fait, il est constant que ces patients sont contraints de rester enfermés sur un étage de l'hôpital pendant un minimum de 8 à 10 semaines et dans la pratique souvent pendant une période bien plus longue.

Pendant cette période, ils ne peuvent participer à aucune activité, thérapeutique, sportive ou de loisir ayant lieu en dehors de la station et il leur est interdit d'accéder à l'air libre. Force est de rappeler que l'offre actuelle au BU 6 se limite, en dehors du traitement médical aux seules offres dispensées par l'ergothérapeute affecté au BU6.

Il est évident que cette situation est totalement inacceptable. Il faut garder en mémoire qu'il s'agit ici de personnes reconnues par les autorités judiciaires compétentes irresponsables des infractions commises et ceci en raison d'une pathologie psychiatrique. En dernière

analyse, il y a lieu de considérer qu'il s'agit de personnes malades qui ont besoin d'un traitement adapté à leur état de santé.

Il est évident que des considérations de sécurité publique et de sécurité du personnel du CHNP s'imposent en la matière, mais il doit être tout aussi évident que ces considérations ne peuvent pas avoir comme conséquence de réservier à ces patients un traitement qui se situe très largement en dessous des droits accordés à toute personne pénallement responsable et se trouvant sous mandat de dépôt au CPL. En effet, toute personne incarcérée, que ce soit à titre préventif ou pour purger une peine prononcée a droit à au moins une heure par jour de promenade à l'air libre. Tout détenu dispose en outre d'un droit à la participation régulière à des activités sportives.

La situation décrite est autrement plus préoccupante encore en ce qui concerne les détenus souffrant de troubles psychiatriques graves et transférés de ce fait au CHNP.

Ces personnes ne tombent évidemment pas sous les compétences de la Commission spéciale et le mandat de dépôt décerné à leur encontre garde ses pleins et entiers effets.

Il en découle que ces patients se voient interdire toute sortie, toute participation à des activités thérapeutiques et sportives ayant lieu en dehors du BU6 pendant l'intégralité de la durée de leur séjour au CHNP.

Actuellement deux personnes tombant sous ce statut se trouvent au BU6, dont une depuis plus de 11 mois.

Le Contrôleur externe est consterné par la manière de laquelle ces personnes sont traitées dans un établissement hospitalier national. Le fait de priver cette catégorie de patients systématiquement de tout accès à l'air libre et de toute activité sportive va clairement à l'encontre de tous les textes internationaux en vigueur en la matière.

Il n'est pas concevable qu'une personne se voit octroyée un régime autrement plus strict et défavorable que celui auquel a droit tout prisonnier au sein d'un établissement pénitentiaire pour le simple fait qu'elle souffre d'une pathologie psychiatrique grave.

Force est également de remarquer que de l'avis unanime des médecins-psychiatres traitants et du personnel soignant, cette manière de procéder, tant à l'égard des personnes placées judiciaires et des détenus hospitalisés au BU6 est hautement préjudiciable d'un point de vue thérapeutique.

Le Contrôleur externe tient à souligner que cette situation intenable n'est d'aucune manière imputable au personnel médical et paramédical du CHNP. Elle résulte du simple fait d'une infrastructure défaillante à un niveau architectural. Si besoin en était, le Contrôleur externe insiste pour rappeler que tout le personnel affecté au BU 6 a fait part de son mécontentement avec la situation existante à l'équipe de contrôle.

Le Contrôleur externe exige avec toute l'insistance requise qu'il soit mis fin à la situation décrite dans les tout meilleurs délais.

Le Contrôleur externe a longuement étudié la question et analysé les suggestions d'amélioration proposées. Comme il s'agit d'un dysfonctionnement généré par des circonstances induites par l'agencement architectural des lieux, il est clair qu'une solution acceptable doit également prendre en considération le facteur budgétaire.

En vue d'une recherche de solution, il importe également de considérer, pour des raisons de compatibilité et de durabilité, les projets du Ministère de la Santé et du Ministère de la

Justice en matière de placement psychiatrique judiciaire, ceci notamment dans le contexte de la construction future de la maison d'arrêt CPU (Centre pénitentiaire Uerschterhaff).

Comme il a déjà été mentionné, l'espace fermé aménagé au 8^{ème} étage du building, décrit plus amplement sous le point 4.1. ne saurait constituer une solution définitive dans ce contexte. Il est d'ailleurs à remarquer que cet espace n'est pas accessible pour des raisons de sécurité aux détenus du CPL se trouvant au CHNP.

Aux fins de trouver une solution rapide et efficace, il y a notamment lieu de distinguer entre les deux catégories de patients traités au BU 6, à savoir les placés judiciaires et les détenus du CPL.

A. En ce qui concerne les détenus du CPL, le Contrôleur externe renvoie à ses recommandations faites au même sujet dans son rapport sur l'entrée du détenu et la santé en milieu carcéral, reproduites, dans l'intérêt d'un maximum de lisibilité ci-dessous :

« (17) Un problème sérieux qui mérite d'être signalé consiste dans le traitement sans leur consentement de détenus atteints de pathologies psychiatriques majeures et qui, de ce fait présentent un degré de dangerosité très élevé rendant impossible leur transfert dans la section psychiatrique d'un hôpital ou au CHNP.

Les autorités du CPL considèrent que la législation actuelle ne permet pas le traitement médicamenteux psychiatrique au sein de la section médicale psychiatrique du CPL sans le consentement du détenu malade.

Force est de constater que la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 règle dans son article 1^{er} l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.

L'article 4(1) de la prédite loi dispose que sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1er.

Or, la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire prévoit expressément dans son article 9 qu'il est créé auprès du Centre pénitentiaire de Luxembourg une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes et les détenus atteints d'une maladie mentale, qui peut également accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement conformément à la loi.

Le deuxième alinéa de cet article stipule que la direction de la section médicale spéciale est assurée par un chargé de direction désigné par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre de la Justice.

A l'heure actuelle, les responsables des établissements pénitentiaires déduisent de l'absence de la désignation du chargé de direction prévu au

prédit alinéa deux de l'article 9 de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire, que la section médicale spéciale, destinée notamment aussi à accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement n'existerait pas, et que de ce fait une admission et un placement au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux ne seraient pas possibles.

Le Contrôleur externe ne partage pas cette lecture des dispositions légales pertinentes.

Il est clair que l'article 9 de la prédicta loi sur la réorganisation de l'administration pénitentiaire porte création de la section médicale psychiatrique spécialisée, qui existe dès lors de jure depuis l'entrée en vigueur de cette loi, que cette section soit dotée d'un chargé de direction ou non.

Il est également constant en cause que cette section dispose du personnel médical et paramédical qualifié nécessaire à un traitement adéquat et répondant aux normes en vigueur.

Le Contrôleur externe est d'avis qu'aucun obstacle juridique ne s'oppose dès lors à une admission et éventuellement à un placement d'un détenu, au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la section médicale psychiatrique du CPL.

Pour des raisons évidentes tenant à l'organisation interne, le Contrôleur externe recommande aux autorités compétentes de procéder dans les meilleurs délais à la désignation par arrêté conjoint d'un chargé de direction de cette section, direction qui dans les faits est de toute manière déjà prévue implicitement par la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et le CHNP relative aux soins psychiatriques à dispenser en milieu pénitentiaire. »

La mise en place d'une structure au sein du CPL permettant de traiter, le cas échéant contre leur gré, les détenus atteints de graves pathologies psychiatriques permettrait d'éviter à ces détenus malades leur confinement pendant une période plus ou moins prolongée sur un étage du building du CHNP, sans aucune possibilité de sortie.

Il ne fait aucun doute que le traitement médical adéquat pourrait être dispensé au sein du CPL alors que les médecins-psychiatres traitants tant du service psychiatrique du CPL que de l'unité BU 6 du CHNP sont les mêmes. Selon les médecins responsables, on devrait cependant apporter des changements aux horaires de travail du personnel infirmier du CPL alors qu'un tel traitement ne serait envisageable que sous la condition d'une présence infirmière continue.

Comme tel n'est pas encore le cas pour le moment, le Contrôleur externe suggère vivement de procéder aux aménagements horaires nécessaires. Le Contrôleur externe entend également insister sur la mise à disposition des crédits budgétaires éventuellement requis pour mettre en place cette possibilité de traitement si des adaptations au niveau des infrastructures ou du nombre de personnel soignant et médical s'avéraient nécessaires.

La possibilité de procéder à des traitements psychiatriques involontaires (procédure des placés médicaux) au sein même du CPL aurait un second avantage, à savoir celui de garantir l'accès à un tel traitement à tous les détenus. En effet, le Contrôleur externe se doit de constater qu'à l'heure actuelle certains détenus atteints de graves troubles psychiatriques nécessitant probablement un traitement plus intensif ne peuvent bénéficier d'une prise en charge à l'unité BU6 du CHNP du fait qu'ils représentent un danger public. En effet, l'infrastructure de sécurité du CHNP, assez minimaliste, interdit pour des raisons de sécurité publique, l'hospitalisation de détenus connus pour être particulièrement dangereux.

Le fait d'exclure des détenus malades d'un traitement susceptible d'alléger leurs souffrances pour des raisons d'insuffisance des infrastructures existantes à un niveau sécuritaire va clairement à l'encontre des normes internationales en matière de droits de l'homme et ne saurait être accepté par le Contrôleur externe.

Le Contrôleur externe réitère son avis qu'il n'existe aucun empêchement au niveau du droit interne et recommande partant de procéder dans les tout meilleurs délais à la signature de l'arrêté conjoint pré-décrété ainsi qu'à l'aménagement nécessaire des horaires du personnel infirmier psychiatrique affecté au CPL.

B. En ce qui concerne les patients placés judiciaires, il s'avère qu'une solution envisageable est beaucoup plus difficile à trouver dans un futur proche sans engendrer des coûts non réalistes.

Afin de pallier au problème grave de confinement forcé des patients nouvellement accueillis et ce jusqu'au moment de l'octroi d'une autorisation de sortie par la Commission spéciale, il importe de trouver au sein du CHNP une infrastructure bâtie existante dotée d'une possibilité d'accès à l'air libre.

Il ne faut dans ce contexte pas ignorer non plus que le nombre de placés judiciaires va sensiblement augmenter dans les années à venir.

Afin de remédier au problème existant, il faudra impérativement que l'accès à l'air libre puisse avoir lieu sans autorisation de sortie, ce qui implique que l'infrastructure en question devra répondre à des normes de sécurité assez conséquentes.

Restent donc uniquement envisageables des infrastructures existantes au sein du CHNP dotées d'une cour attenante.

Il est hors de question de prendre en considération les bâtiments appartenant à la division « De Park » du CHNP alors que ces bâtiments, bien que situés au milieu d'un parc ne répondent, ni dans leur dimensions, ni au niveau sécuritaire aux besoins requis.

Au vu des infrastructures restantes, seuls deux bâtiments pourraient répondre aux besoins, à savoir le bâtiment « Orangerie » et le bâtiment « Lannenhaff ».

Actuellement le bâtiment « Orangerie » abrite au rez-de-chaussée les services communs de kinésithérapie ainsi que certaines installations sportives. Au niveau 1 du même bâtiment sont accueillis des patients psychotiques stabilisés, à moyen, voire long séjour. Au niveau 2 sont hospitalisés des patients présentant une dépendance à l'alcool et le troisième et dernier étage accueille les mineurs placés sur ordre des juridictions de jeunesse.

Les trois catégories de patients logées dans le bâtiment « Orangerie » sont de type moyen ou long séjour, des séjours plus courts peuvent avoir lieu à l'unité réservée aux patients alcoololo-dépendants.

Derrière le bâtiment « Orangerie » est aménagé un espace sécurisé destiné à la promenade des patients.

Il est à noter que les aménagements sécuritaires actuellement en place ne correspondent d'aucune manière aux exigences minimales nécessaires en matière de prévention d'une fuite.

L'autre bâtiment envisageable en vue de trouver une solution à la situation actuelle est le « Lannenhaff ». C'est à ce bâtiment que pratiquement l'ensemble du personnel médical et paramédical attaché au service du BU 6 a fait référence auprès de l'équipe de contrôle.

Le « Lannenhaff » abrite actuellement des patients psychotiques résistants aux thérapies habituelles. Il s'agit exclusivement de patients de très long séjour.

Le « Lannenhaff » a été rénové intégralement il y a quelques années et il est doté d'une grande cour intérieure, entourée d'un mur d'une hauteur d'environ 3 mètres.

Le « Lannenhaff » est d'ores-et-déjà doté d'infrastructures sécuritaires d'un certain niveau (portes blindées, verre de sécurité, grilles devant les fenêtres entièrement ouvrables, etc.), il serait nécessaire de faire procéder à un audit de sécurité et il est probable que les travaux à mener seraient d'une envergure relativement faible (fermeture ou réaménagement des deux portes dans le mur de l'enceinte, surveillance par caméra, éventuellement mise en place de détecteurs de mouvement, menus travaux)

La configuration architecturale du « Lannenhaff » exige, en cas de transfert des patients du BU6 vers cette structure, une augmentation du nombre de personnel paramédical de trois à 4 unités par tour. Force est de relever que cette quatrième personne ne devrait pas nécessairement disposer de la qualification d'infirmier ou d'infirmier spécialisé en psychiatrie alors que sa tâche consisterait pour la plus grande partie dans la surveillance des patients en vue de garantir une sécurité renforcée.

Si un transfert des patients du BU6 vers l'Orangerie était favorisé, les travaux à entreprendre afin de sécuriser l'aire de sortie seraient d'une nature plus conséquente alors que les infrastructures actuelles en place ne répondent à aucune norme de sécurité, ne fut-elle que minimale.

Force est également de constater qu'il ne paraît guère recommandable d'héberger les mineurs placés dans un même bâtiment avec les irresponsables pénaux alors que nombre de ces patients ont été auteurs d'infractions à caractère sexuel.

6.2. Conclusions générales

Malgré la vétusté relative des infrastructures bâties, le Contrôleur externe ne peut se féliciter que de la qualité des conditions d'hébergement.

En effet, l'état d'hygiène des locaux est irréprochable, la qualité des repas est correcte et régulièrement contrôlée par des organismes externes, un soin particulier est accordé à la prévention des maladies nosocomiales, l'état de la literie et des vêtements des patients est correcte.

Les installations sanitaires sont disponibles en nombre suffisant et permettent à chaque patient, même à ceux à capacités motrices réduites, le maintien d'une hygiène corporelle irréprochable.

L'aération et/ou la climatisation des lieux laisse quelque peu à désirer, mais au vu de l'état des infrastructures, il ne semble guère possible de remédier à cet état.

L'engagement du personnel soignant et de l'équipe médicale ne saurait être mis en doute. Le Contrôleur externe tient à saluer tout particulièrement la qualité des relations humaines, toujours professionnelles, existantes entre le personnel soignant et les patients. L'équipe de contrôle a pu s'entretenir avec un grand nombre de patients et aucun n'a fait état de son mécontentement quant aux aspects ci-avant décrits.

7. Recommandations urgentes

Au vu de la situation décrite au point 6.1., le Contrôleur externe considère que les problèmes graves suivants doivent trouver une solution urgente :

- Il est inadmissible que les détenus psychiatriques transférés à des fins de traitement au CHNP soient privés pendant toute la durée de leur séjour de l'accès à l'air libre ainsi que de toute offre thérapeutique ayant lieu à l'extérieur du BU6
- Il est tout autant inadmissible que les placés judiciaires soient confinés au BU6, sous les mêmes conditions que celles décrites au point précédent, jusqu'au moment où la Commission spéciale leur accorde une sortie accompagnée (2 mois dans le meilleur des cas, délai souvent plus long)

Afin de remédier dans un futur très proche à cette situation intenable, et en tenant compte des changements qui auront lieu à moyen et à long terme dans le milieu carcéral à la suite de la réforme pénitentiaire, le Contrôleur externe recommande avec toute l'insistance requise :

- D'entamer de toute urgence les travaux administratifs et le cas échéant législatifs et de procéder aux recrutements nécessaires en vue de garantir un traitement psychiatrique en toutes circonstances, même involontaire si besoin en était, des détenus de toutes catégories au sein du CPL
- De procéder dans les tout meilleurs délais à l'identification d'une structure sur le site du CHNP permettant d'accueillir les placés judiciaires dans des conditions leur permettant un accès à l'air libre journalier et ce dès le jour de leur admission
- De procéder dans les meilleurs délais à la mise en place, au sein du CPL d'une unité permettant d'accueillir les placés judiciaires non encore évalués ainsi que les placés judiciaires qui constituent, selon avis médical motivé un danger particulier pour autrui et/ou pour eux-mêmes. Le CPL offre à cet égard les garanties de sécurité nécessaires de sorte qu'il paraît superfétatoire de procéder à une nouvelle construction, extra muros du CPL, difficilement justifiable eu égard au nombre relativement réduit de personnes concernées.
- Le nombre de placés judiciaires va considérablement augmenter à moyen et à long terme. Or, force est de constater que de nombreux patients y accueillis ne seront probablement plus jamais en état de mener une vie autonome, sans qu'il y ait un besoin de sécurité ou une utilité thérapeutique à les maintenir dans une structure à haut niveau de sécurité. Dès lors, il est impératif d'engager des réflexions en vue d'identifier des infrastructures permettant l'accueil de ce type de placés judiciaires à très long terme.
- Le Contrôleur externe préconise, après avoir entendu les professionnels du domaine, de mettre en place en ce qui concerne les placés judiciaires une structure à trois niveaux : Dans une première phase d'évaluation, les patients non encore connus font l'objet d'une évaluation de leur risque de dangerosité potentiel au sein de l'infrastructure à créer au sein du CPL et destinée à accueillir des placés judiciaires. Y seront également admis les placés judiciaires à potentiel de dangerosité avéré. Toutefois, cette unité à créer au sein de l'enceinte du CPL devrait rester strictement réservée à ces deux types de placés judiciaires. Les autres placés judiciaires seraient

accueillis dans une seconde structure, actuellement sur le site du CHNP, et réservée à des placés judiciaires en phase de traitement. Pour les placés judiciaires en fin de traitement ou ne nécessitant plus qu'un traitement ambulatoire, d'autres structures, permettant le cas échéant un séjour à très long terme doivent être identifiées.

- Toutes les structures accueillant des placés judiciaires, également dans l'enceinte du CPL, devraient être placés sous la seule autorité du Ministre de la Santé, voire du CHNP alors qu'il ne s'agit pas de personnes condamnées au pénal, mais bien de patients présentant des troubles psychiatriques.

Le Contrôleur externe souligne encore une fois le caractère d'urgence de certaines des mesures préconisées et fait appel à la réactivité des autorités concernées.

Luxembourg, le 8 décembre 2011

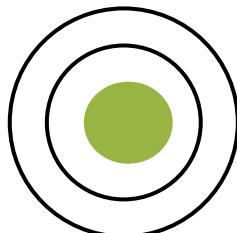
Marc FISCHBACH
Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté

ANNEXE I

B. Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure

T

R



P

P

Commentaires et réactions

R

Les placés judiciaires

et

les placés médicaux

sous mandat de dépôt

Après la fin de la mission, le Contrôleur externe a fait parvenir un rapport provisoire au Ministère de la Justice et au Ministère de la Santé, à Monsieur le Procureur Général d'Etat ainsi qu'au Directeur Général du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

Le but de la transmission d'un rapport provisoire aux institutions visées par le contrôle et aux autorités institutionnelles compétentes en la matière était de leur permettre de vérifier les affirmations et constats purement matériels contenus dans le rapport et de faire connaître leur prise de positions quant aux observations de fond et les recommandations faites par le Contrôleur externe.

Le rapport n'a pas suscité de remarques particulières de la part de Monsieur le Ministre de la Justice et de la part de Monsieur le Procureur Général d'Etat.

1. Prise de position de Monsieur le Ministre de la Santé

« Monsieur le Médiateur,

Par courrier du 6 décembre 2011, vous m'avez transmis, en votre qualité de contrôleur externe des lieux privatifs de liberté, votre rapport provisoire concernant la mission de contrôle relatif aux placés judiciaires et aux placés médicaux sous mandat de dépôt au Centre hospitalier neuropsychiatrique d'Ettelbruck (CHNP).

En date du 22 décembre 2011, Monsieur le docteur Marc GRAAS, directeur général du CHNP, vous a adressé sa prise de position relative à votre prédit rapport et il m'a transmis une copie de celle-ci en date du 18 janvier 2012.

Tout d'abord, en ce qui concerne vos recommandations relatives aux modifications qui seraient à apporter à la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux (pages 5 à 13 du rapport), je voudrais vous informer que celles-ci feront l'objet d'une évaluation approfondie afin d'en tenir compte lors d'une prochaine modification législative de la prédicta loi.

Par ailleurs, vous avez fait état à plusieurs endroits de votre rapport des difficultés d'accès à l'air libre pour les personnes placées au CHNP en vertu des articles 71 et 71-1 du Code pénal de même que pour les détenus du Centre pénitentiaire de Luxembourg (CPL) transférés au CHNP alors qu'ils sont en phase de crise psychiatrique aiguë et qui ne peuvent être traités par les moyens disponibles sur place.

Il est vrai qu'actuellement aucun espace sécurisé dans l'enceinte du CHNP ne permet un tel accès à l'air libre aux personnes visées à l'alinéa précédent et vous estimez, à juste titre, que cette situation est constitutive d'une violation des droits de l'homme.

Dès que j'ai été informé de cette situation, j'ai demandé à mes services d'examiner sur place, ensemble avec vos agents ainsi que les responsables du CHNP, une solution envisageable à court terme afin que lesdites personnes puissent avoir un accès à l'air libre tout en garantissant la sécurité des employés ainsi que des patients du CHNP.

Lors de cette entrevue, plusieurs alternatives ont été discutées et le directeur général du CHNP vous a fait part dans sa prise de position du 22 décembre 2011 d'une solution rapidement réalisable, qui permettrait non seulement un accès sécurisé à l'air libre pour les personnes concernées, mais également de mettre à leur disposition la salle de sports.

Des explications supplémentaires relatives à ces mesures, qui m'ont été rapportées, ont été fournies par la direction aux administrateurs du CHNP lors de leur réunion de conseil d'administration du 19 janvier 2012.

Ainsi, la cour en question se trouve à l'arrière du building du CHNP et elle serait sécurisée par un grillage spécifique d'une hauteur approximative de 4 mètres. Ce grillage serait habillé en partie d'une palissade et il serait complété à son sommet par des protections en plexiglas empêchant les personnes qui s'y trouvent d'escalader ladite palissade.

Des plans détaillés aussi bien de l'emplacement de ladite cour sur le site du CHNP de même que du dispositif de sécurité prévu se trouvent à votre disposition auprès de la direction du CNHP et une copie de ceux-ci pourra vous être envoyée si vous l'estimez nécessaire.

Par ailleurs, la cour qui sera ainsi sécurisée est adjacente à la salle de sports, ce qui permettra également un accès auxdits patients à celle-ci et de pratiquer certaines activités sportives.

Je suis d'avis que cette solution est une solution satisfaisante et réalisable à court terme en attendant la création de l'unité psychiatrique spéciale prévue au CPL dans le cadre du projet de loi de réforme de l'administration pénitentiaire (chapitre 3) qui est actuellement soumis à l'avis du Conseil d'Etat.

Ainsi, comme l'exposé des motifs dudit projet de loi le précise, cette unité située au sein des bâtiments du CPL «n'est pas destinée à héberger tous les malades mentaux déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 71, mais uniquement ceux pour lesquels il a été psychiquement constaté qu'ils représentent un danger». Il conviendra dès lors aux médecins du CHNP d'apprécier la dangerosité d'une personne déclarée pénalement irresponsable au sens de l'article 71 du Code pénal en l'obligeant soit de suivre son traitement au CPL soit au CHNP.

L'unité psychiatrique spéciale prévue au CPL accueillera également les détenus qui sont en période d'observation au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Elle pourra aussi accueillir des personnes qui sont partiellement irresponsables pénalement (art.71-1 du Code pénal) ainsi que des détenus qui nécessitent des soins psychiatriques intensifs en raison d'une maladie mentale.

L'exposé des motifs du prédit projet de loi précise encore que «l'idée est que seul les détenus sont à admettre dans l'unité psychiatrique spéciale qui souffrent d'une maladie mentale tellement grave qu'elle ne peut être convenablement soignée au centre pénitentiaire de Luxembourg. »

Il est encore à relever que cette unité psychiatrique spéciale prévue au CPL sera configurée de la sorte à permettre une séparation physique entre les détenus (ayant un problème psychiatrique) et les malades mentaux qui n'ont pas le statut de détenu.

Cette unité sera soumise à l'autorité du ministre de la Santé et sera dirigée par un médecin-directeur désigné par celui-ci.

En ce qui concerne la sécurité, l'unité est elle-même compétente pour veiller par son propre personnel à sa sécurité intérieure, alors que la sécurité extérieure est garantie par les agents pénitentiaires du CPL même si aussi bien lesdits agents que la police pourront être appelés à la rescoussse par le personnel de l'unité psychiatrique spéciale en cas d'incident grave que celui-ci ne saurait gérer seul. (...)»

Cette prise de position appelle les commentaires suivants de la part du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté :

Le Contrôleur externe se félicite que ses recommandations formulées à l'égard de certaines dispositions à modifier dans la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux feront l'objet d'une analyse approfondie en vue d'une prochaine modification de la prédite loi.

Le Contrôleur externe souhaite être tenu informé du progrès des travaux effectués en la matière et souhaiterait obtenir une connaissance précise des modifications envisagées.

Le Contrôleur externe note avec satisfaction que Monsieur le Ministre de la Santé a fait siennes les préoccupations concernant la violation des droits de l'homme en ce qui concerne le refus actuel d'accès à l'air libre dans le chef de certaines catégories de patients de l'unité BU6.

Le Contrôleur externe souhaite disposer des plans de détail des infrastructures envisagées afin de remédier à cette situation inacceptable. Après une étude approfondie de ces plans, le Contrôleur externe prendra position par rapport aux mesures envisagées.

2. Prise de position de Monsieur le Directeur Général du CHNP:

« Monsieur le Médiateur,

Laissez-moi tout d'abord vous féliciter pour votre rapport 2011 sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt.

Merci pour votre jugement bienveillant de notre équipe médico-soignante.

Permettez-moi de revenir sur quelques points précis :

- *Ad point 3.4. : Nous rejoignons votre argumentation sur la nécessité d'une structure à long terme, spécialisée dans la prise en charge des personnes en situation de handicap mental avec des troubles psychiatriques associés très spécifiques, ne leur permettant pas de vivre dans les services existants. Malheureusement, nous ne voyons pas de solution immédiate.*
- *Ad point 4.1. : sur les conditions matérielles :*
 - *Les « soft cells » ont été mises à jour*
 - *L'accès au hall des sports sera garanti par un aménagement de sécurité de la cour (voir détail plus loin)*

- *Ad point 5. :le nombre d'infirmiers sera adapté début 2012 après négociation avec la CNS, avec une augmentation qui n'atteint quand-même pas le nombre désiré. Nous allons augmenter la présence des psychologues à l'étage.*
- *Ad points 6. et 3.1. : Le plus grand problème concernant le CHNP est le manque de possibilités de sorties à l'air frais pour certaines personnes.*
- *Après étude, nous avons dû rejeter les solutions BU8, Orangerie et Lannenhaff. Nous avons opté pour une solution de sécurité de la cour interne. Cette solution a l'avantage qu'elle pourra être mise en place endéans quelques mois. Cette solution permet aussi de sécuriser le trajet de l'hôpital vers la salle des sports qui sera ainsi également à disposition des patients.*

Ceci étant, bien sur, une solution transitoire.

A long terme, nous sommes en train de discuter, ensemble avec le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé, une vraie chaîne thérapeutique avec :

1. *une unité à haute sécurité sur le terrain du CPL*
2. *une unité ouverte sur le terrain du CHNP*
3. *une clinique de jour sur le site du CHNP*
4. *un centre de consultation sur le site du CHNP*

Cette chaîne nous permettra d'offrir à ces patients une prise en charge thérapeutique avec une option de re-socialisation, tout en assurant une plus grande sécurité. (...) »

Cette prise de position appelle les commentaires suivants de la part du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté :

Quant aux «soft cells », il semble exister un malentendu. En effet, le Contrôleur externe a tenu à souligner dans son rapport que le matériel utilisé pour le matelassage des murs de ces cellules n'est guère adapté à la fin voulue alors qu'il est trop dur et qu'il existe partant un risque réel que des patients agités, enfermés dans une telle cellule se blessent.

L'équipe de contrôle avait déjà été informée lors de la visite des lieux que les « soft cells » ont été partiellement rénovées. Cependant, cette rénovation ne concernait pas le matelassage des murs.

Le Contrôleur externe note avec satisfaction qu'une des deux « soft cells » vient d'être équipée récemment avec du mobilier répondant aux impératifs sécuritaires de rigueur, contribuant ainsi à rendre le séjour dans une telle cellule plus supportable.

Le Contrôleur externe a été informé que le budget nécessaire à l'équipement de la deuxième « soft cell » avec un mobilier identique est prévu pour l'exercice 2013.

Le Contrôleur externe se doit dès lors de maintenir sa recommandation visant à un matelassage adéquat des deux « soft cells ».

Le Contrôleur externe note avec satisfaction que le nombre d'infirmiers sera adapté à partir de 2012. Néanmoins, selon les informations dont il dispose la CNS aurait refusé au sein de la Commission des normes son accord à une augmentation du nombre de personnel permettant de travailler à 4 infirmiers le matin et l'après-midi et à 3 infirmiers pendant la nuit.

Il semble qu'il sera envisagé un rythme 3,5-4-3 qui, aux yeux du Contrôleur externe est insuffisant. Le Contrôleur externe tient à souligner que même une solution de type 4-4-3 ne fait qu'améliorer la situation existante, mais qu'elle reste nettement en-deça d'une dotation permettant une réelle augmentation de la qualité des soins dans l'intérêt des patients.

Le Contrôleur externe insiste sur sa recommandation tendant à voir augmenter d'une manière sensible le nombre d'infirmiers affectés à l'unité BU6 du CHNP et considère qu'une solution du type 4-4-3 constitue le minimum acceptable.

Quant aux aménagements prévus pour permettre à certaines catégories de patients d'avoir un accès à l'air libre et à la salle des sports, **le Contrôleur externe réitère qu'il souhaiterait obtenir communication des plans des infrastructures prévues avant de se prononcer sur le fond.**

Luxembourg, le 25 janvier 2012

Marc FISCHBACH
Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté

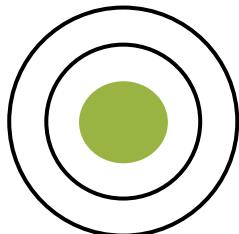
ANNEXE II

A. Rapport de la Médiateure relatif au Centre Socio-Educatif de l'Etat



T

R



P

P

A

R

Le Centre

socio-éducatif de l'Etat

Service du contrôle externe des lieux privatifs de liberté

Index

1. <u>Introduction</u>	p.3
2. <u>Etude de conformité du droit interne avec les normes internationales</u>	p.6
2.1. La loi modifiée du 10 aout 1992 relative à la protection de la jeunesse	p.6
2.2. La loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du Centre socio-éducatif de l'Etat et le règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs	p.15
3. <u>Les constats sur place</u>	p.23
3.1. Les modalités d'entrée	p.23
3.2. Santé	p.28
3.2.1. Hygiène	p.28
3.2.2. Alimentation	p.32
3.2.3. Soins médicaux	p.36
3.2.4. Prévention et contraception	p.38
3.2.5. Soins psychologiques	p.40
3.3. Infrastructures et personnel	p.43
3.3.1. Infrastructures	p.43
3.3.2. Personnel	p.47
3.4. Activités récréatives et loisirs	p.48
3.5. Ecole et formation professionnelle	p.51
3.6. Système disciplinaire	p.52
3.6.1. Considérations générales	p.52
3.6.2. La section fermée	p.53
3.6.3. Le système à points	p.55
3.6.4. Les fouilles corporelles	p.56
3.6.5. La fouille des chambres	p.57

3.7. Unité se sécurité	p.58
3.8. Constats généraux	p.61
3.8.1. Les violences	p.61
3.8.2. Les drogues	p.61
3.8.3. La population du CSEE	p.66
3.8.4. Proposition de restructuration du CSEE	p.68
3.9. Conclusions générales	p.70
4. ANNEXES	
4.1. La loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.	p.72
4.2. La loi modifiée du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat	p.82
4.3. Règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs de l'Etat	p.88
4.4. Mots-clés du chapitre 2, par paragraphes	p.92

1. Introduction

La mission de la Médiateure, agissant sur base de la loi du 11 avril 2010 portant notamment désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions¹ auprès du Centre socio-éducatif de l'Etat (CSEE) a commencé en date du 5 mars 2012 et les visites sur place se sont terminées le 21 mars 2012.

L'objectif de la mission de contrôle était de vérifier dans un premier temps la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, et ensuite l'ensemble des conditions générales de séjour et de traitement des mineurs placés au CSEE. La mission concerne aussi bien le site de Dreborn, que celui de Schrassig.

Le site de Dreborn a une capacité de 48 lits et accueille les garçons, tandis que le site de Schrassig dispose d'une capacité de 35 lits et est destiné à la prise en charge des filles.

Entre mars 2011 et mars 2012, il y avait, à Dreborn, une moyenne (arrondie) de 52 pensionnaires placés et à Schrassig, pour la même période de temps, une moyenne (arrondie) de 43 filles placées.

Au moment du début de la visite, 57 garçons étaient placés au CSEE de Dreborn, soit par une mesure de garde provisoire, soit par jugement. Ces mineurs ont été admis en provenance soit de leurs familles d'origine, soit d'autres institutions habilitées à accueillir des mineurs, soit, pour 5 mineurs, du CPL. 13 garçons étaient en fugue.

En début de mission, 48 mineures étaient placées au CSEE de Schrassig, selon les mêmes modalités que celles énumérées pour le site de Dreborn. Une fille mineure fut admise en provenance du CPL. Egalement 13 filles se trouvaient en fugue.

Le nombre total de mineurs placés sur les deux sites dépasse largement les capacités nominales respectives. Ces capacités d'accueil ne sont suffisantes que dû au fait que pas moins de 26 mineurs se trouvent actuellement en fugue. Les deux internats travaillent à la limite supérieure de leurs capacités d'accueil, voire-même au-delà selon l'avis de l'équipe de contrôle alors qu'il devient régulièrement

¹ Loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions

nécessaire de placer des lits supplémentaires dans les chambres les plus grandes ou dans les locaux communs afin de pouvoir faire face à l'afflux.

Avant le début des opérations sur place, la Médiateure a sollicité une réunion avec Monsieur le Directeur du CSEE, lors de laquelle étaient également présents les responsables des différentes unités du CSEE afin d'exposer les objectifs de la mission ainsi que la méthodologie appliquée.

La mission sur place a été menée par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil.

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Mardi, 6 mars 2012 :
Entretien avec Monsieur Boewinger, Directeur du CSEE
Entretien avec Monsieur Hein, Directeur adjoint du CSEE
 - Mercredi, 7 mars 2012 :
Entretien avec Monsieur Mackel, responsable de l'unité de l'éducation
Entretien avec Monsieur Schmitz, chef de bureau
Entretien avec Monsieur Blaschette, assistant social
Entretien avec des éducateurs
Entretien avec Monsieur Bichler, responsable de l'unité de l'Internat à Dreiborn
Entretiens avec les pensionnaires à Dreiborn
 - Jeudi, 8 mars 2012 :
Entretien avec Madame Engels, psychologue
Entretien avec Madame Starck, infirmière
Entretiens avec des pensionnaires à Dreiborn
 - Lundi, 12 mars 2012 :
Entretien avec des éducateurs
Entretiens avec des pensionnaires à Dreiborn
- Mercredi, 14 mars 2012 :
Entretiens avec plusieurs membres de l'équipe enseignante
Entretien avec un membre du personnel de la cuisine à Dreiborn
Entretiens avec des pensionnaires à Dreiborn
- Vendredi, 16 mars 2012 :
Entretien avec Monsieur Aeckerlé, responsable de l'unité de l'Internat à Schrassig

- Lundi, 19 mars 2012 :
Entretien avec des éducatrices
Entretien avec des pensionnaires à Schrassig
- Mardi, le 20 mars 2012 :
Entretiens avec des pensionnaires à Schrassig
- Mercredi, le 21 mars 2012 :
Entretiens avec des pensionnaires à Dreiborn

La Médiateure a ensuite eu une réunion de débriefing avec la direction du CSEE en date du 25 avril 2012 pour présenter un premier aperçu des constats réalisés sur place.

A cette réunion, étaient présents Monsieur Boewinger, Monsieur Hein, Monsieur Bichler et Monsieur Aeckerlé.

La Médiateure tient à remercier l'ensemble du personnel et des pensionnaires des deux sites du CSEE pour leur disponibilité, leur bonne coopération et le bon déroulement général de la visite.

2. Etude de conformité du droit interne avec les normes internationales

2.1. La loi modifiée du 10 aout 1992 relative à la protection de la jeunesse²

(1) Comme les instances législatives compétentes sont actuellement saisies par le projet de loi 5351 portant modification de la prédicté loi modifiée, il y a lieu d'inclure le projet de modification actuellement pendant dans l'analyse de compatibilité avec les textes normatifs internationaux.

L'article premier de cette loi détermine les mesures mises à la disposition du juge de la jeunesse et détermine l'âge maximal du mineur ou du jeune adulte jusqu'auquel ces mesures peuvent être maintenues.

Les articles 2 à 4 portent détermination des modalités applicables à des mineurs qui ont commis une infraction d'après la loi pénale.

Si ces articles ne donnent en principe lieu à aucune observation quant à leur conformité avec les textes normatifs internationaux, sauf en ce qui concerne la durée maximale des mesures à prendre par le juge de la jeunesse en vertu de l'article 4, alinéa 2 actuel de la prédicté loi qui est de 20 ans au-delà de la majorité, en cas de condamnation pour un crime punissable de travaux forcés, semble contraire au principe selon lequel la détention ou l'emprisonnement d'un mineur doit toujours être aussi bref que possible selon l'article 37b) de la Convention relative aux droits de l'enfant et les règles 13 et 19 des Règles de Beijing.

A cet égard, la Médiateure fait siennes les observations suivantes formulées par le Conseil d'Etat dans son avis sur le projet de loi 5351 :

« En effet, dans l'article I du projet de loi sous avis, les auteurs entendent changer l'article 4 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. Cet article, dans sa version actuelle, règle la situation du mineur ayant commis un fait qualifiable de crime punissable de réclusion, respectivement de travaux forcés. Si le tribunal de la jeunesse prend à l'égard de ce mineur une des mesures prévues aux articles 1er, 5 et 6, il peut la prolonger au-delà de la vingt et unième année pour un terme ne pouvant dépasser la vingt-cinquième année en cas de crime punissable de réclusion et pour un terme de vingt ans au maximum au-delà de la majorité en cas de crime punissable de travaux forcés.

Dans l'article II du projet de loi sous avis, les auteurs proposent de modifier l'article 5 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. Cet article vise les hypothèses d'infériorité

² Voir annexes 4.1.

physique ou mentale du mineur le rendant incapable de contrôler ses actions, auquel cas le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse peut ordonner une mesure de placement dans un établissement spécial, mesure qui peut être prolongée au-delà de la majorité pour un terme qui ne peut pas dépasser la vingt-cinquième année, si l'état du mineur rend indispensable cette prolongation.

Dans le commentaire des articles, les auteurs du projet de loi sous avis estiment que ces articles permettent des prolongations „dans des proportions excessives“ et ils proposent dès lors de ramener le terme maximal de la prolongation pour les crimes punissables de réclusion et pour les mesures de placement en institution spécialisée à la vingt et unième année du mineur et pour les crimes punissables de travaux forcés à la vingt cinquième année du mineur concerné.

Selon les auteurs du projet de loi, qui reprennent textuellement une proposition du groupe de travail interministériel, „lorsque le juge de la jeunesse estime approprié un internement d'une durée supérieure, le renvoi devant les juridictions ordinaires conformément à l'article 32 de la loi de 1992 est davantage indiqué“.

Les auteurs du projet de loi suggèrent dès lors aux juridictions de la jeunesse de déférer par principe les mineurs auteurs de faits d'une particulière gravité aux juridictions pénales ordinaires.

Or, très souvent des faits qui sont en apparence graves, peuvent à la suite de l'instruction à l'audience, lorsque le juge est mis en possession d'informations que l'instruction préliminaire n'a pas nécessairement révélées, être mis dans un contexte tout à fait spécifique, qui ne justifie pas ou plus l'intervention d'un juge pénal ordinaire.

Le Conseil d'Etat redoute dès lors qu'à la suite des agencements proposés par les auteurs du projet de loi sous avis, une partie de mineurs qui méritent en fait protection tout autant que sanction, soient soustraits par principe aux juridictions de la jeunesse pour être jugés par des juridictions pénales ordinaires, qui n'ont qu'un objectif protectionnel tout à fait limité, sans que ne soit pris en considération le contexte spécifique à chaque mineur et à la situation dans laquelle il évolue.

La proposition de réduire la durée des mesures que les juridictions de la jeunesse peuvent prendre au-delà de la majorité pour des faits d'une particulière gravité semble donc contraire au système protectionnel que les auteurs du projet de loi veulent maintenir à juste titre.

Le Conseil d'Etat propose dès lors de maintenir les dispositions actuelles des articles 4 et 5 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse, sauf en ce qu'il peut suivre les auteurs du projet de loi en ce que le délai de prolongation des mesures prises à l'encontre d'un mineur ayant commis des faits susceptibles d'une peine de travaux forcés est effectivement excessive. Le Conseil d'Etat propose d'envisager dans cette hypothèse une prolongation ne pouvant aller au-delà d'un délai de dix ans. »

(2) Les articles 6 et 7 énumèrent notamment les différents établissements dans lesquels des mineurs peuvent être placés ainsi que les raisons qui peuvent être à la base d'une décision de placement. Une énumération analogue est reprise à l'article 24.

La Médiateure constate avec consternation que le contenu de ces articles ne correspond guère aux réalités du terrain. Si la loi fait état de différentes institutions de placement envisageables et à la disposition du juge de la jeunesse, en réalité seuls les hôpitaux psychiatriques et les Centres Socio-Educatifs de l'Etat sont obligés de recevoir un mineur placé par les juridictions de la jeunesse. Toutes les autres institutions possibles, et peu nombreuses par ailleurs, peuvent accepter un mineur placé si leur taux d'occupation le permet.

Ceci mène souvent à la situation que les mineurs se retrouvent placés au Centre Socio-Educatif de l'Etat, ou dans certains cas, en milieu psychiatrique fermé.

Il en résulte qu'en ce qui concerne notamment les Centres Socio-Educatifs de l'Etat, la population est extrêmement hétérogène en ce qui concerne le motif ayant mené au placement.

La Médiateure ne reproche rien aux juridictions de la jeunesse compétentes en la matière alors que ces dernières n'ont très souvent guère de choix eu égard au caractère d'urgence de certaines mesures de placement.

Il résulte néanmoins de ce qui est dit ci-avant qu'en fait la cohabitation forcée de mineurs issus de familles dites « pathologiques », de mineurs présentant des troubles de comportement, de mineurs affichant un absentéisme fréquent à l'école, de mineurs toxicomanes et même de mineurs délinquants n'est pas conforme aux bonnes pratiques devant en principe régir ce domaine complexe et qui exigent pour chaque catégorie de mineurs placés le traitement le mieux adapté à leur situation individuelle.

Il est évident qu'à l'heure actuelle, malgré la bonne volonté des acteurs sur le terrain, on est très loin d'un traitement individualisé et adapté à la situation spécifique de chaque mineur.

La Médiateure reviendra sur ce problème éminemment important.

(3) Conformément à l'article 11 de la loi sur la protection de la jeunesse les parents, tuteur ou gardiens du mineur placé hors du domicile ne conservent qu'un droit de visite et de correspondance, ce qui signifier que tous autres attributs de l'autorité parentale sont transférés à la personne ou à l'établissement à qui le mineur est confié, à l'exception du droit de consentir à l'adoption et au mariage du mineur.

Ces dispositions peuvent donner lieu à des situations potentiellement délicates dans la mesure où d'éventuels conflits d'intérêts peuvent surgir dans le chef du nouveau dépositaire du droit de garde et l'établissement dont il fait partie. Afin d'éviter tout quiproquo en cette matière très délicate en soi, la Médiateure fait siennes les conclusions suivantes retenues par le CPT à ce sujet dans son rapport de visite CPT/Inf (2010) 31 sous le point 109 :

« (...) De l'avis du CPT, lorsqu'un mineur est placé dans un établissement sur décision d'une autorité, il est indispensable – dans l'intérêt du mineur et pour prévenir d'éventuels conflits d'intérêts entre le mineur et l'établissement – qu'un administrateur ad hoc indépendant de l'établissement concerné soit nommé et assiste le mineur. Le CPT recommande de modifier la législation en conséquence. »

La Médiateure recommande de suivre le raisonnement du CPT et suggère dans le même ordre d'idées un changement de la législation sur les allocations familiales dans le sens où l'établissement qui accueille le mineur puisse en toute hypothèse continuer à bénéficier des allocations familiales. Au vu l'incidence fiscale possible de ce changement de législation, il doit être entendu qu'il ne devrait concerner que les bénéficiaires d'allocations familiales dont les enfants ont été placés d'office dans une structure fermée et exemptant les parents de toute contribution financière.

(4) L'article 12 de la loi sur la protection de la jeunesse attribue dans sa teneur actuelle au juge de la jeunesse le droit d'accorder des congés au mineur. En ce qui concerne des congés de courte durée, il accorde, sous réserve d'en informer le juge de la jeunesse, le même droit aux dépositaires de l'autorité parentale des mineurs placés.

Cet article mérite une attention toute particulière alors qu'il entérine une pratique aujourd'hui très largement utilisée par les juridictions de la jeunesse, à savoir celle d'accorder des congés souvent très prolongés au lieu de lever, si l'évolution du mineur le rend indiqué, la mesure de placement prise.

La pratique actuelle consistant en un maintien du placement plus ou moins systématique du mineur jusqu'à l'âge de sa majorité, tout en lui accordant le cas

échéant un congé, même très prolongé est peu satisfaisante en ce qui concerne la sécurité juridique.

A cet égard, la Médiateure salue la modification visée par le projet de loi 5351 proposant de limiter l'octroi du congé à la durée de 6 mois, renouvelable une fois alors que celle-ci permet au mineur de connaître, dans toute la mesure du possible et en cas d'évolution favorable, le terme définitif de la mesure de placement dont il fait l'objet.

La Médiateure fait encore sienne l'avis du Conseil d'Etat qui propose une réduction de la durée maximale de renouvellement du congé limitée à 3 mois.

La Médiateure salue la modification proposée de l'article 18 en vertu duquel le mineur se voit désigner d'office un conseil même si les dépositaires de l'autorité parentale ne font pas cette demande et ceci indépendamment des faits reprochés au mineur.

Il s'agit-là d'un changement majeur dans le but de renforcer la protection juridique du mineur.

(5) La Médiateure estime que le contenu de l'article 25, dans sa version actuelle, peut constituer une violation des droits garantis aux mineurs en vertu de plusieurs textes normatifs internationaux.

En effet, une large partie des mesures de placement au CSEE est prise en application de cet article, donc par voie de mesure de garde provisoire.

S'il est vrai que l'article 27 détermine en détail la procédure applicable pour exercer un recours contre cette mesure provisoire et que le prédit article impose un délai au juge pour statuer quant au fond, la pratique démontre que les recours contre une mesure de garde provisoire constituent des exceptions.

Selon l'article 37 de la même loi, les mesures prises ne sont révisées d'office par le juge qu'après un intervalle de trois ans s'il n'y a pas eu de recours.

Il s'en suit qu'en pratique, les mineurs se trouvent très souvent placés au CSEE pour une durée prolongée sans avoir eu la possibilité d'être entendus par un juge. Nombreux sont ceux qui ont informé l'équipe de contrôle qu'ils n'ont jamais vu le juge qui a décidé des mesures prises à leur égard.

Il semble évident tant dans l'hypothèse où un mineur a commis un fait qualifiable d'infraction pénale que dans l'hypothèse plus fréquente du mineur placé pour d'autres raisons, qu'une telle procédure est totalement inacceptable et constitue une

violation des droits élémentaires de la défense d'autant plus qu'il s'agit de mineurs que la loi entend protéger de façon particulière..

La Médiateure tient à rappeler les observations formulées à ce sujet par son prédécesseur dans son rapport sur la privation de liberté par la Police grand-ducale :

« Il est de pratique courante que le magistrat de service auprès du Parquet du Tribunal d'Arrondissement territorialement compétent décide, en cas d'urgence et pendant l'absence du juge de la jeunesse (généralement pendant la nuit et les fins de semaine) d'une mesure de garde provisoire. Il en informe alors le juge de la jeunesse compétent qui décide par après du maintien ou de la levée de cette mesure. Il arrive très fréquemment qu'une telle mesure soit maintenue par le juge de la jeunesse qui se fonde dans ses décisions sur les seuls dires de la police grand-ducale ou d'autres parties impliquées dans le fait pénal, mais que le mineur en question ne soit pas entendu en ses moyens et explications, même s'il dispose de la capacité de discernement requise à cet effet.

Ceci équivaut à un déséquilibre des droits accordés aux mineurs par rapport au droit commun applicable aux majeurs qui garantit en tout état de cause le droit d'être personnellement entendu par un juge d'instruction dans un délai n'excédant pas 24 heures à partir du moment de l'arrestation.

Il est à noter dans ce contexte que l'article 27 de la loi sur la protection de la jeunesse accorde au mineur ou à son représentant le droit de solliciter la mainlevée d'une mesure de garde provisoire auprès du juge de la jeunesse ou, en deuxième instance, auprès de la chambre de la jeunesse de la Cour d'Appel. Cette loi prévoit qu'il soit statué sur le mérite du recours dans un délai de trois jours. Selon les informations reçues, ces audiences ont lieu les mardis et les vendredis, et, en cas de besoin urgent, une audience peut être convoquée ad hoc. »

En matière pénale, et suite à une décision de garde provisoire entraînant une privation de liberté, le Contrôleur externe recommande vivement de changer les dispositions législatives internes, afin de garantir au mineur qu'il soit entendu en ses moyens et explications, assisté par son avocat, dans un délai n'excédant pas 24 heures, et de veiller en tout état de cause au respect du délai de trois jours prévu à l'article 27 de la prédicta loi sur la protection de la jeunesse(...) » (rapport du Contrôleur externe sur la privation de liberté par la Police grand-ducale, pages 7 et 8)

A cet effet, la Médiateure salue les modifications proposées par le projet de loi 5351 visant notamment à la limitation de la durée de validité des mesures de garde provisoires, tout en limitant leur reconduction à une seule fois sous la condition d'avoir entendu la personne concernée.

Cette modification, visant à limiter les effets d'une mesure de garde provisoire dans le temps et de provoquer le cas échéant une décision quant au fond constitue sans contestation un progrès, mais ici encore, la Médiateure se doit de suivre le raisonnement du Conseil d'Etat qui se lit comme suit :

« Il va sans dire qu'une mesure de placement provisoire est une décision incisive et lourde de conséquences. Il est tout aussi évident qu'elle doit être prise dans le strict respect des droits de la défense, mais encore dans l'intérêt de la personne à protéger.

Le Conseil d'Etat n'est cependant pas convaincu qu'une restriction du délai de validité de la décision provisoire soit la solution au souci exprimé par les auteurs du projet.

En effet, il semble malsain qu'une décision provisoire puisse rester en place pendant une durée maximale d'une année.

Ce délai est encore excessivement long et seront pénalisés ceux qui, en méconnaissance de la loi ou par peur de la justice et des frais que l'on croit qu'elle engendre, n'agissent pas, alors que selon le système actuel seule une requête en mainlevée saisit le juge et lui donne pouvoir de prendre une décision définitive. »

Pour remédier à l'insuffisance constatée, le Conseil d'Etat propose un changement de système et décrit deux pistes de solution envisageables :

« prévoir soit qu'une mesure de placement provisoire soit prise immédiatement et sans passer par une procédure de mainlevée, susceptible d'appel, dans un délai de quinzaine à partir de la notification, soit de s'inspirer des dispositions de l'article 9 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. Cet article prévoit que le juge de la jeunesse peut, sans l'assistance du Ministère public, prendre les mesures spécifiées à l'article 1er de la loi à l'égard de tout mineur qui demande son aide et son assistance lorsque cette mesure s'impose dans l'intérêt du mineur. Dans cette hypothèse, le juge de la jeunesse est tenu de réexaminer la situation et de prendre une décision définitive dans les quinze jours au plus tard, après avoir entendu ou au moins avoir convoqué les parties concernées. Le délai d'appel contre cette décision est de dix jours.

Ainsi, le système malsain de mesures provisoires maintenues pendant une période anormalement longue pourrait être définitivement éliminé. »

La Médiateure se rallie à la dernière proposition qui a le mérite de provoquer d'office un réexamen et une décision quant au fond.

En tout état de cause, la Médiateure signale que l'article 10.2 des Règles de Beijing³ (Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs) exige qu'en cas de demande de libération d'un mineur suite à une mesure privative de liberté, le juge ou tout autre fonctionnaire ou organisme compétent examine sans délai la question de la libération.

(6) La Médiateure s'oppose catégoriquement au maintien de l'article 26 dans sa forme actuelle en vertu duquel des mineurs peuvent être incarcérés dans un établissement pénitentiaire réservé en principe aux seuls majeurs et ce même dans des cas individuels spécifiques.

La Médiateure ne saurait accepter d'exception à ce principe et s'oppose tant au contenu actuel de l'article 26 que quant aux modifications proposées par le projet de loi 5351.

A souligner que par ailleurs les dispositions du prédict article 26, tant dans sa version actuelle que dans celle proposée par le projet 5351 sont en contradiction avec les dispositions de l'article 10 du projet de loi 6382 portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire aux termes duquel :

« Aucun mineur ne peut être admis aux établissements pénitentiaires, à l'exception de ceux visés à l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. »

La Médiateure recommande vivement d'aligner le contenu de l'article 26 dans sa nouvelle version à celui de l'article 10 du projet de loi 6382.

Comme le prédict article 32 vise exclusivement le mineur âgé d'au moins 16 ans au moment de la commission de faits pénalement répressibles et soumis au vu de son état de maturité au droit commun des majeurs, la Médiateure peut accepter cette exception au principe de la stricte séparation des adultes et des mineurs en milieu privatif de liberté.

³ Article 10.2 « Le juge ou tout autre fonctionnaire ou organisme compétent examine sans délai la question de la libération. »

La Médiateure n'ignore pas que la mise en œuvre de l'article 10 du projet de loi 6382 portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire posera un problème aux juridictions de la jeunesse en tant qu'il restreint encore leurs possibilités de placement déjà excessivement limitées.

La Médiateure entend revenir en détail sur ce point plus loin dans le présent rapport et proposer des solutions concrètes.

(7) L'article 37 de la loi modifiée sur la Protection de la jeunesse prévoit dans sa version actuelle un délai d'un an à compter du jour où la décision ordonnant la mesure est devenue définitive avant que le mineur concerné, ses parents, tuteurs ou autres personnes qui en ont la garde ne peuvent introduire une requête tendant à la modification, voire à la levée des mesures décidées. En cas de rejet, aucune nouvelle requête ne pourra être présentée avant l'expiration du délai d'un an à partir de la date à laquelle le rejet est devenu définitif.

La Médiateure estime que ces délais sont excessifs et constituent une sérieuse entrave aux intérêts des mineurs.

Le projet de loi 5351 tend à réduire ces délais à 6 mois en cas de contestation et de réduire en même temps le délai après lequel une révision d'office doit avoir lieu de trois ans à dix-huit-mois.

La Médiateure suit le Conseil d'Etat dans son avis selon lequel la Haute Corporation n'est pas convaincue que :

« prévoir des nouveaux délais respectivement écourter les délais existants soit la solution. Il estime plutôt nécessaire de permettre de rapporter ou modifier des mesures définitives prises dès que se présentent des éléments nouveaux avérés qui sont soumis par les demandeurs aux juridictions de la jeunesse et qui ont une répercussion sur la situation du mineur, permettent d'en améliorer la situation ou changent sa situation de telle façon qu'une modification ou un rapport de la décision prise soit dans son intérêt.

Si le Conseil d'Etat était suivi dans son approche, l'alinéa 2 de l'article 37 deviendrait superflu et il y aurait lieu de l'éliminer.

Si tel n'est pas le cas, le Conseil d'Etat estime que les délais prévus sont encore trop longs et il propose de réduire à 3 mois le délai endéans lequel les parties ne peuvent pas agir et à 12 mois le délai après lequel il y a lieu à révision d'office. »

La Médiateure estime qu'il est indispensable de réviser la loi sur la protection de la jeunesse à la lumière des arguments développés en haut et se rallie à la première alternative proposée par le Conseil d'Etat, ci-avant développée.

Il est notamment dans l'intérêt manifeste du mineur privé de liberté que son affaire soit évacuée dans un délai raisonnable. De ce fait, il est d'importance capitale que les changements nécessaires soient agencés de nature à ne pas engendrer un encombrement inutile des juridictions pénales par des recours abusifs et répétitifs déposés en l'absence de tout élément nouveau. A cet égard, il serait envisageable de décider sur la recevabilité d'un recours par voie de référé.

2.2. La loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du Centre socio-éducatif de l'Etat et le règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs⁴

Ces textes, peu exhaustifs, n'appellent que peu de commentaires.

(8) La Médiateure déplore que les mesures disciplinaires énumérées à l'article 9 de cette loi ne soient pas précisées davantage quant à leur nature et quant à leurs modalités d'application. En effet, le prédit article 9 ne livre que quelques précisions quant à la personne autorisée à appliquer une telle mesure et quant à sa désignation. En outre, l'article en question reprend les textes normatifs supranationaux et les recommandations du CPT en ce qui concerne le caractère exceptionnel et la limitation dans la durée de la mesure de l'isolement temporaire. L'article en question précise en plus, en application des mêmes normes, les voies de recours contre les décisions disciplinaires.

La Médiateure recommande avec insistance de préciser les mesures disciplinaires envisageables en vertu de l'article 9 précité, ne serait-ce que par voie de règlement interne ou de service et de porter ce texte à la connaissance des mineurs concernés.

Ainsi, des précisions seraient de rigueur notamment en ce qui concerne la durée maximale des mesures appliquées que de la possibilité de leur reconduction, sauf dans le cas de l'isolement temporaire où la loi contient déjà les précisions requises.

En ce qui concerne l'exclusion temporaire des activités en commun, il serait souhaitable de préciser s'il s'agit d'office de l'ensemble des activités proposées ou si une mesure disciplinaire consistant en une exclusion partielle peut être appliquée également.

⁴ Voir annexes 2.2.

La mesure consistant en la soumission à un régime de surveillance plus étroit n'est pas autrement précisée. Vu le large éventail de possibilités envisageables en application de cette disposition, une clarification et une précision du point b) du crédit article 9 s'impose en tout cas.

Il en est de même en ce qui concerne le point d) du même article consistant en la relégation temporaire en chambre individuelle. Ici encore, il convient de préciser cette disposition par une limitation dans le temps. Une clarification de l'étendue de cette mesure s'impose également en ce qui concerne sa nature précise afin de bien la distinguer de l'isolement temporaire.

La Médiateure estime que ces précisions qui s'imposent ne doivent pas nécessairement figurer dans un texte de loi, mais le cas échéant dans un règlement interne. Force est de constater que le règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs de l'Etat n'énonce dans son article 10 en grande partie que les dispositions reprises sous l'article 9 de la prédite loi organique postérieure.

(9) L'article 11 du règlement grand-ducal précise la nature de l'isolement temporaire. Il ne correspond plus à la réalité du terrain en tant qu'il stipule que l'isolement peut entraîner la privation de formation, de travail, des loisirs, des activités en commun et de l'usage des effets personnels.

Par l'application d'une mesure d'isolement, le mineur se voit aujourd'hui d'office privé de toutes ces libertés.

Le délai énoncé dans le même règlement qui est de 20 jours au maximum a été abrogé par les dispositions de l'article 9 de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat qui limite la durée maximale de cette mesure à 10 jours.

L'article 11 impose d'office un contrôle en vue de constater l'aptitude médicale du mineur à subir une mesure d'isolement dans un délai de 24 heures après le début de la mesure.

La Médiateure constate qu'ici encore, les droits et garanties accordés à un mineur sont inférieurs à ceux consentis à tout détenu majeur.

En effet, la mesure d'isolement temporaire est en tout point équivalente à la mise en cellule de punition en milieu pénitentiaire adulte.

Dès lors et afin de pallier à tout incident grave et surtout en vue de remédier à cette différence de traitement inexplicable, la Médiateure recommande de

changer les règlements internes en s'inspirant des articles 200 et 201 du règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires qui disposent au sujet de la mise en cellule de punition comme suit :

« Art. 200. La peine du placement en cellule de punition ne peut jamais être infligée sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de la supporter.

Il ne peut être dérogé aux prescriptions de l'alinéa qui précède que s'il s'agit d'une faute grave ou d'un acte d'indiscipline grave dont la répression ne souffre aucun délai.

Art. 201. Le médecin visite au moins deux fois par semaine les détenus qui subissent cette mesure disciplinaire.

La punition est suspendue si le médecin constate que sa continuation est de nature à compromettre la santé physique ou mentale du détenu. »

(10) L'article 10 de la prédicté loi du 16 juin 2004 énonce encore les mesures de sécurité applicables.

Cet article n'appelle pas de remarques sauf en ce qui concerne son point a) visites corporelles.

Le prédit article précise *in fine* que les visites corporelles ne peuvent être effectuées que par des personnes du même sexe et que la présence de deux « agents » est requise.

Cet article 10 reprend textuellement l'article 3 du règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs.

La Médiateure est d'avis qu'il s'agit ici d'une mesure nécessaire mais qui doit être entourée d'une série de précautions afin de ne pas faire surgir des contestations quant à son bien-fondé et quant aux modalités de son exécution. En effet, la mission de contrôle sur le terrain a fait surgir une quantité non négligeable de remarques, de sous-entendus et de contestations claires sur ce point.

La Médiateure y reviendra en détail dans le présent rapport.

Bien qu'il existe une instruction de service précisant les règles de conduite du personnel en relation avec les pensionnaires, notamment en matière de visite corporelle, la Médiateure recommande aux autorités concernées, de fixer ces

modalités dans un texte réglementaire et de s'inspirer de la disposition de service suivante, régissant les fouilles corporelles au sein du Centre Pénitentiaire de Luxembourg :

« *La fouille corporelle n'est effectuée que par deux agents au moins des services de garde, du même sexe que la personne contrôlée, et à l'abri du regard de tiers. Les agents portent obligatoirement des gants de protection.*

Elle est ordonnée par la direction, les chefs de service de garde ou de détention et leurs adjoints, les contrôleurs et le chef de l'équipe de nuit à chaque fois qu'ils la jugent indiquée et nécessaire.

(...)

Après un contrôle simple, l'agent procède au contrôle visuel de la cavité buccale, des oreilles et des mains. Ensuite le détenu est invité à passer ses mains dans les cheveux et derrière les oreilles.

Le détenu enlève alors ses vêtements, qui sont vérifiés en détail. Les jambes écartées et les mains à plat contre le mur, il se penche vers l'avant, permettant ainsi le contrôle visuel de l'entrejambe et des aisselles, de la plante des pieds et des espaces entre les orteils. Le cas échéant, la détenue est priée de relever ses seins. Le détenu peut être invité à tousser, sous condition que les mesures d'hygiène nécessaires puissent être garanties. Le gardien ne touchera pas le détenu qui coopère.

Tout refus d'obtempérer est signalé immédiatement au chef des services de garde, aux contrôleurs respectivement au chef de l'équipe de nuit, qui décidera des mesures à prendre.

En cas de résistance passive ou active, le détenu sera contraint par la force. Le cas échéant, il revêtira des vêtements mis à la disposition par l'administration.

1. Règles de conduite

Les agents effectuant les fouilles corporelles sont tenus au respect strict de la dignité des personnes contrôlées. Aucune forme d'humiliation ou de voyeurisme ne peut être tolérée.

Toute irrégularité est à rapporter au chef des services de garde. Tout incident est à consigner dans un compte-rendu d'incident et à signaler sans délai au chef des services de garde qui en informe la direction.

2. Examen intime

Un examen des parties intimes ou des cavités corporelles dans le cadre d'une fouille ne peut être réalisé que par un médecin. Un tel examen ne peut être ordonné que par le directeur, le chef des services de garde ou leurs adjoints conformément aux dispositions de l'art. 4 de la loi modifiée du 19/2/1973 concernant [...] la toxicomanie. »

La Médiateure recommande vivement de préciser le terme d' «agent » repris à l'article 10 de la loi du 16 juin 2004.

Si en milieu pénitentiaire, ce terme ne porte pas à confusion, il est dans l'intérêt direct des mineurs concernés de déterminer d'une manière limitative les agents du CSEE autorisés à procéder ou à assister à une visite corporelle.

(11) La Médiateure constate également l'absence totale d'une disposition garantissant aux mineurs venant d'être placés au CSEE d'être vus par un médecin dans les 24 heures de leur arrivée.

Il s'agit-là d'une mesure de précaution et de prévention accordée systématiquement à tout détenu majeur faisant l'objet d'un mandat de dépôt en vertu des dispositions de l'article 83 du prédit règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires qui dispose que :

« Dans l'établissement auquel il est attaché le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission (...) »

La Médiateure recommande avec de modifier les textes légaux et réglementaires en vigueur afin d'y faire entériner le droit des mineurs placés au CSEE d'être vus par un médecin aussi tôt que possible après leur admission et sauf exception à justifier dument, dans les 24 heures de leur arrivée.

Cette exigence répond également aux dispositions de la règle 24 de l'Ensemble des Règles minima⁵ pour le traitement des détenus, adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à

⁵ Règle 24. : « Le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement, particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu. »

Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977.

Elle répond encore aux règles 16⁶ et 42.1⁷ édictées par la Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des Délégués des Ministres.

Finalement elle est encore corroborée par les normes du CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 qui reprennent en extrait le 9e rapport général [CPT/Inf (99) 12] aux termes desquelles :

« 39. Tous les mineurs privés de liberté devraient bénéficier d'un entretien approprié et d'un examen physique par un médecin aussitôt que possible après leur admission dans un centre de détention ; sauf circonstances exceptionnelles, l'entretien/examen médical devraient être effectués le jour de l'admission. Toutefois, le premier point de contact d'un jeune nouvel arrivant avec le service de santé peut être un infirmier diplômé qui fait rapport à un médecin.

S'il est effectué correctement, un tel contrôle médical à l'admission devrait permettre au service de santé de l'établissement d'identifier les jeunes avec des problèmes de santé potentiels (par exemple, toxicomanie, tendances suicidaires). L'identification de ces problèmes, à un stade suffisamment précoce, facilitera l'adoption de mesures préventives efficaces dans le cadre du programme de prise en charge médico-psychosocial de l'établissement. »

(12) Pour le bon ordre, la Médiateure fait encore remarquer qu'il convient de compléter l'énumération des personnes disposant d'un accès libre au CSEE, contenue à l'article 5 du règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs de l'Etat en y mentionnant la Médiateure agissant en sa qualité de Mécanisme National de Prévention au sens de l'OPCAT.

⁶ Règle 16 RPE : « Dès que possible après l'admission : a. les informations relatives à l'état de santé du détenu doivent être complétées par un examen médical conformément à la Règle 42 »

⁷ Règle 42.1. RPE : « Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit voir chaque détenu le plus tôt possible après son admission et doit l'examiner, sauf si cela n'est manifestement pas nécessaire. »

A cet égard, elle recommande aux autorités compétentes de s'inspirer de l'article 30(1) du projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire libellé comme suit :

« Sous réserve de l'article 27 (1) et (2), la communication avec les détenus ainsi que l'accès aux établissements pénitentiaires, sans préjudice de l'article 38 (2) à (6), sont libres, pour l'exercice de leurs fonctions ou l'accomplissement de leurs missions, aux avocats, aux médecins, au procureur général d'Etat, aux procureurs d'Etat et aux présidents des cours et tribunaux, aux juges d'instructions, aux magistrats des chambres de l'application des peines, aux juges de la jeunesse, au contrôleur externe des lieux privatifs de liberté, au médiateur, au comité luxembourgeois des droits de l'enfant (ORK), à l'auditeur général et aux auditeurs militaires, ainsi qu'aux personnes dûment déléguées par ces autorités et institutions, de même qu'au personnel de l'administration pénitentiaire et du service central d'assistance sociale. »

(13) La Médiateure constate que tant la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat que le règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs de l'Etat ne mentionnent pas la possibilité des mineurs placés de contacter la Médiateure.

Cet état de fait constitue une discrimination des mineurs par rapport à la population majeure privée de liberté, que ce soit en milieu carcéral, au centre de rétention, auprès de la Police grand-ducale ou encore en milieu psychiatrique fermé.

En effet, en vertu des dispositions de l'article 2(1) de la loi organique du 22 août 2003 instituant un Médiateur,

« (...) toute personne physique ou morale de droit privé qui estime, à l'occasion d'une affaire la concernant, qu'une autorité visée à l'article premier n'a pas fonctionné conformément à la mission qu'elle doit assurer ou contrevient aux conventions, lois et règlements en vigueur, peut, par une réclamation individuelle écrite ou moyennant déclaration orale faite à son secrétariat, demander que l'affaire soit portée à la connaissance du médiateur. »

La Médiateure estime que ce droit doit également être reconnu aux mineurs placés au CSEE, indépendamment de leur capacité d'agir en tant que mineurs.

Dès lors, la Médiateure insiste pour que les textes législatifs ou réglementaires en vigueur soient complétés par une disposition autorisant les mineurs placés

au sein du CSEE à prendre à tout moment contact, par écrit ou par téléphone, avec la Médiateure ou son secrétariat et ce à titre gratuit et en dehors de la surveillance d'une tierce personne.

Les courriers adressés par des mineurs placés à la Médiateure doivent échapper à tout contrôle par les autorités administratives ou judiciaires et être acheminés sans retard à leur destinataire s'il peut être constaté sans équivoque qu'ils sont adressés à celle-ci. En sens inverse, des courriers adressés par la Médiateure à un mineur placé au CSEE, doit également, et sous les mêmes conditions échapper à tout contrôle.

La Médiateure recommande de s'inspirer à ce sujet des dispositions énoncées par les articles 62 à 65 du projet de règlement grand-ducal portant organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires et qui garantissent la liberté et la confidentialité d'échange avec la Médiateure même en cas d'interdiction de communiquer prononcée par les autorités judiciaires.

« Art.62. (1) Les lettres adressées sous pli fermé par des détenus à leur avocat, leur médecin ou au Médiateur, ainsi que celles que leur envoient ces derniers, ne sont pas soumises au contrôle et sont expédiées ou remises à leur destinataire sans retard, s'il peut être constaté sans équivoque qu'elles sont destinées à l'avocat ou au Médiateur ou proviennent de celui-ci.

(2) A cet effet les mentions utiles doivent être portées sur l'enveloppe (...)

Art.63. Sans préjudice d'autres dispositions légales ou réglementaires, chaque détenu peut à tout moment adresser des requêtes ou des réclamations au chef de l'Etat, à la Chambre des Députés, aux membres du Gouvernement, au directeur de l'administration pénitentiaire, au comité luxembourgeois des droits de l'enfant (ORK), aux autorités judiciaires, au Médiateur, ainsi qu'à toutes instances internationales qui assument une mission de contrôle similaire à celle du Médiateur. Les requêtes et réclamations adressées à ces destinataires peuvent être remises sous pli fermé et échappent à tout contrôle.

Art.64. (1) L'interdiction de communiquer prononcée par le magistrat compétent à l'égard du prévenu n'a, quant au régime auquel le prévenu est soumis, d'autre effet que de lui interdire toute communication avec des personnes extérieures, à l'exception de celle avec son avocat, le Médiateur ou toute autre personne autorisée (...).

Art.65. (1) L'échange de correspondance entre le prévenu et, respectivement, son avocat, ses représentants diplomatiques et

consulaires, le Médiateur ou les autorités légalement autorisées est permis en tout temps, sauf si l'interdiction de communiquer a été ordonnée par le juge d'instruction, auquel cas est seul permis l'échange de correspondance entre le détenu et son avocat ou le Médiateur. »

3. Les constats sur place

3.1. Les modalités d'entrée

Généralement les mineurs placés au CSEE y sont conduits par la Police grand-ducale.

(14) La Médiateure se félicite que selon les affirmations tant de la direction du CSEE que selon celles faites par tous les mineurs interrogés par l'équipe de contrôle, ces transports se font dans la pratique toujours sans menottes, à l'exception des transfères de mineurs du Centre Pénitentiaire de Luxembourg (CPL) au CSEE.

La Médiateure tient à souligner que notamment les articles 63 et 64 des Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, adoptées par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/113 du 14 décembre 1990 disposent que :

« 63. L'emploi d'instruments de contrainte, quelle qu'en soit la raison, est interdit, sauf dans les cas visés à la règle 64 ci-dessous.

64. Les moyens et instruments de contrainte ne peuvent être utilisés que dans des cas exceptionnels et lorsque les autres moyens de contrôle ont été inopérants et s'ils sont expressément autorisés et définis par les lois et règlements; ils ne doivent pas être humiliants et ne peuvent être utilisés que pour la durée la plus brève possible et sur ordre du directeur, si les autres moyens de maîtriser le mineur ont échoué, afin d'empêcher le mineur de causer des dommages corporels à lui-même ou à autrui, ou de graves dommages matériels. »

Au sujet des moyens de contrainte, la Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats-membres sur les Règles pénitentiaires européennes stipule dans ses articles 68.1 à 68.4 que :

« 68.1. L'emploi de chaînes et de fers doit être prohibé.

68.2. Il doit être interdit d'utiliser des menottes, camisoles de force et autres entraves sauf :

a. *au besoin, par mesure de précaution contre une évasion pendant un transfèrement, pourvu qu'elles soient enlevées dès que le détenu comparaît devant une autorité judiciaire ou administrative, à moins que ladite autorité en décide autrement (...)*

68.3. Les moyens de contrainte ne doivent pas être appliqués plus longtemps qu'il est strictement nécessaire.

68.4. Les modalités d'utilisation des moyens de contrainte doivent être précisées par le droit interne. »

La Médiateure tient à remarquer que le recours à des menottes, même en cas de transfèrement d'un mineur du CPL au CSEE doit être et demeurer exceptionnel. Il ne saurait être acceptable que si des impératifs liés à la sécurité publique, à celle des agents de police en charge du transfert ou encore à celle du mineur lui-même rendent cette contrainte incontournable.

La Médiateure constate que le port des menottes n'est pas précisé dans le droit interne luxembourgeois à un niveau législatif ou réglementaire, de sorte que la recommandation 68.4. des Règles pénitentiaires européennes n'est pas observée.

Au Grand-Duché de Luxembourg, l'usage des menottes n'est précisé que dans les dispositions de service de la Police grand-ducale.

En ce qui concerne le port de menottes à imposer aux mineurs, ces dispositions internes distinguent entre « Überführung », donc un transfèrement d'un mineur au CSEE ou dans un autre établissement dans lequel il a été placé en vertu d'un jugement ou d'une mesure de garde provisoire et une « Rückführung » consistant en un retransfèrement d'un mineur en fugue ou d'un mineur auquel le congé accordé a été révoqué par les instances judiciaires compétentes dans un établissement à préciser par le juge de la jeunesse.

En effet, dans le cas d'une « Überführung », les dispositions de service stipulent sub vo. « *Transport im Dienstwagen* » que :

« *Beim Transport eines Minderjährigen in einem Dienstwagen sind die Vorsichtsmassnahmen, welche im Kapitel Festnahme und Verhaftung von Personen unter sub 3. Vorsichtsmassnahmen festgehalten sind, zu beachten. »* (Dienstkorrespondenzen laut Spezialgesetzen, 2.11. Überführung bzw. Rückführung von Minderjährigen, version novembre 2011, page 19).

Sub vo. « *Transport ab dem Gefängnis* », les mêmes dispositions prévoient que :

« *Die Überführung eines Minderjährigen, welcher einer „mesure de garde provisoire“ oder „jugement“ im CPL unterliegt, nach Anordnung der Staatsanwaltschaft, zum*

- *Jugendrichter*
- *Untersuchungsrichter*
- *CHNP*

zu verbringen ist, erfolgt durch die UGRM. Die Vorsichtsmassnahmen sowie Massnahmen während des Transportes (siehe Transport und Zwangsaufenthalt von Gefangenen sub 3.1 Vorsichtsmassnahmen ...) sind zu beachten. » (op.cit., page 19).

Or, à la lecture du point 3.1.Vorsichtsmassnahmen, cité dans la prédicta disposition de service, on constate que ce dernier énonce que :

« *Aus Sicherheitsgründen haben die Beamten dem Gefangenen die Handschellen immer anzulegen. »* (Transport und Zwangsaufenthalt von Gefangenen, 3.1. Vorsichtsmassnahmen, version octobre 2010, page 17).

La Médiateure conclut de ce qui précède que les dispositions de service en vigueur sont en contradiction flagrante avec les normes internationales en vigueur précisant clairement que l'usage de menottes sur la personne d'un mineur doit en toute circonstance constituer une exception, justifiable, comme il a été, dans les cas où le mineur présente un danger avéré et dument constaté.

Même si la Médiateure n'ignore pas qu'en pratique le recours aux menottes n'a lieu que dans le cas d'un transfèrement du CPL au CSEE, elle recommande de mettre les dispositions de service de la Police grand-ducale pertinentes à jour en les alignant sur les normes internationales en vigueur. Dans l'intérêt d'une plus grande transparence, mais également en vue de garantir la sécurité juridique requise en la matière, la Médiateure recommande également de faire entrer les modalités du recours à des menottes sur la personne d'un mineur dans un texte législatif ou réglementaire.

La Médiateure remarque que les prédictes dispositions de service restent muettes en ce qui concerne le recours aux menottes dans le cas d'une « Rückführung ». Il est évident que la recommandation faite s'applique aux deux cas de figure.

(15) La Médiateure salue expressément que les dispositions de service pertinentes prévoient que tant une « Überführung » qu'une « Rückführung » doivent se faire de préférence par des agents de police en tenue civile.

Elle recommande de compléter cette disposition par l'ajoute que les transports des mineurs doivent se faire, dans toute la mesure du possible, à l'aide de voitures banalisées.

D'une manière générale, la Médiateure estime que la décision sur l'opportunité d'un éventuel recours aux menottes devrait faire l'objet d'une formation spécifique et régulièrement mise à jour à l'Ecole de Police.

(16) La Médiateure partage l'avis du CPT⁸ selon lequel la période qui suit immédiatement la privation de liberté présente des risques accrus de mauvais traitement. Il est dès lors nécessaire d'entourer cette période d'une attention particulière, comme il est de pratique au CSEE.

La Médiateure prend acte que l'accueil des mineurs au sein du CSEE soit entouré d'une attention toute particulière. En effet, le directeur du CSEE assure, pendant sa présence sur les deux sites personnellement, l'accueil des mineurs admis pendant la journée, notamment au CSEE de Dreiborn. Au CSEE de Schrassig, les mineures sont accueillies, en cas d'absence du directeur par le responsable de l'internat.

La Médiateure se félicite de l'approche intégrative mise en œuvre au moment de l'accueil consistant à présenter au mineur nouvellement arrivé le personnel de l'internat présent en y incluant le personnel de la buanderie et celui de la cuisine s'il est présent.

La prise en charge par le personnel éducatif et, dans toute la mesure possible, par le responsable de l'internat qui suit immédiatement à l'accueil en vue d'expliquer au mineur les règles les plus importantes régissant la vie au sein de l'internat et également en milieu scolaire ainsi que la désignation d'un éducateur de référence constituent autant de mesures visant à faciliter l'intégration rapide du mineur dans son nouvel environnement.

Afin de faciliter davantage ce processus d'intégration, la Médiateure recommande vivement de s'inspirer de la pratique du Centre Pénitentiaire de Luxembourg et du Centre Pénitentiaire de Givenich consistant à remettre à chaque détenu dès son arrivée une compilation écrite des informations les plus importantes sur l'organisation de la vie quotidienne, sur les droits et obligations des détenus, sur le régime disciplinaire, sur l'accès aux services médicaux, sur son droit de contacter en toutes circonstances son avocat, la Médiateure ou l'ORK et bien d'autres informations utiles encore. Tout comme dans les établissements pénitentiaires, il faudrait que ce guide écrit, pour être accessible aux destinataires, soit disponible dans plusieurs langues et rédigé de manière claire et compréhensible.

⁸ 9^e rapport général du CPT, CPT/Inf (99) 12, point 23, page 80

(17) Les entretiens menés avec les mineurs placés au CSEE permettent de penser que les bizutages des nouveaux arrivants qui étaient de pratique courante il y a quelques années encore ont cessé d'exister. Néanmoins, ces entretiens permettent d'affirmer avec conviction que les violences physiques et psychiques exercées par les mineurs déjà placés pendant une période plus longue au CSEE sur les nouveaux arrivants sont assez fréquentes.

L'équipe de contrôle a en effet décelé l'existence d'une structure hiérarchique interne aux mineurs assez développée, ce qui a été confirmé par l'unanimité des mineurs avec lesquels des entretiens ont été menés.

L'équipe de contrôle a été informée par un grand nombre de mineurs placés que presque chaque nouvel arrivant, et surtout ceux qui sont placés pour la première fois au CSEE et/ou qui ne connaissent pas d'autres mineurs déjà placés dans l'institution se voit exposé à des violences, plus physiques dans le cas de la section masculine et plus psychiques, quoique pas exclusivement, en ce qui concerne la section féminine.

Selon les dires unanimes des jeunes, ces menaces de violences et les violences réelles, en ce qui concerne la section de Dreborn du moins, auraient notamment pour but de faire connaître aux nouveaux arrivants la structure hiérarchique interne parmi les mineurs, à laquelle ils n'ont guère la possibilité de se soustraire. Selon les mineurs, des violences physiques de moindre à moyenne gravité, des mises sous pression, des chicaneries, ou encore l'exclusion du groupe social sont fréquentes et se passent généralement hors du contrôle et de la surveillance du personnel enseignant ou éducatif.

D'après les mineurs, il serait également impossible, voire très difficile de se confier en pareil cas à un éducateur par peur de représailles exercées par ou sur ordre des mineurs en tête de l'hiérarchie en place.

La Médiatrice est consciente du fait qu'il est impossible de mettre en place un système de surveillance garantissant que de tels agissements ne peuvent se produire. Elle salue les efforts menés pour pallier à ces pratiques qui, si elles sont découvertes font l'objet de sanctions disciplinaires conséquentes. Néanmoins elle est d'avis que le système actuel peut être amélioré sur certains points afin de réduire les violences entre mineurs au strict minimum.

Dans la logique de l'éducateur de référence, la Médiateure propose d'instaurer un système de tutorat entre les mineurs. Si chaque mineur qui vient d'être placé au CSEE se voyait assigner un tuteur à choisir par la direction, ensemble avec le personnel éducatif et scolaire, parmi les mineurs pensionnaires du

CSEE selon des critères tenant à la maturité, à l'intégration sociale, à la fiabilité et au profil psychologique, la situation actuelle pourrait être désamorcée.

A part un certain effet de protection au profit des plus vulnérables, cette procédure aurait aussi l'avantage de contribuer à la responsabilisation sociale des mineurs chargés d'un tel tutorat.

En complément à cette procédure, la Médiateure suggère vivement d'intégrer la lutte contre les violences dans des ateliers pédagogiques traitant la gestion des conflits, obligatoires pour tous les pensionnaires du CSEE, de quelque âge qu'ils soient.⁹

(18) Comme il a déjà été relevé plus haut, la Médiateure ne peut approuver que le mineur qui vient d'être placé au CSEE ne soit pas examiné d'office par un médecin, dans les 24 heures de son arrivée.

Dans l'intérêt du bien-être du mineur qui vient d'être placé, du personnel du CSEE et des autres mineurs placés dans cette institution, mais également afin de pallier à tout risque d'incident grave, la Médiateure réitère avec insistance sa recommandation selon laquelle tout mineur doit obligatoirement être examiné par un médecin dans les 24 heures de son arrivée. Cet examen a notamment pour but de constater l'aptitude médicale au placement, de constater d'éventuelles pathologies nécessitant le cas échéant une prise en charge médicamenteuse ou autre et de dépister d'éventuelles pathologies potentiellement dangereuses pour le personnel et/ou les mineurs du CSEE.

3.2. Santé

3.2.1. Hygiène

(19) En ce qui concerne l'hygiène, la Médiateure estime que, de manière générale, l'état hygiénique des parties de vie communes, aussi bien à Dreborn qu'à Schrassig, est acceptable. Les parties communes sont en effet nettoyées par une entreprise et leur état n'appelle pas d'observations majeures.

Il est toutefois regrettable que, surtout au site de Dreborn, les aménagements et décosations fassent l'objet d'actes de vandalisme.

La Médiateure recommande aux responsables du CSEE d'envisager de remédier tout de suite à des détériorations remarquées, dans l'esprit de la « *broken window theory* » selon laquelle de petites détériorations volontaires

⁹ En exemple de tels ateliers peut être consulté par exemple sur le site www.eada.lu

par rapport auxquelles les mineurs ne reçoivent aucune ou très peu de réactions, favorisent de nouvelles détériorations et donnent aux mineurs l'impression que peu d'importance est accordée à l'aménagement et à l'entretien de l'institution et qu'ils sont libres de la détériorer.

Comme le CSEE remplace pour une certaine durée le foyer habituel des mineurs, il est important de les responsabiliser au respect des lieux et à l'entretien du site. Il est évident que les auteurs de détériorations doivent être responsabilisés, notamment par une contribution active à la réparation des dommages causés.

(20) En ce qui concerne le nettoyage des parties communes, il est à noter qu'à Schrassig, une seule femme de charge est responsable pour l'entretien du site entier, ce qui est largement insuffisant, même si cette personne fait un travail exemplaire.

La Médiateure recommande partant aux autorités compétentes de débloquer les ressources financières nécessaires afin de pouvoir répartir cette tâche de travail sur deux personnes.

(21) Sur les deux sites, l'équipe de contrôle a pu constater que les installations sanitaires, et plus particulièrement les douches, quoique régulièrement entretenues, étaient dans un état assez vétuste, proche de l'inacceptable.

A Schrassig notamment, les douches, installées dans des pièces mal aérées, présentent de nombreuses traces de moisissures. A Dreiborn, l'état hygiénique des douches n'est guère plus satisfaisant.

La Médiateure recommande de porter une plus grande attention à la remise en état et au nettoyage des installations sanitaires et de faire installer un système d'aération adéquat dans ces pièces afin d'éviter la formation de moisissures.

(22) Dans le même contexte, il est à noter que les distributeurs de savon et de papier dans les toilettes étaient vides au moment des visites sur place.

Au site de Dreiborn, l'équipe de contrôle a noté qu'il n'y avait plus de papier toilette sur aucun étage et que seulement quelques mouchoirs en papier étaient placés auprès des toilettes afin de pallier à ce manque. Les pensionnaires ont d'ailleurs rapporté à l'équipe de contrôle que cette situation durait déjà depuis plusieurs jours et que ce n'était pas la première fois que le même problème se présente.

La Médiateure tient à souligner que de tels incidents sont totalement inadmissibles. Les responsables du CSEE doivent veiller à ce qu'une pareille situation ne se reproduise pas. Si la cause de ce manque devait résider dans un marché public mal évalué, la Médiateure insiste que les termes financiers de

ce marché soient revus afin de garantir en tout état de cause un fonctionnement adéquat de l'institution à ce niveau.

(23) Plusieurs pensionnaires ont rapporté à l'équipe de contrôle qu'ils étaient allergiques aux produits d'hygiène mis à leur disposition, mais qu'il ne leur était pas possible d'obtenir d'autres produits. Il n'y aurait pas non plus la possibilité pour les jeunes souffrant de problèmes de peau d'obtenir des produits pour peaux sensibles.

La Médiateure recommande de mettre à la disposition des mineurs des produits moins susceptibles de provoquer des allergies ou bien de mettre à la disposition des jeunes souffrant des allergies dûment constatées par un médecin, des produits de remplacement adaptés.

(24) A part les installations sanitaires, qui nécessitent pour la majeure partie une réhabilitation et en tout état de cause un entretien plus approfondi, certains bâtiments ou certaines parties des installations sont en bon état alors que d'autres sont dans un état plutôt vétuste.

Plus particulièrement le bâtiment dans lequel les ateliers artistiques sont censés avoir lieu a retenu l'attention de l'équipe de contrôle. Dans ce bâtiment, certaines pièces ne peuvent être utilisées à des fins de formation en raison de leur délabrement et ne servent dès lors plus qu'à des fins de débarras et de dépôt.

Vu les problèmes infrastructurels sur lesquels la Médiateure entend encore revenir de manière plus détaillée dans la section 3.3., elle recommande de réfléchir à une optimisation de l'utilisation des infrastructures existantes.

(25) L'entretien des chambres des pensionnaires est à charge des jeunes eux-mêmes.

La Médiateure approuve la responsabilisation des jeunes à cet égard, mais suggère de surveiller de manière plus régulière la propreté des chambres. Ceci s'impose notamment à Dreborn où les mineurs sont en raison du manque de chambres obligés de partager une pièce à deux, voire à trois, ce qui nécessite de toute évidence une attention accrue pour les considération d'hygiène.

Il s'ajoute à ceci qu'il n'est pas possible aux mineurs d'ouvrir les fenêtres dans leur chambre, mais que celles-ci peuvent uniquement être ouvertes par les éducateurs, en l'absence des jeunes. L'aération adéquate des chambres, telle qu'elle est prévue par certains textes normatifs internationaux en vigueur ne peut être garantie par le dispositif technique actuellement en place. (*voir à ce sujet notamment la*

recommandation (2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les règles pénitentiaires européennes, règle 18.2 a.¹⁰)

La Médiateure recommande de remédier sans retard à cette situation en faisant procéder aux modifications nécessaires permettant de donner aux mineurs la possibilité d'ouvrir au moins partiellement les fenêtres de leurs chambres, de manière à leur permettre de les aérer eux-mêmes convenablement à tout moment.

(26) Une différence majeure en ce qui concerne le lavage des vêtements des jeunes, existante entre les sites de Dreiborn et de Schrassig a retenu l'attention de la Médiateure.

A Dreiborn, le lavage du linge et des vêtements est pris en charge par la société de nettoyage qui fait fonctionner la buanderie installée sur ce site.

Les garçons peuvent par la suite récupérer leur linge propre à des jours fixes.

A Schrassig, les filles sont chargées de laver elles-mêmes leurs effets personnels.

Les responsables du CSEE ont informé l'équipe de contrôle que cette procédure répondrait à une demande des filles alors qu'elles n'apprécieraient pas qu'une tierce personne manipule leurs vêtements et surtout leurs sous-vêtements personnels.

Cette explication n'a cependant pas pu être confirmée par les filles rencontrées qui se plaignaient unanimement de cette différence de traitement par rapport aux garçons.

Il est à noter en plus que les machines à laver qui sont mises à disposition des jeunes filles ne fonctionnent pas bien et leur nombre, selon les dires aussi bien des pensionnaires que du personnel, serait insuffisant.

La Médiateure est d'avis que la différence de traitement entre les filles et les garçons au sujet de la prise en charge de leur linge ne se justifie pas et recommande de prévoir dès lors les mêmes modalités de lavage pour les deux sites tout en équipant, si nécessaire, le site de Schrassig de machines à laver adaptées.

¹⁰ RPE, règle 18.2. : « Dans tous les bâtiments où des détenus sont appelés à vivre, à travailler ou à se réunir : a. les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que les détenus puissent lire et travailler à la lumière naturelle dans des conditions normales, et pour permettre l'entrée d'air frais, sauf s'il existe un système de climatisation approprié (...) »

La Médiateure considère qu'entretenir sa chambre, disposer de connaissances élémentaires en cuisine, savoir entretenir ses vêtements et veiller à son hygiène personnelle sont des compétences indispensables pour les mineurs des deux sexes qui mériteraient d'être apprises de façon systématique.

(27) La cuisine de Dreiborn correspond aux standards requis sur le plan hygiénique. La propreté de la cuisine et des locaux de stockage sont satisfaisants et n'appellent pas d'observations particulières.

La Médiateure s'étonne néanmoins de l'apparente absence de contrôle régulier du respect des normes sanitaires (HACCP, e.a.) en vigueur par les instances officielles.

(28) Un effort pourrait être fait en ce qui concerne les alentours extérieurs au site de Dreiborn sur lequel se trouvent beaucoup de déchets et surtout des mégots de cigarettes. L'entretien des alentours pourrait constituer un travail de réparation utile.

3.2.2. Alimentation

(29) La cuisine dispose de d'1 ETP de chef-cuisinier CATP, d'un ETP cuisinier CATP et de quatre ETP aide-cuisiniers.

A midi, un repas chaud est servi aux pensionnaires, tandis que le soir, des tartines leur sont servies. Les jeunes qui fréquentent une école à l'extérieur reçoivent le plat chaud le soir.

(30) Les repas, pour l'ensemble des pensionnaires de Dreiborn et de Schrassig, sont préparés à Dreiborn. Les plats destinés aux pensionnaires de Schrassig sont transportés sur le site.

Cette manière de procéder est expliquée par les responsables du CSEE par le fait que les filles qui ne fréquentent pas une école à l'extérieur fréquentent l'école du site de Dreiborn, de manière à ce que, pendant la journée, il n'y ait habituellement pas de jeunes sur le site de Schrassig.

Les filles fréquentant une école externe ont droit au plat du midi quand elles rentrent de l'école. Il a été rapporté à l'équipe de contrôle qu'il arrive fréquemment que les plats chauds destinés à une consommation immédiate à midi, arrivent tièdes ou froids au site de Schrassig, malgré leur transport en box à protection thermique également utilisée en milieu gastronomique.

La Médiateure ne comprend pas pourquoi la cuisine très bien équipée existante sur le site de Schrassig n'est plus utilisée. L'équipement disponible répond à toutes les exigences pour répondre aux besoins du site. Comme une

formation en pâtisserie et garde-manger est offerte au site de Schrassig et ce dans des locaux plutôt improvisés, la Médiateure se pose la question pourquoi la cuisine professionnelle installée sur les lieux ne pourrait pas être employée à cette fin, tout en assurant les repas chauds des pensionnaires. Ceci semble d'autant plus indiqué que cette formation connaît un succès certain auprès des jeunes. Force est également de relever qu'il s'agit en l'occurrence d'une occupation utile pour les pensionnaires qui ne sont plus scolarisés.

(31) Les repas proposés à midi semblent plaire aux jeunes au niveau du goût, mais une très grande majorité des mineurs rencontrés a rapporté à l'équipe de contrôle que les repas seraient très gras, peu équilibrés et peu variés.

L'équipe de contrôle a également été informée que de nombreux jeunes prenaient du poids pendant le séjour à Dreiborn ou à Schrassig.

L'équipe de contrôle a effectivement pu constater que pendant une semaine, les plats proposés à midi étaient toujours consistants et contenaient, à une exception près, toujours des pommes de terre sous une forme ou une autre.

En sachant qu'une alimentation saine et équilibrée est très importante pour les adolescents, et que les pensionnaires n'ont que peu d'activités physiques, la Médiateure recommande de proposer des menus plus équilibrés tenant compte des besoins spécifiques des mineurs placés. A cet effet, la Médiateure recommande de prévoir une collaboration régulière avec un agent externe, spécialisé en diététique, chargé plus particulièrement de l'élaboration d'un plan alimentaire général, en étroite collaboration avec le responsable de la cuisine, et de surveiller la mise en œuvre de celui-ci.

(32) En ce qui concerne les repas du soir, les affirmations reçues par l'équipe de contrôle étaient unanimes. Les repas proposés le soir ne seraient pas assez variés et les quantités seraient nettement insuffisantes.

Lors des visites sur place, l'équipe de contrôle a pu se rendre compte des quantités préparées pour les repas du soir et se doit de remarquer que du point de vue purement quantitatif, le repas du soir se situe à la limite inférieure de l'acceptable. Il en est de même en ce qui concerne la variation dans les mets offerts. Il semble que l'offre réelle n'ait pas correspondue, du moins le jour du contrôle, aux indications figurant sur le programme hebdomadaire de la cantine.

Pour les repas du soir, surtout des tartines sont proposées aux jeunes avec différentes garnitures, la Médiateure est d'avis qu'il n'y aurait pas problème à proposer des quantités légèrement plus importantes, même si tout n'était mangé le soir même. Les garnitures non consommées pourraient en effet être conservées sans aucun problème jusqu'au lendemain. Il serait également

indiqué d'éviter le recours à du pain de mie de longue conservation et d'accompagner les tartines servies le soir soit d'une salade, d'une soupe ou d'un fruit par exemple.

L'équipe de contrôle a également été informée du fait que le pain mis à disposition sur les deux sites serait de qualité médiocre et souvent pas frais. Ce problème concerne plus particulièrement le site de Schrassig et semble dû à un problème d'approvisionnement le matin. Comme le pain est livré sur les deux sites par une boulangerie externe, la Médiateure recommande aux autorités concernées de veiller à ce que la boulangerie avec laquelle un contrat est établi à cet effet soit à même de garantir la livraison journalière de pain frais aux heures du matin également sur le site de Schrassig.

(33) Une considération très importante concerne le budget qui est à disposition de la cuisine.

Selon les informations reçues sur place, le budget journalier par mineur, pour l'ensemble des trois repas journaliers et des collations, est de 6,41 €.

Ce montant est légèrement inférieur à celui réservé aux détenus du CPL qui est, pour les mêmes prestations, de 6,79 €. Au CPG, le budget journalier réservé à cet effet est de 5,69 € (année 2011). L'équipe de contrôle s'est renseignée auprès d'une institution conventionnée comparable qui se voyait allouer au même titre par le Ministère de la Famille un budget de 6,1 € pour l'exercice budgétaire 2011.

Le budget paraît donc, à première vue, suffisant pour proposer des repas équilibrés, variés et suffisants aux pensionnaires. Or, les constats faits sur place indiquent que tel n'est en toute occurrence pas le cas.

Des explications à ce sujet livrées par les responsables du CSEE, l'équipe de contrôle a pu dégager que le montant avancé de 6,41€ par mineur et par jour ne constitue en réalité qu'un indicatif théorique, plutôt destiné à un usage statistique et budgétaire global. De nombreux facteurs font que le montant réservé à titre de frais d'alimentation par mineur et par jour soit très largement en deçà des 6,41€ budgétisés. Ainsi par exemple, un jeune prenant son repas dans la cantine de l'établissement scolaire qu'il fréquente, à un prix d'environ 5€ ne se verrait réserver que 1,41€ pour l'ensemble de son alimentation du matin, du soir et des collations. Or, ces jeunes prennent assez souvent un repas chaud du midi dès leur retour au CSEE.

On doit à cet égard également prendre en considération qu'une partie non négligeable du personnel en service du CSEE prend ses repas du midi également à la cantine, ensemble avec les pensionnaires.

Il semble régner un certain flou en ce qui concerne la prise en charge financière des repas des éducateurs et d'autres membres du personnel.

Les éducateurs de service présents pendant les repas sont obligés à prendre leur repas ensemble avec les pensionnaires, ceci tant à des fins de surveillance qu'à des fins visant à renforcer une certaine relation de confiance, il est dès lors justifiable de considérer les repas comme partie intégrante de leur travail et d'en imputer les frais à l'institution, quoiqu'il serait également concevable de retenir que ces mêmes éducateurs se voient attribuer chaque mois, du fait de leur situation statutaire, une allocation de repas par leur employeur.

En revanche, la gratuité des repas de midi pris par d'autres membres du personnel, n'assumant pas une charge d'encadrement directe à ce moment est peu justifiable.

En tout état de cause, la Médiateure s'interroge, au vu de l'existence de l'allocation de repas, sur la nécessité de faire couvrir les frais d'alimentation du personnel prenant son repas de midi sur place, par le budget public, ceci notamment au vu des quantités assez réduites des repas du soir, se situant, si besoin en était de le répéter, à un seuil minimal acceptable. La même considération vaut en ce qui concerne la variété limitée d'aliments proposés à ce moment.

Il semble être de pratique courante auprès d'autres institutions conventionnées comparables que seul le personnel éducatif encadrant bénéficie de la gratuité des repas et que les autres membres du personnel, non appelés à exercer une tâche éducative et/ou de surveillance pendant les repas soient obligés à payer les repas consommés au prix de revient.

Si le fait que les repas pris par le personnel éducatif, et à plus fort titre les repas pris par d'autres membres du personnel, est gratuit devait avoir une quelconque incidence sur la quantité et la variété d'aliments proposés aux mineurs, la Médiateure recommanderait vivement d'instaurer un système de participation financière par le personnel aux frais d'alimentation. A cet effet, les responsables pourraient s'inspirer du système en vigueur auprès du CPL et du CPG.

Si les repas pris par le personnel de toutes catégories devaient être couverts par un crédit budgétaire spécifique, n'affectant en rien les repas servis aux mineurs, il s'agit d'une décision d'opportunité politique qui échappe aux compétences du contrôle externe des lieux privatifs de liberté.

(34) En tout état de cause, la Médiateure recommande instamment aux autorités de tutelle compétentes, d'accorder au CSEE les moyens budgétaires nécessaires afin de disposer de crédits suffisants permettant d'allouer par jour et par mineur un montant réel d'au moins 6.45 € à titre de frais d'alimentation

purs. Ce montant correspond à la moyenne des montants alloués aux mêmes fins par le CPL et certaines autres institutions conventionnées comparables. Il est à noter que ce montant devrait être réservé à la seule prise en charge des frais d'alimentation générés *in situ*, à l'exclusion de toute contribution à des frais de cantine auprès d'un établissement scolaire ou d'un employeur, voire d'un patron de stage.

3.2.3. Soins médicaux

(35) Les sites de Dreiborn et de Schrassig disposent d'un ETP d'infirmière pour l'ensemble des deux sites.

L'infirmière est responsable de la prise en charge des mineurs en cas d'urgence sur le site ainsi que de l'accompagnement des mineurs à leurs rendez-vous médicaux qui ont lieu à l'extérieur du site. L'infirmière préfère, dans la mesure du possible, assurer cette charge personnellement, afin de garantir au maximum le respect du secret médical en évitant de communiquer des renseignements sur les rendez-vous médicaux ou pathologies à d'autres personnes.

Les consultations en médecine générale sont dans la mesure du possible organisées sur les sites du CSEE. L'infirmière travaille à cet égard en collaboration avec deux médecins-généralistes qui y effectuent les consultations médicales nécessaires. Elle est également chargée de procurer les médicaments prescrits aux mineurs.

Au moment de la rédaction du présent rapport, le site de Schrassig hébergeait 35 mineurs tandis que 47 mineurs séjournait à Dreiborn. L'infirmière était donc à ce moment précis responsable de la prise en charge de 82 mineurs, pour l'organisation de leurs rendez-vous médicaux et pour leur accompagnement à ces rendez-vous, ce qui constitue une charge de travail considérable.

Le poste d'un ETP, soit de 40 heures de travail par semaine est loin d'une situation optimale consistant en une présence paramédicale permanente sur les deux sites. A ceci s'ajoutent bien évidemment les jours de congés dont bénéficie l'infirmière et pendant lesquels il n'y a aucune présence paramédicale pour les deux sites.

Comme une présence journalière d'une infirmière sur les deux sites, ne fut-ce que à temps partiel est indispensable, la Médiateure estime qu'il est absolument indiqué de prévoir au moins la création d'un deuxième poste d'infirmier à temps plein, destiné à l'encadrement des deux sites. Elle recommande aux autorités compétentes de débloquer les ressources budgétaires nécessaires à cet effet.

(36) Si l'infirmière est en charge de la préparation des médicaments prescrits par les médecins, ce sont les éducateurs qui les leur distribuent.

La distribution des médicaments est effectuée par les éducateurs.

(37) La Médiateure est d'avis que cette manière de procéder est insatisfaisante, alors qu'elle ne permet notamment pas de respecter le secret médical. Elle peut néanmoins comprendre que la situation actuelle au niveau des ressources humaines ne permet pas de procéder autrement.

(38) Il a également été rapporté à l'équipe de contrôle que les éducateurs ne contrôlaient pas la prise effective des médicaments ce qui peut avoir des retombées évidentes sur l'évolution d'une pathologie. Il est en outre à noter que certains médicaments distribués tombent sous les dispositions de la législation sur les stupéfiants, de manière à ce qu'il soit d'autant plus important d'en surveiller la prise effective afin de prévenir tout risque d'abus.

La Médiateure recommande de sensibiliser les éducateurs davantage à l'importance qui doit être accordée à la distribution et à la prise effective des médicaments et au respect du secret professionnel et médical, aussi longtemps que cette charge leur est attribuée.

(39) La mise à disposition de médicaments est aussi problématique dû au fait qu'il n'y a qu'un seul ETP d'infirmière disponible.

Si l'infirmière n'est pas sur le site, le personnel éducatif n'a, du moins légalement, aucune possibilité de remédier aux petits maux qui peuvent se présenter. L'infirmière est en cas d'absence et dans la mesure du possible, contactée, mais les mineurs sont alors souvent contraints d'attendre le lendemain afin que l'infirmière examine la situation et décide de l'éventuelle nécessité d'une visite médicale. Si les problèmes sont plus graves, le personnel fait appel aux médecins-généralistes qui collaborent avec le CSEE, ou, selon l'heure et le jour, à un autre médecin. Le transport du mineur auprès de ce médecin en vue d'une consultation pose alors des problèmes en raison du manque de personnel disponible sur les sites.

(40) Dans le même ordre d'idées, l'équipe de contrôle a été informée que l'équipement d'urgence n'était pas tenu à jour et que partant, le personnel ne disposerait même pas de matériel de premiers secours adapté et en état de validité.

La Médiateure recommande de remédier dans les tout meilleurs délais à ce dysfonctionnement et de veiller à ce que cet équipement soit toujours accessible, fonctionnel et à jour.

(41) Certains problèmes concernant la mise à disposition des médicaments ont été rapportés à l'équipe de contrôle. Ainsi, différents mineurs ont expliqué qu'ils avaient besoin d'un inhalateur pour patients asthmatiques, mais qu'il leur serait interdit de porter cet inhalateur sur eux lors de la fréquentation d'une école à l'extérieur.

Il est à noter qu'une crise asthmatique peut se déclencher à tout moment et qu'en pareil cas, le mineur a un besoin urgent de cet inhalateur, indépendamment de l'endroit où il se trouve. Vu que les jeunes fréquentent dans toute la mesure du possible, leur école d'origine, cette manière de procéder semble inacceptable à la Médiateure.

Cette situation semble d'autant plus incompréhensible alors qu'il a été rapporté à l'équipe de contrôle que pendant un séjour en section fermée, les mineurs pourraient garder cet inhalateur sur eux.

La Médiateure recommande d'établir des critères précis permettant aux mineurs de disposer personnellement des médicaments prescrits par un médecin. Il faut pouvoir garantir à tout moment l'accès aux médicaments prescrits par les médecins dont un usage spontané peut devenir nécessaire, comme c'est notamment le cas pour les inhalateurs destinés aux personnes asthmatiques.

(42) Les dossiers médicaux sont gardés à l'infirmérie. La direction du CSEE dispose d'une clé donnant accès à l'ensemble des installations du site, dont l'infirmérie, mais il n'a pas pu être clarifié si cette clé peut également servir à ouvrir l'armoire dans laquelle les dossiers médicaux sont déposés.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements à ce sujet et tient à souligner que l'accès aux dossiers médicaux doit être strictement réservé au personnel médical et paramédical, à savoir dans le cas d'espèce, à l'infirmière et aux médecins consultants sur le site.

(43) L'équipe de contrôle a également eu connaissance du fait que le Directeur du CSEE était informé de tous les problèmes médicaux des mineurs.

La Médiateure n'ignore pas que le Directeur du CSEE, en tant que dépositaire de l'autorité parentale, est en droit d'obtenir ces informations, mais elle renvoie à cet égard à ses observations formulées à la section 2.1. qui plaignent en faveur de la nomination d'un administrateur ad hoc, indépendant de l'institution.

3.2.4. Prévention et contraception

(44) La prévention des maladies transmissibles ainsi que la contraception constituent des questions importantes au CSEE.

Il est un fait que de nombreux mineurs consomment ou ont consommé des drogues. Si usuellement, cette consommation se limite à la consommation de cannabis qui est sans incidence sur les maladies transmissibles, il est à noter que certains mineurs ont également consommé des drogues dites dures, en partie administrées par voie intraveineuse. L'équipe de contrôle a eu des informations qui permettent de craindre que certains mineurs ont continué, voir même continuent la consommation de telles substances au sein du CSEE.

La Médiateure compte revenir ultérieurement au problème lié aux drogues qui existe sur les deux sites et sur les moyens auxquels les responsables du CSEE pourraient recourir afin de limiter au maximum leur consommation.

(45) L'infirmière a, pendant un certain temps, proposé des cours d'éducation à la santé qui ont dû être arrêtés à cause de sa surcharge de travail. Ceci est très regrettable alors qu'il est important de sensibiliser les mineurs aux risques de santé et plus particulièrement à ceux engendrés par la consommation de stupéfiants.

Egalement une sensibilisation aux maladies sexuellement transmissibles et à la contraception devrait être proposée aux mineurs. Les garçons et les filles placés au CSEE ne se côtoient pas toute la journée et sont surtout séparés pendant la nuit, ce qui diminue la probabilité de relations intimes entre les pensionnaires. Il est cependant à souligner que la majorité des jeunes bénéficie de congés lors des fins de semaine pendant lesquels la surveillance risque souvent d'être beaucoup moins importante qu'elle ne l'est au CSEE. Il faut en plus être conscient que les adolescents placés au CSEE se trouvent dans une période de leur vie où la découverte de leur vie intime occupe une place importante. Il faudra partant tout mettre en œuvre pour prévenir toute grossesse involontaire et préserver la santé des adolescents.

(46) L'équipe de contrôle a été informée que la contraception posait souvent des problèmes aux filles. Ainsi notamment l'efficacité de l'administration de la pilule contraceptive ne serait pas garantie, faute par les mineures d'en observer la prise régulière. D'autres possibilités de contraception devraient partant être envisagées en accord avec les mineures.

Certaines mineures auraient même volontairement provoqué une grossesse afin de faire transférer leur placement vers une autre institution.

Ce constat prouve que les jeunes ne sont pas vraiment conscients des conséquences et de la portée de leurs actes. Ceci souligne encore la nécessité de

les responsabiliser davantage en ce qui concerne les relations intimes, la contraception et la prévention des maladies.

La Médiateure regrette que les responsables du CSEE n'aient pas mis en place une politique d'information sur la transmission des maladies sexuellement transmissibles, voire un programme de sensibilisation à la sexualité et à la contraception et recommande de prévoir une éducation sexuelle et affective dans le programme scolaire. Elle tient à ce sujet à souligner qu'il est important de ne pas tabouiser le sujet, mais au contraire de porter la plus grande attention aux préoccupations et aux problèmes des jeunes en ce domaine.¹¹ Il est dans l'intérêt bien compris tant des jeunes que du personnel qui les encadre que ces formations soient dispensées par des intervenants externes du Planning familial par exemple.

3.2.5. Soins psychologiques

(47) Le service psycho-social du CSEE (SPS), en charge des deux sites, compte 3,5 ETP de psychologues et 1,5 ETP d'assistant-social, dont 0,5 ETP n'est pas occupé.

La mission principale du service est d'établir, avec les jeunes, un projet individuel. La Médiateure souligne l'importance de l'élaboration d'un projet individuel, devant aider le jeune à trouver son chemin et à construire son parcours tant à l'intérieur du CSEE qu'après la sortie. Ce projet individuel constitue en effet un des éléments-clés principaux d'une ré intégration réussie.

Dans ce contexte, elle incite les responsables du CSEE et les membres du service psycho-social à formaliser de tels projets personnels sous forme de « contrat » dont les termes devraient formulés ensemble, par le SPS et le mineur. Ce contrat devrait énoncer clairement les devoirs et droits réciproques, fixer des objectifs réalistes à atteindre à court, moyen et long terme et décrire les moyens à mettre en œuvre en vue de la réalisation des objectifs posés. Un tel contrat, à reformuler suivant l'évolution du mineur, devrait être signé par les jeunes et par les responsables du CSEE, afin de responsabiliser davantage les mineurs et de les inciter à prendre ce projet plus au sérieux.

(48) L'équipe de contrôle a été informé que les psychologues et l'assistant social affectés au SPS effectuent du moins partiellement les mêmes tâches.

¹¹ Le Planning familial par exemple dispose d'experts formés qui peuvent dispenser de telles formations, adaptées à l'âge des jeunes.

La Médiateure se doit d'exprimer son étonnement et son objection quant à la confusion de ces deux responsabilités qui demandent des formations spécifiques et dont les fins sont différentes.

La fonction d'assistant social et celle de psychologue sont essentielles au CSEE et les deux fonctions devraient être assumées en respectant les domaines de compétences respectifs. Ainsi, la Médiateure est d'avis que les psychologues devraient s'occuper de l'élaboration des projets psychosociaux et de l'encadrement psychologique proprement dit des mineurs tandis que l'assistant social devrait répondre aux questions administratives ainsi qu'aux questions d'ordre plus pratique qui peuvent se poser lors du séjour du mineur au CSEE ou lors de la préparation de sa sortie.

(49) Les psychologues du service psycho-social sont aussi en charge de la rédaction de rapports adressés au tribunal.

La Médiateure approuve que le contenu de ces rapports soit expliqué aux mineurs, de manière à établir et à favoriser une relation de confiance mais s'étonne que les psychologues ayant rédigé les rapports ne soient jamais appelés à accompagner le Directeur, investi de l'autorité parentale, au tribunal afin d'exposer les rapports et de répondre, le cas échéant, aux questions qui pourraient surgir à l'audience.

La Médiateure recommande que le psychologue ayant rédigé un rapport à l'attention du tribunal accompagne systématiquement le Directeur ou son représentant aux audiences auxquelles ce rapport sera discuté.

(50) Les psychologues ne participent pas à l'attribution des points dans le cadre du système à points régissant le régime des congés.

Cette approche semble justifiée par les confidences qui pourraient être faites lors d'un entretien psychologique et qui ne devraient pas influencer l'octroi de congé ou non.

Comme les psychologues, par les entretiens menés avec les mineurs, ont généralement une bonne connaissance du contexte de vie des mineurs et de leur environnement familial.

La Médiateure regrette pour cette raison que l'avis des psychologues ne soit pas sollicité pour déterminer les modalités concrètes du congé et recommande partant aux responsables du CSEE de prévoir un entretien régulier avec les membres du service psycho-social en vue d'une meilleure détermination des modalités du congé accordé en application du système à points.

(51) La Médiateure est de manière générale d'avis que l'encadrement psychologique des mineurs représente une tâche essentielle au CSEE. Force est de constater que les problèmes psychologiques sont de plus en plus fréquents chez les mineurs comme tel est aussi le cas en ce qui concerne les pathologies psychiatriques.

En effet, les recherches en matière de pathologies psychiatriques semblent relever que le développement de ce type de maladies est aussi en augmentation constante chez les mineurs. Selon les mêmes études, la consommation régulière de stupéfiants par les mineurs constituerait un facteur déclenchant important. Les pathologies psychiatriques demandent une prise en charge différente et plus intensive ainsi qu'un travail plus important en matière de diagnostic médical que ceux qui peuvent actuellement être assurés par le service psycho-social.

La Médiateure recommande partant aux autorités compétentes de libérer les ressources budgétaires nécessaires en vue de procéder au recrutement d'un pédopsychiatre responsable du diagnostic et du suivi, sur les deux sites du CSEE, des mineurs souffrant d'une pathologie psychiatrique. A défaut, la mise en place d'une convention avec un pédopsychiatre en vue d'assurer une présence régulière sur les deux sites doit être envisagée à court terme.

(52) L'équipe de contrôle a constaté que l'horaire de travail ordinaire des membres du service psycho-social se situe pour de très larges plages en dehors du temps de présence des mineurs, ou du moins de la grande majorité d'entre eux, sur les deux sites.

La Médiateure est consciente du fait qu'une partie du travail de ce service ne nécessite pas la présence des mineurs, mais elle s'interroge sur l'accessibilité de ce service aux mineurs. Ce constat fut d'ailleurs corroboré par de nombreux mineurs au cours des entretiens que l'équipe de contrôle a menés.

La Médiateure recommande d'analyser ce problème en profondeur et d'introduire des changements dans les heures de présence *in situ* des membres de ce service en les alignant, pour la majeure partie du temps de travail, au temps de présence des mineurs.

(53) Par ailleurs, il a été rapporté à l'équipe de contrôle que, suite au déménagement du service psycho-social, il ne serait plus possible à tous les mineurs de faire appel à ce service d'une manière spontanée. Ceci est notamment le cas pour les mineurs du groupe A, qui, au vu des infrastructures, n'ont plus la possibilité de s'y rendre sans être accompagnés par un membre du personnel éducatif.

Ces mineurs sont donc obligés de solliciter auprès du personnel éducatif un rendez-vous au service psycho-social, ce qui est délicat en ce qui concerne le secret professionnel qui doit être garanti aux mineurs à cet égard.

La Médiateure recommande aux responsables de permettre aux mineurs de se rendre en cas de besoin d'une manière spontanée au service psycho-social ou d'instaurer une autre possibilité de prendre discrètement un rendez-vous chez un psychologue.

3.3. Infrastructures et personnel

3.3.1. Infrastructures

(54) Il y a lieu de noter d'emblée que les différences entre les deux établissements de Schrassig et de Dreiborn sont en certains points majeures.

Le CSEE de Schrassig a une capacité d'accueil maximale de 35 mineurs et dispose en outre de 6 cellules à la section fermée.

Le 23 avril 2012, le centre accueillait 34 filles mineures, 15 filles étaient en fugue et une autre fille y était placée en fin de journée.

Le CSEE de Dreiborn a une capacité d'accueil maximale de 47 garçons mineurs et dispose également de 6 cellules en section fermée. Il est à noter que seulement 5 cellules sont en usage normal, la sixième, ne disposant pas d'équipement sanitaire n'est utilisée qu'en cas d'absolue nécessité.

Le 23 avril 2012, le centre accueillait 47 mineurs, 11 garçons étaient en fugue et un mineur y était placé en fin de journée.

Ces chiffres démontrent clairement que les deux centres travaillent en pratique à la limite supérieure de leurs capacités d'accueil respectives.

Il est accablant de relever que seules les fugues des mineurs permettent encore à ces établissements de suffire à leur mission. En cas de retour d'une partie des mineurs en fugue, les deux centres seraient dans l'impossibilité matérielle de répondre à la demande.

(55) A ce constat préoccupant s'ajoute celui du manque chronique de personnel éducatif auquel la Médiateure reviendra ultérieurement dans ce rapport.

(56) Au site de Dreiborn, toutes les cellules de la section fermée, hormis une seule qui n'est qu'utilisée en cas d'absolue nécessité, sont équipées d'un lavabo et d'une toilette.

Ce constat semble anodin, mais il prend toute son importance si l'on doit constater que tel n'est pas le cas au site de Schrassig où ces cellules sont dépourvues de toilettes.

En effet, l'équipe de contrôle a dû constater que ces cellules étaient encore équipées d'un pot de chambre ce qui n'est pas sans rappeler certaines sections de l'ancienne prison du Grund à Luxembourg-Ville, fermée en 1984.

La Médiateure tient à citer l'ancien Ministre de la Justice, feu M. Robert KRIEPS qui disait à ce sujet :

« Lorsque sera mise en service la prison de Schrassig, une page aura été tournée définitivement. Nous aurons secoué les derniers vestiges du moyen-âge. » (dans un article paru dans l'édition du quotidien TAGEBLATT du 28.8.1982).

Il est navrant de devoir constater 30 ans plus tard que des vestiges du Moyen-Âge semblent avoir survécu et ce, dans des établissements destinés à accueillir des mineurs placés en application de la législation sur la protection de la jeunesse.

(57) Un constat similaire doit être fait en ce qui concerne les chambres dans lesquelles les mineurs des deux sites dorment la nuit.

La Médiateure se félicite que le site de Schrassig ne comprend, à une exception près, que des chambres individuelles, non fermées pendant la nuit.

(58) Au site de Dreiborn, il existe des chambres individuelles, des chambres doubles et même des chambres triples.

Contrairement au site de Schrassig, tous les mineurs du site de Dreiborn sont enfermés dans des chambres sans toilettes pendant la nuit.

Si les filles peuvent circuler librement pendant la nuit pour avoir ainsi accès aux installations sanitaires, il en est autrement pour les garçons du site de Dreiborn qui doivent en pareil cas contacter un éducateur de garde par interphone afin que celui-ci leur ouvre électroniquement la porte de leur chambre.

On imagine le problème du personnel éducatif pendant la nuit qui, au vu du manque flagrant en personnel, aurait certainement des tâches plus opportunes et plus utiles à accomplir. Force est de remarquer que le nombre de personnel éducatif sur place

pendant la nuit est assez réduit et qu'il est indiqué de ne pas procéder à l'ouverture simultanée d'un trop grand nombre de chambres pour des raisons de sécurité. Il est donc aisément de conclure que l'absence de toilettes dans les chambres est d'autant plus inadaptée que les pensionnaires sont enfermés.

(59) Par ailleurs les chambres sont en général trop petites, ce qui est d'autant plus vrai pour les chambres équipées de trois lits dont la surface au sol est de 18 m² environ.

A cet égard, la Médiateure tient à rappeler que l'article 24 du règlement grand-ducal du 17 août 2011 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires d'activités pour enfants, jeunes adultes et familles en détresse dispose comme suit:

«Dans les structures pour un accueil de jour et de nuit réaménagées ou créées après l'entrée en vigueur du présent règlement grand-ducal et à l'exception des enfants âgés de moins de 4 ans non scolarisés, l'usager doit soit disposer d'une chambre individuelle d'au moins 12 m², soit bénéficier d'un aménagement de la chambre à coucher collective qui lui assure une ambiance d'intimité personnelle. La surface de la chambre collective, qui est destinée à l'accueil de plusieurs usagers, est d'au moins 18 m² et équipée de 2 lits au maximum. »

S'il est évident que les aménagements du CSEE, et en ce qui concerne les chambres triples, plus particulièrement ceux du site de Dreiborn sont bien antérieurs au règlement grand-ducal précité, il n'en reste pas moins que ce texte fixe des critères généraux minima qui devraient être d'application dans toute institution afin de correspondre aux normes actuellement en vigueur. La seule date de construction des lieux ne saurait suffire pour maintenir un état qui en dernière analyse doit être qualifié d'inacceptable.

Il existe trop peu de chambres individuelles au site de Dreiborn, le maximum prévu de deux lits par chambre est dépassé dans de nombreux cas. En ce qui concerne les chambres triples (pour lesquels un agrément n'est par ailleurs pas envisageable en cas de construction nouvelle), la surface minimale n'est pas respectée mais correspond au minimum requis pour deux occupants.

Un élément important à dégager du prédict règlement est le critère de l'intimité personnelle qui doit être respecté. Il est superfétatoire de constater que le respect d'une quelconque intimité est illusoire dans une chambre triple de 18 m² occupée par trois mineurs.

(60) La mauvaise aération dont il a déjà été fait état plus haut, le manque de surface des chambres, surtout des chambres triples, et l'absence de toilettes, il est évident que ces problèmes, purement infrastructurels suffisent déjà amplement pour

conduire à une certaine détérioration, sinon à une détérioration certaine du climat de sérénité requis dans un tel centre pour pouvoir mener à bien sa mission tant délicate que difficile.

La Médiateure est consciente du fait qu'il s'agit de problèmes indissociables des infrastructures existantes et qui ne peuvent être résolus dans l'immédiat, elle estime cependant qu'il est nécessaire de les mettre en exergue afin de sensibiliser les responsables politiques de tout mettre en œuvre afin de garantir les meilleures conditions possibles aux mineurs lors de tout agrandissement ou de toute rénovation de l'ensemble ou d'une partie des infrastructures existantes.

La Médiateure entend par ailleurs suggérer une solution plus globale dans ce rapport (*sub vo. UNISEC et au chapitre des constats généraux*) qui aura des incidences sur l'ensemble de la situation actuelle.

(61) La Médiateure constate que le site de Schrassig ne dispose pas de salle de sports proprement dite et que celle en place au site de Dreborn ne correspond plus aux standards actuels.

(62) La Médiateure n'a pas d'observation particulière à faire en ce qui concerne les salles de classe en général, les ateliers à Schrassig et ceux installés dans le nouveau bâtiment à Dreborn.

(63) Les ateliers se trouvant au premier étage du bâtiment non rénové à Dreborn dans lequel se trouve également la salle de sports ne répondent cependant plus à aucune norme. Ils sont trop exigus, mal, voire pas du tout isolés, ils ne disposent pas du minimum d'espace de stockage requis et de surcroît ils sont, outre les outils et le matériel purement technique, mal équipés. La Médiateure recommande, tant dans l'intérêt des mineurs que de celui du personnel éducatif qui y travaille, de procéder à très courte échéance aux investissements et aux travaux de rénovation de ces locaux nécessaires afin de créer au moins un environnement et des conditions minima indispensables à tout travail pédagogique.

(64) L'équipe de contrôle a constaté que le site de Schrassig n'est pas accessible aux personnes en fauteuil roulant. D'après les informations recueillies sur place, ceci a déjà engendré des problèmes au niveau des visites qui se font généralement dans le parloir situé au niveau de l'entrée de l'immeuble.

La Médiateure est d'avis qu'il faut remédier à terme à cette situation en prévoyant la mise en place d'un dispositif technique garantissant l'accès, du moins au 1^{er} étage aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant.

(65) L'équipe de contrôle a en outre constaté qu'il n'existe sur les deux sites aucun endroit spécialement sécurisé dans lequel les effets personnels des mineurs peuvent être stockés.

S'il existe bien des endroits physiques de stockage utilisés à cette fin tant à Dreborn qu'à Schrassig, aucun d'eux n'est doté d'un dispositif sécuritaire particulier et l'accès du personnel à ces pièces n'est pas limitativement réglementé. Des disparitions d'effets personnels de ces pièces ont été signalées à plusieurs reprises à l'équipe de contrôle.

La Médiateure recommande la mise en place d'une pièce sécurisée, dont l'accès serait réservé à un nombre très restreint de personnes.

3.3.2. Personnel

(66) Les deux sites du CSEE souffrent d'un manque très important en éducateurs. Si la dotation théorique en postes d'éducateurs se situe encore dans les limites inférieures de l'acceptable, la réalité est toute différente.

En effet, il y a de nombreux postes qui ne sont pas occupés ou pour lesquels il ne peut être procédé au remplacement temporaire du titulaire, absent pour une durée prolongée, qu'après un délai excessivement long et par la mise en œuvre de procédures trop complexes empêchant toute flexibilité et partant toute réponse efficiente à une situation de fait.

Avec effet au 2 mars 2012, l'internat de Dreborn présentait un effectif théorique cumulé de 25.75 ETP en éducateurs-gradués, éducateurs et éducateurs-instructeurs.

Or, deux éducateurs à degré d'occupation de 100% se trouvent en absence prolongée pour des raisons diverses et deux postes à 100% sont occupés par des salariés sous contrat à durée déterminée. Si l'on prend en considération un taux d'absence pour congé de maladie non négligeable ainsi que les congés légaux et que l'on considère que le service doit être assuré 24 heures sur 24 et ceci pendant toute l'année, on constate qu'il n'y a plus guère de réserves.

La situation est autrement plus grave en ce qui concerne l'internat de Schrassig qui dispose d'un effectif théorique cumulé de 20.25 ETP en éducateurs-gradués, éducateurs et éducateurs-instructeurs.

De ces 20.25 ETP, il faut retrancher 3 postes à 100% non pourvus, un poste à 50 % en maladie prolongée et un poste à 100% pourvu par un salarié sous contrat à durée déterminée.

(67) La raison principale du manque effectif en personnel semble être attribuable à la procédure de recrutement en vigueur.

Normalement les éducateurs sont recrutés par le biais du concours général de la fonction publique organisé une fois par année pour ces carrières. Il s'en suit déjà, qu'en cas de libération d'un poste imprévue, le CSEE doit attendre dans la pire des hypothèses, une année avant de pouvoir procéder à un nouvel engagement.

(68) Un autre problème est que le recrutement doit se faire normalement par le biais d'un concours général ouvert aux éducateurs, respectivement aux éducateurs gradués désireux de briguer un emploi public. Il est de notoriété que le travail éducatif au sein d'une institution comme le CSEE est complexe et délicat, qu'il s'accomplit dans un environnement fermé et parmi une population à besoins particuliers.

Les besoins du service exigent également une disposition de travailler sur trois tours et pendant les fins de semaine. L'ensemble de ces considérations fait que peu de candidats potentiels sont enclins à briguer un poste dans cette institution, ce qui peut avoir pour conséquence qu'un poste ouvert ne peut pas être pourvu, faute de candidat ou qu'il doit être pourvu par un candidat peu motivé par ce travail très spécifique mais dont le classement au concours l'empêche de poser sa candidature à un autre emploi. Dans ce cas, il est évident que cette personne cherchera à trouver un autre emploi dans le secteur public dès que l'occasion se présente.

La Médiateure connaît les procédures régissant l'accès à la fonction publique mais recommande aux autorités concernées de procéder à au moins deux examens-concours par année et d'autoriser le CSEE, dans toutes les limites du possible à avoir recours à la possibilité de pourvoir à des vacances de poste imprévues par l'emploi d'agents sous le statut d'employé.

(69) La Médiateure est également préoccupée par la situation de certains éducateurs-instructeurs affectés souvent depuis longtemps au CSEE. Il semble que les absences pour raisons de maladie soient significativement plus nombreuses parmi cette catégorie de personnel.

La Médiateure recommande de prêter une attention toute particulière à ces personnes en veillant à la mise en place de formations adéquates, leur permettant de mieux faire face aux nombreux défis inhérents à leur travail. Dans ce sens la mise en place d'une supervision renforcée, régulière et suivie mérirerait également réflexion.

3.4. Activités récréatives et loisirs

(70) Différentes activités sont proposées aux jeunes pendant la journée, en dehors des heures scolaires.

Le CSEE offre des activités sur les sites de Dreiborn et de Schrassig, mais organise également des activités extérieures.

A Dreiborn, les mineurs des différents groupes ont une salle de loisirs à leur disposition, où différentes offres leur sont proposées, comme notamment le billard ou le kicker. L'accès à ces salles de loisirs est libre pendant certaines plages horaires.

A Schrassig, les mineurs bénéficient d'une salle de loisirs avec le même équipement que celui de Dreiborn. Cette salle est en plus équipée de larges miroirs et d'un jukebox, permettant ainsi la répétition de chorégraphies.

Sous réserve des bibliothèques mises à disposition des mineurs en section fermée, la Médiateure est d'avis que ces salles de loisirs sont majoritairement dans un bon état et que l'offre de loisirs disponible sur les sites est satisfaisante.

(71) La Médiateure tient néanmoins à souligner l'importance des activités qui sont proposées en dehors du site des internats.

Différentes activités extérieures sont en effet proposées aux jeunes, aussi bien en semaine, que pendant les weekends.

L'offre comprend par exemple des sorties au cinéma, à la piscine ou au bowling. Si ces activités sont généralement appréciées par les jeunes, différents constats s'imposent néanmoins à cet égard.

Les activités sont proposées par groupe. Pour chaque groupe, cinq mineurs peuvent participer à l'activité proposée par l'éducateur.

Les mineurs ont rapporté à l'équipe de contrôle que ce seraient souvent les mêmes mineurs qui auraient le droit de participer à ces activités. Parfois le choix des mineurs autorisés à participer serait effectué sur base des points obtenus par le mineur dans le système d'évaluation interne, d'autres fois, la décision serait prise par tirage au sort.

Les mineurs ont affirmé qu'ils pouvaient comprendre la nécessité d'une procédure de sélection, mais ils ont également fait valoir que le choix ne serait pas toujours effectué sur base des critères objectifs déjà mentionnés. Les jeunes ont en effet l'impression que la relation qu'ils entretiennent avec l'éducateur responsable de l'activité influencerait largement une décision de sélection aux activités. La seule

existence de cette présomption, qu'elle soit fondée ou non, ce que l'équipe de contrôle ne peut ni infirmer, ni confirmer, est évidemment nuisible à la sérénité de la vie en commun. La plus grande transparence dans la sélection des mineurs en vue d'une participation aux activités s'impose en tout cas.

(72) A côté du sentiment d'injustice qui peut s'installer chez les mineurs, l'importance « thérapeutique » potentielle de ces activités doit également être soulignée. Les activités à l'extérieur constituent pour certains mineurs la seule possibilité de quitter le site de l'internat. Les mineurs qui ne fréquentent pas d'école à l'extérieur, ce qui est le cas pour environ la moitié d'eux, et ceux qui ne peuvent pas profiter de congé à la fin de semaine, se trouvent, en cas d'impossibilité de participer à des activités externes, toujours confinés à l'intérieur du CSEE.

Les activités organisées à l'extérieur du site ne présentent pas seulement une occasion unique pour se changer les idées, mais également pour dépenser de l'énergie. Il est évident que ces deux facteurs peuvent contribuer à une meilleure paix sociale à l'intérieur de l'internat et également à une meilleure cohésion entre les mineurs.

(73) Les mineurs ont également fait état des différences qui semblent exister entre le traitement des différents groupes de mineurs. Ils ont l'impression que les mineurs plus âgés et fréquentant une école à l'extérieur du site de l'internat sont plus appréciés par les éducateurs et qu'ils bénéficient dès lors d'une plus grande offre d'activités.

L'équipe de contrôle n'a pas pu vérifier la pertinence de ces informations, mais le sentiment ressenti par les mineurs devrait être pris au sérieux et les responsables du CSEE devraient chercher une meilleure communication avec les mineurs afin de clarifier la situation.

La Médiateure demande aux responsables du CSEE de développer un plan de roulement qui devrait permettre à chaque mineur de participer au moins une fois par semaine à une activité. Si cela n'était pas possible à cause du manque d'éducateurs, ce plan devrait au moins garantir dans tous les cas que tous les mineurs participent avec la même fréquence aux différentes activités organisées.

(74) La Médiateure est consciente que l'offre qui peut être proposée par les éducateurs aux jeunes et le nombre de jeunes qui peuvent participer à ces activités sont tributaires de plusieurs facteurs indépendants de la volonté des éducateurs et des responsables du CSEE.

La Médiateure n'ignore pas la question des ressources humaines qui est liée à l'offre des activités et au nombre de jeunes qui peuvent y participer pour des raisons de responsabilité.

A côté du nombre trop limité d'éducateurs, l'organisation d'activités à l'extérieur pose également des problèmes à un niveau budgétaire. Les visites au cinéma, les séances de bowling, etc. demandent évidemment des moyens budgétaires plus importants que les activités qui peuvent être organisées sur le site-même.

La Médiateure souligne qu'également à cet égard, le CSEE ne dispose pas du nombre nécessaire d'éducateurs permettant d'agencer différemment l'offre des activités. La Médiateure fait partant appel aux autorités compétentes afin d'augmenter le nombre d'éducateurs engagés au CSEE et de revoir les moyens budgétaires octroyés au CSEE à des fins d'activités.

La Médiateure renvoie également à ses observations faites à la section 3.3.2. au sujet des vacances de postes qui devraient être pourvues dans les meilleurs délais.

3.5. Ecole et formation professionnelle

(75) Les mineurs ont la possibilité de fréquenter l'école à l'extérieur du site de l'internat ou au site de Dreiborn.

Dans la mesure du possible, il est essayé de donner la possibilité aux jeunes de fréquenter leur école d'origine afin de préserver, s'il est indiqué, au maximum le lien avec le milieu social du mineur.

Les cours sont dispensés en petits groupes et sont développés sur base des programmes scolaires officiels. A côté des cours scolaires proprement dits, les mineurs peuvent choisir des cours à option et participer à différents ateliers.

La Médiateure souhaite tout particulièrement relever le travail qui est effectué à l'atelier d'art et félicite les jeunes pour leurs créations très réussies.

(76) Pour les mineurs qui n'ont plus d'obligation scolaire, il existe la possibilité de faire des stages ou de poursuivre une formation professionnelle à l'extérieur du site.

(77) Les cours scolaires, ainsi que les ateliers, qui sont également proposés par le personnel éducatif, semblent bien fonctionner et n'appellent pas d'observations particulières.

3.6. Système disciplinaire

3.6.1. Considérations générales

(78) Les investigations menées auprès des mineurs placés sur les deux sites du CSEE ont permis de dégager que les mineurs sont parfaitement au courant des interdits imposés par le règlement interne ainsi que des suites disciplinaires qu'une transgression éventuelle risque de comporter.

Néanmoins, la Médiateure recommande, dans l'intérêt d'une plus grande transparence, mais également en vue d'assurer une plus grande sécurité juridique, de mettre en place un catalogue des infractions courantes ainsi que des peines disciplinaires applicables. Ce catalogue devrait être porté à la connaissance de tout mineur dès le moment de son placement au CSEE.

(79) La Médiateure n'ignore pas que les responsables du CSEE sont peu favorables à la rédaction d'un tel catalogue alors qu'ils craignent une certaine mécanisation du système disciplinaire, supprimant toute faculté de procéder à des agencements de la peine disciplinaire en vue de l'adapter au mieux au profil du mineur concerné.

La Médiateure peut partager cette préoccupation et elle est parfaitement consciente de la nécessaire flexibilité du régime disciplinaire, notamment aussi au vu de l'hétérogénéité de la population du CSEE.

A cet égard, la Médiateure recommande de s'inspirer du droit pénal qui ne prévoit pas de sanction fixe par infraction, mais qui met à disposition du juge une fourchette à l'intérieur de laquelle il lui appartient de fixer la sanction juste en tenant dûment compte d'éventuelles circonstances atténuantes ou aggravantes et même de causes de justification. Dans le contexte particulier du CSEE, il conviendrait d'ajouter à ces facteurs modulateurs la maturité du mineur et son contexte socio-psychologique individuel.

(80) L'équipe de contrôle a également été informée par les mineurs placés qu'il existerait des différences au niveau de l'application du régime de discipline entre les deux sites. D'après les avis recueillis, le régime disciplinaire en application à Schrassig serait moins sévère que celui mis en œuvre à Dreiborn. Les mineurs ont également avancé que la sévérité de la sanction serait souvent *intuitu personae*.

Pareilles affirmations sont à considérer avec toute la circonspection requise alors qu'il s'agit exclusivement de déclarations faites par des mineurs et qui n'ont pas pu être vérifiées par l'équipe de contrôle.

La Médiateure n'a pu recueillir aucun élément objectif qui plaiderait en faveur d'une application arbitraire ou partisane des sanctions disciplinaires.

Elle prend néanmoins au sérieux le sentiment subjectif des mineurs selon lequel ils seraient exposés à un traitement inique en matière disciplinaire.

Ce sentiment, donnant lieu à des frustrations importantes, est probablement dû à un manque de communication et à une dynamique de groupe tendant constamment vers une certaine victimisation.

La Médiateure a des raisons pour supposer que les jeunes, bien que connaissant parfaitement les sanctions disciplinaires prévues pour des transgressions spécifiques, ignorent dans une large mesure la notion et la nécessité d'agencement d'une sanction en vue de l'adapter au mieux au contexte individuel du mineur concerné.

Si la Médiateure ne dispose d'aucun élément probant plaident contre une application correcte du régime disciplinaire, elle recommande néanmoins aux autorités du CSEE de tout mettre en œuvre afin que cette procédure devienne plus transparente en fonction de la personne à laquelle on l'applique.

Une vulgarisation du régime d'application des sanctions disciplinaires auprès des mineurs notamment au niveau de la nécessité de l'agencement des sanctions pourrait en effet contribuer à une meilleure compréhension et par là à une diminution de certaines frustrations.

3.6.2. La section fermée

(81) Comme il a déjà été mentionné, la section fermée de Schrassig comporte 6 chambres à un lit, celle de Dreborn comprend 5 chambres à un lit et une sixième chambre à un lit peut, en cas d'absolue nécessité, être dédiée aux mêmes fins.

La Médiateure répète que l'absence de toilettes dans les 6 chambres de la section fermée à Schrassig et dans la sixième chambre à Dreborn est totalement inacceptable. Des mesures en vue de remédier à ce dysfonctionnement grave doivent être prises d'urgence.

(82) La Médiateure recommande également de se conformer enfin aux recommandations faites par le CPT suite à ses visites de 1997 et de 2003 en

équipant toutes les chambres des sections fermées d'une table et d'une chaise, fixées au sol pour des raisons de sécurité. (*CPT Inf(2010)31, point 135, page 54 et Recommandation (2008)11 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures, adoptée par le Comité des Ministres le 5 novembre 2008, lors de la 1040e réunion des Délégués des Ministres, commentaire de la règle 95.3. (CM (2008)128 addendum) et renvoi à la règle 60.5. des Règles pénitentiaires européennes*)

(83) D'une manière générale, la Médiateure ne peut accepter que, même dans des cas exceptionnels, un mineur puisse être contraint à séjourner jusqu'à dix jours dans une cellule de la section fermée.

La Médiateure souligne que la privation de liberté de mineurs ne doit constituer qu'une mesure de dernier ressort et être de la durée la plus brève possible (cf. article 37.b de la Convention relative aux droits de l'enfant et règles 13 et 19 des Règles de Beijing). Il s'en suit donc qu'en toute évidence, la privation de liberté proprement dite consistant en un enfermement en section fermée pendant un temps assez prolongé, ne saurait trouver d'application que dans des rares cas d'exception, dûment justifiés. En règle générale, la Médiateure met en doute l'utilité pédagogique d'enfermer un mineur pendant plusieurs jours (avec un maximum de 10 jours) dans une cellule sans aucun équipement et ceci à raison de 23 heures par jour.

Ceci est également corroboré par le CPT qui affirme que : « *A cet égard, le CPT est tout particulièrement préoccupé par le placement de mineurs dans des conditions s'apparentant à l'isolement, une mesure qui peut compromettre leur intégrité physique et/ou mentale. Le Comité estime que le recours à une telle mesure doit être considéré comme très exceptionnel. Si des mineurs sont hébergés à l'écart des autres, ceci devrait être pour la période la plus courte possible (...)* » (Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010, point 35, page 83)

La Médiateure recommande partant de rechercher activement des solutions alternatives à un placement en section fermée et de réduire nettement le temps maximal légalement prévu de ce placement. Il est impératif que le temps d'enfermement réponde en tout état de cause au critère de restriction minimale qui doit présider à toute démarche dans ce domaine.

Dans ce sens, la Médiateure ne peut qu'encourager et favoriser toute initiative visant à recourir davantage à des mesures de réparation dans l'intérêt de la collectivité en remplacement d'un placement en section fermée.

(84) Selon les textes normatifs internes en vigueur, le mineur en séjour en section fermée dispose d'un droit de sortie à l'air libre pendant une durée minimale de 1 heure par jour.

L'équipe de contrôle a recueilli de très nombreuses dépositions convergentes de mineurs à ce sujet. Presque l'intégralité des mineurs ayant déjà séjourné en section fermée confirme que ce droit ne serait en règle générale pas respecté, notamment au site de Dreborn. La durée effective du séjour à l'air libre étant en pratique souvent très nettement inférieure à une heure et de surcroît tributaire de l'éducateur en charge de la surveillance.

La Médiateure est préoccupée par ces affirmations et recommande avec insistance aux autorités concernées de mettre en place un système de surveillance efficace permettant de contrôler en tout état de cause que la durée de sortie à l'air libre soit effectivement respectée. Le simple fait de tenir un registre semble être insuffisant à cet égard.

(85) L'équipe de contrôle a pu prendre inspection des livres mis à disposition des jeunes en section fermée.

Comme la lecture représente la seule distraction à disposition des mineurs, la Médiateure recommande aux autorités concernées de libérer les moyens budgétaires nécessaires à l'équipement des bibliothèques dédiées à cette fin sur les deux sites par des livres plus récents et susceptibles de rencontrer les intérêts des mineurs.

3.6.3. Le système à points

(86) Sur les deux sites du CSEE, un système à points a été mis en place afin de déterminer la modulation des congés à accorder aux mineurs pendant les fins de semaines.

Il s'agit d'un système d'évaluation couvrant presque l'intégralité de la vie des mineurs sur les deux sites. Cette évaluation comprend de très nombreux critères, allant du comportement général, de l'état de la chambre jusqu'au comportement du mineur à l'école ou lors des repas. L'évaluation est faite par les éducateurs et par le personnel pédagogique, les psychologues et l'assistant social ne participant, pour des raisons évidentes tenant à l'exercice de leur profession, pas à cette évaluation.

Les grilles d'évaluation, bien connues par les mineurs sont sensiblement identiques pour les deux sites.

La Médiateure n'a pas d'objections majeures à faire quant à la nature et quant à la mise en œuvre de ce système qui tend à responsabiliser les mineurs de leurs actions.

(87) La Médiateure a cependant pu relever à cet égard une différence majeure entre les sites de Schrassig et de Dreborn.

Sur le site de Schrassig, les mineures se voient communiquer le résultat hebdomadaire de cette évaluation lors d'entretiens individuels alors qu'à Schrassig la restitution des résultats de la semaine se fait à l'occasion d'une réunion à laquelle participent tous les jeunes présents sur le site.

L'équipe de contrôle a pu assister à une telle réunion au site de Dreborn et elle a dû constater que non seulement les résultats individuels y sont communiqués à l'ensemble des jeunes, mais également des détails intimes de la vie familiale privée des mineurs.

En effet, il peut arriver qu'un jeune réponde parfaitement aux conditions imposées pour pouvoir bénéficier d'un congé pendant la fin de la semaine, mais que ses parents ou la personne auprès de laquelle il habite normalement refuse de l'accepter en visite ou soit dans l'incapacité de l'y accueillir pour des raisons souvent très délicates et intimes. Le personnel éducatif qui communique les résultats des évaluations devrait en informer le mineur au cours d'un entretien individuel.

Si la Médiateure n'a en principe pas d'objections à faire quant à la communication des résultats en groupe, elle recommande cependant formellement de ne pas y divulguer des détails personnels et délicats de la vie familiale des mineurs. Elle propose à cette fin des entretiens individuels avec les quelques rares mineurs concernés, préalablement à la réunion en groupe.

(88) Les mineurs rencontrés ont fait état à l'équipe de contrôle que les responsables du site de Schrassig affichaient plus de latitude quant à l'octroi d'une autorisation de congé pendant la fin de semaine que ceux du site de Dreborn. Il ne serait en effet pas rare qu'une mineure se voit augmenter sa moyenne de points insuffisante, bien que dans des limites réduites, afin de lui permettre quand-même de bénéficier d'une sortie.

Ici encore, la Médiateure n'est pas en mesure d'apprécier ces affirmations. Sous réserve des développements déjà faits au sujet des sanctions disciplinaires au chapitre précédent, la Médiateure recommande aux autorités du CSEE à veiller à la plus grande cohérence en la matière entre les deux sites.

Si des décisions individuelles s'avéraient nécessaires pour des raisons objectives, il conviendrait d'en expliquer les raisons afin de ne pas contribuer au sentiment de traitement arbitraire et à la frustration des mineurs.

3.6.4. Les fouilles corporelles

(89) Les textes normatifs internes régissant la matière ne sont pas assez explicites.

La Médiateure entend rappeler ses observations faites à cet égard au chapitre 2.2., point (10) du présent rapport.

La pratique de fouilles corporelles doit absolument être entourée des garanties nécessaires à la prévention de tout abus. Il est indispensable de déterminer limitativement la qualité des personnes appelées à autoriser ces fouilles, celle des personnes autorisées à procéder à de telles fouilles, l'étendue et la nature des fouilles, leur déroulement pratique, le moment auquel elles peuvent avoir lieu, l'endroit dans lequel elles doivent avoir lieu, le nombre et le sexe des personnes qui doivent y être présents.

Il conviendra également d'en spécifier les limites, notamment par rapport aux fouilles dites intimes qui ne sauraient être pratiquées que par un médecin.

(90) En effet, l'équipe de contrôle a recueilli un nombre préoccupant de dépositions faites par des jeunes permettant de conclure à certaines indélicatesses, voire d'abus commis au moment des fouilles corporelles. Ces réclamations font clairement surgir que notamment un éducateur semble afficher un zèle qualifiable d'excessif quant à la fréquence et surtout quant au niveau du détail des vérifications. Vu la publicité du présent rapport, la Médiateure n'entend pas s'étendre ici sur les détails portés à sa connaissance, elle en a cependant informé la direction du CSEE et se tient à son entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

La Médiateure entend surtout souligner qu'il s'agit de réclamations récurrentes et convergentes qui mettent directement en cause le comportement inadéquat d'une personne seulement. Il importe à la Médiateure de ne pas placer l'ensemble du personnel socio-éducatif, qui accomplit son travail généralement sans reproche, sous une suspicion ou sous une accusation générale.

La Médiateure recommande à la direction du CSEE de prendre le cas signalé au sérieux et de prendre les mesures nécessaires afin que ces comportements inadmissibles cessent immédiatement.

3.6.5. La fouille des chambres

(91) Le personnel socio-éducatif des deux internats est appelé à procéder régulièrement à la fouille des chambres des mineurs. Il s'agit ici avant tout d'un exercice nécessaire à des fins de dissuasion et donc de prévention. On ne doit pas oublier non plus qu'il s'agit d'une procédure imposée par des considérations sécuritaires tant dans le chef des mineurs que dans celui du personnel en vue de déceler d'éventuels objets dangereux ou interdits.

Le but et la visée des fouilles des chambres mériteraient d'être explicités davantage aux mineurs placés afin de justifier la nécessité de cette intrusion dans leur vie privée.

Quelques mineurs ont signalé que deux éducatrices du site de Schrassig afficheraient un zèle particulier en matière de fouilles de chambres, notamment tard dans la soirée ou en début de nuit.

La Médiateure en a informé la direction du CSEE qui a pu fournir une explication satisfaisante à cet égard. Pour des raisons tenant au bon fonctionnement de la surveillance des mineurs, la Médiateure n'entend pas approfondir la question à cet endroit.

L'équipe de contrôle a dû constater que de nombreux mineurs détiennent des objets interdits dont quelques uns présentent un risque de sécurité potentiel.

La Médiateure conclut de ce fait à une certaine perfectibilité des fouilles des chambres.

En tout état de cause, la Médiateure estime que la pratique et le déroulement des fouilles de chambres de mineurs devraient être arrêtés et détaillés par une disposition interne au CSEE.

La Médiateure considère qu'il est entendu que toute fouille d'une chambre doit être faite de manière à ce que la chambre se trouve après la fin de l'exercice dans le même état de rangement qu'au début des opérations.

3.7. Unité se sécurité

(92) Cette unité (UNISEC) est prévue par l'article 11 de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat. Cet article dispose entre autres que le placement dans cette unité est obligatoirement soumis à une décision formelle des autorités judiciaires conformément aux dispositions de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. La Médiateure ne peut que se féliciter du caractère limitatif de cette disposition.

Il est à relever que le même article limite le nombre de personnes admissibles au sein de cette unité, garçons et filles mineurs confondus à 12.

Les infrastructures installées au site de Dreiborn et destinées à accueillir l'UNISEC ont été conçues en conséquence. Elles prévoient 4 unités pouvant recevoir chacune trois mineurs.

(93) La Médiateure est d'avis que la capacité d'accueil de l'UNISEC est sans relation aucune avec les réalités du terrain, ceci à plus forte raison que le projet de loi 6382 portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire tend à enlever au juge de la jeunesse la possibilité de placer un mineur au CPL, sauf en cas d'application des dispositions de l'article 32 de la loi sur la protection de la jeunesse.

Il est à prévoir que les capacités d'accueil de l'UNISEC seront insuffisantes pour répondre aux besoins effectifs futurs.

Il ne s'agit en réalité que d'une capacité théorique d'accueil de 12 personnes. Comme l'UNISEC sera appelée à accueillir des garçons et des filles, une capacité maximale d'accueil de 10 personnes pourrait se présenter un jour dans l'hypothèse de la présence de 9 personnes d'un sexe et d'une de l'autre, empêchant ainsi l'accueil de deux mineurs en raison de leur sexe.

(94) Ces unités se trouvent à l'intérieur d'une enceinte sécurisée, totalement séparée des autres infrastructures du site de Dreiborn. L'UNISEC dispose d'un hall de sports, de locaux communs destinés à des fins de séjour, d'activités et scolaires ainsi que d'une cour intérieure. Tous ces locaux permettent aux mineurs placés au sein de l'UNISEC de rester à l'abri du regard de tierces personnes.

(95) L'agencement infrastructurel des lieux répond aux dernières normes et ne donne lieu à aucune observation particulière.

Selon les informations recueillies sur place, l'UNISEC pourrait devenir opérationnelle, sous toutes réserves, vers le début de 2013.

(96) A l'heure actuelle, il n'a pas été possible aux responsables du CSEE de présenter un concept global de gestion et de sécurité de l'UNISEC.

Il semble en effet que les travaux nécessaires à la mise en place d'une gestion correcte et à la garantie de la sécurité interne et externe requise n'aient pas encore abouti à des résultats concrets, hormis le recrutement envisagé du personnel éducatif supplémentaire qui s'impose.

La Médiateure est préoccupée au plus haut point par la prise en charge du volet sécuritaire de l'UNISEC. En effet, il ne semble pas encore être clair si cette tâche devra être assurée par le personnel éducatif ou par du personnel de surveillance.

En tout état de cause, vu la nature coercitive du régime interne à l'UNISEC, la Médiateure se prononce formellement contre l'emploi de personnel éducatif en vue de garantir la sécurité interne et externe de la section.

(97) L'emploi d'éducateurs à cet effet est en effet à déconseiller formellement pour plusieurs raisons. Il est à noter que le travail du personnel éducatif consiste notamment dans l'accompagnement et dans le suivi socio-éducatif des mineurs. A cet effet, il est indispensable qu'une relation de confiance avec les jeunes puisse s'installer.

Il est plus que probable que le personnel de l'UNISEC, comme tout autre personnel travaillant avec des personnes privées de leur liberté et placés dans un environnement sécuritaire strict, devra faire face à des événements indésirables comme des refus d'ordre ou dans la pire des hypothèses, des attaques physiques. Tout comme dans les établissements pénitentiaires, de tels incidents ne pourront pas être exclus au sein de l'UNISEC.

Il est évident que le maintien de la sécurité en général ainsi que la gestion des incidents demande une intervention particulière, rapide, proportionnée, la moins invasive possible et efficiente.

Pour bien gérer de telles situations, et surtout afin de limiter leurs possibles incidences à un strict minimum, il faut que le personnel employé à cette fin puisse avoir recours à des moyens coercitifs, employés avec circonspection.

Il est clair, au vu des considérations menées plus haut, que cette tâche ne pourra, pour les raisons déjà évoquées, rentrer dans les attributions du personnel éducatif. Les éducateurs ne disposent en outre pas de la formation nécessaire en vue d'assumer une surveillance et une intervention sécuritaire.

Cette intervention demande en effet une formation spéciale, notamment afin de pouvoir limiter, le cas échéant, l'usage de la force au strict minimum nécessaire et d'éviter la mise en danger de tierces personnes.

La Médiateure recommande de réserver les attributions sécuritaires et de surveillance à du personnel spécialement formé dans ce domaine. A cet effet, elle suggère de pourvoir à ces postes par le biais de détachements du cadre des agents pénitentiaires.

La Médiateure se doit en outre de recommander aux autorités concernées de tout mettre en œuvre afin d'élaborer à court terme un concept global de fonctionnement de l'UNISEC, au niveau des ressources humaines nécessaires, mais avant tout également au niveau du suivi et de l'accompagnement socio-éducatif des mineurs qui y seront placés.

(98) La Médiateure se doit de constater que le choix de l'emplacement physique de l'UNISEC n'est pas des plus opportuns. La destination de cette unité n'est pas

ignorée par les mineurs placés au CSEE et son architecture ne manque pas non plus d'impressionner. Elle a été construite entre les salles de classe du CSEE et l'internat, obligeant ainsi tous les jeunes à passer devant ce bâtiment à longueur de journée.

L'équipe de contrôle a pu recueillir de nombreux avis de mineurs placés qui déjà à l'heure actuelle ressentent le bâtiment de la future UNISEC comme une sorte d'épée de Damoclès menaçante. De surcroît, ils ont tendance à y voir un symbole de leur impuissance et de l'autorité absolue qui est exercée par le pouvoir public sur eux.

Il résulte de ce qui précède que la présence de l'UNISEC au site de Dreiborn est peu propice à un travail socio-éducatif serein.

La Médiateure recommande d'intensifier les efforts d'explication et de démystification auprès des jeunes en ce qui concerne l'UNISEC dans les tout meilleurs délais.

Dans cette optique, la Médiateure recommande d'accorder, au moment de la finalisation du concept global de l'UNISEC, un soin tout particulier au mode de transport futur des jeunes appelés à y être placés. Comme ces transports seront assurés par la Police grand-ducale et que la Police sera obligée à parcourir en voiture presque l'entièreté du terrain du CSEE pour arriver à l'UNISEC, il serait hautement souhaitable que ces transports soient dans toute la mesure du possible assurés à l'aide de voitures banalisées et par des agents de police en tenue civile.

(99) La Médiateure est bien informée de la situation de travail en milieu fermé en général et elle n'ignore pas les difficultés et les risques inhérents à ces emplois. Si déjà le travail éducatif et pédagogique au sein du CSEE est des plus difficiles, celui en UNISEC représentera encore un défi supplémentaire.

La Médiateure recommande dès lors avec insistance de prévoir des formations complémentaires spécifiques et une supervision régulière au profit des membres du personnel appelés à travailler au sein de l'UNISEC.

Dans l'intérêt du personnel, mais également dans celui de la garantie de la continuité du service, il est d'une importance capitale de mettre en œuvre les mécanismes nécessaires à la prévention de l'apparition de certaines maladies professionnelles, généralement d'ordre psychologique, voire psychosomatique, malheureusement très fréquentes dans ce domaine.

3.8. Constats généraux

D'une manière plus générale, la mission de contrôle a fait surgir l'existence de certains problèmes qui sont d'ordre plus transversal, intéressant plusieurs, voire tous les départements du CSEE.

3.8.1. Les violences

En premier lieu, la Médiateure tient à rappeler le problème des violences physiques et/ou psychiques toujours existantes qui a été traité au point 3.1. du présent rapport.

3.8.2. Les drogues

(100) Un deuxième problème très préoccupant est celui de l'abus de stupéfiants dont il a déjà été question au point 3.2.4. de ce rapport.

L'équipe de contrôle a en effet pu constater qu'un nombre important de jeunes, sur les deux sites, consomme régulièrement des stupéfiants. Dans la presque totalité, il s'agit de cannabis, mais quelques très rares cas individuels de consommation d'opiacés ont également été rapportés

Il est superfétatoire de dire que ce constat est très grave, que cette situation est totalement inadmissible et que les mesures destinées à lutter contre ces abus doivent être renforcées dans les meilleurs délais.

Il importe cependant dans ce contexte de ne pas oublier les spécificités propres au CSEE qui demandent d'autres réflexions et d'autres pistes de solution que celles habituellement avancées dans ce contexte en milieu fermé et plus particulièrement en milieu carcéral.

Si déjà en milieu pénitentiaire on est confronté au problème de l'acheminement de drogues à l'intérieur d'une structure fermée, la question prend une ampleur toute différente en ce qui concerne le CSEE.

En effet, on ne doit pas oublier que la grande majorité des jeunes bénéficie de congés plus ou moins étendus pendant les fins de semaines et que nombre d'entre eux fréquentent des établissements scolaires à l'extérieur. En plus, certains jeunes poursuivent également des activités sportives ou autres à l'extérieur de l'institution. S'ajoute encore le fait que des mineurs poursuivent des stages ou des formations auprès d'entreprises extérieures.

Rien que cette absence fréquente d'un grand nombre de mineurs des deux sites du CSEE pour les raisons citées, constitue un risque majeur au niveau de l'entrée de drogues au sein du CSEE.

Il faut encore se rendre à l'évidence que l'absence totale de murs ou de cloisons extérieurs et la relative facilité d'accès aux deux sites pour de tierces personnes aux fins d'y dissimuler des drogues ne facilite guère la lutte efficace contre la prise de stupéfiants.

Force est également de constater que les deux sites sont entourés d'un parc arboré offrant ainsi une multitude de possibilités d'y dissimuler toutes sortes d'objets indésirables ou potentiellement dangereux.

Les mineurs n'ignorent pas qu'ils risquent de faire l'objet de fouilles corporelles à leur rentrée de congé, mais il leur est aisé de nouer pendant leur absence du CSEE les contacts nécessaires en vue de faire dissimuler des drogues ou d'autres objets par des tierces personnes dans les enceintes de Dreborn et de Schrassig.

Il est cependant hors de question de faire entourer les deux sites d'une enceinte de sécurité à l'image de celle du CPL. La mise en place de dispositifs électroniques de contrôle d'accès aux lieux (déTECTeurs de mouvements, caméras à vision nocturne, etc...), outre le fait que leur installation serait extrêmement onéreuse, ne serait guère d'utilité alors que le nombre de fausses alarmes serait trop important du fait de la présence d'animaux due à l'absence d'une enceinte externe.

On est donc réduit au constat que ni le mode de fonctionnement du CSEE, ni l'emplacement physique des deux sites ne permettent de lutter efficacement contre l'arrivée de drogues dans l'institution.

Les possibles pistes pouvant conduire à une amélioration très sensible de la situation doivent donc être recherchées dans d'autres approches, sachant que l'absence totale de drogues d'un milieu fermé demeurera malheureusement une utopie.

(101) Il existe des moyens de dépistage de prise de stupéfiants par voie urinaire ou salivaire peu onéreux et faciles d'emploi. Généralement ces tests décèlent en même temps la prise d'un certain nombre de catégories différentes de stupéfiants (opiacés, cocaïne, THC, amphétamines et méthamphétamines etc.).

Il importe cependant de savoir que ces tests ne sont pas seulement sensibles aux stupéfiants eux-mêmes mais également à leurs métabolites. De ce fait, ils ne mettent pas seulement en évidence une prise récente d'une substance interdite, mais également une consommation plus ancienne. Cette période de détection varie selon le stupéfiant recherché, mais également en fonction de la quantité, de la fréquence de la consommation, du métabolisme, du poids, de l'âge et de l'état de santé du consommateur. Si la période de détection dans les urines ou dans la salive n'est que de 2 à 4 jours pour les opiacés, elle peut augmenter jusqu'à 30 jours pour le THC, voire même à 60 jours pour le PCP (*psychotrope hallucinogène*).

A noter également qu'il existe des sets de dépistage limités à la détection d'une seule substance.

La Médiateure recommande d'augmenter les tests de dépistage qui ne devraient cependant pas être exécutés de manière systématique, sauf en cas de présomptions sérieuses d'une prise récente.

(102) Si un tel dépistage faisait surgir la prise de drogues autres que le THC, et notamment la prise de drogues dites « dures », la réponse devrait être immédiate et conséquente. En pareil cas, le juge de la jeunesse devrait systématiquement être averti sans délai afin qu'il puisse décider des mesures qui s'imposent. En cas de récidive, le placement du mineur en milieu psychiatrique fermé aux fins d'une thérapie de sevrage et d'un suivi à moyen terme peut s'avérer nécessaire. En dehors des considérations médicales et en l'absence de danger immédiat pour la vie du mineur, des mesures disciplinaires conséquentes devraient s'appliquer.

D'une manière générale, également toutes les autres mesures nécessaires, préventives et coercitives, à l'éradication de la prise de drogues dures au sein du CSEE devraient pouvoir être renforcées avec conséquence dans les meilleurs délais.

(103) La Médiateure est plus nuancée en ce qui concerne la prise de cannabis. Si la prise de cannabis est répréhensible en soi et légalement interdite, la période de détection des métabolites du THC est telle que la prise effective de cannabis ait très bien pu avoir lieu en dehors du CSEE et à une époque pouvant aller jusqu'à 30 jours avant le test de dépistage.

Si l'on sait que de nombreux mineurs placés au CSEE fument du cannabis, occasionnellement ou à titre plus ou moins régulier, on arrive au constat qu'un nombre impressionnant de tests de dépistage serait systématiquement positif.

Force est également de relever que les consommateurs réguliers de cannabis sont généralement bien connus aux autorités du CSEE.

Comme il ne saurait être indiqué de procéder de la même manière en cas de détection de prise de cannabis qu'en cas de prise d'opiacés, sous peine de compromettre gravement le fonctionnement du CSEE, des mesures alternatives doivent être identifiées.

L'équipe de contrôle a pu constater que l'écrasante majorité des jeunes ne semble pas être informée des dommages potentiels qui peuvent être engendrés par une prise régulière de THC, et ce surtout à un jeune âge.

Une sensibilisation régulière, conséquente et adaptée au contexte par du personnel qualifié s'impose. A ce titre la Médiateure recommande aux autorités compétentes de rechercher activement des synergies avec les médecins responsables des unités psychiatriques infanto-juvéniles du Centre Hospitalier du Kirchberg et du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique d'Ettelbruck, régulièrement confrontés à des jeunes patients psychotiques dont la maladie a été induite ou favorisée par une consommation régulière de THC.

(104) Un problème intimement lié à la prise de cannabis, qui se fait généralement par voie d'inhalation, est celui du tabagisme. L'équipe de contrôle a effectivement pu constater que presque l'intégralité des jeunes placés au CSEE (surtout au site de Dreiborn) fume. Ici encore, les jeunes ne semblent pas avoir conscience de la dangerosité potentielle de leur comportement.

Les jeunes sont autorisés à fumer partout sur les deux sites, à l'exception de l'intérieur des bâtiments.

La Médiateure verrait une possible contribution à l'endiguement du problème de la consommation de cannabis en imposant une interdiction générale de fumer sur les deux sites à l'exception d'un espace clairement identifié, limité et dûment surveillé par le personnel éducatif.

Cette interdiction de fumer devrait être surveillée de près et toute transgression devrait faire l'objet de sanctions disciplinaires conséquentes.

Par ce biais, on réduirait très sensiblement la possibilité de consommation de cannabis à l'intérieur des enceintes. Toute personne surprise en train de fumer en dehors de l'espace autorisé serait assez facilement détectable et s'exposerait aux vérifications de mise.

(105) La Médiateure salue dans ce contexte que des contrôles réguliers à l'aide de chiens dressés à déceler des stupéfiants aient lieu dans les deux enceintes du CSEE.

La Médiateure ne peut qu'encourager cet exercice et suggérer qu'il en soit fait un usage plus fréquent.

(106) L'équipe de contrôle a pu se persuader sur place que de nombreux mineurs placés sur le site de Dreiborn cachent dans leurs chambres des objets interdits. L'équipe de contrôle n'a cependant reçu aucune déposition permettant de conclure que des drogues soient cachées aux mêmes endroits.

En tout état de cause, la Médiateure souligne l'importance des contrôles réguliers en profondeur des chambres des mineurs, également en vue de

renforcer la lutte contre l'abus de stupéfiants, à condition que ceux-ci répondent aux normes internationales en vigueur.

(107) L'équipe de contrôle a cru pouvoir déceler une certaine résignation, voire un découragement certain du personnel éducatif face à l'envergure du problème du cannabis. Si cette attitude peut être compréhensible, vu la réalité existante et face aux nombreux autres problèmes auxquels les éducateurs sont confrontés dans leur travail quotidien, la Médiateure se doit de rappeler qu'il incombe avant tout aux éducateurs, par leur positionnement en première ligne dans la structure du CSEE, de détecter tout abus de stupéfiants et de lui faire suivre les conséquences qui s'imposent.

Une solution plus contraignante et qui nécessiterait en tout cas l'accord du juge de la jeunesse, consisterait à conditionner toute autorisation de sortie à un test de dépistage de stupéfiants négatif. La mise en place d'une telle disposition, annoncée à l'avance et dans un délai dépassant en tout état de cause la période de détection des tests de dépistage conduirait certainement la grande majorité des mineurs concernés à reconsiderer leur attitude vis-à-vis de la prise de cannabis. Elle aurait de surcroît l'effet positif d'endiguer sérieusement toute prise de cannabis en dehors des sites du CSEE.

3.8.3. La population du CSEE

(108) Le CSEE est dans l'obligation d'accueillir tout mineur qui y est placé par le juge de la jeunesse.

Rien que cette obligation, conjuguée à celle que les juridictions de la jeunesse ne disposent que d'un nombre trop limité d'institutions dans lesquelles elles peuvent placer des jeunes en difficultés, fait que la population des mineurs placés au CSEE soit extrêmement hétérogène.

En effet, on y trouve des mineurs placés pour absentéisme scolaire répété, des mineurs affichant un comportement dyssocial, des mineurs issus de familles déstructurées et des mineurs ayant commis une infraction pénale répressible en droit commun.

La fourchette d'âge se situe généralement entre 14 et 18 ans, les mineurs sont issus des nationalités les plus diverses et il arrive que des mineurs y soient placés qui ne peuvent communiquer dans une des langues usuelles du pays.

Il s'agit en toute occurrence d'un mélange qui rend presque impossible tout travail de réadaptation ciblé et individualisé et qui empêche de surcroît l'installation d'un climat serein, propice au développement et à l'épanouissement individuel des mineurs.

Bien au contraire, ce mélange potentiellement assez explosif favorise des phénomènes néfastes comme le caïdisme et les violences et génère des angoisses et des frustrations.

(109) A cette considération s'ajoute le fait que les deux sites ont une capacité d'accueil notoirement insuffisante comme il a déjà été relevé à plusieurs endroits dans ce rapport.

A l'heure actuelle, les deux sites travaillent à la limite maximale de leur capacité d'accueil. Seul le fait qu'un nombre très important de mineurs se trouve en fugue fait que les capacités existantes ne soient pas dépassées de plus d'un tiers. Ce constat est alarmant et demande à trouver une solution à assez court terme.

(110) Force est de répéter que le CSEE souffre d'un manque chronique de personnel socio-éducatif, ceci entre autres, comme il a déjà été mentionné, dû à la complexité et à la lenteur des procédures d'engagement propres à la fonction publique.

Dans ce contexte, il n'est pas inutile de rappeler que les chambres à disposition des jeunes au site de Dreiborn sont en partie beaucoup trop exiguës.

(111) Si l'on prend en considération l'ensemble de ces constats, on est amené à conclure que la situation actuelle au CSEE est très tendue et présente un potentiel certain de survenance d'incidents graves à tout moment.

Ce n'est que grâce à l'engagement exemplaire d'une grande partie du personnel travaillant sur les deux sites que la situation reste toujours sous contrôle.

(112) Il est impossible d'apporter des modifications aux infrastructures existantes, alors que tout agrandissement présuppose des travaux importants et coûteux sans pour autant résoudre d'une manière satisfaisante le problème de l'hétérogénéité de la population.

(113) Il ne faut pas oublier non plus que l'article 10 du projet de loi 6382 portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire prévoit que seuls les mineurs tombant sous l'application de l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à

la protection de la jeunesse peuvent faire l'objet d'un placement au CPL. Pour mémoire, il s'agit exclusivement de mineurs âgés de 16 ans au moins et qui seront jugés en application du droit commun.

La Médiateure répète qu'elle se félicite de cette modification importante qui selon elle, devrait impérativement être retenue dans le texte de loi définitif.

Néanmoins, elle doit prévenir que cette nouvelle disposition est également de nature à restreindre encore davantage les possibilités de placement déjà trop peu nombreuses à disposition des juridictions de la jeunesse.

On doit y ajouter que l'UNISEC ne peut, dans une hypothèse maximale, qu'accueillir 12 mineurs, qu'elle n'offre aucune possibilité d'augmentation de ce nombre et qu'elle doit dès lors être considérée comme insuffisante quant à sa capacité d'accueil et ceci déjà à court, voire à moyen terme.

L'ensemble de ces considérations ont amené la Médiateure à proposer une solution concrète, réalisable dans un délai de 5 ans, prenant en compte à la fois le problème de l'exiguïté des infrastructures du CSEE, le manque de capacité flagrant de l'UNISEC, le manque de possibilités de placement à disposition des juridictions de la jeunesse, le manque de logements encadrés et l'hétérogénéité trop importante de la population du CSEE.

3.8.4. Proposition de restructuration du CSEE

(114) La Médiateure propose de faire démarrer, comme prévu les activités de l'UNISEC au plus tard début 2013 en veillant à ce que le personnel de garde et de surveillance soit recruté, par voie de détachement, parmi le cadre des agents pénitentiaires.

Parallèlement, la Médiateure recommande avec insistance aux autorités compétentes de planifier la construction future d'un centre de réadaptation destiné à accueillir, sur décision du juge de la jeunesse, exclusivement des mineurs qui ont commis une infraction pénalement répressible en droit commun et ne tombant pas sous le champ d'application des dispositions de l'article 32 de la loi modifiée sur la protection de la jeunesse.

Ce centre de réadaptation serait ouvert aux deux sexes : Il devrait être placé sous la tutelle du Ministère de la Justice et devrait disposer d'une capacité d'accueil de 40 à 45 personnes au maximum afin de pouvoir répondre à toute demande, même à moyen, voire à long terme. Il est entendu qu'il devrait également pouvoir répondre aux nécessités éventuelles d'une séparation de différentes personnes en cas de besoin.

Ce centre, disposant d'une section fermée et d'une section semi-ouverte ne constituerait pas une prison pour mineurs, mais bien un centre de réadaptation offrant aux mineurs y placés toutes les possibilités de suivi et d'accompagnement, psychologique, psychiatrique, pédagogique et socio-éducatif spécifique nécessaire en vue de favoriser au mieux leur pronostic social.

La Médiateure insiste sur le fait que le placement dans ce centre aurait lieu sur base d'une loi portant l'intitulé de « protection de la jeunesse », intitulé qu'elle n'entend nullement faire changer. Il ne saurait être question de la mise en place d'un droit pénal des mineurs.

Ce centre pourrait être construit sur un terrain appartenant déjà à l'Etat afin d'exploiter le cas échéant des synergies qui pourraient se présenter avec des infrastructures éventuellement existantes.

Il devra suffire aux critères sécuritaires d'usage pour une telle infrastructure, mais il devrait également respecter des critères rigoureux quant au coût de construction.

Il ne faut en effet pas oublier qu'un tel centre ne doit pas répondre aux mêmes critères qu'une unité de haute sécurité dans une prison, destinée à accueillir les délinquants les plus dangereux. La Médiateure ne peut s'empêcher de penser que des considérations analogues ont éventuellement conduit à la configuration actuelle de l'UNISEC. En tout état de cause, ce centre ne devrait pas être construit sur un des deux sites appartenant au CSEE.

Après l'ouverture d'un tel centre, qui pourrait avoir lieu dans un délai de 5 ans, l'actuelle UNISEC pourrait servir à d'autres fins, plus utiles au CSEE. On pourrait en effet prévoir d'y aménager une unité fermée, commune aux deux sites ainsi qu'au moins un logement encadré.

De cette manière on libérerait 6 chambres de la section fermée sur chacun des sites qui pourraient être affectées au régime normal, augmentant ainsi la capacité d'accueil de 12 lits au moins.

La salle des sports de l'actuelle UNISEC pourrait être mise à disposition de l'ensemble des mineurs placés à Dreiborn et/ou à Schrassig et la salle de sports actuelle du site de Dreiborn pourrait être convertie en deux logements encadrés ou être destinée à la mise en place d'un petit groupe de vie augmentant ainsi encore la capacité d'accueil.

La solution proposée aurait finalement aussi l'avantage de réduire d'une manière importante l'hétérogénéité et le nombre de la population du CSEE en

ne laissant subsister que les jeunes qui n'ont pas commis d'infraction pénalement répressible en droit commun.

La Médiateure est consciente du fait qu'une telle construction a des retombées budgétaires considérables. Cette proposition a par contre le mérite de présenter une solution intégrée, tenant compte des déficiences de la situation actuelle et exploitant au mieux les infrastructures existantes.

3.9. Conclusions générales

La Médiateure se félicite de la bonne collaboration de la direction et de l'ensemble du personnel lors de cette mission de contrôle et tient à remercier tous les collaborateurs pour leur disponibilité et pour leur réactivité par rapport aux sollicitations de l'équipe de contrôle.

La Médiateure tient également à remercier les mineurs pour leur disponibilité, leur confiance et leur honnêteté.

La Médiateure apprécie la bonne communication et de la collaboration régulière entre le CSEE et les juridictions de la jeunesse.

La Médiateure est consciente des limites considérables imposées au personnel du CSEE par des structures partiellement inadaptées, souvent trop exiguës et difficilement exploitables.

Elle félicite le personnel du CSEE qui, malgré un environnement très peu favorable, accomplit sa tâche importante, bien délicate et souvent ingrate d'une manière satisfaisante.

En effet, si le présent rapport a fait amplement état des insuffisances notoires inhérentes aux infrastructures existantes, la Médiateure se réjouit de constater que, malgré certaines insuffisances, l'ensemble des conditions d'hébergement offertes aux mineurs placées au CSEE est satisfaisante.

Les rares entorses aux normes internationales en vigueur tiennent à la déficience importante des infrastructures en place et aux modalités d'accès à la fonction publique, inadaptées dans le contexte difficile auquel les meilleurs professionnels et des enseignants expérimentés devraient être affectés.

La Médiateure est préoccupée par le fait que les dysfonctionnements et les insuffisances graves au niveau des infrastructures, amplement décrites dans le présent rapport, connues depuis des années par les autorités concernées sans que des mesures adaptées pour y remédier semblent avoir été entreprises.

La Médiateure tient à relever surtout l'exiguïté des chambres triples à Dreiborn, excluant toute possibilité d'intimité, l'absence de toilettes dans les cellules de la section fermée de Schrassig, le manque flagrant de capacité d'accueil sur les deux sites et finalement le mode de recrutement du personnel éducatif conduisant à un manque chronique au niveau des éducateurs qui constituent des problèmes graves et préoccupants au plus haut degré.

La Médiateure invite les autorités concernées à accorder au CSEE les moyens nécessaires pour pouvoir suffire à ses obligations de la manière la plus adéquate possible.

Luxembourg, le 24 mai 2012

Lydie ERR
Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg

4. ANNEXES

4.1. Loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

Chapitre I. DES MESURES A PRENDRE A L'EGARD DES MINEURS

Section 1. Des attributions du tribunal et du juge de la jeunesse

Art. 1er. Le tribunal de la jeunesse prend à l'égard des mineurs qui comparaissent devant lui des mesures de garde, d'éducation et de préservation.

Il peut selon les circonstances :

1. les réprimander et les laisser ou les rendre aux personnes qui en ont la garde en leur enjoignant, le cas échéant, de mieux les surveiller à l'avenir ;
2. les soumettre au régime de l'assistance éducative ;
3. les placer sous surveillance chez toute personne digne de confiance ou dans tout établissement approprié, même à l'étranger, en vue de leur hébergement, de leur traitement, de leur éducation, de leur instruction ou de leur formation professionnelle ;
4. les placer dans un établissement de rééducation de l'Etat.

Le tribunal peut subordonner le maintien du mineur dans son milieu notamment à l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

- a) fréquenter régulièrement un établissement scolaire d'enseignement ordinaire ou spécial ;
- b) accomplir une prestation éducative ou philanthropique en rapport avec son âge et ses ressources ;
- c) se soumettre aux directives pédagogiques et médicales d'un centre d'orientation éducative ou d'hygiène mentale.

Il peut à tout moment soumettre au régime de l'assistance éducative les mineurs qui ont fait l'objet d'une des mesures prévues ci-dessus sous 3. et 4.

Les mesures ordonnées par le tribunal de la jeunesse prennent fin de plein droit à la majorité.

Toutefois, le juge de la jeunesse peut, de l'accord de l'intéressé et si l'intérêt de ce dernier l'exige, prolonger l'une ou l'autre des mesures prévues ci-dessus pour un terme ne pouvant dépasser sa vingt et unième année. La mesure prend fin à l'expiration du délai fixé en accord avec l'intéressé ou lorsque celui-ci atteint l'âge de vingt et un an. Il peut y être mis fin d'office à tout moment par le juge de la jeunesse. Il doit y être mis fin à la demande de l'intéressé.

Art. 2. Le mineur âgé de moins de dix-huit ans accomplis au moment du fait, auquel est imputé un fait constituant une infraction d'après la loi pénale, n'est pas déféré à la juridiction répressive, mais au tribunal de la jeunesse qui prend à son égard une des mesures prévues à l'article 1er.

Si le mineur devient majeur, soit avant qu'une procédure tendant à l'application des mesures prévues à l'article 1er ait été engagée, soit pendant la durée de cette procédure, le tribunal de la jeunesse peut prendre une des mesures prévues, soit à l'article 1er sous 30 et 40, soit à l'article 6, pour un terme ne dépassant pas les limites fixées aux articles 3. et 4.

Art. 3. Si le mineur a commis un fait qualifié délit, le tribunal de la jeunesse peut, s'il prend l'une des mesures prévues aux articles 1er, 5 et 6, prolonger cette mesure au-delà de sa majorité pour un terme qui ne peut dépasser sa vingt et unième année.

Art. 4. Si le mineur a commis un fait qualifié crime punissable de la réclusion, le tribunal de la jeunesse peut, s'il prend l'une des mesures prévues aux articles 1er, 5 et 6, prolonger cette mesure au-delà de sa majorité pour un terme qui ne peut dépasser sa vingt-cinquième année.

Si le mineur a commis un fait qualifié crime punissable des travaux forcés, le tribunal de la jeunesse peut, s'il prend l'une des mesures prévues aux articles 1er, 5 et 6, prolonger cette mesure au-delà de sa majorité pour un terme de vingt ans au maximum.

Art. 5. Si le tribunal de la jeunesse ou le juge de la jeunesse a un doute quant à l'état physique ou mental du mineur, il peut le placer en observation et le soumettre à l'examen médical d'un ou de plusieurs spécialistes. S'il est établi par l'expertise médicale que le mineur se trouve dans un état d'infériorité physique ou mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, le tribunal de la jeunesse ordonne qu'il soit placé, même à l'étranger, dans un établissement spécial approprié à son état.

Cette mesure de placement peut être prolongée au-delà de la majorité du mineur pour un terme qui ne peut dépasser sa vingt-cinquième année, si son état la rend indispensable.

Art. 6. Si une mesure de placement dans un établissement ordinaire de garde, d'éducation ou de préservation est inadéquate en raison de la mauvaise conduite ou du comportement dangereux du mineur, le tribunal ordonne son internement dans un établissement disciplinaire de l'Etat.

Art. 7. Le tribunal de la jeunesse peut prendre l'une des mesures spécifiées à l'article 1er ou une mesure de placement dans un établissement de traitement à l'égard des mineurs qui se soustraient habituellement à l'obligation scolaire, qui se livrent à la débauche, qui cherchent leurs ressources dans le jeu, dans les trafics, dans des occupations qui les exposent à la prostitution, à la mendicité, au vagabondage ou à la criminalité ou dont la santé physique ou mentale, l'éducation ou le développement social ou moral se trouvent compromis. Le tribunal de la jeunesse ou le procureur d'Etat sont informés par le père, la mère, la personne investie du droit de garde, par tout agent qualifié des secteurs de l'éducation, de la santé ou de l'assistance publique, par tout agent de la police générale et locale, ou par le mineur lui-même.

En cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé du mineur, un médecin peut, en cas de refus d'accord des personnes, qui ont la garde de l'enfant, prendre toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art médical.

En ce cas, le médecin doit adresser dans les trois jours au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises.

Art. 8. Si des mineurs donnent par leur inconduite ou leur indiscipline de graves sujets de mécontentement à leurs parents, à leur tuteur ou autres personnes qui en ont la garde, le tribunal de la jeunesse peut prendre l'une des mesures spécifiées à l'article 1er.

Art. 9. Le juge de la jeunesse peut, sans l'assistance du ministère public, prendre l'une des mesures spécifiées à l'article 1er à l'égard de tout mineur qui demande son aide et son assistance lorsque cette mesure s'impose dans l'intérêt du mineur.

Il est tenu de réexaminer la situation et de prendre une décision définitive dans les quinze jours au plus tard, après avoir entendu ou du moins appelé les parents, tuteur ou autres personnes ayant la garde du mineur et sur le rapport, même verbal, d'un agent de probation.

Sa décision définitive est notifiée aux parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, par lettre recommandée du greffier avec avis de réception. Elle est susceptible d'appel devant la chambre d'appel de la jeunesse. Le délai d'appel est de dix jours à partir de la notification de la décision.

Art. 10. Dans les cas où le tribunal de la jeunesse ordonne le placement du mineur traduit devant lui dans un établissement de rééducation de l'Etat, il peut prononcer cette mesure conditionnellement, en spécifiant les conditions qu'il met au sursis.

Art. 11. Les parents, tuteurs ou autres personnes qui ont la garde du mineur soumis au régime de l'assistance éducative ou maintenu dans son milieu à une ou plusieurs des conditions énumérées à l'alinéa 3 de l'article 1er, conservent sur lui l'autorité parentale et en exercent tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec l'application de la mesure.

Si le mineur est placé hors du domicile de ses parents, tuteur ou gardiens, ceux-ci conservent uniquement un droit de visite et de correspondance. Le tribunal ou le juge de la jeunesse en fixe les modalités et peut même, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits ou de l'un d'eux sera suspendu.

Quant à la personne du mineur, tous les autres attributs de l'autorité parentale sont transférés à la personne ou à l'établissement à qui le mineur est confié, à l'exception du droit de consentir à l'adoption et au mariage du mineur.

Quant aux biens du mineur, le juge des tutelles peut nommer un administrateur public à tout mineur ayant fait l'objet d'une mesure de placement par le tribunal de la jeunesse. Le juge des tutelles est informé de la décision de placement par la voie du greffe.

L'administrateur public a, sur les biens du mineur, les mêmes attributions qu'un administrateur légal sous contrôle judiciaire.

Il n'est pas institué de subrogé-tuteur. L'hypothèque légale prévue à l'article 2121 du code civil ne s'applique pas à l'administrateur public.

Les fonctions de l'administrateur public cessent de plein droit par la mainlevée de la mesure de placement.

Art. 12. Dans l'intérêt de leur éducation et pour faciliter leur entrée dans la vie active et leur intégration sociale, les mineurs qui font l'objet d'une mesure de placement, de

quelque nature qu'elle soit, peuvent obtenir des congés de la part du juge de la jeunesse.

Les congés de courte durée ou de fin de semaine peuvent être accordés par les directeurs des établissements ou par les personnes à qui les mineurs sont confiés, à charge d'en informer préalablement le juge de la jeunesse.

Art. 13. Les mineurs qui ont été placés sous le régime de l'assistance éducative sont confiés par le tribunal ou le juge de la jeunesse à des agents de probation ou à des personnes oeuvrant au sein d'un établissement ou d'un organisme qui apporte aide, conseil ou assistance aux enfants et à leur famille.

Art. 14. Les personnes à qui le mineur est confié restent en contact avec celui-ci et, suivant les circonstances, visitent les parents, les personnes, les associations ou les institutions qui en ont la garde. Elles observent le milieu, les tendances et la conduite du mineur. Elles font toutes les fois qu'elles le croient utile, rapport au juge de la jeunesse sur la situation morale et matérielle du mineur. Elles proposent au juge de la jeunesse toutes les mesures qu'elles croient avantageuses pour le mineur. Les parents reçoivent périodiquement des informations sur la situation de leurs enfants. Si ceux qui ont la garde du mineur refusent aux personnes chargées par le tribunal ou le juge de la jeunesse de mesures d'investigation ou de surveillance l'accès au domicile dudit mineur, le juge de la jeunesse peut requérir les officiers et agents de la force publique de leur prêter assistance.

Art. 15. Les décisions du tribunal ou du juge de la jeunesse ne sont pas inscrites au casier judiciaire. A l'exception de celles prises en vertu de l'article 302 du code civil, elles sont toutefois mentionnées sur un registre spécial tenu par le préposé au casier judiciaire.

Sont également mentionnées sur le registre spécial les condamnations prononcées par une juridiction répressive à charge d'un mineur.

Ces décisions et condamnations peuvent être portées à la connaissance des autorités judiciaires. Elles peuvent également être portées à la connaissance des autorités administratives dans les cas où ces renseignements sont indispensables pour l'application d'une disposition légale ou réglementaire, ainsi que des tiers lésés, s'ils le demandent.

Art. 16. L'action civile résultant des infractions déférées à la connaissance du tribunal de la jeunesse ne peut être exercée que devant le juge civil.

Art. 17. Dans les cas où le fait retenu à l'égard du mineur est qualifié infraction au sens de la loi pénale, celui-ci est condamné aux frais et, s'il y a lieu, aux restitutions. Le tribunal de la jeunesse peut prononcer la confiscation spéciale.

Les personnes civilement responsables, soit en vertu de l'article 1384 du code civil, soit en vertu d'une loi spéciale, sont citées et tenues solidairement avec le mineur des frais et des restitutions.

Lorsque la mesure prise à l'égard du mineur se fonde sur un fait qui n'est pas qualifié infraction au sens de la loi pénale, les frais sont à charge des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur.

Art. 18. Le mineur, ses parents, tuteur ou autres personnes qui en ont la garde peuvent faire choix d'un conseil ou demander au juge de la jeunesse qu'il leur en soit désigné un d'office.

Section 2. De la procédure

Art. 19. Les dispositions concernant les poursuites en matière répressive sont applicables à toutes les procédures visées par la présente loi, sauf les dérogations qu'elle établit.

Art. 20. La compétence territoriale du tribunal ou du juge de la jeunesse est déterminée par la résidence des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, par la résidence du mineur ou par le lieu où l'infraction a été commise.

Le tribunal ou le juge saisi reste compétent, même en cas de changement de résidence des parents, tuteur ou autres personnes ayant la garde du mineur.

Art. 21. La citation à la requête du ministère public doit, à peine de nullité, être adressée aux parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur et au mineur lui-même. Par dérogation à l'article 386(1) du code d'instruction criminelle, la citation adressée au mineur de moins de douze ans, peut être remise à son représentant légal. Par dérogation à l'article 146 du code d'instruction criminelle le délai de citation est de huit jours même à l'égard des personnes demeurant hors du Grand-Duché.

Art. 22. Si, sur la citation du ministère public, les personnes qui ont la garde du mineur ne comparaissent pas ou ne font pas comparaître ce dernier et que ces personnes ne puissent pas justifier la non-comparution, elles peuvent être condamnées par le tribunal de la jeunesse à une amende de 250 à 2.500 francs.

Si, sur une deuxième citation donnée à leurs frais, ces personnes ne comparaissent pas, le tribunal peut décerner contre elles un mandat d'amener.

Art. 23. Le tribunal ou le juge de la jeunesse fait procéder, s'il y a lieu, à une étude de la personnalité du mineur ou du majeur dans le cas de l'article 1er, dernier alinéa, notamment par le moyen d'une enquête sociale, d'examens médicaux, psychologique et psychiatrique, d'une observation du comportement et d'un examen d'orientation professionnelle. Il peut prendre encore l'avis de toute personne pouvant donner des renseignements utiles.

Il peut en tout temps convoquer le mineur, les personnes qui en ont la garde, les agents de probation, ainsi que toute personne s'occupant du sort du mineur.

Art. 24. Pendant la durée d'une procédure tendant à l'application des mesures prévues à l'article 1er, le tribunal de la jeunesse peut prendre à l'égard du mineur les mesures de garde nécessaires.

Il peut soit le laisser chez les particuliers qui en ont la garde, soit le soustraire à son milieu et le confier provisoirement à un parent, à un particulier, à une société, à une institution de charité ou d'enseignement, publique ou privée, à un établissement de rééducation, à un établissement disciplinaire ou à tout autre établissement spécial approprié à son état.

Art. 25. Dans les circonstances exceptionnelles dont il est question à l'article 33 et s'il y a urgence, des mesures de garde provisoires peuvent être prises par le juge d'instruction.

Dans les autres cas, s'il y a urgence, les mesures de garde provisoires peuvent être prises par le juge de la jeunesse.

Lorsque le juge de la jeunesse ne peut être utilement saisi, ces mesures sont prises par le procureur d'Etat.

Dans tous les cas où une mesure de garde provisoire est prise par le juge d'instruction ou le procureur d'Etat, il en est donné sur-le-champ avis au juge de la jeunesse qui exerce dès lors ses attributions.

Art. 26. Dans le cas d'absolue nécessité ou quand les mesures prévues à l'article 24 ne peuvent être exécutées, le mineur peut être gardé provisoirement dans une maison d'arrêt pour un terme ne dépassant pas un mois.

Le mineur est gardé isolé des détenus adultes et soumis à un régime spécial qui est déterminé par les règlements de l'administration pénitentiaire.

Art. 27. La mainlevée d'une mesure de garde provisoire prise conformément aux articles 24, 25 et 26 peut être demandée en tout état de cause au tribunal de la jeunesse ou à la chambre d'appel de la jeunesse, s'il a été interjeté appel contre la mesure définitive du juge ou du tribunal de la jeunesse, ou s'il a été formé un pourvoi en cassation.

La requête est déposée au greffe de la juridiction appelée à statuer.

Il y est statué dans les trois jours du dépôt, le ministère public, le mineur ou son défenseur, les parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, entendus en leurs explications orales.

Les parties intéressées sont averties par les soins du greffier des lieu, jour et heure de la comparution.

Art. 28. Lorsqu'une affaire visée à la section 1. du présent chapitre est portée devant le tribunal de la jeunesse, les parties et leur avocat sont informés du dépôt au greffe du dossier dont ils peuvent prendre connaissance trois jours au moins avant l'audience. Toutefois, les pièces concernant la personnalité du mineur et son milieu social et familial ne peuvent être consultées que par les avocats des parties.

Art. 29. Le cas de chaque mineur est examiné séparément en l'absence de tout autre mineur, sauf en cas de confrontations.

Le tribunal de la jeunesse entend le mineur capable de discernement, à moins que l'intérêt du mineur ne s'y oppose.

Le tribunal peut, si l'intérêt du mineur l'exige, soit dispenser celui-ci de comparaître à l'audience, soit ordonner qu'il se retire pendant tout ou partie des débats, soit procéder à son audition en chambre du conseil en présence des seuls avocats des parties.

Le tribunal peut à tout moment, au cours des débats, se retirer en chambre du conseil pour entendre, sur la personnalité du mineur, les experts et les témoins, les parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur.

Seuls les avocats des parties ont le droit d'assister aux débats en chambre du conseil. Le tribunal peut toutefois y appeler le mineur lorsqu'il l'estime opportun.

Art. 30. Les décisions rendues par le tribunal de la jeunesse sont, dans les délais légaux, susceptibles d'appel de la part du ministère public et d'opposition et d'appel de la part du mineur, des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur.

L'appel s'étend, sauf s'il est limité, à l'ensemble du dispositif de la décision entreprise.

Le tribunal de la jeunesse peut ordonner l'exécution provisoire de sa décision, en motivant spécialement ce chef de sa décision.

Art. 31. Si le fait commis par le mineur est connexe à un fait qui peut donner lieu à une poursuite contre un adulte, les poursuites sont disjointes, et le mineur est déféré au tribunal de la jeunesse, sous réserve des dispositions des articles 32 et 33.

Art. 32. Si le mineur a commis un fait qualifié infraction et s'il était âgé de plus de 16 ans accomplis au moment du fait, le ministère public près le tribunal de la jeunesse peut, s'il estime inadéquate une mesure de garde, de préservation ou d'éducation, demander par voie de requête au juge de la jeunesse l'autorisation de procéder suivant les formes et compétences ordinaires. Le juge de la jeunesse statue sur la requête par une ordonnance motivée et sans se prononcer sur la réalité des faits. La décision accordant ou refusant cette autorisation est notifiée au mineur, aux parents, tuteur ou autres personnes qui en ont la garde, par lettre recommandée du greffier avec avis de réception.

Le tribunal de la jeunesse, saisi d'une affaire par citation du ministère public peut, lorsqu'il estime inadéquate une mesure de garde, de préservation ou d'éducation se dessaisir et renvoyer l'affaire au ministère public pour être procédé à l'égard du mineur suivant les formes et compétences ordinaires.

La juridiction de droit commun saisie ne peut pas se dessaisir pour cause de minorité.

Art. 33. Le juge d'instruction n'est saisi par réquisitoire du ministère public ou ne se saisi d'office, soit en cas de flagrant délit, soit par application des règles ordinaires de la saisine, que dans des circonstances exceptionnelles, ou en cas de nécessité absolue. Il n'a pour mission que de rechercher et d'instruire les faits qualifiés d'infraction qui sont reprochés au mineur. L'instruction terminée, le juge d'instruction rend, sur le réquisitoire du ministère public, une ordonnance de non-lieu ou une ordonnance de renvoi devant le tribunal de la jeunesse. Le magistrat qui a fait l'instruction ne peut pas siéger dans la même affaire comme juge de la jeunesse. L'ordonnance de non-lieu et l'ordonnance de renvoi devant le tribunal de la jeunesse sont susceptibles d'opposition de la part du ministère public, du mineur, des parents, tuteur ou autres personnes ayant la garde du mineur. Cette opposition est portée devant la chambre des mises en accusation et faite dans les formes et délais prévus par le code d'instruction criminelle.

Néanmoins, lorsqu'après la clôture de l'information, il apparaît que les conditions de l'article 32 sont remplies dans le chef du mineur poursuivi, le juge de la jeunesse peut, à la requête du ministère public, ordonner qu'il soit procédé suivant les formes et compétences ordinaires, conformément à l'article 32.

Cette décision est notifiée par lettre recommandée du greffier avec avis de réception, conformément à l'article 32.

La faculté prévue à l'alinéa 3 du présent article appartient également au tribunal de la jeunesse, saisi d'une affaire par ordonnance de renvoi.

Art. 34. La décision du juge de la jeunesse accordant ou refusant au ministère public l'autorisation de procéder à l'égard d'un mineur suivant les formes et compétences ordinaires, n'est pas susceptible d'opposition.

Elle peut faire l'objet d'un appel, porté devant la chambre d'appel de la jeunesse, soit par le ministère public, soit par le mineur, ses parents, tuteur ou autres personnes qui en ont la garde.

Le délai d'appel est de dix jours.

Il commence à courir pour le ministère public à compter du jour de la décision et pour le mineur, les parents, tuteur ou autres personnes à compter du jour de la notification de la décision.

La chambre d'appel qui infirme la décision du juge de la jeunesse selon laquelle il doit être procédé à l'égard du mineur

suivant les formes et compétences ordinaires, est tenue de renvoyer l'affaire, pour le jugement au fond, devant un autre tribunal de la jeunesse ou devant le même, mais autrement composé.

La juridiction de droit commun saisie ne peut pas se dessaisir pour cause de minorité.

Art. 35. L'appel des décisions du juge ou du tribunal de la jeunesse est jugé par la chambre d'appel de la jeunesse, constituée d'un magistrat de la cour d'appel nommé à cet effet, sur les propositions de la cour supérieure de justice, par arrêté grand-ducal pour un terme de trois ans. Son mandat est renouvelable. En cas d'empêchement du titulaire, il lui est désigné un remplaçant par le président de la cour supérieure de justice. Les fonctions du ministère public près la chambre d'appel sont exercées par un magistrat du parquet de la cour, désigné par le procureur général. La chambre d'appel est assistée par un greffier de la cour. Elle peut prendre les mesures prévues aux articles 24 et 26.

Art. 36. Les mineurs âgés de moins de quinze ans accomplis ne peuvent assister aux audiences des cours et tribunaux que pour l'instruction et le jugement des poursuites dirigées contre eux, lorsqu'ils ont été appelés à déposer comme témoins ou lorsque les tribunaux estiment leur présence nécessaire dans les affaires où leurs intérêts sont en jeu, et seulement pendant le temps où leur présence est indispensable.

Art. 37. Le tribunal ou, dans le cas des articles 8 et 9, le juge de la jeunesse peuvent en tout temps soit d'office soit à la demande du ministère public, du mineur, des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, soit sur le rapport des agents de probation, rapporter ou modifier les mesures prises et agir, dans les limites de la présente loi, au mieux des intérêts du mineur.

Lorsque la demande émane du mineur, des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, elle ne peut être présentée qu'après l'expiration d'un délai d'un an à compter du jour où la décision ordonnant la mesure est devenue définitive.

Si cette requête est rejetée, elle ne peut être renouvelée avant l'expiration d'un an depuis la date à laquelle la décision de rejet est devenue définitive. Ces mesures font, en tout cas, l'objet d'une révision tous les trois ans lorsque leurs effets n'ont pas cessé dans l'intervalle. Dans tous les cas où le tribunal statue sur la révision, il est procédé en conformité des dispositions des articles 19, 20 et 21.

Chapitre II. DISPOSITIONS PARTICULIERES

Art. 38. Il est interdit de publier ou de diffuser de quelque manière que ce soit les débats des juridictions de la jeunesse.

Il en est de même de la publication ou de la diffusion de tous éléments qui seraient de nature à révéler l'identité ou la personnalité des mineurs qui sont poursuivis ou qui font l'objet d'une mesure prévue par la présente loi.

Toutefois les victimes d'infractions commises par des mineurs peuvent recevoir communication des éléments du dossier qui leur sont nécessaires pour faire valoir leur droit à réparation. Elles ne peuvent utiliser ces éléments qu'à ces seules fins. Les infractions au présent article sont punies d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 2.501 à 100.000 francs ou d'une de ces peines seulement.

Art. 39. Sont punis des peines de police, comme auteurs du fait commis par un mineur :

1. ceux qui, par un des moyens indiqués aux alinéas 3 et 4 de l'article 66 du code pénal, ont participé à un fait qualifié contravention ;
2. ceux qui ont participé de la même manière à un fait puni par les lois et règlements sur la police rurale et forestière.

Art. 40. Dans tous les cas où un mineur a commis un fait constituant une infraction d'après la loi pénale, et quelle que soit la mesure prise à son égard, si le fait a été facilité par un défaut de surveillance, la personne qui a la garde du mineur est punie d'une amende de 250 francs à 2.500 francs et d'un emprisonnement d'un jour à sept jours, ou d'une de ces peines seulement, sans préjudice des dispositions du code pénal et des lois spéciales concernant la participation.

Art. 41. Quiconque a recélé, en tout ou en partie, les choses obtenues par un mineur à l'aide d'un fait qualifié contravention, est puni d'une amende de 250 francs à 2.500 francs et d'un emprisonnement d'un à sept jours, ou d'une des ces peines seulement.

Art. 42. La loi du 12 novembre 1971 relative à la protection de la jeunesse, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 6 février 1975, est abrogée, à l'exception des articles 45 et 47.

Art. 43. Il est introduit un article 506-1 au code civil libellé comme suit :

«Art. 506-1. En cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé du majeur en tutelle, un médecin peut, en cas de refus d'accord du tuteur, prendre toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art médical.

En ce cas, le médecin doit adresser dans les trois jours au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises.

Art. 44. L'article 144 du code civil est modifié comme suit : L'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant seize ans révolus, ne peuvent contracter mariage.

Art. 45. Les articles suivants du code pénal sont modifiés et complétés comme suit :

Art. 371-1. Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à deux ans et d'une amende de 2.501 à 20.000 francs ou d'une de ces peines seulement, les père, mère et autres personnes qui soustrairont ou tenteront de soustraire un mineur aux mesures qui doivent être prises à son égard par application des dispositions de la loi sur la protection de la jeunesse,

ou en vertu d'une décision, même provisoire, d'une autorité judiciaire, qui le soustrairont ou tenteront de le soustraire à la garde de ceux auxquels il a été confié, qui ne le représenteront pas à ceux qui ont le droit de le réclamer, l'enlèveront ou le feront enlever, même de son consentement. Si le coupable avait encouru la déchéance totale ou partielle de l'autorité parentale sur l'enfant, l'emprisonnement pourra être élevé jusqu'à trois ans.

Art. 372. Tout attentat à la pudeur commis sans violence ni menaces, sur la personne ou à l'aide de la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de seize ans accomplis, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans. La peine sera la réclusion, si l'enfant était âgé de moins de onze ans accomplis.

Art. 375, alinéa 1er. Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur la personne d'autrui, soit à l'aide de violences ou de menaces graves, soit par ruse ou artifice, soit en abusant d'une personne hors d'état de donner un consentement libre ou d'opposer de la résistance, constitue un viol et sera puni de la réclusion.

Art. 375, alinéa 2. Est réputé viol commis en abusant d'une personne hors d'état de donner un consentement libre tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur la personne d'un enfant qui n'a pas atteint l'âge de quatorze ans accomplis. Dans ce cas, le coupable sera puni de la peine des travaux forcés de dix ans à quinze ans.

Art. 378, alinéa 2. Dans les cas prévus aux articles 372, alinéa 1er et 373, alinéa 1er, ils pourront, de plus, être condamnés à l'interdiction des droits de vote, d'élection et d'éligibilité pour un terme de cinq ans à dix ans.

Art. 46. L'alinéa final de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1984 portant réorganisation des établissements pénitentiaires est modifié comme suit :

L'application des mesures prises à l'égard des mineurs relève de la compétence du tribunal ou du juge de la jeunesse ; l'exécution matérielle des mesures prises relève de la compétence du procureur d'Etat.

Art. 47. La loi du 27 frimaire de l'an V (17 décembre 1796) relative aux enfants abandonnés est abrogée.

4.2. Loi modifiée du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat.

Art. 1er.— Le centre socio-éducatif de l'Etat, désigné dans la présente loi par le terme de «centre», est obligé d'accueillir les mineurs qui lui sont confiés par décision des autorités judiciaires, soit d'après les dispositions de la loi relative à la protection de la jeunesse, soit d'après toutes autres dispositions légales.

Il peut également accueillir d'autres pensionnaires.

Sur demande de l'intéressé, l'action du centre peut être continuée au-delà des limites d'âge prévues par la loi relative à la protection de la jeunesse.

Art. 2.— Par rapport à ses pensionnaires, le centre, dans le respect des dispositions des conventions internationales pertinentes en la matière, est chargé des missions suivantes:

- 1) une mission d'accueil socio-éducatif;
- 2) une mission d'assistance thérapeutique;
- 3) une mission d'enseignement socio-éducatif;
- 4) une mission de préservation et de garde.

Art. 3.— Le centre comprend les unités suivantes:

- les internats socio-éducatifs de Dreiborn et de Schrassig
- l'unité de sécurité de Dreiborn
- des logements externes encadrés
- le service psychosocial
- l'institut d'enseignement socio-éducatif
- l'unité de formation socio-pédagogique
- le service de gestion administrative, les services technique et d'économie domestique.

L'internat socio-éducatif remplit la mission d'accueil socio-éducatif.

L'unité de sécurité constitue une section fermée vers l'extérieur. Elle isole les pensionnaires y placés dans un espace limité. Les missions énumérées à l'article 2 ci-dessus sont assurées au sein de l'unité de sécurité.

Les logements externes encadrés constituent un ensemble d'habitations situées hors des internats de Dreiborn et de Schrassig. Y sont accueillis et suivis par le personnel du centre des pensionnaires plus âgés, ayant témoigné de leurs facultés d'autonomie et qui se situent en phase d'insertion socio-professionnelle.

Le service psychosocial remplit la mission d'assistance thérapeutique.

L'institut d'enseignement socio-éducatif remplit la mission d'enseignement socio-éducatif au sein du centre. Il comprend des classes axées sur le régime scolaire ordinaire dans un des autres ordres d'enseignement, des classes de promotion et des classes d'initiation professionnelle.

Au vu des missions spécifiques du centre, l'unité de formation socio-pédagogique est chargée d'organiser régulièrement des sessions de formation et de formation continue ainsi que des séances de supervision au bénéfice du personnel du centre.

Le service de gestion administrative est chargé de la coordination administrative et financière de l'ensemble des unités du centre ainsi que de la gestion des comptes individuels des pensionnaires.

Art. 4.- L'organisation générale du centre, la gestion administrative et financière, les missions d'accueil socioéducatif et d'assistance thérapeutique, l'organisation et la coordination des différentes unités sont du ressort du ministre ayant dans ses attributions la Famille, appelé dans la présente loi «ministre de la Famille».

Les décisions à prendre dans le cadre de la loi relative à la protection de la jeunesse et notamment celles qui concernent la mission de préservation et de garde sont de la compétence du ministre ayant dans ses attributions la Justice.

Les programmes de l'enseignement socio-éducatif et l'inspection pédagogique de l'institut d'enseignement socioéducatif relèvent de la compétence du ministre ayant dans ses attributions l'Education nationale.

Art. 5.- Il est institué une commission de surveillance et de coordination, composée de trois membres désignés respectivement par le ministre ayant dans ses attributions la Famille, par le ministre ayant dans ses attributions l'Education nationale et par le ministre ayant dans ses attributions la Justice.

La commission

- supervise les activités socio-éducatives, de guidance, d'enseignement et de formation professionnelle,
- assure la coordination entre les unités, ainsi que les relations du centre avec les départements ministériels compétents, les organes de placement et les services de guidance et d'assistance,
- donne son avis sur le projet socio-éducatif et psychothérapeutique à élaborer pour tout pensionnaire accueilli dans le centre,
- veille à l'exécution des décisions des autorités judiciaires,
- informe régulièrement les autorités judiciaires sur l'évolution des pensionnaires et propose les mesures qu'elle juge indiquées en raison de cette évolution,
- surveille l'exécution des mesures de sécurité et de discipline,
- intervient en faveur du développement du centre.

Art. 6.- La commission de surveillance et de coordination se réunit au moins une fois par trimestre, ou encore à l'initiative soit d'un de ses membres, soit du chargé de direction du centre.

La commission peut convoquer à ses réunions le chargé de direction, des membres du personnel, des pensionnaires, des parents ou autres représentants légaux des pensionnaires. Elle peut avoir recours à des experts.

Elle est présidée par le représentant du ministre de la Famille. Les travaux de secrétariat sont effectués par un fonctionnaire du ministère de la Famille.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement interne peuvent être arrêtées par règlement grand-ducal.

Art. 7.- La direction du centre est confiée à un chargé de direction qui exerce son mandat sous l'autorité du ministre de la Famille.

Le chargé de direction est désigné par le ministre de la Famille pour des mandats renouvelables de sept ans, parmi les fonctionnaires du centre. Il est autorisé à porter le titre de directeur.

Le chargé de direction est assisté dans sa mission par un adjoint au chargé de direction et des responsables d'unité.

L'adjoint du chargé de direction est désigné par le ministre de la Famille pour des mandats renouvelables de sept ans, parmi les fonctionnaires du centre. Il est autorisé à porter le titre de directeur adjoint.

Le responsable d'unité est désigné par le ministre pour des mandats renouvelables de deux ans, parmi les fonctionnaires et employés du centre.

Art. 8.- En dehors des pensionnaires du centre, l'institut d'enseignement socio-éducatif et le service psychosocial peuvent accueillir des mineurs ou des jeunes adultes en difficultés.

Art. 9.- Le régime de discipline comprend les mesures disciplinaires suivantes:

- a) l'exclusion temporaire des activités en commun
- b) la soumission à un régime de surveillance plus étroit
- c) le transfert dans une autre unité ou section du centre, à l'exception de l'unité de sécurité
- d) la relégation temporaire en chambre individuelle
- e) l'isolement temporaire.

Ces mesures ne peuvent être appliquées par le personnel du centre que sur ordre formel du chargé de direction ou d'un de ses délégués à la discipline et à la sécurité, mandaté formellement à cette fin par le chargé de direction, la commission de surveillance et de coordination demandée en son avis, et désigné parmi l'adjoint au chargé de direction et les responsables d'unité.

La mesure de l'isolement temporaire ne peut être prise que pour des motifs graves dûment documentés. La durée de la mesure ne peut pas dépasser dix jours consécutifs.

Le mineur à l'égard duquel des mesures disciplinaires sont prises peut faire un recours contre les décisions y relatives devant le président de la commission de surveillance et de coordination. Appel peut être interjeté devant le juge de la jeunesse. Aucun recours n'est admissible contre la décision du juge de la jeunesse.

Les châtiments corporels sont formellement interdits.

Art. 10.- Le régime de sécurité comprend les mesures de sécurité suivantes:

- a) visites corporelles
- b) inspection des chambres individuelles et des dortoirs
- c) inspection des effets personnels des pensionnaires
- d) contrôle de la correspondance des pensionnaires
- e) retrait d'objets, de médicaments et de substances pouvant mettre en cause la santé ou la sécurité des pensionnaires, du personnel ou de tierces personnes
- f) fermeture à clé temporaire, de jour ou de nuit, de tout ou partie des dortoirs et des chambres individuelles.

Ces mesures ne peuvent être appliquées par le personnel du centre que sur ordre formel du chargé de direction ou d'un de ses délégués à la discipline et à la sécurité,

mandaté formellement à cette fin par le chargé de direction, la commission de surveillance et de coordination demandée en son avis, et désigné parmi l'adjoint au chargé de direction et les responsables d'unité.

Les pensionnaires ne peuvent être fouillés que par des personnes de leur sexe. Les opérations sous a), b), c) et e) ne peuvent être faites que par deux agents au moins.

Art. 11.- Le placement d'un pensionnaire dans l'unité de sécurité requiert une décision formelle des autorités judiciaires conformément aux dispositions de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

Toutefois, au sein de l'unité de sécurité, le nombre des pensionnaires placés ne peut pas dépasser douze.

La durée d'une mesure d'admission en unité de sécurité ne peut pas dépasser trois mois. Toute prolongation requiert une décision formelle des autorités judiciaires.

Art. 12.- Le centre veille à ce que tout pensionnaire

- soit inscrit dans une des classes de l'institut d'enseignement socio-éducatif ou dans un autre établissement scolaire
- ou exerce une occupation professionnelle hors du centre
- ou suive une mesure d'initiation professionnelle hors du centre.

A défaut d'instructions des autorités judiciaires compétentes, les décisions y relatives appartiennent au chargé de direction.

Art. 13.- Tous les frais médicaux en rapport avec les pensionnaires sont à charge du centre.

Art. 14.- Le cadre du personnel du centre comprend les emplois et les fonctions ci-après:

1) dans la carrière supérieure de l'administration:

- des psychologues,
- des pédagogues;

2) dans la carrière moyenne de l'administration:

- des assistants sociaux ou assistants d'hygiène sociale,
- des ergothérapeutes,
- des infirmiers gradués,
- des pédagogues curatifs,
- des éducateurs gradués,
- des éducateurs instructeurs,
- des rédacteurs;

3) dans la carrière inférieure de l'administration:

- des infirmiers psychiatriques,
- des infirmiers,
- des éducateurs,
- des expéditionnaires,
- des éducateurs instructeurs,
- des artisans,
- des gardiens,
- des concierges,
- des garçons de bureau;

4) dans la carrière moyenne de l'enseignement:

– des instituteurs spéciaux ou instituteurs d'enseignement spécial ou instituteurs;

5) dans la carrière inférieure de l'enseignement:

– des contremaîtres instructeurs.

Les carrières sous 1), 2), et 3) ci-dessus sont réglées, en ce qui concerne les différentes fonctions qu'elles comportent, le nombre des emplois des fonctions de promotion ainsi que les conditions et la forme des nominations, par les dispositions de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat et de la loi du 28 mars 1986 portant harmonisation des conditions et modalités d'avancement dans les différentes carrières des administrations et services de l'Etat.

Le cadre prévu ci-dessus peut être complété par des chargés de cours, des stagiaires, des employés et des ouvriers de l'Etat suivant les besoins de service et dans la limite des crédits budgétaires.

Des fonctionnaires ou employés du ministère de la Famille et des fonctionnaires d'autres administrations peuvent être détachés à titre temporaire au centre. Des enseignants des différents ordres d'enseignement peuvent être détachés au centre, pour des tâches complètes et partielles et à durée déterminée.

Les fonctionnaires du centre, détachés à titre définitif à d'autres administrations ou services, sont placés hors cadre et libèrent l'emploi qu'ils occupaient; ils peuvent avancer parallèlement à leurs collègues de rang égal ou immédiatement inférieur au moment où ces derniers bénéficient d'une promotion.

Art. 15.— L'instituteur et l'instituteur d'enseignement spécial sont soumis aux règles d'admission et de nomination prévues pour les fonctions correspondantes auprès de l'enseignement primaire ou de l'enseignement différencié. Ils peuvent être nommés à la fonction d'instituteur spécial s'ils sont détenteurs du certificat de perfectionnement ou du brevet d'enseignement complémentaire ou s'ils justifient d'une qualification personnelle obtenue par une expérience pratique d'au moins cinq années, dont une auprès des Maisons d'enfants de l'Etat ou du Centre socio-éducatif de l'Etat.

Sur sa demande, l'instituteur spécial, bénéficiant d'un classement au grade E4, a le droit d'être détaché à un lycée technique, s'il peut se prévaloir de dix années d'activité auprès du Centre socio-éducatif de l'Etat ou des Maisons d'enfants de l'Etat et s'il est âgé de quarante-cinq ans au moins.

Art. 16.— Les nominations aux fonctions classées au grade 9 ou E4 et supérieures sont faites par le Grand-Duc. Les nominations aux autres fonctions sont faites par le ministre de la Famille. Les nominations dans les carrières de l'enseignement sont faites sur avis du ministre ayant l'Education nationale dans ses attributions.

Art. 17.— Sans préjudice de l'application des dispositions du statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions d'admission, de nomination et de promotion aux fonctions prévues ci-dessus ainsi que les modalités des examens sont déterminées par règlement grand-ducal.

Art. 18.— Lorsqu'un emploi d'une fonction de promotion n'est pas occupé, le nombre des emplois d'une fonction inférieure au grade de la même carrière peut être temporairement augmenté en conséquence.

Art. 19.- L'employé de l'Etat, détenteur du grade académique de psychologue, engagé le 1er mai 1994 et affecté au Centre socio-éducatif de l'Etat peut être nommé aux fonctions de psychologue à condition d'avoir réussi à un examen de qualification dont les conditions et modalités sont fixées par règlement grand-ducal.

Il est dispensé de la condition de stage et les périodes passées depuis le 1er mai 1994 lui sont bonifiées comme période de service intégrale tant pour le calcul du traitement que pour les avancements en traitement prévus par l'article 22, paragraphe II, point 9° de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat. Les dispositions de l'article 7, paragraphe 6 et de l'article 22, VI, paragraphe 1er, alinéa 1 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat ne sont pas applicables.

Art. 20.- Pour la durée de leur mission, le chargé de direction bénéficie d'une indemnité mensuelle non pensionnable de 30 points indiciaires, le responsable d'unité de l'institut d'enseignement socio-éducatif d'une prime de responsabilité mensuelle non pensionnable de 20 points indiciaires.

Art. 21.- Les articles 7, 8, 18 et 20 de la loi du 12 juillet 1991 portant organisation des centres socio-éducatifs de l'Etat continueront à servir de fondement juridique aux règlements d'application pris sous son empire.

Art. 22.- Est abrogée la loi du 12 juillet 1991 portant organisation des centres socio-éducatifs de l'Etat.

4.3. Règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 portant sur la sécurité et le régime de discipline dans les centres socio-éducatifs de l'Etat.

Chapitre Ier : Sécurité intérieure des centres socio-éducatifs de l'Etat

Art.1er. - La sécurité intérieure des centres socio-éducatifs et la surveillance des pensionnaires incombent au personnel de chaque centre. Les mesures y relatives sont arrêtées par le chargé de direction qui tient compte du caractère particulier du centre en question. Ces mesures doivent toutefois être approuvées préalablement par la commission de surveillance et de coordination.

Toutefois lorsque la gravité ou l'ampleur d'un incident survenu ou redouté à l'intérieur d'un centre ne permet pas d'assurer le rétablissement ou d'envisager le maintien de l'ordre et de la sécurité par les seuls moyens du personnel, le chargé de direction ou son remplaçant fait appel au chef de la brigade de gendarmerie la plus proche et rend compte sur le champ de cette demande d'intervention au procureur d'Etat. Il est procédé de même en cas d'attaque ou de menace provenant de l'extérieur.

Art.2. - Les pensionnaires doivent faire l'objet d'une surveillance attentive cadrant avec les buts éducatifs collectifs et individuels.

Le contrôle des présences des pensionnaires peut être effectué chaque fois qu'il est jugé utile. Des rondes de nuit à l'intérieur des centres peuvent être ordonnées par le chargé de direction ou son remplaçant.

Art.3. - Pour des raisons de sécurité, le chargé de direction ou son remplaçant peut ordonner les mesures suivantes :

- a) visites corporelles
- b) inspection des chambres individuelles et des dortoirs
- c) inspection des effets personnels des pensionnaires
- d) contrôle de la correspondance des pensionnaires
- e) retrait d'objets, de médicaments et de substances pouvant mettre en cause la santé ou la sécurité des pensionnaires, du personnel ou de tierces personnes
- f) fermeture à clé temporaire de jour ou de nuit de tout ou partie des dortoirs et des chambres individuelles.

Les pensionnaires ne peuvent être fouillés que par des personnes de leur sexe.

Les opérations sous a), b), c) et e) ne peuvent être faites que par deux agents au moins.

Art.4. - Seuls le chargé de direction et les membres du personnel peuvent disposer des clés donnant accès à l'enceinte et aux divers locaux des centres. Le chargé de direction peut toutefois à titre exceptionnel autoriser un tiers à détenir une telle clé. Il est interdit aux membres du personnel d'abandonner les clés ou de les confier à des personnes non autorisées.

Art.5. - L'accès des centres est libre, pour l'exercice de leurs fonctions ou l'accomplissement de leur mission, aux membres de la commission de surveillance et de coordination, aux membres des parquets, aux présidents des cours et

tribunaux, aux juges d'instruction, aux juges de la jeunesse, aux membres du service central d'assistance sociale et aux médecins de la direction de la Santé.

D'autres visiteurs ne sont admis dans les centres que sur autorisation préalable du ministre de la Famille, des membres de la commission de surveillance et de coordination ou du chargé de direction.

Aucun visiteur ne peut pénétrer à l'intérieur des centres sans avoir justifié au préalable de son identité et de sa qualité.

Art.6. - Il est interdit au personnel des centres, aux pensionnaires et à tout visiteur de photographier et de filmer l'intérieur des centres ou les pensionnaires à moins d'y être autorisé spécialement par le président de la commission de surveillance et de coordination. Il en est de même de tout croquis, enregistrement sonore et visuel.

Art.7. - Le port et l'usage d'armes et de munitions sont interdits aussi bien au personnel en fonction qu'aux pensionnaires.

Art.8. - Tout événement grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité des centres, tout acte de violence entre pensionnaires ou vis-à-vis de membres du personnel, tout crime et tout délit sont portés par le chargé de direction à la connaissance du procureur d'Etat, du juge de la jeunesse et des membres de la commission de surveillance et de coordination, dans un rapport relatant les causes qui ont déclenché l'incident et les circonstances qui l'ont accompagné ainsi que les moyens mis ou à mettre en oeuvre pour en prévenir la répétition.

Art.9. -Toute fugue est signalée aux services de l'ordre, au procureur d'Etat ainsi qu'au juge de la jeunesse.

Chapitre II. - Mesures disciplinaires extraordinaires

Art.10. - Les infractions des pensionnaires aux lois, règlements et instructions, leurs actes de désobéissance, d'indiscipline et d'insubordination peuvent entraîner, suivant les circonstances et la gravité du cas, les mesures disciplinaires extraordinaires suivantes :

- a) le retrait de tout ou partie des avantages antérieurement accordés
- b) l'exclusion de tout ou partie des activités en commun
- c) la soumission à un régime de surveillance plus étroit
- d) le transfert dans un autre centre ou dans une autre section du centre
- e) la relégation temporaire en chambre individuelle
- f) l'isolement temporaire.

Le transfert d'un centre à un autre relève de la compétence du magistrat qui a ordonné le placement.

Toutes ces mesures ne peuvent être appliquées par le personnel que sur ordre formel du chargé de direction ou de son remplaçant. Elles sont signalées au procureur d'Etat, au juge de la jeunesse et aux membres de la commission de surveillance et de coordination. Les mesures sous d) et f) doivent immédiatement être portées à la connaissance du président de la commission de surveillance et de coordination.

Toutes ces mesures peuvent être prononcées cumulativement.

Le magistrat qui a ordonné le placement, la commission de surveillance et de coordination, le président de la commission et le chargé de direction ont la faculté de modifier les mesures ordonnées ou de suspendre leur exécution. Les mesures disciplinaires prévues au présent article sont consignées en cas de sanction dans le dossier personnel du pensionnaire concerné.

Art.11. - La mesure de l'isolement temporaire consiste dans le maintien du pensionnaire, de jour et de nuit, dans une cellule qu'il doit occuper seul. Elle peut entraîner la privation de formation, de travail, des loisirs, des activités en commun et de l'usage des effets personnels.

La mesure de l'isolement temporaire ne peut être appliquée que pour des motifs graves. Dans un délai de vingt-quatre heures après le début de la mesure, un médecin doit examiner le mineur afin de vérifier si celui-ci est capable de la supporter. Dans tous les cas le médecin rédige un certificat médical qu'il remet au chargé de direction ou à son remplaçant.

Un médecin visite au moins deux fois par semaine les pensionnaires qui subissent la mesure de l'isolement temporaire.

La durée d'une mesure d'isolement temporaire ne peut excéder vingt jours consécutifs. La mesure est suspendue si le médecin constate que la continuation est de nature à compromettre la santé physique ou mentale du mineur. Toute mesure d'isolement temporaire dont la durée dépasse dix jours consécutifs doit être reconsidérée par le chargé de direction qui pour ce faire se concerte avec le médecin, le magistrat qui a pris la mesure de placement et le président de la commission de surveillance et de coordination.

Art.12. - Les châtiments corporels sont formellement interdits.

Chapitre III :Divers

Art.13. - La commission de surveillance et de coordination peut désigner pour chaque centre un ou plusieurs médecins à qui le chargé de direction ou son remplaçant peut confier les examens ou les traitements médicaux des pensionnaires.

Art.14. - Les membres du personnel qui ne respectent pas les dispositions du présent règlement s'exposent à des sanctions disciplinaires.

Art.15. - Chaque membre du personnel et tout pensionnaire peut présenter des requêtes ou des plaintes au chargé de direction. Un recours contre les décisions du chargé de direction est possible devant le président de la commission de surveillance et de coordination.

Art.16.- Le chargé de direction tient les registre et écritures suivants :

a) le registre des pensionnaires mentionnant sur une page individuelle les noms et prénoms des pensionnaires admis, le numéro national, les noms et prénoms des parents, la date de l'admission, la décision qui a ordonné cette admission et la date de cette décision, la date et la durée des congés avec la décision qui les ont ordonnées, la date et la décision de l'élargissement ou du placement à l'extérieur, la date et la décision du transfert à la section disciplinaire d'un autre établissement et celle de la réintégration ;

- b) le dossier personnel de chaque pensionnaire;
- c) les copies des diplômes et certificats scolaires décernés aux pensionnaires par le centre.

Toutes ces données sont strictement confidentielles.

4.4. Mots clés du chapitre 2, par paragraphes

Les textes législatifs de base (1)

Les établissements concernés (2)

L'administrateur ad hoc (3)

Les congés à accorder par le juge de la jeunesse (4)

Le droit du mineur d'être entendu par un juge (5)

Le placement du mineur au Centre Pénitentiaire de Luxembourg (6)

La requête en mainlevée d'un placement (7)

Les mesures disciplinaires (8)

L'isolement temporaire (9)

La fouille corporelle (10)

Le droit à une visite médicale au moment de l'entrée au CSEE (11)

L'accès aux lieux (12)

Le droit de contacter la Médiateure (13)

Les modalités de transport des mineurs par la Police grand-ducale (14)

Le port des menottes (15)

L'entrée en milieu privatif de liberté, précautions particulières et information du mineur (16)

La protection des nouveaux arrivants (17)

ANNEXE II

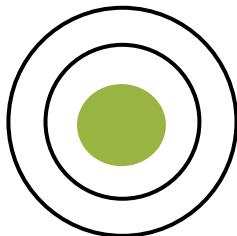
B. Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

T
R
T



P

Le Centre

P

socio-éducatif de l'Etat

A

Commentaires et réactions

R

Après la fin de la mission, le Contrôleur externe a fait parvenir un rapport provisoire au Ministère de la Famille, au Ministère de la Justice, au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, à l'Ombudscomité fier d'Rechter vum Kand (ORK), à la Commission consultative des Droits de l'Homme, à Monsieur le Procureur Général d'Etat, à Monsieur le Président de la Commission de Surveillance et de Coordination du Centre Socio-Educatif de l'Etat (CSEE), à Monsieur le Directeur du Centre Socio-Educatif de l'Etat et à Monsieur le Directeur du Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

Le but de la transmission d'un rapport provisoire à l'institution visée par le contrôle, à son autorité de tutelle ainsi qu'à différents autres acteurs institutionnels directement concernés était de leur permettre de vérifier les affirmations et constats purement matériels contenus dans le rapport et de faire connaître leur prise de position quant aux observations de fond et les recommandations faites par la Médiateure.

Le rapport n'a pas suscité de remarques particulières de la part de Monsieur le Ministre de la Santé, de Madame la Ministre de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, de l'ORK, de Monsieur le Procureur Général d'Etat et de la Commission consultative des Droits de l'Homme qui a seulement adressé un avis informel, non avalisé en plénière, à la Médiateure.

La Médiateure ne saurait cependant cacher son étonnement devant l'absence de réactions de Madame la Ministre de la Famille et de Monsieur le Directeur du CSEE pourtant directement concernés par cette mission de contrôle.

1. Prise de position de la Commission de Surveillance et de Coordination du Centre Socio-Educatif de l'Etat

« Commentaires de la Commission de Surveillance et de Coordination du Centre socio-éducatif de l'Etat au rapport provisoire concernant la mission de contrôle effectuée par la Médiateure.

Préliminaire :

Le présent document inclut les remarques, commentaires et réactions faites par la Commission de Surveillance et de Coordination instituée à l'art.5 de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat suite au rapport de la Médiateure en tant que Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté. A toutes fins utiles rappelons que la composition de la commission comporte les représentants du Ministère de la Famille et de l'Intégration, du Ministère de la Justice, du Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle et la direction du CSEE.

Les conclusions des contrôleurs externes se basent sur leur lecture des dispositions juridiques applicables en la matière, sur les entretiens avec la direction et des membres du personnel et sur les déclarations des mineurs placés au CSEE. Il aurait été utile d'entendre également les juges de la jeunesse, ce qui aurait permis de clarifier certains points et de dresser un constat plus nuancé.

La commission tient à féliciter la Médiateure pour la précision de ses observations concernant les infrastructures et la pratique pédagogique. Il a été apprécié que la visite de la Médiateure se soit faite en amont de l'ouverture de la nouvelle unité de sécurité, ce qui permettra au niveau des travaux préparatoires de tenir compte au mieux des recommandations de la Médiateure. La commission aimerait signaler aussi que dans le cadre de la mise en place de l'unité de sécurité une révision générale des règlements actuels s'est imposée et un groupe de travail a été constitué il y a quelques mois. Ainsi ce groupe de travail ne manquera-t-il pas de tenir compte des recommandations de la Médiateure.

D'une manière générale n'y aurait-il pas lieu de réfléchir à la question quant à savoir si l'ensemble du CSEE constitue effectivement un lieu privatif de liberté ou si ce n'est que la seule la section fermée qui devrait être considérée comme lieu privatif de liberté ? La Commission de Surveillance et de Coordination se doit de rappeler que, hormis les sections fermées, le CSEE ne constitue pas un « lieu où se trouvent des personnes privées de liberté ». Le placement d'un mineur à Dreiborn ou à Schrassig ne constitue pas une mesure visant à sanctionner le mineur, mais au contraire, une mesure de protection destinée à l'éloigner d'un milieu dans lequel son bon développement est compromis (absentéisme scolaire, délinquance,...) afin de le faire bénéficier d'un encadrement psycho-socio-éducatif structuré favorisant son intégration sociale. La situation des mineurs au CSEE ne saurait dès lors être assimilée à celle d'un détenu en milieu fermé.

En effet, les jeunes placés au CSEE sont encouragés à continuer leur parcours scolaire autant que possible à l'extérieur dans le cadre de leurs institutions scolaires. Il est porté un soin particulier aux liens avec leur famille, facteur extrêmement important dans la création identitaire d'un jeune adolescent. Un retour régulier au domicile est ainsi permis au jeune. Cette pratique est tout à fait semblable à d'autres centres d'accueil au Luxembourg, de même que l'offre d'activités éducatives et récréatives encadrées à l'extérieur. Il faut souligner l'absence complète d'enceintes restrictives de liberté aussi bien à Dreiborn qu'à Schrassig.

Quelques recommandations de la Médiateure trouveront sans doute une réaction immédiate, d'autres méritent une attention et une réflexion plus approfondies de la part de la commission pour y réagir de suite et d'autres appellent à certaines remarques.

Commentaires:

Ad 3) *Le placement dans le CSEE constituant une mesure de protection, il est inexact de dire qu'il existe un conflit d'intérêt entre le dépositaire du droit de garde et l'établissement dont il fait partie. En effet, l'institution, dans son ensemble, agit dans l'intérêt du mineur, dans un esprit de protection et non de sanction. La nomination d'un administrateur ad hoc ne se justifie dès lors pas, ce d'autant plus que le projet de loi 5351 prévoit que chaque mineur placé au CSEE devra d'office être assisté par un avocat.*

Il est un fait que nombre de jeunes disposent déjà actuellement de l'assistance d'un avocat et d'ailleurs ont libre accès à toute communication avec l'ORK et bien entendu la Médiateure, personnes bien situées pour intervenir en cas de conflits d'intérêt entre le mineur et l'établissement.

La commission tient particulièrement à souligner dans ce contexte son respect par rapport au travail accompli par l'ORK.

Ad 5) *Il est inexact de dire que les recours contre les mesures de placement provisoire constituaient des exceptions, alors qu'une ou plusieurs demandes sont faites chaque semaine. Tout mineur qui le demande a la possibilité d'obtenir une entrevue avec le juge de la jeunesse en charge de son dossier. Par ailleurs, ces derniers, qui sont en contact permanent avec les responsables du CSEE, s'y déplacent régulièrement pour discuter avec les mineurs dont la situation le requiert.*

En cas de placement définitif, le juge de la jeunesse peut à tout moment de sa propre initiative, en présence d'éléments nouveaux, modifier la mesure. En outre, tant le mineur que ses parents peuvent à tout moment demander que le mineur bénéficie d'un congé. Aussi, si certains placements perdurent, ce n'est pas en raison de l'absence de tout recours, mais parce qu'une prise en charge effective du mineur nécessite un accompagnement socio-éducatif qui s'inscrit sur une longue durée.

On ne saurait prétendre que des mineurs seraient placés dans des établissements psychiatriques fermés pour pallier au manque de places dans d'autres institutions! De tels placements n'interviennent que sur avis médical.

Concernant les dispositions légales et réglementaires :

Ad 8) 10) 12) 13) *Dans le cadre de la mise en place de l'unité de sécurité une révision générale des règlements actuels s'est imposée et un groupe de travail a été constitué. Ce groupe de travail ne manquera pas de tenir compte des recommandations de la Médiateure.*

Ad 9) *L'application d'une mesure d'isolement à un jeune demeure une situation exceptionnelle, une réaction pédagogique immédiate à un acte non tolérable, qui si elle est appliquée ne permet pas le délai que serait un examen médical préalable.*

Ad 11) *Il n'y aura pas de problèmes à faire figurer cette recommandation qui est pratique courante dans le cadre d'un texte réglementaire car actuellement dès l'entrée d'un nouveau pensionnaire, l'infirmière du CSEE prend contact avec un médecin traitant, qui procède à un examen médical du nouvel arrivant.*

Concernant les constats sur place :

Ad 14) *La commission partage l'avis que le recours aux menottes doit rester exceptionnel.*

Ad 16) Les responsables du CSEE envisagent la rédaction d'une brochure d'information sur les unités du CSEE pour fin 2013 notamment en faisant recours à des pictogrammes afin de tenir compte de l'hétérogénéité linguistique de la population des jeunes.

Ad 17) La commission estime l'idée du tutorat très intéressante, mais difficilement réalisable en raison de la surpopulation et de la fluctuation des pensionnaires. Des réunions hebdomadaires ont lieu dans chaque groupe de vie où les pensionnaires peuvent aborder tous les points ayant trait à la vie communautaire.

Ad 19) Depuis de nombreuses années le CSEE fournit de grands efforts en matière de la « broken window theory ».

Ad 20/22) Les responsables du CSEE, dans le cadre des limites du contrat existant avec l'entreprise de nettoyage, veilleront à la bonne mise en pratique.

Ad 21) L'installation d'un système d'aération du bloc sanitaire au CSEE Schrassig, figure sur le plan pluriannuel établi entre les responsables du CSEE et l'Administration des Bâtiments Publics.

Ad 23) Des produits moins susceptibles de provoquer des allergies sont à la disposition des pensionnaires.

Ad 24) Le bâtiment abritant les ateliers artistiques et la menuiserie sont en voie de restauration.

Ad 25) Pour des raisons de sécurité les fenêtres de l'internat de Dreiborn ne sont ouvertes qu'aux périodes d'absence des pensionnaires dans leurs chambres.

Ad 26) La commission va revoir l'organisation de travail et la répartition des tâches du personnel pour évaluer si la différence de traitement pourra être résolue autrement que par la création d'un poste supplémentaire, permettant l'engagement d'un aide-ouvrier, s'occupant de la lingerie au CSEE de Schrassig.

La même remarque s'impose pour le point 30)

Ad 31/32/) La commission salue l'idée de collaboration avec un(e) diététicien(ne) proposée par la Médiateure et se propose d'approcher à cette fin le Ministère de la Santé.

Ad 33) Le budget réservé à l'alimentation des jeunes est présenté séparément et n'est en rien affecté par le fait que des membres du personnel prennent leur repas ensemble avec les jeunes.

Ad 35,39) La commission retient la recommandation de la Médiateure d'engager une deuxième infirmière et la transmettra aux instances concernées.

Ad 38) Le programme pour 2013 de l'Unité de Formation Socio-Pédagogique prévoit un cours ayant pour objectif de sensibiliser les éducateurs à l'importance et à la distribution des médicaments.

Ad 40) L'équipement d'urgence est régulièrement contrôlé par un organisme agréé externe en collaboration avec l'infirmière du CSEE.

Ad 41) L'expérience montre que les pensionnaires font de l'abus lorsqu'ils disposent personnellement des médicaments prescrits par un médecin. Il est évident que les pensionnaires ont accès de suite à la médication prescrite en cas de besoin.

Ad 42) L'accès à l'armoire contenant les dossiers médicaux est réservé aux médecins et à l'infirmière.

Ad 46, 103) La commission exprime son consentement par rapport à l'importance accordée à une éducation sexuelle et affective des jeunes et fait remarquer qu'une collaboration du CSEE s'est établie depuis de nombreuses années et à base régulière avec des professionnels de la Croix-Rouge, du Planning Familial, de Solidarité Jeunes, qui interviennent auprès des jeunes et du personnel pour les sensibiliser. Ces formations sont inscrites dans l'organisation scolaire et réalisées chaque année..

Ad 51) La commission approuve l'idée soit d'engager un pédopsychiatre soit d'assurer par une convention la présence régulière d'un pédopsychiatre sur les deux sites.

Ad 56, 82) Le mobilier pour la section fermée et l'installation de toilettes dans la section fermée à Schrassig figurent sur le plan pluriannuel établi entre les responsables du CSEE et l'Administration des Bâtiments Publics.

Ad 3.3.1). Remarque générale concernant les infrastructures :

Il est un fait que la population des jeunes - à l'instar de la population du pays - a tendance à augmenter rapidement. S'il y avait dans le passé toujours des moments où le CSEE touchait à ses limites d'accueil, il est vrai que depuis peu ceci semble être devenu la règle. Il faut néanmoins aussi relever que des investissements importants ont été réalisés dans les cinq dernières années sur le site:

- construction d'une nouvelle infrastructure scolaire
- construction de nouveaux ateliers
- construction d'un terrain multisports
- rénovation de la salle de sport, des ateliers artistiques et de la menuiserie (en cours)
- création d'une salle de musculation
- rénovation de l'internat et de l'ancienne chapelle en salle polyvalente

On ne saurait donc faire passer l'image d'une infrastructure du moyen-âge et les travaux de rénovation continuent d'ailleurs. (cf remarque ci-dessus).

La commission procédera à un examen détaillé des recommandations de la Médiateure en ce sens. Il est bien vrai par ailleurs que si la qualité de l'accueil se trouve très positivement relevée par ces investissements importants, la capacité d'accueil n'a été que peu augmentée par ces mesures.

Ad 3.2.2) Remarque générale concernant le personnel:

Suite à l'augmentation constante du nombre de jeunes placés au CSEE, un premier contingent de 10 nouveaux postes a été accordé par le conseil de gouvernement en 2010. Après une évaluation des besoins par la commission de rationalisation du gouvernement prévu pour 2013 de nouveaux postes pourront être éventuellement libérés pour les besoins des internats actuels. Soulignons tout-de même que si évidemment les modalités de recrutement suivent les procédures étatiques souvent complexes, force est de constater que toutes les administrations concernées font preuve du maximum de flexibilité, que ce soit pour les délais où pour les conditions de recrutement. La commission souligne qu'elle a pu constater, à tout moment, une compréhension totale pour la situation particulière du CSEE.

Ad 69) *Depuis plus de 10 ans, des cours de supervision individuelle et d'équipe figurent dans le programme de l'Unité de Formation Socio-Pédagogique.*

Ad 84) *Les responsables du CSEE souhaitent préciser que ce sont certains mineurs qui demandent que la durée à l'air libre soit fractionnée. La durée à l'air libre est dûment documentée.*

Ad 90) *Suite à la réunion avec la Médiateure, ses contrôleurs et la direction du CSEE en date du 25 avril 2012, la direction a entendu le cas signalé, ce dernier a réfuté le déclaratif des pensionnaires.*

Ad 3.7. Remarque générale concernant l'UNISEC

En vue de l'augmentation constante du nombre de jeunes placés au CSEE, la commission partage le souci de la Médiateure que les capacités d'accueil de l'UNISEC pourront rapidement s'avérer comme très limitées. Les recommandations de la Médiateure seront fort utiles dans les travaux préparatoires à l'ouverture de la nouvelle unité et la commission s'en félicite.

Ad 96) *Depuis 2011, les responsables du CSEE en collaboration avec la commission travaillent sur un concept global de gestion, de sécurité et de fonctionnement de l'UNISEC.*

Remarque générale concernant la proposition de restructuration du CSEE

La commission trouve les propositions de restructuration fort intéressantes, mais elles dépassent le cadre des compétences de la

commission de surveillance et de coordination du CSEE et mériteraient d'être discutées dans toute leur complexité dans le cadre d'une réflexion politique globale sur la protection de la jeunesse et la délinquance juvénile.

Luxembourg, le 28 juin 2012

Pour la Commission de Surveillance et de Coordination du Centre socio-éducatif de l'Etat

*Nico Meisch
Premier Conseiller de Gouvernement*

*Président de la Commission de
Surveillance et de Coordination
Du Centre socio-éducatif de l'Etat »*

Cette prise de position appelle les commentaires suivants de la part de la Médiateure:

La Médiateure remercie d'emblée les membres de la Commission de Surveillance et de Coordination du CSEE de la lecture attentive et approfondie du présent rapport ainsi que de la richesse des commentaires et avis soumis.

La Médiateure a volontairement décidé de ne pas consulter *ex ante* les membres de la magistrature en charge des dossiers de la jeunesse. Cette décision était avant tout motivée par des considérations liées à l'indépendance du troisième pouvoir. S'il est évident que la Médiateure se doit de respecter scrupuleusement cette nécessaire indépendance, il n'en reste pas moins que des entretiens plus ou moins confidentiels tant avec la magistrature assise qu'avec des représentants de la magistrature debout ne peuvent guère se faire sans se référencer à des cas concrets ce qui mène inéluctablement à des situations délicates qu'il est indiqué d'éviter. Comme l'avis de la magistrature en charge de ce genre de dossiers délicats est cependant très important, la Médiateure a tenu à transmettre le rapport, par la voie officielle, pour avis et commentaires à Monsieur le Procureur Général d'Etat. La Médiateure rejoint l'avis des membres de la Commission de Surveillance et de Coordination que l'opinion de la magistrature aurait constitué un enrichissement certain de ce rapport et elle ne peut dès lors que regretter l'absence de réactions.

La Médiateure note avec intérêt que dans le cadre de la mise en place de l'unité de sécurité, un groupe de travail ait été chargé d'une révision en profondeur des règlements actuels. Elle souhaite être tenue informée par écrit des progrès de ces travaux et de leurs résultats.

La Médiateure entend ensuite clarifier une fois pour toutes la question de sa compétence pour agir en ce qui concerne les différents endroits où peuvent séjourner des personnes privées de leur liberté.

D'autres missions de contrôle menées par le passé ont déjà fait surgir des questionnements analogues, basés sur le critère que l'institution concernée constitue un « établissement de surveillance » ou non. La Commission de Surveillance et de Coordination avance la question si l'ensemble du CSEE ou seulement les deux sections fermées constituent des lieux de privation de liberté permettant le contrôle externe par la Médiateure en vertu des disposition de la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions.

Tout d'abord, il y a lieu de considérer les termes de l'article 4 du protocole facultatif, ratifié par la prédite loi qui énonce que :

« Art. 4. 1. Chaque Etat Partie autorise les mécanismes visés aux art. 2 et 3 à effectuer des visites, conformément au présent Protocole, dans tout lieu placé sous sa juridiction ou sous son contrôle où se trouvent ou pourraient se trouver des personnes privées de liberté sur l'ordre d'une autorité publique ou à son instigation, ou avec son consentement exprès ou tacite (ci-après dénommé lieu de détention). Ces visites sont effectuées afin de renforcer, s'il y a lieu, la protection desdites personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

2. Aux fins du présent Protocole, on entend par privation de liberté toute forme de détention ou d'emprisonnement, ou le placement d'une personne dans un établissement public ou privé de surveillance dont elle n'est pas autorisée à sortir à son gré, ordonné par une autorité judiciaire ou administrative ou toute autre autorité publique. »

On en dégage que le mécanisme visé aux articles 2 et 3 du protocole facultatif, donc la Médiateure en ce qui concerne le Grand-duché de Luxembourg, est compétente pour effectuer des visites dans tout lieu placé sous le contrôle ou la juridiction de l'Etat dans lequel se trouvent ou pourraient se trouver des personnes privées de liberté en vertu d'un ordre émanant d'une autorité publique, à l'instigation d'une autorité publique, et avec le consentement exprès ou tacite de cette autorité.

La Médiateure est ainsi compétente pour vérifier les conditions de toute forme de détention, d'emprisonnement ou de placement d'une personne par une autorité judiciaire ou administrative ou même par une autre autorité publique, dans un quelconque lieu duquel cette personne n'est pas autorisée à sortir de son gré.

Le caractère de privation de liberté se dégage à suffisance du fait que la personne concernée ne soit pas admise à quitter ce lieu de son plein gré et qu'elle s'y trouve sur ordre d'une autorité publique, judiciaire ou administrative normalement, du moins en ce qui concerne le Grand-Duché de Luxembourg.

Le caractère d'établissement de surveillance n'est en rien déterminant de la compétence pour agir de la Médiateure, alors que par définition, des endroits où des personnes sont enfermées contre leur gré sont soumis à des impératifs de surveillance spécifiques afin de prévenir à tout trouble à l'ordre public ou à tout danger qui pourrait résulter d'une fugue. Même à supposer l'absence totale de moyens de surveillance, ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne le CSEE, cette institution répondrait toujours au critère de lieu de privation de liberté du fait que les jeunes qui y sont placés ne sont pas libres de quitter l'institution de leur plein gré.

La Médiateure voudrait à cet égard également renvoyer à la formulation de l'article 1^{er} de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse qui prévoit les mesures que le tribunal de la jeunesse peut prendre à l'égard des mineurs qui comparaissent devant lui qui précise en son point 3 que les jeunes peuvent être « placés sous surveillance », notamment dans « tout établissement approprié en vue de leur hébergement, de leur traitement, de leur éducation, de leur instruction ou de leur formation professionnelle ». Le point 4 du même article prévoit la possibilité de placement dans un « établissement de rééducation de l'Etat ».

La Médiateure est d'avis que le CSEE remplit les critères des deux alinéas, alors que le point 4 ne vise pas expressément le CSEE, mais tout « établissement de rééducation de l'Etat » et que le CSEE peut constituer un « établissement approprié » tel que prévu au point 3, du moins pour l'hébergement, l'éducation ou l'instruction des jeunes placés.

Force est encore de constater que déjà dans la version initiale du projet de loi 5849, l'article 3 énonçait une liste de lieux privatifs de liberté soumis au contrôle par la Médiateure.

Dans sa version originale, cet article se lisait comme suit :

« Art. 3. On désigne par „lieu de détention“ au sens de l'article 4 du Protocole:

- 1. les établissements pénitentiaires au sens de la loi modifiée du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire;*
- 2. le centre de rétention au sens d'un établissement approprié prévu à l'article 15, paragraphe 1er, de la loi modifiée du 28 mars 1972 concernant (1) l'entrée et le séjour des étrangers; (2) le contrôle médical des étrangers; (3) l'emploi de la main-d'œuvre étrangère ainsi que au sens d'une structure fermée prévue à l'article 10, paragraphe 1er, de la loi du 5 mai 2006 relative au droit d'asile et à des formes complémentaires de protection;*
- 3. les établissements psychiatriques spécialisés ou les services de psychiatrie d'un hôpital général au sens de la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux;*
- 4. les cellules d'arrêt des services centraux et régionaux de la Police grand-ducale;*

5. *le centre socio-éducatif de l'Etat au sens de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat. »* (doc.parl. 5849/00 du 13.3.2008).

Les auteurs de ce projet ont conclu dans le commentaire de cet article que :

« *L'article 4 du Protocole procure les éléments de définition qui permettent de déterminer quels sont les lieux de détention qui peuvent faire l'objet des visites:*

(...)

(e) le centre socio-éducatif de l'Etat au sens de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat

La loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat précise que le centre socio-éducatif de l'Etat est „obligé d'accueillir les mineurs qui lui sont confiés par décision des autorités judiciaires, soit d'après les dispositions de la loi relative à la protection de la jeunesse, soit d'après toutes autres dispositions légales“. Le placement des mineurs se fait donc clairement sur base d'une décision et, pour ce qui est de la privation de liberté, il est sans équivoque que les mineurs y placés ne peuvent pas se déplacer librement et qu'il s'agit dès lors d'un lieu de détention qui tombe dans le champ d'application des nouvelles compétences du médiateur. » (doc.parl. 5849/00 du 13.3.2008).

Ce n'est que par la suite que le Conseil d'Etat a fait remarquer dans son avis sur le prédict article 3 de ce projet de loi que :

« *Article 3*

Cet article désigne les lieux de détention organisés par la loi au Luxembourg. Le Conseil d'Etat suggère de supprimer cet article dans la mesure où le Protocole ne prévoit pas que chaque Etat doit désigner ces lieux. (...)

En tout état de cause, il n'y a pas lieu de limiter l'application de la loi ainsi que la compétence du médiateur aux lieux de détention ainsi désignés et définis. La définition de la mission de l'autorité nationale dans le Protocole est en effet bien plus vaste. Le Conseil d'Etat estime qu'il est envisageable qu'une personne soit privée de liberté pendant une période plus ou moins longue dans un autre endroit, notamment dans un commissariat de police de proximité, un centre d'intervention ou un véhicule des forces de l'ordre lors d'un transfèrement. (...).

L'article 3 devrait dès lors, dans cette hypothèse subsidiaire, s'énoncer comme suit: „Constituent notamment des lieux de détention au sens de l'article 4 du Protocole: (suit l'énumération figurant à l'article 3 du projet de loi)“ »(doc.parl. 5849/02 du 13.3.2009).

Comme le Conseil d'Etat l'a suggéré, l'énonciation première des endroits sur lesquels le contrôle du Médiateur devrait s'effectuer a été jugée trop limitative par la Commission juridique de la Chambre des Députés et a été supprimée.

Le rapport de la Commission juridique énonce que :

« Dans son avis du 31 mars 2009, le Conseil d'Etat propose de supprimer cette énumération alors qu'aucune disposition du Protocole n'oblige les Etats de désigner les lieux de détention. Par ailleurs, le texte est incomplet dans la mesure où il ne mentionne pas les établissements pénitentiaires militaires nationaux prévus à l'article 72 concernant la refonte du Code de procédure militaire ainsi que d'autres lieux où des personnes peuvent être privées de liberté, tels „un commissariat de police de proximité, un centre d'intervention ou un véhicule des forces de l'ordre lors d'un transfèrement“. La Commission s'est ralliée à la proposition du Conseil d'Etat de supprimer l'article 3 dans sa rédaction initiale. » (doc.parl.5849/05 du 3.3.2012).

Comme le CSEE faisait partie des endroits visés par l'article 3 dans sa version originale, il ne fait aucun doute que le CSEE tombe dans son intégralité sous les compétences accordées à la Médiateure en vertu de la prédicta loi.

Il ne fait de même aucun doute que les compétences accordées à la Médiateure en la matière sont bien plus vastes encore. Ainsi, rien n'empêcherait la Médiateure à procéder à une mission de contrôle auprès d'un ou de plusieurs FADEP par exemple alors que des mineurs s'y trouvent placés sur ordre judiciaire et que ces mêmes mineurs ne peuvent quitter cette institution de leur plein gré, ni sur décision de leurs parents ou tuteurs.

La compétence de la Médiateure en la matière se dégage du seul fait de la privation de liberté ordonnée ou tolérée par une autorité publique et concrétisée par le fait que la personne concernée ou son préposé légal ne peuvent décider de quitter ce lieu de leur plein gré.

La Médiateure tient à souligner que la privation de liberté, notamment en ce qui concerne les domaines de la psychiatrie et celui de la jeunesse ne revêt généralement pas le caractère d'une sanction. Elle rejoint la Commission de Surveillance et de Coordination pour constater que la situation des mineurs au CSEE ne saurait être assimilée à celle d'un détenu en milieu fermé. Or, elle insiste pour constater que cette considération n'enlève en rien le caractère privatif de liberté à un placement au sein du CSEE.

La Médiateure ne peut partager l'avis de la Commission de Surveillance et de Coordination qui conclut à une absence complète d'enceintes privatives de liberté sur les deux sites du CSEE.

Force est de constater à titre d'exemple que les mineurs ne peuvent se déplacer librement sur les sites que pendant des heures bien déterminées, qu'ils sont soumis à de multiples restrictions telles que des fouilles de leurs chambres ou des fouilles corporelles par exemple, qu'ils peuvent en cas d'inconduite être placés en section fermée et qu'au site de Dreborn, même les chambres des mineurs sont fermées à clé pendant la nuit.

La Médiateure tient à souligner qu'elle ne s'oppose en partie pas contre ces mesures qui sont malheureusement des fois nécessaires à la poursuite, voire à la réussite du travail de ré intégration mené avec les mineurs. Elle ne peut cependant accepter que

de telles restrictions, aussi nécessaires qu'elles puissent être dans des cas bien déterminés, ne soient pas considérées comme constitutives d'une privation de liberté.

La Médiateure voudrait finalement encore renvoyer à l'arrêt *A. et autres c. Bulgarie* de la Cour Européenne des Droits de l'Homme du 29 novembre 2011 où la Cour se prononce sur le caractère privatif de liberté d'un placement en « centre éducatif-internat pour mineurs », voire en « centre pour enfants en crise ».

Dans cette affaire, la Cour souligne que :

*« pour déterminer si une personne a été privée de sa liberté, il faut partir de sa situation concrète et prendre en compte un ensemble de critères comme le genre, la durée, les effets et les modalités d'exécution de la mesure considérée »*¹.

La Cour continue en rappelant que :

*« le fait que la législation nationale ne qualifie pas une mesure comme une privation de liberté n'est pas toujours déterminant pour l'examen devant elle. En effet, une « privation de liberté » (...) peut résulter des modalités d'exécution de la mesure litigieuse »*².

La Cour souligne encore dans l'affaire soumise à son appréciation que :

*« le régime applicable plaçait les requérantes sous une surveillance permanente, leur interdisait de sortir sans l'autorisation préalable du directeur de l'établissement et leur imposait d'être accompagnées par un éducateur ou un enseignant à chaque sortie autorisée. Par ailleurs, elle relève que la police avait pour mission de rechercher et de ramener les élèves en cas d'absence non autorisée (...). Force est donc de conclure que le temps passé à l'extérieur du centre éducatif-internat et les endroits où les requérantes pouvaient se rendre ont toujours été contrôlés et limités (...). (...) La Cour estime que même la plus courte de ces durées, à savoir environ sept mois pendant lesquels A. a été placée, constitue un laps de temps suffisant pour que soient pleinement ressentis les effets négatifs des mesures restrictives exposées ci-dessus »*³.

Par ces explications, la Cour a été amenée à conclure que « les requérantes ont été privées de leur liberté durant les périodes susmentionnées »⁴.

Dans la même affaire, la Cour note, à propos d'un « centre pour enfants en crise » qu'il y a une privation de liberté alors que :

« le « centre pour enfants en crise » est un établissement fermé, que la requérante y était soumise à un régime très restrictif, elle était sous une surveillance constante et elle ne pouvait s'en absenter que sur autorisation expresse et seulement à condition d'être accompagnée par un assistant social (...). Il apparaît d'ailleurs que lorsque la requérante s'est absente sans autorisation, elle a été recherchée et reconduite au

¹ CEDH, 29 nov. 2011, *A. et autres c. Bulgarie*, n° 51776/08, §60.

² *Idem*, §61.

³ *Idem*, §62.

⁴ *Idem*, §63.

centre par la police (...). Quant à la durée de la mesure, la Cour estime que la période de placement de plus six mois, était suffisamment longue pour relever que la requérante A. ait inévitablement subi des répercussions négatives de l'application d'un tel régime de restrictions à sa liberté individuelle. En conséquence, la Cour conclut que le placement litigieux équivaut à une privation de liberté (...) »⁵.

Les éléments avancés par la CEDH pour conclure à une privation de liberté sont des éléments qui sont rencontrés également au CSEE. La surveillance par le personnel éducatif est permanente et les sorties sont accompagnées et surveillées, les sorties non accompagnées devant être expressément autorisées par les instances compétentes. Les fugues sont signalisées à la Police qui reconduit les jeunes au CSEE si les jeunes peuvent être retrouvés et la durée de séjour rencontre majoritairement les délais mentionnés par la Cour.

L'avis de la CEDH montre donc également que le CSEE est à considérer comme un lieu privatif de liberté et renforce ainsi l'affirmation qu'il fait partie du champ de compétence de la Médiateure.

Ad 3) La Médiateure est convaincue du fait que le CSEE, dans son ensemble fait de son mieux pour agir dans l'intérêt du mineur, et ce dans un esprit de protection, ce qui n'exclut pas des sanctions parfois nécessaires. Elle ne peut cependant établir une relation entre ce constat et la conclusion que de ce fait, la nomination d'un administrateur ad hoc, chargé de représentation légale du mineur ne se justifierait pas. L'argument selon lequel le projet de loi 5351 prévoit l'assistance d'office par un avocat pour chaque mineur placé au CSEE n'explique aux yeux de la Médiateure également en rien pourquoi la nomination d'un administrateur ad hoc serait superflue alors que l'avocat a comme seule obligation d'assurer les intérêts juridiques et surtout judiciaires du mineur.

Le mandat de l'administrateur ad hoc est bien plus étendu. Si la Médiateure ne met pas en doute la qualité du travail fourni dans le cadre du système actuel, elle tient à souligner qu'il y a également l'enjeu des apparences. Le terrain sur lequel doivent œuvrer les responsables du CSEE est déjà assez délicat en soi et les relations avec les parents des mineurs peuvent être des plus compromises pour des raisons tout à fait indépendantes aux responsables du CSEE.

Afin d'éviter tout quiproquo et toutes insinuations ou allégations, la Médiateure estime toujours qu'il serait dans l'intérêt manifeste tant des responsables du CSEE que des mineurs et de leurs familles que la législation impose la désignation d'un administrateur ad hoc.

Ad 5) La Médiateure ne peut relater que les déclarations faites par les très nombreux mineurs qui se sont entretenus avec l'équipe de contrôle. Les garanties énumérées par la Commission de Surveillance et de Coordination sont inscrites dans la loi sur la protection de la jeunesse, de sorte qu'il ne peut faire aucun doute qu'elles sont accordées aux mineurs en cas de demande, ou, dans la même hypothèse à leurs parents ou représentants légaux.

⁵ *Idem*, §94.

La Médiateure entend cependant maintenir les arguments développés dans son rapport et partagés très largement tant avec l'ORK qu'avec le Conseil d'Etat que la nouvelle législation à adopter en matière de protection de la jeunesse doit réservier aux mineurs aux moins les mêmes droits que ceux réservés par le droit commun aux adultes.

Le fait qu'un nombre trop important de mineurs soit placé en milieu psychiatrique hospitalier par manque de places disponibles dans d'autres infrastructures plus adaptées selon les cas est un fait qui peut très facilement être confirmé par une très grande majorité des médecins-psychiatres travaillant en milieu psychiatrique infanto-juvénile. Lors d'autres missions, ceci a été confirmé par presque l'intégralité des acteurs concernés. Il ne s'agit-là pas d'un reproche formulé à l'égard des juges qui doivent prendre les décisions de placement alors que la diversité et le nombre de places thérapeutiques mis à leur disposition est beaucoup trop limité.

Ad 8),10),12),13) La Médiateure s'en félicite.

Ad 9) La Médiateure peut tout à fait comprendre l'argument avancé par la Commission de Surveillance et de Coordination. Il semble logique qu'une réaction intolérable soit suivie d'une réponse conséquente immédiate.

La Médiateure entend cependant maintenir sa recommandation et souligne que l'article 200 du règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires prévoit des exceptions. En effet, cet article dispose comme suit :

« Art. 200. La peine du placement en cellule de punition ne peut jamais être infligée sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de la supporter.

Il ne peut être dérogé aux prescriptions de l'alinéa qui précède que s'il s'agit d'une faute grave ou d'un acte d'indiscipline grave dont la répression ne souffre aucun délai. »

La Médiateure est également consciente du fait qu'il n'existe pas de permanence médicale sur place.

Néanmoins elle entend voir garanti que tout mineur placé en section fermée, à l'exception de ceux dont le placement immédiat est requis par le caractère extraordinaire de la situation soient vus par un médecin avant le placement. La Médiateure ne s'oppose pas, pour des raisons pratiques évidentes que cet examen médical ait lieu au plus tard 3 heures après la mise en section fermée. Elle entend cependant insister sur le respect du principe.

Ad 11), 14), 21), 24) La Médiateure ne peut que s'en féliciter.

Ad 23) L'équipe de contrôle n'a pas pu confirmer cette information. La Médiateure demande à la Commission de Surveillance et de Coordination de lui fournir de plus amples détails en la matière.

Ad 25) La Médiateure ne peut accepter l'état actuel de l'aération des chambres à Dreiborn, contrevenant aux normes internationales élémentaires. Elle insiste formellement à ce que les moyens budgétaires nécessaires soient d'urgence

débloqués afin d'installer aux fenêtres des dispositifs de sécurité permettant une ouverture, voire une inclinaison minimales.

Ad 26), 30) La Médiateure s'en félicite et demande à être tenue au courant de l'évolution de ce dossier, elle souligne toutefois qu'elle n'a jamais suggéré de procéder, dans ce contexte, à l'engagement de personnel supplémentaire.

Ad 38) La Médiateure demande à obtenir une copie de ce cours de sensibilisation.

Ad 40) La Médiateure demande à obtenir un document établi par un organisme agréé, en cours de validité et renseignant sur la conformité de l'équipement médical d'urgence.

Ad 41) La Médiateure peut très bien comprendre que le CSEE doit veiller à endiguer tout abus de médicaments par les mineurs et encourage les responsables à persévéérer dans ce sens. Il est néanmoins inacceptable que des médicaments d'urgence dont les mineurs peuvent avoir besoin inopinément et en l'absence de signes prémonitoires ne soient pas constamment à leur disposition. La Médiateure insiste pour que de telles médications, dûment prescrites par un médecin comme telles, soient constamment à la disposition des mineurs qui en ont besoin.

Ad 46), 103) La Médiateure s'en félicite.

Ad 51) Ici encore, la Médiateure ne peut que soutenir et saluer les efforts déployés.

Ad 56), 82) La Médiateure demande à être renseignée sur la date de début des travaux et souligne encore une fois le caractère d'urgence des mesures de transformation.

Ad 84) Cette affirmation est diamétralement opposée à celle faite par l'intégralité des mineurs avec lesquels l'équipe de contrôle a eu des entretiens sur les deux sites d'ailleurs. L'équipe de contrôle avait au début des doutes quant à la véracité et à la fiabilité des affirmations faites en la matière, mais elle ne peut que retenir que ces affirmations ont été corroborées fermement par un nombre très significatif de mineurs. La Médiateure n'est pas en mesure de fournir d'autres preuves, elle recommande à cet effet que la Commission de Surveillance et de Coordination ou un de ses membres fasse à cet effet des entretiens séparés avec plusieurs mineurs concernés. La Médiateure insiste que le temps de sortie d'une heure minimum par jour soit en tout état de cause respecté.

Ad 90) Ici encore, il s'agit de déclarations répétées et corroborées par une très grande majorité des jeunes lors des entretiens, tant individuels qu'en groupe. Vu la gravité des allégations et vu leur nature extrêmement délicate, la Médiateure ne peut que suggérer que la Commission de Surveillance et de Coordination ou un de ses membres fasse à cet effet des entretiens séparés avec plusieurs mineurs.

Ad 96) La Médiateure souhaite obtenir connaissance du concept global de gestion de l'UNISEC dès sa finalisation.

2. Prise de position de Monsieur le Ministre de la Justice

« **Concerne** : Rapport provisoire relatif au Centre socio-éducatif de l'Etat du 24 mai 2012

Madame la Médiateure,

Conformément à votre courrier du 31 mai 2012 au sujet du rapport repris sous rubrique, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-après ma prise de position quant aux observations de fond et les recommandations faites par le Contrôle externe des lieux privatif de liberté au sujet du Centre socio-éducatif de l'Etat.

Art. 2.1. (6) du rapport :

« *La Médiateure s'oppose catégoriquement au maintien de l'article 26 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse dans sa forme actuelle en vertu duquel des mineurs peuvent être incarcérés dans un établissement pénitentiaire réservé en principe aux seuls majeurs et ce même dans des cas individuels spécifiques.* »

Le contenu de l'article 26 sera aligné sur celui de l'article 10 du projet de loi 6382 sur la réforme pénitentiaire qui prévoit que seuls des mineurs d'âge d'au moins seize ans au moment de la commission des faits pénalement répressibles et qui sont soumis au droit pénal des personnes adultes peuvent être admis dans un établissement pénitentiaire.

Art. 3.7. du rapport :

« *La Médiateure se doit en outre de recommander aux autorités concernées de tout mettre en œuvre afin d'élaborer à court terme un concept global de fonctionnement de l'UNISEC, au niveau des ressources humaines nécessaires, mais avant tout également au niveau du suivi et de l'accompagnement socio-éducatif des mineurs qui y sont placés.*

En tout état de cause, vu la nature coercitive du régime interne à l'UNISEC, la Médiateure se prononce formellement contre l'emploi de personnel éducatif en vue de garantir la sécurité interne et externe de la section.

La Médiateure recommande de réserver les attributions sécuritaires et de surveillance à du personnel spécialement formé dans ce domaine. A cet effet, elle suggère de pourvoir à ces postes par le biais de détachements du cadre des agents pénitentiaires. »

Actuellement il n'est pas possible de détacher du personnel de garde au CSEE pour garantir la sécurité interne et externe de l'UNISEC. En effet, le Centre pénitentiaire de Luxembourg est confronté à un nombre élevé d'absences au service de la part de gardiens qui sont en congé de

maladie de longue durée, ce qui perturbe déjà aujourd’hui le bon fonctionnement du CPL.

Art. 3.8.4. du rapport :

« Parallèlement, la Médiateure recommande avec insistance aux autorités compétentes de planifier la construction future d'un centre de réadaptation destiné à accueillir, sur décision du juge de la jeunesse, exclusivement des mineurs qui ont commis une infraction pénalement répressible en droit commun et ne tombant pas sous le champ d'application des dispositions de l'article 32 de la loi modifiée sur la protection de la jeunesse. »

Ce centre de réadaptation serait ouvert aux deux sexes : Il devrait être placé sous la tutelle du Ministère de la Justice et devrait disposer d'une capacité d'accueil de 40 à 45 personnes au maximum afin de pouvoir répondre à toute demande, même à moyen, voire à long terme. Il est entendu qu'il devrait également pouvoir répondre aux nécessités éventuelles d'une séparation de différentes personnes en cas de besoin. »

Avant de pouvoir se prononcer sur la nécessité de construire un tel centre, il y a lieu de se mettre d'accord auparavant sur la philosophie de la prise en charge de la jeunesse délinquante au Luxembourg. Le Ministère de la Justice appuiera volontiers le Ministère de la Famille et de l'Intégration dans les travaux de conception des régimes de détention applicables aux mineurs délinquants.

Veuillez agréer, Madame la Médiateure, l'expression de mes sentiments très distingués.

François BILTGEN
Ministre de la Justice »

Cette prise de position appelle les commentaires suivants de la part de la Médiateure:

Ad Art.2.1. (6) du rapport : La Médiateure ne peut que s'en féliciter. Elle est au courant des observations formulées par le Conseil d'Etat à l'égard de l'article 10 du projet de loi 6382 sur la réforme pénitentiaire. La Médiateure se doit d'insister sur la nécessité absolue de maintenir le principe que dès la mise en œuvre de la réforme pénitentiaire, plus aucun mineur ne sera détenu en milieu pénitentiaire, à l'exception de ceux tombant sous le champ d'application de l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

Ad Art.3.7. du rapport : La Médiateure se doit d'insister sur la nécessité de disposer d'un concept global de fonctionnement de l'UNISEC, tant au niveau des ressources humaines qu'à celui de l'accompagnement socio-éducatif.

La Médiateure maintient avec conviction sa désapprobation formelle concernant l'affectation de personnel éducatif en vue de garantir la sécurité interne et externe de la section.

La Médiateure est consciente des problèmes de personnel existants au sein de l'administration pénitentiaire et notamment du taux élevé d'absences de longue durée pour raisons de maladie.

La Médiateure entend maintenir sa proposition de réserver les tâches de surveillance sécuritaire pure, tant interne qu'externe à des agents pénitentiaires. Si le cadre actuel disponible d'agents est insuffisant pour répondre à ces besoins par la voie d'un détachement, la Médiateure se doit d'insister que les moyens budgétaires nécessaires en vue de la création d'un nombre suffisant de postes de la carrière de l'agent pénitentiaire soient mis à disposition dès le prochain exercice budgétaire.

Ad Art.3.8.4. du rapport : Il s'agit ici d'une proposition visant le moyen, voire le long terme. Il est évident qu'avant tout début d'une mise en œuvre d'une telle proposition, la philosophie de la prise en charge de la jeunesse délinquante soit définie. La Médiateure ne peut qu'inviter les responsables du Ministère de la Justice et ceux du Ministère de la Famille à entamer une collaboration soutenue à cet effet.

3. Prise de position de Monsieur le Directeur du CPL

**Observations concernant le
Rapport de Madame la Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg
dans sa fonction de Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté
au Centre socio-éducatif de l'Etat en mars 2012**

Surpopulation

La promiscuité porte un grave préjudice à tout concept ou effort de travail socio-pédagogique individualisé efficace et provoque des conditions de logement qui peuvent facilement dégénérer et être considérées comme un mauvais traitement en soi.

Il est utile de reproduire quelques extraits des Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures⁶ :

- le nombre de mineurs par institution doit être suffisamment réduit pour permettre une prise en charge personnalisée (règle 53.4) ;
- les institutions doivent être organisées en unité de vie de petite taille (règle 53.4) ;

⁶ Recommandation CM/Rec(2008)11 du Conseil de l'Europe

- les institutions pour mineurs doivent être situées dans des lieux facilement accessibles et faciliter le contact entre les mineurs et leur famille (règle 53.5) ;
- les mineurs doivent en principe être logés pendant la nuit dans des chambres individuelles (règle 63.2).

La Recommandation (99)22 concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale est, mutatis mutandis, applicable à une institution telle le CSEE quand elle conseille en son article 6 de fixer une capacité maximale pour éviter des niveaux de surpeuplement excessifs.

Traitements médicaux

Dans son rapport la Médiateure critique à juste titre l'absence d'examen médical systématique du mineur dans les 24 heures de son admission au CSEE⁷. En dehors du constat de l'aptitude au placement et du diagnostic d'éventuelles pathologies, l'examen précoce – et de préférence au moment même de l'admission ! – permet de constater d'éventuelles blessures, lésions ou séquelles. Un tel constat est indispensable dans l'intérêt de la prise en charge du jeune évidemment, mais également pour la dénonciation d'éventuelles infractions ou mauvais traitements à l'origine de ces lésions. Il constitue ainsi une garantie contre l'impunité tout en protégeant d'autre part le personnel contre d'éventuelles allégations abusives de la part de l'adolescent.

La distribution des médicaments par des éducateurs devrait pouvoir trouver une solution dans les meilleurs délais. En effet, l'infirmier est tenu de vérifier chaque médicament avant de l'administrer au risque d'être tenu responsable en cas d'incident par erreur ou maldosage, et cela d'autant plus s'il s'agit de médicaments à effets secondaires potentiellement dangereux (anti-psychotiques, anti-rétroviraux, méthadone ou suboxone). L'éducateur assume ici une responsabilité pénale et civile qui ne devrait pas être la sienne.

Plus généralement, je ne puis que recommander aux responsables de considérer l'opportunité pour eux d'emprunter le pas à l'administration pénitentiaire, qui dès 2002 a conclu des conventions avec les CHL et CHNP pour l'organisation des soins médicaux et psychiatriques.

Stupéfiants

Dans le même ordre d'idées, je ne puis que vanter le travail de prévention et de prise en charge de personnes toxicodépendantes réalisé par

⁷ pages 19, 20 et 28 du rapport

l'équipe du programme TOX aux CPL et CPG en coopération avec le CHNP.

Nous serons évidemment disposés à partager nos expériences avec nos collègues du CSEE.

Quant aux tests de dépistage⁸, il faut savoir que leur coût n'est tout de même pas négligeable et de l'ordre de 15 à 25 € par unité. L'expérience nous a montré que les échantillons d'urine peuvent être facilement truqués. Pour éviter toute fraude, il est indispensable de soumettre le candidat à une fouille à nu et de l'observer de près durant la prise de l'échantillon. Ceci constitue alors facilement une atteinte à son intimité et à sa dignité et ne doit pas être répété *ad libitum*. La technologie pour les tests salivaires n'a été perfectionnée que tout récemment. Le CPL envisage de s'équiper prochainement.

Isolement disciplinaire et rôle du médecin⁹

L'isolement étant une mesure qui peut produire des effets dommageables irréparables chez la personne qui y est soumise¹⁰, il est indispensable qu'il ne soit appliqué que comme moyen de tout dernier recours et avec des précautions particulières. Ces effets sont d'autant plus néfastes chez le mineur.

Les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures¹¹ préconisent

- qu'un isolement aux fins d'apaisement ne peut être appliqué que pour quelques heures et ne doit pas excéder 24 heures, sous condition que le service médical ait un accès immédiat au mineur (règle 91.4) ;
- que la mise à l'isolement dans une cellule de punition ne peut pas être infligée aux mineurs (règle 95.3) ;
- que la mise à l'isolement à titre disciplinaire ne peut être infligée que dans des cas exceptionnels, et que pendant cet isolement, le régime doit assurer des contacts humains appropriés (règle 95.4).

Le CPT a quant à lui publié sa position dans ses 18^e et 21^e Rapports annuels¹². Alors que l'isolement disciplinaire d'un adulte devrait dorénavant se limiter à 14 jours, celui du mineur devrait être réservé à des cas exceptionnels et ne devrait **en aucun cas durer plus de 3 jours**; il

⁸ page 63 du rapport

⁹ pages 16 et 17 du rapport

¹⁰ Cf. Sharon Shalev : "A Sourcebook on Solitary Confinement" (Mannheim Centre for Criminology, London, 2008) disponible à l'adresse électronique www.solitaryconfinement.org

¹¹ Recommandation CM/Rec(2008)11 du Conseil de l'Europe

¹² 18^e Rapport annuel - CPT/Inf (2008) 25 et 21^e Rapport annuel - CPT/Inf (2011) 28

doit avoir lieu dans une cellule normalement équipée. Dans le cadre des travaux préparatoires à un projet de règlement grand-ducal portant organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires, nous avons d'ailleurs évoqué l'interdiction pure et simple du confinement en cellule à l'égard des mineurs placés dans un établissement pénitentiaire, à l'instar de certains autres pays d'Europe. J'ignore pour l'instant si cette proposition aura été retenue finalement.

Une pratique éclairée pourrait ici devancer utilement la mise en conformité de l'article 9 de la loi du 16 juin 2004.

Quant au **rôle du médecin dans la procédure disciplinaire**, il est nécessaire d'insister sur l'importance de la relation de confiance indispensable entre le médecin traitant et le patient, a fortiori si ce patient est mineur d'âge et en pleine puberté. Il serait donc inopportun de solliciter ce médecin à délivrer le *placet* permettant de punir le mineur, et de l'associer ainsi à l'action répressive. Je cite le CPT en son avis formulé dans le rapport de visite en Serbie en 2007 : *"On this issue, the CPT wishes to stress that ensuring there is a positive relationship between medical practitioners working in prisons and prisoners is a major factor in safeguarding the health and well-being of the latter. Obliging prison doctors to certify that prisoners are fit to undergo punishment is scarcely likely to promote that relationship. This point was recognized in the Committee of Ministers' Recommendation Rec (2006)2 on the revised European Prison Rules; indeed, the rule in the previous version of the Rules, stipulating that prison doctors must certify that a prisoner is fit to sustain the punishment of disciplinary confinement, has now been deleted. On the other hand, prison doctors should be very attentive to the situation of prisoners placed in disciplinary isolation/segregation cells, and should report to the prison director whenever a prisoner's health is being put seriously at risk by being held in disciplinary isolation/segregation."*

Dans un même ordre d'idées, le CPT avait, à l'occasion de sa visite au Luxembourg en 2009, recommandé que « *comme l'a déjà souligné le CPT, les médecins généralistes attachés au centre socio-éducatif de l'Etat sont en principe les médecins personnels des pensionnaires ; imposer à ces médecins de certifier que les pensionnaires sont aptes à subir une sanction (en particulier l'isolement) risque de nuire à la relation médecin-patient. Le personnel médical doit veiller aux intérêts des mineurs placés à l'isolement en tant que patients (par exemple, prendre toute initiative nécessaire pour mettre fin à l'isolement en cas de contre-indication), mais ne doit pas intervenir (ou être perçu comme intervenant) dans la décision de la mise à l'isolement. Le CPT réitère sa recommandation selon laquelle la législation et la pratique relatives au rôle joué en matière disciplinaire*

par les médecins attachés au centre socio-éducatif de l'Etat doivent être revues, à la lumière des considérations qui précèdent. »

L'article 200 du règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires ne devrait dès lors plus servir de référence. Par contre, dissocié du pouvoir décideur, le médecin en visite journalière auprès du jeune à l'isolation revêt une importance certaine, et il lui échoit d'avertir la direction immédiatement s'il constate une altération de l'état physique ou psychique du mineur. Il devra également faire le constat de toute blessure éventuelle. Un(e) infirmier(e) peut suppléer le médecin sous condition qu'il/elle puisse référer sans délai à celui-ci en cas de nécessité.

Usage de la force et moyens de contrainte

L'article 9 de la loi du 16 juin 2004 interdit formellement les châtiments corporels. L'article 9 du règlement grand-ducal du 9 septembre 1992 l'avait déjà devancé en cela. Ces articles gagneraient à être complétés par l'interdiction de toute **atteinte à la dignité et à l'intégrité** physique et psychique.

L'imposition des **menottes**¹³ durant le transfèrement d'un mineur du CPL vers le CSEE m'interpelle. Alors qu'il est facile de comprendre l'imposition de cette mesure pour le transport du CSEE vers le milieu sécurisé du CPL, elle se justifie bien moins durant le transfert d'un jeune du milieu fermé vers une institution plus ouverte.

Le rapport cite d'autre part une instruction de service en vigueur au CPL relative à la **fouille corporelle**. En ce qui concerne plus spécialement l'examen intime¹⁴, il y a lieu de préciser que le médecin requis ne doit en aucun cas être le médecin traitant.

Dans le contexte de l'UNISEC, il est question de **l'usage de la force**¹⁵. Il serait ici opportun de mentionner que le CPL a adopté la technique dite « *DIG – Deeskalation und Intervention in Gefahrensituationen* » et que plusieurs gardiens ont pu être formés comme formateurs chez nos collègues allemands, ceci dans le double but de faire bénéficier au fil des années la totalité du personnel de notions élémentaires et de constituer une équipe d'intervention spécialisée. Il serait à recommander que les futurs agents de surveillance de l'UNISEC puissent participer à cet entraînement. Le CPT souligne « *l'importance qu'il convient d'accorder à une formation institutionnelle sur la gestion des incidents violents, comme*

¹³ pages 23 à 26 du rapport

¹⁴ page 19 du rapport

¹⁵ page 60 du rapport

l'utilisation de techniques de désescalade verbale et de la contrainte physique manuelle [...]. »¹⁶

Activités des jeunes¹⁷

A lire que « *le CSEE ne dispose pas du nombre nécessaire d'éducateurs permettant d'agencer différemment l'offre des activités* » l'on ne peut s'empêcher de poser la question de l'encouragement du **bénévolat**¹⁸. Si le bénévolat peut comporter des risques dans un milieu de haute sécurité, il semble plus facilement imaginable dans un CSEE hébergeant des adolescents.

Les jeunes de cet âge ont besoin de se confronter avec des adultes qui ne sont pas identifiés avec l'institution, a fortiori s'ils ont été abandonnés par ou séparés de leurs parents. La publication du rapport sera une occasion privilégiée de rappeler avec force à la société civile qu'elle a une obligation de contribuer au développement de ces jeunes personnalités blessées et fragiles qu'elle va devoir intégrer en son sein le moment venu.

A titre d'exemple il faut citer l'ALVP – Association luxembourgeoise des visiteurs de prison, qui recèle aujourd'hui une trentaine de bénévoles actifs.

Il est évident que les bénévoles doivent être encadrés, voire formés. Le remboursement de frais de route ainsi que la couverture par une assurance à charge de l'Etat et l'offre d'une supervision pourraient constituer à l'avenir une incitation et une reconnaissance minimale de leur engagement.

Agents de surveillance

Pour l'avoir déjà dit, je ne ferai que répéter ici que je soutiens fermement la suggestion de pourvoir aux postes des futurs agents de surveillance par le biais de détachements du cadre des agents pénitentiaires¹⁹, sous condition évidemment qu'un nombre suffisant de ces derniers (actuellement encore sous-officiers de garde) soient recrutés et formés **AVANT** tout détachement. Le CPL affiche en effet en ce moment une quinzaine de vacances de postes non pourvues et se trouverait dans l'impossibilité absolue de détacher des fonctionnaires à court terme.

¹⁶ Rapport du CPT sur sa visite en France en 2006

¹⁷ page 50 et 51 du rapport

¹⁸ cf. règle 131.2 de la Rec.(2008)11 – op.cit.

¹⁹ page 60 du rapport

Il va sans dire que le personnel à détacher devra avoir suivi une formation spéciale qui les prépare suffisamment à leur nouvelle mission en contact avec des adolescents.

Les nouvelles opportunités de mobilité ainsi créées contribueraient à amortir l'effet de burn-out rencontré parmi le personnel du CSEE, et qui est un phénomène malheureusement bien connu également au CPL.

Proposition de restructuration du CSEE

La proposition d'envisager la construction d'une structure nouvelle supplémentaire pour accueillir des jeunes en conflit avec la loi ne peut surprendre l'observateur attentif de l'évolution de ces dernières années. L'UNISEC, du fait de sa limitation à 12 lits, ne résoudra en rien le problème de la surpopulation au CSEE. Le projet de restreindre la possibilité de placement de mineurs dans un centre pénitentiaire à ceux qui se retrouvent sous l'emprise de l'article 32 de la loi du 10 août 1992 sur la protection de la jeunesse est unanimement reconnu comme incontournable. Il faudra rester vigilant toutefois à ce qu'il n'ait pas comme effet pervers la multiplication de renvois de jeunes auteurs d'infraction devant le juge du droit commun.

En prenant encore une fois la recommandation du Conseil de l'Europe sur le surpeuplement des prisons²⁰ comme référence, je suis d'avis qu'avant tout progrès et afin de concevoir une action cohérente, une analyse détaillée des principaux facteurs contribuant au phénomène de l'inflation du nombre de jeunes en institution fermée devrait être menée²¹, l'extension des capacités d'hébergement devant être une mesure exceptionnelle, puisqu'à elle seule, elle n'est en règle générale pas propre à offrir une solution durable au problème du surpeuplement²².

Une solution intégrée au problème - qui est éminemment complexe - ne pourra finalement être réalisée que dans un esprit de synergies entre les institutions compétentes et directement concernées.

Vincent THEIS
directeur du CPL »

²⁰ Recommandation Rec(99)22 concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale

²¹ ibidem – article 5

²² ibidem – article 2

Cette prise de position appelle les commentaires suivants de la part de la Médiateure:

Ad surpopulation : La Médiateure partage intégralement l'avis de Monsieur le Directeur à ce sujet.

Ad traitement médical : idem

Ad stupéfiants : Tout comme Monsieur le Directeur, la Médiateure entend privilégier le recours à des tests salivaires dont l'usage est d'ailleurs déjà largement répandu en Belgique par exemple. Le prix des tests salivaires deviendra d'ailleurs très probablement plus abordable dans un futur proche dû à l'usage de plus en plus fréquent des mêmes tests en matière de sécurité routière.

La Médiateure ne pourrait que saluer toute collaboration avec le programme TOX.

Ad isolement disciplinaire et rôle du médecin : La Médiateure est pleinement consciente de la pertinence des observations formulées par Monsieur le Directeur alors qu'elles répondent aux normes les plus actuelles du CPT.

Ainsi la Médiateure se féliciterait d'une révision de l'article 9 de la loi du 16 juin 2004 à la lumière des arguments avancés. Il s'agit-là cependant également d'une question d'opportunité publique échappant aux compétences réservées à la Médiateure.

La Médiateure est tout à fait convaincue de l'utilité de la séparation entre le rôle de médecin-traitant habituel de celui validant une mesure disciplinaire consistant en un placement en section fermée.

Tout en soulignant la pertinence de l'argument, la Médiateure se doit aussi, dans l'intérêt des mineurs directement concernés, de proposer des solutions réalistes, transposables dans l'immédiat, voire dans un avenir très proche. Il importe donc de prendre en considération que le CSEE, n'est, contrairement au CPL et au CPG, pas doté d'une permanence médicale journalière, voire régulière, ni, comme le CPL, d'un médecin-chef de service présent sur le site pendant les heures de bureau et n'intervenant en principe pas dans le traitement des détenus.

Comme il serait irréaliste de supposer que le CSEE se verra doter d'ici peu d'une permanence médicale régulière, il faut envisager à court terme du moins, et dans l'intérêt direct des mineurs concernés, des solutions rapidement transposables.

La Médiateure est convaincue de la nécessité que tout mineur soumis au régime de sécurité soit vu par un médecin, de préférence avant l'application de la mesure et, comme il a déjà été mentionné plus haut, dans des cas d'urgence où aucun délai à l'application n'est possible, au plus tard dans les trois premières heures suivant la mise en section fermée.

La Médiateure tient à répéter que la solution proposée est loin d'être idéale et qu'à moyen terme une adaptation de la législation et des conditions matérielles afin de suffire aux exigences légitimes du CPT s'impose.

Ad usage de la force et moyens de contrainte : La Médiateure partage l'intégralité de l'avis émis par Monsieur le Directeur du CPL à ce sujet et renvoie, en ce qui concerne le problème du médecin traitant aux remarques formulées plus haut.

Ad activités des jeunes : La Médiateure est d'avis que cette proposition est très intéressante, mais que la situation au CSEE n'est à cet égard pas directement comparable à celle existante au CPL. Force est de constater que le CSEE accueille presque exclusivement des jeunes souvent très fragilisés, affichant des troubles psychologiques souvent complexes. La seule disponibilité d'éventuels bénévoles ne suffit dès lors pas. Une action positive par des bénévoles ne saurait de l'avis de la Médiateure qu'être envisagée sous condition que ces bénévoles suivent une sensibilisation spécifique et adaptée au contexte du CSEE, accompagnée d'une supervision professionnelle.

Aussi intéressant que le recours aux bénévoles peut être sous certaines conditions, il n'en reste pas moins que l'accompagnement de ce type de jeunes devrait prioritairement être réservé à des professionnels, spécialisés et dûment formés dans leur domaine d'action. Le seul recours au bénévolat ne saurait pas utilement pallier aux déficiences existantes.

Ad agents de surveillance : La Médiateure partage intégralement l'avis de Monsieur le Directeur du CPL.

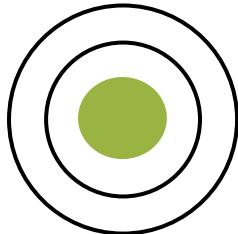
Ad proposition de restructuration du CSEE : L'avis émis par Monsieur le Directeur en ce qui concerne les développements futurs du CSEE n'appellent pas de commentaires particuliers supplémentaires de la part de la Médiateure qui renvoie à ses propres propositions détaillées dans son rapport.

ANNEXE III

- A. Rapport de la Médiateure relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux**

T

R



P

A

R

A

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

L'hospitalisation

sans leur consentement

de personnes atteintes de

troubles mentaux

Table des matières

1. <u>Introduction</u>	p.4
2. <u>Analyse de conformité de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux avec les normes internationales</u>	p.7
3. <u>Services de psychiatrie intensive/aiguë</u>	p.12
3.1. <u>Constats sur place</u>	p.12
3.1.1. <u>CHL</u>	p.12
3.1.1.1. Infrastructures et personnel	p.12
3.1.1.2. Activités	p.16
3.1.1.3. Conditions de séjour	p.21
3.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.23
3.1.2. <u>CHK</u>	p.26
3.1.2.1. Infrastructures et personnel	p.27
3.1.2.2. Activités	p.28
3.1.2.3. Conditions de séjour	p.30
3.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.32
3.1.3. <u>CHEM</u>	p.36
3.1.3.1. Infrastructures et personnel	p.37
3.1.3.2. Activités	p.40
3.1.3.3. Conditions de séjour	p.44
3.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.46
3.1.4. <u>CHdN</u>	p.50
3.1.4.1. Infrastructures et personnel	p.51
3.1.4.2. Activités	p.52
3.1.4.3. Conditions de séjour	p.57
3.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.59
3.1.5. <u>ZithaKlinik</u>	p.61
3.2. <u>Constats généraux</u>	p.62

4. Services de réhabilitation	p.70
4.1. Constats sur place	p.70
4.1.1. CHNP – BU3	p.70
4.1.1.1. Infrastructures et personnel	p.71
4.1.1.2. Activités	p.72
4.1.1.3. Conditions de séjour	p.72
4.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.76
4.1.2. CHNP – BU 4	p.77
4.1.2.1. Infrastructures et personnel	p.77
4.1.2.2. Activités	p.78
4.1.2.3. Conditions de séjour	p.78
4.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.79
4.1.3. CHNP – Orangerie 1+2	p.79
4.1.3.1. Infrastructures et personnel	p.80
4.1.3.2. Activités	p.81
4.1.3.3. Conditions de séjour	p.81
4.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.82
4.1.4. CHNP – Um Weier	p.82
4.1.4.1. Infrastructures et personnel	p.83
4.1.4.2. Activités	p.83
4.1.4.3. Conditions de séjour	p.84
4.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.85
4.1.5. CHNP – Centre thérapeutique de Diekirch	p.85
4.1.5.1. Infrastructures et personnel	p.85
4.1.5.2. Activités	p.86
4.1.5.3. Conditions de séjour	p.86
4.1.5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.87
4.2. Constats généraux	p.87
5. Conclusions générales	p.90
5.1. La gestion de la méthodologie PRN	p.90
5.2. La continuation de la médication après la sortie du milieu hospitalier	p.96

5.3. Les détenus en milieu psychiatrique fermé	p.98
6. <u>Conclusions finales</u>	p.111
7. <u>Annexes</u>	p.113
7.1. La loi du 10 décembre 2009 relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux	p.113
7.2. Plans d'activités	p.125
7.2.1. CHL	p.125
7.2.2. CHK	p.127
7.2.3. CHEM	p.129
7.2.4. CHdN	p.130
7.2.5. CHNP	p.132
7.2.5.1. BU3	p.132
7.2.5.2. BU4	p.133
7.2.5.3. Orangerie 1 et 2	p.134
7.2.5.4. Um Weier	p.136
7.2.5.5. Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD)	p.137

1. Introduction

La mission de la Médiateure concernant les services de psychiatrie accueillant les personnes tombant sous le champ d'application de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux a commencé par une réunion d'information en date du 27 juin 2012, lors de laquelle les objectifs et la méthodologie de la mission ont été présentés aux responsables concernés. Les visites sur place se sont ensuite déroulées du 2 juillet au 25 juillet 2012 et ont été menés par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil.

L'objectif du contrôle était de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, ainsi que les conditions de traitement des patients en phase d'observation ou en placement médical. Il est à noter que le terme de traitement n'inclut dans ce cas pas le traitement purement médical, alors que la Médiateure a décidé de ne pas contrôler cet aspect lors de cette mission. Pour cette raison, les opérations sur place ont été réalisées sans le concours d'un expert en médecine psychiatrique.

Les patients en séjour volontaire au sein d'un service de psychiatrie n'ont pas non plus fait l'objet de la mission de contrôle, alors que le champ de compétence de la Médiateure se limite aux patients admis en phase d'observation ou placés en vertu d'une décision judiciaire.

Le contrôle a débuté aux unités de psychiatrie aiguë ou intensive, concernées en premier lieu par les mesures d'observation et s'est poursuivi auprès des unités de réhabilitation, donc les unités prenant en charge les personnes à plus long terme et partant concernées avant tout par les placements médicaux.

En ce qui concerne les mesures d'observation en psychiatrie aiguë, 4 hôpitaux ont été concernés par la mission de contrôle :

- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)
- L'Unité de psychiatrie adulte à l'Hôpital Kirchberg (CHK)
- L'Unité de psychiatrie intensive au Centre Hospitalier Emile Mayrisch à Esch-sur-Alzette (CHEM)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Nord (CHdN)

La Médiateure voudrait soulever que la ZithaKlinik peut procéder à des admissions de patients psychiatriques lors des jours de garde de l'hôpital, mais l'équipe de contrôle a été informée sur place que les patients étaient transférés dans les tout meilleurs délais au CHL. La ZithaKlinik n'a donc pas fait l'objet d'une analyse plus détaillée de la part de la Médiateure.

Les services de réhabilitation font tous partie du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck (CHNP). Au moment des visites sur place, 6 services accueillaient des personnes placées et ont donc fait l'objet de la mission de contrôle :

- L'unité « BU 3 », accueillant la majorité des patients placés
- L'unité « BU4 », appelé également « Horizon »
- L'unité « Orangerie 1 », accueillant majoritairement des patients souffrant de troubles psychotiques
- L'unité « Orangerie 2 », destiné à prendre en charge des patients souffrant de troubles liés à une dépendance alcoolique
- L'unité « Um Weier », hébergeant des patients à long séjour, sans spécification du type de trouble psychiatrique
- Le Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD), prenant en charge majoritairement des patients psychotiques avec un projet réaliste de réinsertion

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Lundi, 2 juillet 2012:
 - Entretien avec l'infirmier responsable de l'Unité de psychiatrie fermée au CHL (U53)
 - Entretien avec Dr. Hyzy-Mühe, médecin-psychiatre à l'U53
 - Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'U53
 - Entretien avec les assistantes sociales affectées à l'U53
 - Entretien avec les infirmiers de l'U53
- Mardi, 3 juillet 2012 :
 - Entretien avec l'ergothérapeute affecté à l'U53
 - Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'U53
- Mercredi, 4 juillet 2012 :
 - Entretien avec une psychologue de l'U53
 - Entretien avec un infirmier à l'unité 1C du CHK
- Jeudi, 5 juillet 2012 :
 - Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'unité 1C du CHK
 - Entretien avec l'art-thérapeute de l'unité 0C du CHK
 - Entretien avec le psychologue de l'unité 0C du CHK
- Vendredi, 6 juillet 2012
 - Entretien avec Dr. Bay, médecin-psychiatre à l'unité 1C du CHK
 - Entretien avec l'assistante sociale à l'unité 1C du CHK
 - Entretien avec l'infirmier-responsable à l'unité 1C du CHK

Entretien avec l'ergothérapeute à l'unité 1C du CHK

- Lundi, 9 juillet 2012 :
 - Entretien avec l'infirmier-responsable de l'unité 2C du CHK
 - Entretien avec le psychologue de l'unité 2C du CHK
 - Entretien avec l'art-thérapeute de l'unité 2C du CHK
 - Entretien avec l'assistante sociale de l'unité 2C du CHK
 - Entretien avec l'infirmier-responsable du service des urgences au CHK
- Mardi, 10 juillet 2012 :
 - Entretien avec Dr. Gleis, médecin-psychiatre au CHEM, l'infirmière-responsable et l'infirmier responsable-adjoint à l'unité de psychiatrie intensive
 - Entretiens avec les patients en phase d'observation au CHEM
 - Entretien avec la psychologue du CHEM, en charge de l'unité de psychiatrie intensive
 - Entretien avec les infirmiers de l'unité de psychiatrie intensive au CHEM
 - Entretien avec les ergothérapeutes de l'unité de psychiatrie au CHEM
- Mercredi, le 11 juillet 2012 :
 - Entretien avec l'assistante sociale au CHEM
 - Entretiens avec les patients en phase d'observation au CHEM
- Jeudi, le 12 juillet 2012 :
 - Entretien avec une infirmière-psychiatrique au CHdN
 - Entretien avec Dr. Jacoby, médecin-neuropsychiatre au CHdN
 - Entretien avec un ergothérapeute affecté à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
 - Entretien avec une assistante sociale travaillant à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
 - Entretien avec un psychologue affecté à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
 - Entretien avec Monsieur Greischer, cadre intermédiaire au CHdN
- Lundi, le 16 juillet 2012 :
 - Entretien avec un infirmier du « BU3 » au CHNP
 - Entretien avec l'assistante sociale au « BU3 »
 - Entretien avec des patients au « BU3 »
 - Entretien avec le père d'un des patients placés au « BU3 », à sa demande
- Mardi, 17 juillet 2012 :
 - Entretien avec l'infirmier-responsable du « BU4 »
 - Entretien avec un patient placé à l'unité « Um Weier »
 - Entretien avec l'infirmière-responsable de l'unité « Um Weier »

Entretien avec l'infirmier-responsable au CTD

- Mercredi, 18 juillet 2012 :
Entretien avec l'infirmier-responsable à l'unité « Orangerie 2 »
Entretiens avec les patients placés à l'unité « Orangerie 2 »
- Jeudi, 19 juillet 2012 :
Entretiens avec les patients placés à l'unité « BU4 »

Entretiens avec les patients placés à l'unité « Orangerie 1 »
Entretien avec une infirmière-psychiatrique de l'unité « Orangerie 1 »

Entretien avec un patient placé au CTD

- Mercredi, 25 juillet 2012
Entretiens avec les patients placés au CHdN

A la fin des visites sur place, la Médiateure a demandé à par écrit aux services concernés de lui faire parvenir un relevé des fixations réalisées sur les patients admis ou placés au cours de la période du 1er août 2011 au 1er août 2012 pour chaque unité concernée par le contrôle.

La Médiateure souhaite déjà à cet endroit remercier tous les acteurs rencontrés pour le bon déroulement de la mission, leur collaboration et leur disponibilité.

2. Analyse de conformité de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux avec les normes internationales

Avant d'analyser de plus près la conformité des dispositions de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux (appelée ci-après la « loi de 2009 ») avec les normes internationales, la Médiateure tient à exprimer son étonnement quant à l'absence de différents règlements grand-ducaux d'exécution auxquels la prédictive loi fait référence.

Ainsi, l'article 5, alinéa 2 prévoit que les établissements destinés à accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux doivent répondre à certaines normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation qui seraient à déterminer par règlement grand-ducal. Ledit règlement grand-ducal devrait préciser entre autres le nombre maximum de lits par chambre, la superficie par lit de chaque chambre et les effectifs minima du personnel médical et paramédical. Il semble cependant qu'un tel règlement grand-ducal n'ait pas été adopté.

L'article 9, alinéa 3, prévoit que le médecin qui établit le certificat médical qui est à joindre à la demande d'admission doit suivre un modèle précis qui serait également à déterminer par règlement grand-ducal. Egalement ce règlement grand-ducal ne semble pas exister.

(1) La Médiateure estime que les deux règlements grand-ducaux fixeraient des normes constituant des garanties importantes pour un bon fonctionnement des services, pour un traitement adéquat des patients ainsi que pour le respect de leurs droits. La Médiateure demande à être informée des raisons expliquant le retard dans la formulation de ces deux règlements grand-ducaux.

En ce qui concerne le placement involontaire d'une personne, la loi de 2009 énonce des critères légèrement différents et plus restrictifs que ceux qui sont précisés par les normes internationales.

La loi luxembourgeoise prévoit en effet dans son article 3 une admission ou un placement si « des troubles psychiques graves » rendent des personnes « dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ».

La Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux est un peu plus nuancée alors qu'elle prévoit en son article 17, paragraphe 1, point i¹, que l'état de la personne doit, pour qu'elle puisse faire l'objet d'un placement involontaire, présenter « un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ».

La Recommandation ne se limite partant pas au critère de dangerosité invoqué par la loi luxembourgeoise, mais englobe également les dommages éventuels pour la santé de la personne.

¹ Article 17 – Critères pour le placement involontaire

1. Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire :

i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;
ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;
iii. le placement a notamment un but thérapeutique ;
iv. aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;
v. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

2. La loi peut prévoir qu'exceptionnellement une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire, en accord avec les dispositions du présent chapitre, durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si

i. son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ;
ii. son état semble présenter un tel risque ;
iii. il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et
iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

Les personnes souffrant de troubles mentaux sans représenter un danger concret ou réel pour elles-mêmes ou pour autrui ne peuvent pas être internées en application du droit interne luxembourgeois alors que la recommandation internationale prévoit cette possibilité.

Il faut dès lors se poser la question si une personne qui souffre d'une pathologie psychiatrique grave, sans représenter un risque de commettre un acte préjudiciable pour elle-même ou pour autrui, parce que par exemple ses idées délirantes sont complètement inoffensives, ne serait quand-même pas mieux encadrée en milieu hospitalier où l'on pourrait soigner sa maladie. Les poussées répétées de troubles psychotiques par exemple peuvent avoir des effets de plus en plus néfastes avec chaque poussée et causer des dommages graves pour la santé de la personne.

(2) La Médiateure est partant d'avis que les autorités compétentes devraient préciser l'approche à adopter à ce sujet et le cas échéant formuler élargir les critères permettant de procéder à une admission ou un placement, tout en gardant un maximum de garanties de contrôle des critères pour éviter un abus des dispositions légales.

La Recommandation est toutefois plus précise en ce qu'elle mentionne d'autres critères qui doivent être remplis pour que l'on puisse procéder à un placement involontaire.

Le prédict article 17 prévoit, à côté du risque réel de dommage grave pour la santé de la personne concernée ou pour autrui, que le placement doit suivre un but thérapeutique, que le placement ne peut avoir lieu que s'il n'y a aucun autre moyen moins restrictif pour fournir les soins appropriés à la personne et elle impose une obligation d'entendre la personne concernée en son avis.

Le but thérapeutique est présupposé par les critères d'admission, ainsi que le fait de devoir favoriser le maintien du patient dans son milieu familial à un éventuel placement.

La Médiateure estime que ces indications rencontrent à suffisance les exigences exprimées par la Recommandation.

La loi de 2009 ne prévoit cependant pas l'obligation pour le juge d'entendre la personne concernée.

L'article 14 de la loi de 2009 ne prévoit que la possibilité pour le juge de se déplacer auprès de la personne admise avant qu'il ne prenne sa décision de maintien ou de levée de l'admission de la personne, après le premier rapport du médecin-psychiatre. Une obligation d'entendre la personne concernée n'existe que pour prendre la décision de placement de la personne admise.

(3) La Médiateure est d'avis que la possibilité accordée au juge de se déplacer à tout moment auprès d'un patient en phase d'observation constituerait une protection supplémentaire pour les patients qui devrait être intégrée dans le droit interne lors d'une future modification de la loi du 10 décembre 2009.

La procédure d'admission et la mise en observation sont régies par les articles 7 à 17 de la loi de 2009. Les dispositions à ce sujet sont assez détaillées et rigoureuses. Les délais pour prendre une décision et faire une évaluation sont clairement définis. Le médecin doit, conformément à l'article 12 de la loi de 2009, procéder à toutes les « investigations requises en vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie ».

(4) La procédure semble réglementée à suffisance et en accord avec les normes internationales, n'appelant pas d'observations particulières de la part de la Médiateure.

La loi de 2009 ne prévoit pas explicitement que le médecin ou l'instance compétente devrait parler avec les proches de la personne admise pour prendre la décision sur le maintien de la mise en observation ou la décision de placement, comme le stipule la Recommandation Rec (2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux dans son article 20, alinéa 5².

La Médiateure estime toutefois que cette exigence est rencontrée à suffisance par l'article 12 de la loi de 2009 précité qui prévoit la réalisation de toutes les « investigations requises », ainsi que par l'article 7 de la loi de 2009 qui prévoit la formulation d'une « demande écrite d'admission » qui doit contenir « un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent », qui seront probablement fournies par des personnes de l'entourage de la personne concernée.

La procédure de placement est décrite par les articles 18 à 22 de la loi de 2009. Egalement ces dispositions-ci couvrent de manière générale les exigences posées par les recommandations internationales. La personne admise est entendue par le juge, elle peut se faire assister par une personne de son choix et par un avocat. En plus, le patient doit être informé formellement sur ses droits et les moyens de recours à sa disposition.

Il est toutefois à relever que la loi luxembourgeoise ne prévoit pas dans son article 20(2) que l'ordonnance prononçant le placement de la personne admise doit contenir

² Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires (...)

5. Ce médecin ou l'instance compétente devrait consulter les proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose, si cela ne peut être réalisé pour des raisons pratiques ou si, pour d'autres raisons, cela n'est pas approprié.

des informations relatives aux droits dont bénéficie la personne placée en vertu de l'article 30 de la même loi.

L'article 30 prévoit que la personne placée, ou toute personne intéressée, peut « à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement », que la « personne placée est entendue par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet » et que « la décision est rendue en audience publique sur rapport, le cas échéant, du juge commis ». Le même article précise encore le délai d'appel qui est de 15 jours à partir de la notification de la décision par le greffe.

L'article 20, point 3 de la Recommandation Rec (2004)¹⁰³ du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux va néanmoins légèrement au-delà des exigences imposées par la loi luxembourgeoise.

La Recommandation prévoit encore que la décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait « indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée ».

Il est à relever que la loi luxembourgeoise prévoit, dans ses articles 24 et 29, de tels délais endéans lesquels le patient doit être examiné si le maintien du placement reste nécessaire et justifié.

(5) La Médiateure se félicite que la loi de 2009 prévoit déjà un nombre important d'informations qui doivent être données d'office au patient admis ou placé. La Médiateure se féliciterait si l'exigence de communiquer aux patients, par écrit les délais et la forme des recours légaux contre les mesures de placement pouvait être intégrée dans la loi du 10 décembre 2009 lors d'une future modification.

Les articles 43 et 44 de la loi de 2009 traitent les modalités spécifiques au traitement de la personne placée, à savoir les traitements involontaires et les mesures d'isolement ou de contention.

(6) Les dispositions relatives au traitement involontaire ainsi que celles sur les mesures d'isolement ou de contention couvrent les exigences internationales

³ Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires

(...)

3. Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.

posées notamment par la Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et n'appellent pas d'observations particulières de la part de la Médiateure.

3. Services de psychiatrie intensive/aiguë

3.1. Constats sur place

3.1.1. CHL

Au CHL, les personnes qui se trouvent en phase d'observation conformément aux dispositions pertinentes de la loi du 10 décembre 2009 sont majoritairement hospitalisées à l'unité U53.

L'U53 dispose de 16 lits qui ne sont cependant pas exclusivement réservés aux patients hospitalisés contre leur volonté, mais également à d'autres patients où une hospitalisation en milieu fermé semble plus indiquée.

5 patients placés ont accepté de parler avec l'équipe de contrôle au moment de la visite sur place.

3.1.1.1. Infrastructures et personnel

Surtout en milieu psychiatrique fermé, la Médiateure consacre une importance primordiale aux infrastructures et aménagements des différents services faisant l'objet de la mission de contrôle. Elles doivent en effet permettre de créer un environnement thérapeutique positif, donc un contexte adéquat pour un travail thérapeutique efficace. Ainsi, il est primordial d'offrir aux patients hospitalisés des conditions matérielles satisfaisantes afin de leur permettre de s'intégrer dans la structure et d'adhérer au traitement.

Selon les dires des personnes rencontrées sur place, l'unité U53 est amenée de plus en plus fréquemment à accueillir des personnes âgées, souffrant d'un syndrome démentiel, problème sur lequel la Médiateure reviendra ultérieurement, au chapitre 3.2. des constats généraux.

La Médiateure donne tout de même déjà maintenant à penser que ce fait est susceptible de constituer un problème de sécurité. En effet, les lits des patients sont assez élevés et représentent ainsi un risque élevé de blessures en cas de chute,

surtout pendant la nuit. L'équipe de contrôle a été rendue attentive à ce risque par de nombreux soignants.

(7) La Médiateure recommande aux responsables concernés d'acquérir un petit nombre de lits moins élevés qui seraient mieux adaptés aux personnes âgées par le fait qu'ils diminuent le risque de blessures graves dans le cas où une personne tomberait du lit.

L'unité dispose encore d'une salle de loisirs où les patients peuvent séjourner, prendre les collations et dans laquelle est installée une petite bibliothèque.

La Médiateure se doit toutefois d'exprimer sa déception face à cette bibliothèque qui, outre le fait de ne disposer que d'une quantité très limitée de livres, propose en plus des livres très vieux qui n'invitent pas nécessairement les patients à la lecture.

La Médiateure est consciente du fait que seulement peu de patients sont en état de lire des livres lors de leur hospitalisation à l'U53, mais il n'en reste pas moins que pour certains patients la lecture pourrait présenter un passe-temps utile permettant un changement d'idées bienvenu.

(8) La Médiateure recommande aux responsables concernés de proposer un choix de livres plus diversifié et plus actualisé aux patients.

L'unité est ensuite dotée d'une salle destinée à l'ergothérapie, d'une salle avec une table de tennis de table et un punching-ball. Un fumoir est également mis à disposition des patients.

L'unité U53 dispose majoritairement de chambres doubles. Les chambres sont toutes équipées d'une salle de bain, comprenant une douche et une toilette. Les patients ont tous une table de nuit à leur disposition ainsi qu'une armoire contenant un coffre-fort, où ils peuvent garder leurs affaires personnelles. Les chambres disposent également d'un réfrigérateur individuel ainsi que, sur demande, d'une télévision individuelle.

En milieu psychiatrique et d'autant plus en unité intensive où les patients peuvent être amenés à passer beaucoup de temps dans leurs chambres, soit parce qu'ils sont trop faibles pour pouvoir participer aux activités proposées, soit parce qu'ils sont trop fatigués pour aller se promener ou participer à la vie collective de l'unité, il est important de garantir un espace personnel suffisamment important aux patients.

Aux yeux de la Médiateure, les chambres doubles ne constituent pas une situation idéale, mais au vu des impératifs infrastructurels et le nombre de patients, la Médiateure peut comprendre que le recours à des chambres doubles soit inévitable.

La taille des chambres doubles lui semble acceptable et l'équipe de contrôle n'a pas recueilli de réclamations à cet égard. Il ne faudra cependant en aucun cas recourir à des lits supplémentaires et utiliser des chambres doubles pour trois personnes.

(9) La Médiateure ne peut que souligner qu'il faut continuer à accorder un espace personnel assez important aux patients afin de leur permettre un minimum d'intimité au sein de l'unité.

Si l'état général des lieux est globalement satisfaisant et propre, il n'en est pas moins que certaines défaillances ont pu être notées par l'équipe de contrôle.

Un constat important est que les fenêtres des chambres ne peuvent pas être ouvertes. Ainsi, une aération adéquate des lieux ne peut pas être garantie et le sentiment d'enfermement est amplifié. A ceci s'ajoute que les patients en phase d'observation ne sont pas tous autorisés à sortir à l'air libre.

(10) En tout état de cause et indépendamment des sorties autorisées aux patients, la Médiateure recommande de faire installer un dispositif de sécurité aux fenêtres qui permet une ouverture minimale afin de pouvoir aérer adéquatement les différentes pièces, tout en respectant les exigences de sécurité évidentes.

La Médiateure fait siens les propos du CPT qui a souligné que pour créer un environnement thérapeutique positif, il faut entre autres « assurer un espace de vie par patient suffisant ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats, maintenir l'établissement dans un état d'entretien satisfaisant et se conformer aux normes d'hygiène hospitalières » (normes du CPT concernant les établissements psychiatriques, extrait du 8^e rapport général [CPT/Inf (98) 12], point 34).

A côté des chambres ordinaires, l'U53 dispose de deux chambres équipées d'un système de vidéo-surveillance. Celles-ci sont destinées à héberger temporairement des patients agités, afin de pouvoir les observer de manière continue et/ou procéder à des fixations. Les mêmes chambres servent également à accueillir des détenus, en phase d'observation.

La Médiateure entend encore revenir de manière plus détaillée sur les fixations, aussi bien que sur la problématique des détenus hospitalisés en milieu psychiatrique. A part les deux chambres vidéo-surveillées, l'U53 ne dispose pas d'autre moyen pour isoler temporairement une personne agitée.

(11) La Médiateure salue à cet égard la planification d'une « soft-cell » qui serait aménagée lors d'un futur agrandissement de l'unité et qui devrait être fonctionnelle vers l'année 2016.

Un autre aspect qui a retenu l'attention de la Médiateure, bien qu'il puisse paraître secondaire à première vue, est la décoration de l'unité qui devrait donner entre autres une stimulation visuelle adaptée aux patients.

De manière générale, il est admis que les lieux d'un service psychiatrique doivent créer une atmosphère agréable, favorable à la thérapie et le plus proche possible des conditions de vie auxquelles les patients seraient confrontés à l'extérieur.

La Médiateure s'étonne dans ce contexte du choix des tableaux, respectivement des photographies qui ont été accrochés aux murs de l'unité U53. Sans se prononcer sur la qualité artistique des œuvres, elle souhaite soulever la question si des photographies, majoritairement en noir et blanc, représentant des paires de jumeaux, constituent une stimulation visuelle et surtout une décoration adéquates dans une unité accueillant des personnes souffrant de troubles mentaux. La réflexion a d'ailleurs également été faite par de nombreuses personnes rencontrées par l'équipe de contrôle lors des visites sur place.

(12) La Médiateure suggère d'échanger les photographies avec d'autres œuvres suspendues au CHL, qui sont susceptibles d'offrir une stimulation visuelle plus adéquate aux patients, sans créer le risque de faire émerger des sentiments négatifs ou d'angoisse dans le chef des patients admis.

A côté des infrastructures qui doivent permettre de créer un cadre approprié à la thérapie, il est tout aussi important que le personnel d'une telle unité soit suffisant pour pouvoir créer un climat serein et offrir aux patients une protection à l'égard d'autres patients hospitalisés.

La dotation en personnel soignant l'unité est la suivante (en ETP):

- 18 infirmiers
- 2 aides-soignants

L'organisation interne au CHL fait que les médecins, les psychologues et les assistants sociaux sont affectés à l'ensemble du service de psychiatrie, donc à la fois à l'unité fermée U53 et à l'unité ouverte U50.

L'unité ouverte, U50 dispose de 29 lits.

La dotation, pour l'ensemble de ces deux unités, donc pour 16 lits en unité fermée, 29 lits en unité ouverte et les activités ambulatoires (hôpital de jour et clinique des troubles émotionnels) est la suivante :

- 6 médecins-psychiatres (dont 4 seniors, 1 coopérant et 1 résident)
- 1 médecin en voie de spécialisation

- 3 psychologues
- 3 assistantes sociales
- 2 ergothérapeutes

Le service de psychiatrie fermé est doté pendant la nuit de deux infirmiers, un infirmier affecté à l'unité ouverte (U50), située à proximité immédiate du service fermé est appelable en cas de besoin. A relever que l'agent de garde présent à l'hôpital pendant la nuit peut également être appelé en cas d'incident.

Le service fermé dispose de la dotation de sécurité en matière d'ETP d'infirmiers. Selon les dires des responsables concernés, la dotation actuelle est suffisante, mais elle ne devrait pas subir de réduction.

Il est à souligner positivement que l'intégralité du personnel travaillant à l'unité U53 ait suivi une formation « Approche Préventive et Intervention Contrôlée » (APIC), destinée à former les personnes pour gérer et désamorcer des situations d'agressivité verbale ou physique auxquelles elles peuvent être confrontées dans l'exercice de leur travail. Elle devrait pouvoir permettre de réduire la survenue de conflits physiques et partant réduire au minimum le recours à des mesures de contention physique tout en contribuant ainsi à un climat de travail, respectivement de séjour plus agréable.

(13) La Médiateure salue cette pratique et ne peut qu'encourager les responsables concernés à continuer à offrir ce genre de formations à l'ensemble du personnel amené à travailler en milieu psychiatrique.

3.1.1.2. Activités

Le plan des activités détaillé est repris dans les annexes.

Les activités proposées comportent notamment des séances de gymnastique, de l'ergothérapie, des jeux de société et des séances de relaxation.

(14) La Médiateure tient à rappeler que certains patients de l'unité fermée, peu nombreux heureusement, ne peuvent profiter de l'ensemble de l'offre du fait qu'une partie des activités a lieu en dehors de l'unité.

(15) La Médiateure déplore encore l'apparente absence d'un plan de traitement individualisé.

L'ergothérapie constitue une des activités majeures proposées aux patients hospitalisés à l'U53.

Si l'ergothérapeute en charge a donné l'impression d'un engagement exemplaire, il y a toutefois lieu de relever que les moyens accordés à cette offre thérapeutique sont plus qu'insuffisants et même carrément décevants, surtout en comparaison avec l'offre ergothérapeutique mise à disposition des patients dans d'autres services de psychiatrie fermés.

Le matériel mis à disposition pour les ateliers créatifs d'ergothérapie est très restreint et limite sensiblement la diversité de l'offre thérapeutique. Une salle relativement petite est mise à la disposition de l'ergothérapeute, qui ne suffit guère à accueillir en une seule fois tous les patients susceptibles de participer ensemble aux activités d'ergothérapie.

Une autre salle est de temps à autre utilisée par l'ergothérapeute pour y proposer des activités de gymnastique douce, constituant, mise à part le tennis de table et le punching-ball, l'unique offre en activités sportives pour les patients.

Normalement, une table de tennis de table est installée dans cette pièce, ainsi qu'un punching-ball qui est placé dans un coin de la salle.

La table de ping-pong doit dès lors être rangée avant de pouvoir organiser des séances d'activités sportives dans cette petite salle.

Il faut relever que cette salle est très étroite, assez sombre, à plafond relativement bas et qu'elle ne contient ni de système d'aération adéquat, ni des fenêtres qui pourraient permettre l'arrivée d'air frais. Cette pièce n'est partant absolument pas adaptée à accueillir plusieurs personnes pour des exercices physiques.

Il est à souligner que les patients de l'U53 ne peuvent pas profiter d'une offre sportive plus importante, dispensée par un moniteur sportif professionnel qui pourrait prendre en compte les besoins et les capacités spécifiques des patients.

Il n'est cependant pas à négliger que le sport peut constituer pour de nombreuses personnes un excellent moyen de décompression et d'évacuation de stress, ce qui est d'autant plus important pour des patients qui peuvent souvent être agités et stressés par leur situation actuelle. Il est donc d'autant plus regrettable que les seules activités sportives offertes aux patients de l'unité aient lieu dans un endroit non adapté.

(16) Pour les patients qui ne peuvent pas sortir de l'unité, la Médiateure recommande de procéder à quelques travaux de réaménagement de la salle de loisirs, alors que la création d'une nouvelle infrastructure ne semble guère réaliste. La salle qui est à disposition devrait au moins être équipée d'un système d'aération adéquat, ainsi que d'un éclairage convenable pour pouvoir offrir un lieu admissible pour les activités sportives.

La Médiateure souligne que l'aménagement d'une salle de sports devrait constituer une priorité lors de tout projet d'agrandissement futur de l'unité.

Pour les patients qui peuvent quitter l'unité, les activités sportives devraient avoir lieu dans une salle existante répondant à tous les critères nécessaires.

L'ensemble des services de psychiatrie du CHL dispose également des services de 3 ETP de psychologue, dont 1 ETP est plus particulièrement en charge des patients de l'unité fermée.

Il est à relever positivement que le service psychologique fait l'objet d'une supervision par un psychologue de Bruxelles

Le fonctionnement des consultations chez le psychologue a toutefois interpellé la Médiateure. Des rendez-vous auprès d'un psychologue ne peuvent avoir lieu que par l'entremise et sur avis d'un médecin-psychiatre.

La Médiateure peut comprendre que le médecin-psychiatre puisse suggérer à un patient de voir le psychologue, que ce soit pour des tests cognitifs ou pour des entretiens. Cependant, la Médiateure a des difficultés de comprendre pour quelles raisons l'accord du médecin-psychiatre serait nécessaire avant que le patient puisse consulter un psychologue s'il en exprime la demande ou si le psychologue en voit une utilité.

Les entretiens « spontanés » ne peuvent pas avoir lieu et les consultations psychologiques sont toujours conditionnées à un avis favorable préalable du médecin-psychiatre.

L'objet des séances chez le psychologue est également déterminé par le médecin-psychiatre, qui décide s'il faut procéder à des tests cognitifs ou s'orienter vers des séances de psychothérapie.

(17) La Médiateure estime que la manière actuelle de procéder constitue immixtion importante des médecins-psychiatres dans le travail des psychologues et dans la liberté de décision du patient. Elle recommande de réservier la possibilité aux patients de solliciter eux-mêmes des consultations auprès d'un psychologue, mais ne s'oppose évidemment pas au fait que le médecin-psychiatre puisse également continuer à diriger un patient vers un psychologue.

La Médiateure estime que si la demande de consulter un psychologue émane de la part d'un patient, le psychologue devrait avoir la liberté de pouvoir apprécier si son intervention est indiquée ou non en vue de pouvoir, le cas

échéant, organiser par la suite ses consultations de la manière qu'il juge appropriée.

Pour apprécier l'indication de séances auprès d'un psychologue et en vue de leur organisation rationnelle, le psychologue devrait avoir la possibilité de solliciter l'avis du médecin-psychiatre et d'obtenir les informations qui sont utiles et nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Les résultats des séances chez le psychologue qui sont jugés pertinents devraient par la suite être discutés avec le médecin-psychiatre et éventuellement avec d'autres membres du personnel encadrant afin de pouvoir établir un plan le plus adapté possible au patient, offrant ainsi au patient la meilleure thérapie possible.

La Médiateure est d'avis que l'échange entre les différents intervenants ne peut que bénéficier au travail de tous et surtout au traitement du patient.

La Médiateure profite de ce contexte pour faire part d'une sensation de tension qui régnait lors des visites sur place. L'équipe de contrôle a eu l'impression qu'il existait des problèmes de communication importants entre les différents corps professionnels, problèmes qui pourraient être à la base de cette atmosphère de tension, voire parfois de frustration. Si les relations entre les différents professionnels n'entre pas dans le champ de compétence de la Médiateure, elle voudrait toutefois rendre attentif au fait que des problèmes relationnels entre le personnel pourraient avoir des répercussions sur les patients. Les entretiens avec les patients ont démontré que certains patients disposent des capacités nécessaires pour ressentir ces tensions et tout manque de communication est susceptible de réduire la pertinence d'une offre thérapeutique.

Sans vouloir remettre en question la bonne qualité du travail effectué par les médecins-psychiatres affectés à l'unité, la Médiateure constate qu'il semble n'avoir que peu de propension des médecins-psychiatres à s'enrichir des observations et des constats faits par d'autres membres du personnel. Ceci est regrettable car ces observations et ces constats pourraient utilement compléter les diagnostics et analyses purement médico-psychiatriques, notamment parce que les autres membres du personnel observent les patients dans d'autres situations de la vie quotidienne ou lors d'autres activités que ne le font les médecins-psychiatres.

(18) La Médiateure propose aux responsables concernés de tenir compte de ces observations en adaptant en conséquence les réunions de staff pluridisciplinaires ayant lieu chaque mardi matin. Cette réunion pourrait également constituer une base utile à l'élaboration d'un plan thérapeutique individuel pour chaque patient.

En ce qui concerne l'offre thérapeutique, certains patients affirment que le programme serait trop chargé et qu'ils préféreraient plus de temps libre, plus de temps pour soi, alors que d'autres patients estiment que l'offre est bonne.

Ceci montre à quel point il est important d'établir les programmes de thérapie en fonction de l'état de santé de chaque personne, tout en stimulant un maximum les patients à participer aux activités proposées pour éviter qu'ils passent la journée dans leur chambre au lit.

(19) La Médiateure encourage le personnel à continuer de stimuler les patients autant que possible à participer aux activités thérapeutiques et d'établir, dans la mesure du possible des plans de traitement individuels.

Un autre problème, déjà brièvement évoqué est le fait que certains patients ne peuvent pas quitter l'unité parce qu'il existe un risque de fuite ou un danger pour soi ou autrui important.

De ce fait, ces personnes sont privées de toute offre d'activité qui a lieu en dehors de l'unité ainsi que de toute sortie à l'air libre. La Médiateure tient à souligner que cet état de chose est totalement inadmissible.

L'accès à l'air libre devrait être garanti en toutes circonstances. Toute privation de ce droit ne devrait se faire que pour des motifs exceptionnels, dûment justifiés et documentés et ceci uniquement pendant un laps de temps aussi réduit que possible.

La Médiateure est consciente que ce problème est notamment dû à des impératifs infrastructurels, mais elle ne peut accepter que des personnes soient privées d'accès à l'air libre pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

(20) La Médiateure recommande aux responsables concernés de prévoir une possibilité de sortie à l'air libre pour tout patient de l'unité U53.

Evidemment, cette situation est également due au nombre de personnel affecté à l'unité. Pour des considérations de sécurité, il est impératif qu'un nombre suffisant de personnel soit toujours présent à l'unité. Les sorties accompagnées, drainent évidemment des ressources. Néanmoins, la Médiateure insiste que chaque personne doit pouvoir sortir à l'air libre au moins une fois par jour.

(21) La Médiateure recommande de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes par jour dans le programme d'activités qui serait consacrée à l'accompagnement sécurisé des personnes représentant un risque de fuite où un danger pour soi ou pour autrui. Afin de pouvoir mettre en œuvre cette pratique, la Médiateure propose de réfléchir à la mise en place d'un système

d'entraide pour les sorties accompagnées entre le personnel des unités U53 et U50 (unité de psychiatrie ouverte).

Si le risque de fuite ou le danger pour soi ou autrui est jugé trop important et imminent, la Médiateure peut concevoir que les personnes concernées puissent être obligées à rester à l'unité pour une durée maximale de 3 jours. Au plus tard après ce délai, une nouvelle évaluation du risque tenant compte de toutes les informations à disposition devrait avoir lieu.

Pour les patients qui doivent absolument rester à l'unité, la Médiateure recommande de diversifier au mieux l'offre thérapeutique.

Un autre problème qui se dégage de l'impossibilité de certains patients de quitter l'unité constitue dans leur privation de l'accès à la kinésithérapie qui a lieu en dehors du service.

Egalement ici, la Médiateure ne peut tolérer que des considérations infrastructurelles et purement sécuritaires privent les patients d'une offre thérapeutique qui peut, dans certains cas, être d'une importance non négligeable notamment afin de préserver au mieux les capacités psychomotrices des patients.

(22) La Médiateure recommande de procéder, dans les cas où les patients ont besoin de kinésithérapie, à des séances de kinésithérapie dans les chambres des patients et de réfléchir à l'aménagement d'une salle pouvant servir de salle de kinésithérapie lors de l'agrandissement prévu de l'unité.

Cette salle pourrait alors servir aussi bien de salle de sport que de salle de kinésithérapie et répondrait ainsi à deux besoins constatés, dans l'intérêt des patients.

3.1.1.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène des parties communes et des chambres individuelles des patients est à l'abri de tout reproche.

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

Les patients en phase d'observation sont accueillis au service des urgences et ensuite transférés à l'unité U53. La Médiateure entend revenir sur la procédure d'admission dans la section 3.2. sur les constats généraux.

Dès l'arrivée des patients à l'unité et si leur état de santé le permet, le médecin-psychiatre, ensemble avec un infirmier, les informe de leurs droits en tant que patients. A cette fin, un document standardisé a été élaboré. Ce document est signé par le patient qui affirme ainsi avoir été informé de ses droits, notamment de ses droits au recours et de son droit de se faire assister par un avocat. Si le patient a indiqué une personne de confiance, celle-ci est également informée des droits du patient admis.

(23) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée et encourage le personnel de répéter ces informations au besoin aux patients alors que ceux-ci ne sont souvent pas en mesure de comprendre les informations pertinentes dès le début de leur admission.

L'hygiène de l'U53 ne donne pas lieu à des observations particulières. Les lieux communs, aussi bien que les chambres des patients et les sanitaires étaient dans un bon état.

(24) La Médiateure se réjouit de ce constat.

Egalement au niveau de l'alimentation, l'équipe de contrôle ne peut pas soulever de critiques majeures. Certains patients ont fait état à l'équipe de contrôle que les repas étaient trop fades ou qu'il n'y avait pas assez de variation, d'autres patients cependant ont affirmé que les repas étaient bons.

L'alimentation des patients est assurée par la société de restauration collective SODEXO qui remplit tous les normes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) et qui fait l'objet de contrôles internes et externes réguliers.

Un constat que la Médiateure tient cependant à relever est le fait que l'eau soit payante pour les patients à raison de 1€/litre.

(25) La Médiateure recommande de mettre à disposition gratuite des patients au moins 1 litre d'eau par jour.

Les contacts vers l'extérieur semblent garantis à suffisance aux yeux de la Médiateure, alors que les patients ont la possibilité de téléphoner 1 à 2 fois par jour. Ils ont en outre accès aux journaux et peuvent recevoir de la visite au sein de l'unité pendant les heures de visite, soit entre 13h00 et 20h00.

(26) La Médiateure s'en félicite.

3.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Pendant la période du 1.8.2011 au 31.7.2012, le service psychiatrique du CHL a accueilli 1034 patients (U50 et U53 cumulées). 48 patients ont fait l'objet d'une fixation. Certains de ces patients ont fait à plusieurs reprises l'objet d'une mesure de contention, 84 fixations ayant été pratiquées en tout pendant la période concernée.

La durée totale de l'ensemble des 84 fixations était de 610 heures et 43 minutes, de sorte que la durée moyenne de fixation est de 7 heures et 16 minutes, la médiane était de 6 heures 45 minutes.

La fixation la plus courte était de 15 minutes, la plus longue de 31 heures.

Au total, 12% des patients de l'unité fermée et 4,64% de l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie ont fait l'objet d'une fixation.

Toutes les fixations étaient effectuées avec l'accord écrit (paraphe) du médecin traitant, voire du médecin de garde.

Ces chiffres n'appellent pas d'observations particulières de la part de la Médiateure alors qu'ils sont conciliables avec les nécessités d'un service de psychiatrie fermé.

Si le personnel doit avoir recours à la fixation, elle est en principe effectuée dans une des deux chambres vidéo-surveillées dont dispose l'U53.

(27) La Médiateure tient à féliciter les responsables du CHL pour la rigueur et le soin accordé à la tenue d'une documentation très détaillée et exemplaire des mesures de contention. Il s'agit-là en effet d'un exemple de bonne pratique.

Force est de constater toutefois que les deux chambres ne suffisent pas toujours pour répondre à tous les besoins d'isoler ou d'observer temporairement des patients.

Elles ne sont donc pas toujours disponibles pour procéder à des fixations, de manière à ce qu'il arrive que cette mesure de contention doive être effectuée dans les chambres personnelles des patients.

Si le patient est hospitalisé dans une chambre double, le personnel essaie de transférer le patient dans une autre chambre, ce qui n'est cependant pas toujours possible. Le patient est alors fixé, dans sa chambre, en présence d'un autre patient.

La Médiateure peut comprendre que le recours à la fixation est parfois inévitable en milieu psychiatrique. Elle n'ignore pas non plus que le personnel est limité par les infrastructures existantes et le nombre élevé de patients.

La Médiateure voudrait quand même exprimer ses réserves premièrement quant au fait de procéder à une fixation dans la chambre personnelle du patient et deuxièmement quant au fait qu'elle puisse se faire en présence d'un autre patient.

La Médiateure estime que la chambre personnelle du patient constitue probablement un des seuls endroits au sein de l'unité où il se sent en sécurité.

La Médiateure est d'avis que par le fait de fixer un patient dans sa propre chambre, on le prive de cet endroit de retrait et de sécurité.

(28) La Médiateure recommande au personnel de continuer à éviter au maximum le recours à la fixation dans les chambres personnelles des patients et d'utiliser, en cas de nécessité, autant que possible les deux chambres vidéo-surveillées à cette fin.

La fixation d'un patient dans sa chambre personnelle devrait constituer une solution d'ultime recours, en cas d'absence de toute autre alternative.

La seule exception que la Médiateure puisse volontairement accepter à ce principe serait l'hypothèse dans laquelle un patient demande lui-même à être fixé dans sa chambre personnelle parce qu'il estime que l'environnement connu et familier contribuerait à son apaisement.

(29) La Médiateure recommande de solliciter dans la mesure du possible l'avis du patient à cet égard avant de procéder à une fixation.

Si la fixation a lieu dans la chambre personnelle du patient, la Médiateure estime qu'il est humiliant et dégradant pour une personne d'être fixée dans une chambre dans laquelle se trouve encore un autre patient. Cette circonstance peut être traumatisante aussi bien pour le patient fixé que pour celui qui doit assister à la fixation.

(30) La Médiateure recommande au personnel de tout mettre en œuvre afin que les fixations ne puissent avoir lieu qu'en dehors de la vue des autres patients.

La Médiateure voudrait ici encore une fois saluer l'aménagement d'une « soft-cell » prévue lors de l'agrandissement de l'unité, alors que celle-ci sera destinée aux patients agités nécessitant une mesure d'isolement pour pouvoir retrouver leur calme, tout en se trouvant dans un environnement sécurisé, sans risque de blessure.

Afin que la dignité des patients soit respectée, la soft-cell devrait évidemment disposer des installations sanitaires et mobilières nécessaires et adaptées à la situation.

La « soft-cell » devrait ainsi disposer d'un mobilier adapté fixé au sol ainsi que d'un revêtement mural permettant d'éviter les blessures. Pour des raisons de sécurité, tant du patient concerné que des autres patients, la chambre devrait pouvoir être fermée à clé de l'extérieur.

Il va sans dire que la « soft-cell » ne devra en aucun cas être utilisée à des fins de sanction.

La Médiateure reviendra ultérieurement sur la question des soft-cells.

Si un traitement involontaire ou une fixation sont effectués, le personnel essaie de donner un maximum d'informations aux personnes concernées.

(31) La Médiateure se réjouit de ces affirmations et encourage le personnel à continuer à appliquer cette bonne pratique.

A l'unité U53, des fouilles sont uniquement effectuées si une personne représente un risque d'auto-agression, voire de suicide. Dans ces cas, les vêtements et affaires personnelles du patient sont examinés par deux infirmiers. Il n'y a, selon les dires du personnel rencontré, aucune fouille corporelle, intime qui n'est réalisée.

La Médiateure s'en réjouit.

(32) Un patient rencontré par l'équipe de contrôle a affirmé avoir été agressé par un infirmier lorsqu'il était fixé. La Médiateure n'ignore pas que de telles affirmations sont à considérer avec toute la prudence et toute la circonspection requise, surtout eu égard à la pathologie dont souffrait le patient en cause.

La Médiateure ne dispose pas des moyens requis pour pouvoir confirmer ou infirmer les dires de ce patient. Néanmoins, et sans vouloir préjuger en quoi que ce soit, elle recommande aux responsables du service d'accorder à de pareilles allégations toujours une attention particulière. Si de telles affirmations devraient se répéter et se concentrer toujours sur la ou les mêmes personnes, une enquête interne s'impose. La Médiateure est d'ailleurs toujours à la disposition des institutions concernées pour prêter son concours à de telles procédures en cas de besoin.

Si la Médiateure ne dispose d'aucune indication permettant de mettre en doute l'approche professionnelle et éthique de l'ensemble du personnel des institutions concernées, elle fait cependant remarquer qu'à côté des considérations objectives, des impressions purement subjectives ne manquent pas d'avoir leur influence sur l'image de la psychiatrie en général. Dès lors, il importe que chaque allégation de mauvais traitement fasse l'objet des

vérifications, internes et/ou externes nécessaires. En cas de confirmation des allégations, des procédures disciplinaires, voire même pénales s'imposent afin de ne pas porter préjudice au bon travail de l'ensemble des acteurs.

3.1.2. CHK

Le service psychiatrique pour patients adultes à l'Hôpital Kirchberg se compose de trois étages (0C, 1C, 2C) qui sont chacun dotés de 15 lits d'hospitalisation et de 5 places en hôpital de jour.

Les patients sont répartis sur les trois étages en fonction des gardes de l'hôpital. Les patients ne sont donc pas hospitalisés sur l'un ou l'autre étage en fonction de leur pathologie psychiatrique, mais uniquement par rapport au médecin-psychiatre qui est de garde, voire encore, si nécessaire par rapport aux chambres disponibles.

Les thérapies qui sont proposées aux patients sont proposées partiellement par étage, partiellement pour l'ensemble des patients des trois étages.

La particularité du service de psychiatrie au CHK est qu'il s'agit d'une unité semi-ouverte, c'est-à-dire que les patients en séjour volontaire et en phase d'observation ou en placement sont mélangés sur les trois étages et que les portes donnant vers l'extérieur sont en principe ouvertes. Les portes vers l'extérieur ne sont fermées que lorsqu'il y a des patients présentant un risque de fuite important, voire s'il y a des patients avec des idées suicidaires ou des patients très agités ou délirants, se trouvant dans une phase maniaque. Les portes sont également fermées lorsque le service accueille un patient dément.

Comme il a déjà été mentionné ultérieurement, la Médiateure entend revenir sur la problématique des patients déments au chapitre 3.2. sur les constats généraux.

Lors des visites sur place, qui ont eu lieu pendant des jours et heures différents sur les différents étages et ceci sans que le personnel ait été informé des moments précis de présence de l'équipe de contrôle, les portes n'étaient fermées qu'une seule fois à l'arrivée de l'équipe de contrôle, ce qui démontre le caractère exceptionnel de cette mesure.

(33) La Médiateure est d'avis qu'il s'agit d'une pratique très intéressante qui est vécue positivement par les patients. Le personnel a informé l'équipe de contrôle que le nombre de fuites n'était pas significativement plus élevé que celui des autres hôpitaux.

Cette pratique est de nature à réduire le sentiment d'être enfermé, ce qui peut également contribuer à diminuer la volonté et le besoin de s'enfuir pour retrouver sa liberté.

Au moment de la visite de l'équipe de contrôle, 6 patients se trouvaient en phase d'observation au CHK.

La Médiateure voudrait également faire part des réactions positives que l'équipe de contrôle a reçues de la part des patients, dont certains avaient déjà été hospitalisés dans d'autres hôpitaux. La première impression que les patients ont eue du CHK a globalement été décrite comme positive.

Le côté plus ouvert, le contact plus important avec le personnel et les autres patients et l'offre plus importante en activités, surtout sportives en comparaison avec les autres hôpitaux ont avant tout été relevés par les patients.

(34) La Médiateure se réjouit de ces affirmations.

3.1.2.1. Infrastructures et personnel

Le service de psychiatrie adulte au CHK compte un effectif de 6 médecins-psychiatres, soit 2 par étage.

L'équipe thérapeutique de l'unité psychiatrique pour adultes est composée en total de 9,5 ETP, comprenant psychologues, assistants sociaux, ergo- et art-thérapeutes, éducateurs et sport-thérapeutes.

L'équipe soignante dispose de 38,25 ETP et est composée d'infirmiers en psychiatrie, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'éducateurs.

Comme déjà relevé, l'unité psychiatrique du CHK est semi-ouverte, les portes vers l'extérieur ne sont fermées qu'en cas de nécessité.

L'unité, répartie sur trois étages aménagés de manière identique, dispose à chaque étage de 5 chambres individuelles et de 5 chambres doubles.

L'unité comprend également 2 chambres sécurisées par étage destinées à accueillir pour une période limitée des patients qui représentent un risque concret pour eux-mêmes ou pour autrui.

En 2011, 109 patients au total ont été admis au sens de la prédicta loi de 2009 au CHK, dans les six premiers mois de 2012, 48 patients ont fait l'objet d'une admission en observation à l'unité.

3.1.2.2. Activités

L'unité de psychiatrie du CHK offre une large gamme d'activités thérapeutiques aux patients.

Tous les matins les patients ont la possibilité d'aller se promener à l'air libre pendant une demi-heure.

Les autres activités proposées sont des groupes de parole thérapeutiques, des activités créatives dans le cadre de l'ergothérapie ou de l'art-thérapie ou des activités physiques.

De manière générale, les patients peuvent suivre des activités du lundi au vendredi entre 9h00 du matin et 16h00 de l'après-midi, sans que toutes les activités soient obligatoires pour tous les patients ou que toutes les activités puissent être suivies par tous les patients.

Pour établir le programme d'activités de la semaine, des réunions pluridisciplinaires régulières sont organisées avec les patients à côté des réunions pluridisciplinaires ordinaires qui ont lieu en l'absence des patients. A l'issue de ces réunions, des plans individuels de thérapie sont établis pour chaque patient. En règle générale, le plan de traitement établi est signé par le patient.

(35) La Médiateure encourage cette pratique, alors qu'elle responsabilise les patients et renforce leur adhésion et leur consentement au traitement.

Tous les vendredis après-midis, une réunion « feedback » est organisée avec le patient, afin de lui donner la possibilité de donner son avis sur les thérapies suivies. Ces constats sont alors utilisés dans la prochaine réunion à des fins d'établissement, voire d'adaptation du plan de traitement. Ainsi, si le patient adhère bien à une certaine thérapie, mais ne se sent pas à l'aise avec une autre, le programme est adapté, dans la mesure du possible, en fonction des impressions du patient et dans le respect de ses capacités.

(36) Egalement cette pratique trouve l'entièvre approbation de la Médiateure, alors que l'avis du patient est sollicité et respecté dans la mesure du possible contribuant ainsi au consentement et à l'adhésion au traitement. L'autonomie et la responsabilisation, ainsi que l'adhésion au traitement du patient sont des valeurs clés dans le domaine de la psychiatrie et la Médiateure se réjouit du fait que ces valeurs sont activement favorisées par l'équipe du CHK.

En ce qui concerne le traitement médical, il y a dès le début de l'hospitalisation une planification prévoyant la diminution progressive de la médication. Le diagnostic

établi par le médecin-psychiatre est communiqué au patient avec toutes les explications nécessaires.

(37) La Médiateure salue cette approche qui soutient et sous-tend également l'idée d'une thérapie médicale orientée vers la réintégration.

La diminution des médicaments que le patient doit prendre et continuer à prendre une fois l'hospitalisation terminée est en effet susceptible d'augmenter l'adhésion du patient au traitement. En effet, les effets secondaires indésirables sont susceptibles d'être moins importants en cas de posologies plus réduites.

La continuation du traitement médicamenteux à l'extérieur constitue toutefois un problème important sur lequel la Médiateure entend revenir ultérieurement, à la section 5.2.

Comme il a déjà été soulevé, le consentement du patient au traitement est recherché tout au long de son hospitalisation. Les patients ont en outre la possibilité de contribuer concrètement au contenu des offres thérapeutiques en pouvant suggérer des sujets pour les groupes à thèmes ou soumettre des propositions concrètes pour les activités sportives.

Dès le début de l'hospitalisation, l'équipe essaie également de préparer la sortie en examinant les différentes possibilités qui s'ouvrent lors d'un retour du patient à la maison. Ces efforts sont menés notamment en collaboration avec les « Soins psychiatriques à domicile » (SPAD), qui est un service offert par le CHNP, « Hellef doheem », l'hôpital de jour ou d'autres intervenants.

Chaque étage de l'unité psychiatrique dispose d'un ETP de psychologue. Des consultations peuvent être demandées librement et directement par le patient.

Le psychologue mène des entretiens individuels, mais offre également des thérapies en groupe, il anime aussi des groupes de discussion.

Du moins sur un étage, l'équipe de contrôle a été informée que bien que les patients soient libres de demander un rendez-vous chez le psychologue, cette démarche serait toujours discutée avec le médecin-psychiatre.

(38) La Médiateure salue la possibilité pour le patient de prendre l'initiative de solliciter une consultation chez le psychologue et voudrait de nouveau souligner l'importance de laisser une certaine autonomie aux patients en leur accordant la possibilité de solliciter eux-mêmes une consultation chez un psychologue s'ils en éprouvent le besoin.

Le psychologue devrait être libre d'organiser ses consultations comme il l'entend, tout en ayant la possibilité d'échanger les constats principaux avec le médecin-psychiatre, évidemment en respect avec le secret professionnel.

Dans ce contexte, l'équipe de contrôle a d'ailleurs été informée que des réunions entre le médecin-psychiatre et le psychologue ont lieu tous les matins.

La Médiateure s'en félicite.

Deux des trois étages bénéficient chacune d'un ETP d'art-thérapeute, le troisième étant doté d'un ETP d'ergothérapeute.

Les activités d'art-thérapie ont lieu en règle générale 7 fois par semaine et comprennent également des visites à l'extérieur de l'hôpital, comme par exemple des visites au musée.

(39) La Médiateure salue les efforts menés en vue d'organiser des activités en dehors de l'unité psychiatrique. Ces sorties sont davantage susceptibles de procurer un changement d'idées aux patients, tout en offrant une plus-value thérapeutique non négligeable, permettant en effet de travailler de manière importante les compétences sociales.

L'accès à l'air libre est soumis à une réglementation différente de celle en usage dans d'autres hôpitaux alors qu'il s'agit dans le cas d'espèce d'une unité psychiatrique semi-fermée.

Les patients sont donc en principe et en dehors des séances thérapeutiques, libres de sortir de l'unité à leur gré. L'équipe de contrôle a pu se rendre compte que les patients informent brièvement le personnel soignant avant de sortir et en font de même à leur rentrée.

Il est de nouveau à relever qu'en tout état de cause les patients bénéficient d'office, du moins du lundi au vendredi, d'une demi-heure consacrée à la promenade.

(40) La Médiateure se félicite de la garantie d'accès à l'air libre accordée aux patients hospitalisés.

3.1.2.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène des parties communes et des chambres individuelles des patients est à l'abri de tout reproche.

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

Egalement au CHK, les patients admis en phase d'observation sont accueillis aux urgences du CHK, question sur laquelle la Médiateure entend revenir au chapitre 3.2.

L'information des droits dont disposent les patients a lieu le jour de leur admission ou au plus tard le lendemain, en fonction de l'état de santé de la personne hospitalisée. Les patients reçoivent, contre récépissé, une brochure contenant des informations sur le fonctionnement du service et sur leurs droits.

(41) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée qui augmente la sécurité juridique des patients et protège le personnel contre de fausses allégations. Elle encourage le personnel à procéder à l'information des droits des patients dès que leur état de santé le permet.

Le CHK a, dans le passé, été amené à prendre en charge des détenus en décompensation psychiatrique.

La Médiateure entend revenir sur la problématique des détenus hospitalisés de manière générale dans le chapitre 5.3.

Les repas servis à l'unité psychiatrique du CHK n'ont pas fait l'objet de réclamations de la part des patients. Les patients ont chaque jour la possibilité de choisir entre plusieurs plats.

Il est à relever positivement qu'une bouteille d'eau est comprise dans le forfait journalier des patients et que partant un litre d'eau est donc gratuitement mis à disposition des patients.

La seule critique qui a été rapportée à l'équipe de contrôle était que le repas du soir serait servi trop tôt.

(42) Si les repas devaient être pris plus tôt pour des raisons médicales, la Médiateure n'a évidemment pas d'objection à cet égard. Autrement, elle recommande au personnel d'adapter le rythme de vie au sein de l'unité autant que possible aux normes usuelles rencontrées en dehors du milieu hospitalier.

En dehors de la possibilité de quitter l'unité pour fumer dehors, l'unité psychiatrique est également équipée d'un fumoir.

Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que le personnel n'avait depuis un certain temps plus le droit de fumer dans le même fumoir, alors que ceci était toujours

autorisé auparavant. Le personnel est désormais obligé de sortir de l'unité pour pouvoir fumer.

La Médiateure estime que l'utilisation commune du fumoir par les patients et le personnel était susceptible de générer une autre forme de contact, créant une relation plus informelle et permettant au personnel de communiquer avec les patients de manière plus détendue. Ces relations ont pu être d'une utilité certaine pour mieux apprendre à connaître le patient. Or, avec la nouvelle instruction, cette forme d'observation et de communication spontanée n'est plus possible.

(43) La Médiateure s'interroge sur la motivation de cette instruction et demande à obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

Le contact vers l'extérieur semble garanti à suffisance aux patients qui ont notamment le droit de recevoir de la visite entre 14h00 et 20h00, sauf décision contraire du médecin-psychiatre.

(44) La Médiateure tient à souligner que le maintien des relations sociales est très important et qu'il ne faut restreindre ces contacts que dans des cas exceptionnels et dûment motivés. Les restrictions des visites ne devraient en aucun cas avoir lieu à des fins de sanction.

Le personnel procède régulièrement à une enquête de satisfaction auprès des patients afin d'établir des statistiques et déterminer des éventuels problèmes récurrents.

(45) La Médiateure se félicite de ce travail continu de remise en question et d'amélioration effectué par le personnel.

3.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les fouilles sont exécutées exclusivement sur demande du médecin et ceci seulement dans les cas où il existe un risque d'auto-agression et/ou si le personnel ou le médecin a connaissance d'une consommation ou d'une dépendance de stupéfiants.

Dans les cas où une fouille est réalisée, elle se fait toujours par deux infirmiers.

La Médiateure n'a pas d'objections quant à cette manière de procéder.

Dans les six premiers mois de 2012, 5 patients sur 48 ont subi une mesure de contention physique. En tout, ces 5 patients ont été fixés 31 fois. La durée moyenne de fixation pour ces patients était de 9h33.

(46) La Médiateure se félicite que la durée moyenne de fixation ait baissée en 2012, par rapport à 2011 de plus d'une heure. Elle se doit de rappeler l'importance de limiter les mesures de contention au strict nécessaire et d'encourager le recours, dans la mesure du possible, à des moyens moins invasifs.

Parmi les 5 patients qui ont été fixés pendant leur hospitalisation, il y avait également des patients transférés de la prison. Comme déjà mentionné, la question des détenus hospitalisés en milieu psychiatrique sera traitée à la section 5.3.

Si une situation nécessitant un traitement involontaire se présente, le personnel recherche autant que possible le consentement du patient et donne des explications au patient concerné.

La Médiateure s'en félicite.

En ce qui concerne les fixations, l'équipe de contrôle a été informée que le CHK participe à un projet européen de benchmarking en matière de fixations en milieu psychiatrique. Ainsi, il est possible de se positionner par rapport aux standards internationaux et d'obtenir des données de comparaison, encourageant le personnel à diminuer les fixations au strict minimum.

A côté de ce projet, des formations régulières sont proposées en matière de désescalade de situations qui pourraient devenir critiques.

(47) La Médiateure se réjouit de cette offre de formation et encourage les responsables concernés de continuer à proposer de pareilles formations au personnel amené à travailler en milieu psychiatrique.

Si une fixation s'avère néanmoins nécessaire, elle est réalisée dans la chambre du patient.

Il est évité autant que possible de procéder à une fixation dans une chambre double et tout est mis en œuvre afin d'avoir un strict minimum de « public ». Ainsi, les patients qui sont susceptibles de nécessiter une fixation du fait de leur état agité sont hospitalisés dès l'admission à l'unité dans une chambre individuelle afin de minimiser le risque de devoir procéder à une fixation dans une chambre double.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il est souvent possible d'éviter une fixation en accordant une attention particulière à toute situation qui pourrait se dégrader en situation de crise, demandant une intervention forcée du personnel. Dans les situations à risque, les infirmiers font également appel à des membres du personnel d'autres unités, ce qui contribue souvent au désamorçage d'une situation à risque potentiel.

(48) La Médiateure souligne qu'elle considère une fixation dans une chambre double, sans qu'elle ne soit expressément souhaitée par le patient, comme étant constitue d'un traitement dégradant et humiliant et salue l'approche « préventive » appliquée par le personnel.

Les unités du CHK ne disposent pas de « soft-cell », donc d'une chambre sécurisée, permettant d'accueillir un patient en phase d'agitation.

Lors des entretiens menés sur place, l'équipe de contrôle a pu constater qu'une telle chambre sécurisée était souhaitée par certains membres du personnel, mais pas par l'intégralité. La Médiateure entend revenir sur la question des « soft-cells » au chapitre 3.2.

Une différence majeure entre le CHK et l'ensemble des autres hôpitaux dotés d'un service de psychiatrie fermé consiste dans l'emploi de personnel de sécurité externe. En effet seul le CHK fait appel à du personnel externe, mis à disposition à l'heure actuelle par la société DUSSMANN pour assister régulièrement le personnel du service de psychiatrie pendant la nuit.

Il est à relever que plusieurs hôpitaux, dont également le CHK ont recours à des agents de sécurité mis à disposition par des sociétés de gardiennage, ceci surtout pour assurer la sécurité des établissements pendant la nuit ou au sein des services d'urgence, ce qui n'appelle pas de commentaires de la part de la Médiateure.

Or, la pratique mise en œuvre au CHK va autrement plus loin. Ici, certains agents de sécurité assistent surtout le personnel soignant en cas de besoin. Leurs tâches sont très variées, et limitativement énumérées dans une description minutieuse du profil de leur poste élaborée par le CHK.

Ainsi, les agents de sécurité sont bien évidemment en charge du maintien de l'ordre au sein du service de psychiatrie, ils peuvent être chargés du transport de dossiers ou de matériel d'un service à l'autre, ils accompagnent les patients des urgences vers le service de psychiatrie, mais avant tout, ils sont appelés à assister le personnel médical et soignant, sur demande de celui-ci, à l'occasion de fixations ou en cas d'incident. Ils peuvent également assister le personnel médical et soignant en cas d'administration de traitements forcés si des considérations de sécurité l'indiquent. A cet effet, ils peuvent également pénétrer dans les chambres des patients, sous réserve expresse d'être accompagnés par un membre du personnel soignant.

Cette pratique a, dans un premier temps, interpellé l'équipe de contrôle qui avait de vifs doutes sur le respect du secret professionnel et sur la qualité des interventions contraignantes exécutées par des agents non spécialisés dans ce domaine délicat et complexe.

Avant d'avoir voulu se prononcer sur le fond, l'équipe de contrôle a dès lors sollicité de plus amples détails sur l'organisation et les modalités de cette collaboration.

La Médiateure ne cache pas non plus qu'elle a sollicité à ce sujet l'avis d'autres experts en matière de droits de l'homme.

Après lecture du profil de poste et des modalités qui entourent l'affectation des agents de sécurité aux postes de surveillance à l'unité psychiatrique, il a été possible de lever les doutes existants, notamment parce que les compétences et devoirs des agents de sécurité sont déterminés de manière très précise et limitative.

Ainsi, les agents de sécurité qui sont affectés au service de psychiatrie du CHK doivent premièrement suivre une formation interne au CHK sur la technique de fixation de patients et sur les procédures de sécurité spécifiques à la psychiatrie et deuxièmement, participer à une formation externe en matière de désescalade de situations critiques.

Cette formation est la même que celle qui doit être suivie par le personnel soignant travaillant au service de psychiatrie et doit faire l'objet d'une mise à jour annuelle.

Le profil de poste impose également la stricte observation du secret professionnel et l'interdiction de consulter les dossiers des patients ainsi que les informations médicales de manière générale.

Il est en plus précisé que l'agent de sécurité ne peut jamais intervenir seul auprès d'un patient, sauf dans les cas pouvant être assimilés à des situations de « non-assistance à personne en danger », ni entrer seul dans la chambre d'un patient. Lorsqu'il intervient auprès d'un patient, l'agent de sécurité est toujours sous la responsabilité et sous les ordres du personnel médical et soignant.

Après avoir eu connaissance de ces éléments, la Médiateure estime que le recours à des agents de sécurité constitue une pratique très intéressante.

La participation des agents de sécurité aux mesures contraignantes est en effet susceptible de protéger la relation de confiance qui doit s'établir entre les patients et le personnel médical et soignant.

En outre, la présence des agents de sécurité, auxquels incombent également des tâches logistiques, décharge le personnel soignant qui dès lors est plus disponible pour dispenser les soins infirmiers proprement dits, nécessitant une intervention très qualifiée.

Finalement, cette pratique ne reste pas sans impact budgétaire majeur tel qu'il ressort du nombre d'ETP en personnel infirmier qualifié affecté au service psychiatrique pendant la nuit.

(49) Dans le souci d'une gestion raisonnable des deniers publics, la Médiateure ne peut cacher son approbation de cette pratique qui devrait pouvoir servir d'exemple, à condition d'être entourée des mêmes garanties formelles et écrites, dans d'autres institutions à besoins similaires, psychiatriques ou non.

3.1.3. Le CHEM

L'unité de psychiatrie intensive au CHEM dispose de 12 lits destinés aux personnes en phase d'observation. Elle dispose de 2 chambres individuelles et de 5 chambres doubles, ainsi que de deux chambres individuelles dotées d'un système de vidéo-surveillance.

A côté du service d'hospitalisation psychiatrique, le CHEM a créé le « Centre d'intervention de crise » qui est accessible 24h/24 et qui constitue un service destiné à offrir une aide et un soutien à des personnes en situation de crise.

Une présence permanente est assurée par un infirmier spécialisé en psychiatrie. S'il s'avère nécessaire, celui-ci fait appel à un médecin-psychiatre qui peut le cas échéant prescrire toute médication indiquée.

A côté de ce service très intéressant, la Médiateure voudrait également relever le fonctionnement du service « antenne mobile psychiatrique» qui est assuré par deux ETP d'infirmiers du service psychiatrique fermé et qui propose une prise en charge globale des personnes souffrant de troubles psychiques et ceci, dans leur milieu de vie.

Il s'agit-là d'un service susceptible de réduire sensiblement le nombre d'hospitalisations nécessaires. Il est cependant regrettable qu'il ne fonctionne que pendant les jours de la semaine.

(50) La Médiateure est d'avis que tant le Centre d'intervention de crise que l'Antenne mobile psychiatrique constituent deux offres très intéressantes alors qu'elles sont susceptibles d'éviter beaucoup d'hospitalisations, voire même de placements.

Ceci est premièrement un d'un avantage incontestable pour les patients qui peuvent obtenir une aide rapide et efficace sans devoir être hospitalisés. Deuxièmement, ces services présentent des avantages budgétaires considérables à long terme. Il ne faut en effet pas oublier qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique génère des coûts non négligeables qui

peuvent dans certains cas être évités, ou du moins diminués par des soins appropriés en dehors d'un contexte d'hospitalisation.

En dehors des coûts élevés générés par une hospitalisation, il y a lieu de remarquer que le Luxembourg souffre d'un manque chronique d'infrastructures destinées à prendre en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. La Médiateure encourage et salue partant toute initiative susceptible d'offrir un traitement adéquat aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques par le biais d'une prise en charge à leur domicile, permettant ainsi leur maintien dans un environnement qui leur est familier.

La Médiateure entend encore revenir plus en détail sur la problématique du manque d'infrastructures spécialisées dans le domaine des soins psychiatriques aux chapitres 3.2. et 4.2.

3.1.3.1. Infrastructures et personnel

L'unité de psychiatrie intensive dispose de 4 ETP de médecins-psychiatres, de 17,5 ETP d'infirmiers et de 0,5 ETP d'aide-soignante.

Les infirmiers travaillent à trois tours de trois personnes.

A côté de ces effectifs, l'unité dispose encore de 0,1 ETP d'ergothérapeute, de 0,33 ETP de psychologue et de 0,33 ETP d'assistant social.

Si l'effectif en infirmiers semble couvrir de manière satisfaisante les besoins de l'unité, la Médiateure se doit de soulever le manque important de personnel thérapeutique.

L'équipe thérapeutique, à côté des médecins-psychiatres, ne se compose en effet que d'un total de 0,76 ETP.

(51) La Médiateure estime que cette dotation est largement insuffisante pour pouvoir proposer un programme thérapeutique adapté aux besoins des patients et recommande aux autorités compétentes de débloquer les ressources budgétaires suffisantes pour que l'unité de psychiatrie intensive puisse bénéficier d'au moins 1 ETP de personnel thérapeutique affecté à l'unité de psychiatrie intensive.

Egalement au CHEM, les problèmes les plus souvent rencontrés par les assistants sociaux affectés à l'unité de psychiatrie intensive sont des problèmes liés à l'accès aux informations ainsi qu'aux patients qui ne sont pas affiliés à une caisse de maladie.

D'un côté, les procédures de la Caisse Nationale de Santé (CNS) exigeraient que les patients fassent certaines démarches eux-mêmes, mais en règle générale, les patients hospitalisés ne sont pas capables de suffire à cette exigence.

De l'autre côté, le secret médical interdit au personnel de l'unité de psychiatrie de révéler que le patient se trouve en hospitalisation involontaire en psychiatrie et qu'il est, à cause de sa maladie, pas capable de faire les démarches auprès de la CNS.

La Médiateure va revenir à cette problématique d'accès aux données au chapitre 3.2.

La kinésithérapie est accessible aux patients de l'unité psychiatrique intensive au besoin.

La Médiateure s'en félicite.

La majorité des patients est hospitalisée dans des chambres doubles. L'équipe de contrôle n'a pas recueilli des témoignages affirmant que cette situation gênerait les patients.

(52) Même si les chambres doubles ne constituent que rarement une solution optimale, la taille des chambres doubles est satisfaisante et offre un espace personnel suffisant aux patients, de manière à ce que la Médiateure n'ait pas à formuler d'objections à cet égard.

Chaque patient a à sa disposition un coffre-fort où il peut déposer son argent ou des objets de valeur qu'il souhaite garder sur lui.

La Médiateure s'en félicite.

La salle de bain est commune aux deux patients partageant la même chambre. La seule chose qui a retenu l'attention de l'équipe de contrôle et qui a également été rapportée par les patients rencontrés est que la douche ne dispose d'aucune séparation, d'aucune paroi qui pourrait protéger le reste de la salle de bain d'éclaboussures d'eau et de l'humidité.

La Médiateure donne à penser qu'un tel aménagement n'est non seulement pas agréable, mais présente également un risque non négligeable de chutes, surtout pour les patients plus âgés ou pour les patients qui obtiennent une médication qui ralentit sensiblement les réflexes et qui peut perturber le sens de l'équilibre.

(53) La Médiateure recommande de faire installer une protection autour de la douche qui protège le reste de la salle de bain des projections d'eau, tout en respectant évidemment les considérations sécuritaires qui s'imposent.

L'unité de psychiatrie intensive au CHEM est une unité disposant d'une superficie extrêmement réduite, qui se compose presque exclusivement des chambres des patients. A côté des chambres des patients, il y a encore une salle commune qui est à disposition des patients, où ils peuvent prendre les collations et téléphoner. La même pièce est utilisée en tant que fumoir.

Vu la taille de l'unité, les activités thérapeutiques ont exclusivement lieu en dehors de l'unité et ceci en fonction des disponibilités des différentes salles.

La Médiateure regrette l'absence d'une salle d'activités qui soit accessible en permanence aux patients de l'unité de psychiatrie intensive qui pourrait servir pour organiser des activités sportives douces ou servir pour d'autres activités.

Ceci augmenterait sensiblement l'offre d'activités thérapeutiques et permettrait également de faire participer tous les patients, même des patients qui présentent un risque important de fuite. Il ne pourrait en effet en aucun cas être toléré qu'un patient soit privé d'une offre thérapeutique, voire de toute offre thérapeutique à cause d'infrastructures défaillantes.

(54) La Médiateure suggère aux responsables concernés d'examiner la question s'il n'existe aucune possibilité d'agrandir la station afin de pouvoir offrir une telle salle d'activités aux patients hospitalisés. Elle recommande aux responsables concernés d'analyser si des modifications à faible coût pourraient être réalisées à cette fin et souhaite être tenue au courant des décisions.

(55) La Médiateure souligne également la nécessité de séparer le fumoir des locaux destinés à un usage commun.

La Médiateure a entendu des rumeurs que le service psychiatrique qui comporte, à côté de l'unité psychiatrique intensive une unité psychiatrique aiguë, un service d'addictologie et un service d'hôpital de jour, devait être réparti sur deux sites du CHEM, à savoir à Esch-sur-Alzette et à Niederkorn.

La Médiateure ne saurait se prononcer sur la véracité de ces rumeurs, mais voudrait néanmoins exprimer ses réserves quant à un tel projet. Elle estime en effet qu'une telle séparation pourrait avoir lieu au détriment de l'intérêt des patients, alors que les médecins-psychiatres et le personnel soignant qui sont en charge des différents services sont globalement les mêmes pour l'ensemble du service. Une répartition sur deux sites entraînerait inévitablement une perte de disponibilité des médecins et du personnel soignant pour les patients hospitalisés dans l'un ou l'autre des services concernés.

(56) Pour ces raisons, la Médiateure recommande, dans l'intérêt des patients, de ne pas procéder à une séparation des différents services de psychiatrie sur plusieurs sites du CHEM.

3.1.3.2. Activités

Tous les matins, une séance de relaxation dynamique est proposée aux patients, pendant une demi-heure, de 7h30 à 8h00.

Une activité thérapeutique est ensuite organisée entre 9h30 et 10h30. Elle varie tous les jours, il s'agit à titre d'exemple d'activités sportives, d'ateliers d'ergothérapie ou encore d'un atelier musical.

Entre 11h00 et midi, des jeux de société sont proposés aux patients.

Pour les personnes qui peuvent quitter l'unité, une sortie à l'extérieur est proposée entre 15h00 et 16h30.

Le soir, entre 18h00 et 19h30, une autre activité thérapeutique est organisée, dans le même genre que celles prévues le matin.

Même si les activités ont lieu en dehors de l'unité de psychiatrie intensive, il a été rapporté à l'équipe de contrôle que, sauf exceptions, chaque patient peut participer tous les jours à au moins une activité.

En règle générale, tous les patients peuvent participer une fois par jour à une séance d'ergothérapie qui comprend des ateliers créatifs, mais aussi des ateliers d'expression et des ateliers cognitifs, destinés à entraîner la mémoire. Des ateliers créatifs, comme par exemple des ateliers en céramique sont proposés aux patients de l'unité de psychiatrie intensive, mais la Médiateure s'étonne sur l'absence d'une armoire de matériel destiné à l'unité qui permettrait un stockage adéquat du matériel et des travaux réalisés des patients.

(57) La Médiateure est d'avis que l'ergothérapie constitue une des offres principales proposées à l'unité et pense qu'il est indispensable que les ergothérapeutes disposent du matériel et des infrastructures nécessaires pour le bon accomplissement de leur travail. Elle recommande partant de mettre à leur disposition une armoire où ils peuvent stocker l'ensemble du matériel nécessaire aux séances d'ergothérapie, ainsi qu'un endroit où ils peuvent garder les produits des séances thérapeutiques.

Les activités sportives ont lieu dans une salle de sport située au sous-sol. Elles sont encadrées ou bien par les infirmiers ou bien par les ergothérapeutes. La salle de fitness est également utilisée pour les séances de kinésithérapie.

L'état et l'équipement de la salle sportive ne donnent pas lieu à des observations particulières. Elle est propre et équipée de manière irréprochable. Elle dispose, à côté de nombreux appareils de fitness également d'une table de ping-pong.

(58) La Médiateure se félicite de la qualité de l'équipement sportif à disposition des patients.

Certains patients ont regretté l'absence d'un punchingball.

La Médiateure estime qu'un punchingball peut effectivement constituer un investissement intéressant alors qu'il permet aux patients de dépenser de l'énergie, voire même de décharger des éventuelles sensations d'agressivité ou des frustrations.

(59) La Médiateure invite les responsables concernés à analyser la possibilité d'acquérir un punchingball lors des prochains exercices budgétaires.

La seule défaillance qui peut être retenue à l'égard de la salle sportive est qu'elle ne permet pas d'exercer des sports d'équipe. La Médiateure donne à penser que cet exercice pourrait cependant être très bénéfique pour les patients. Premièrement, il serait possible de faire participer un plus grand nombre de patients aux activités sportives et deuxièmement le sport d'équipe peut s'inscrire parfaitement dans les plans thérapeutiques des patients alors qu'il travaille de manière subtile les relations interpersonnelles et les compétences sociales.

(60) La Médiateure propose aux responsables concernés d'essayer de trouver un accord avec le Lycée de Garçons de Esch-sur-Alzette (LGE). En dehors des horaires scolaires, la cour et la salle de sports du LGE offriraient deux possibilités accessibles et adaptées pour organiser des séances de sport en équipe.

Comme pour les autres activités qui ont lieu en dehors de l'unité, le médecin devrait se prononcer sur le risque de fuite des différents patients et sélectionner les patients qui peuvent participer à ces activités.

La Médiateure invite les responsables à entamer les démarches nécessaires auprès du LGE et souhaite être tenue au courant de l'évolution de cette question.

L'équipe de contrôle a été informée que tous les patients pouvaient profiter d'au moins une sortie à l'air libre par jour et que ceci était garanti pour tous les jours de la semaine.

(61) La Médiateure ne peut que s'en féliciter.

L'unité de psychiatrie intensive propose également un atelier de cuisine thérapeutique aux patients de l'unité.

L'équipe de contrôle a cependant été informé que l'unité ne dispose pas d'un budget dédié à l'acquisition des ingrédients alimentaires nécessaires. Les ingrédients sont mis à disposition par la cuisine centrale de l'hôpital.

La Médiateure est d'avis que l'atelier de cuisine thérapeutique est d'une très grande importance, alors qu'il permet de travailler les compétences et la vie sociales et représente en plus une activité qui est largement apprécié par les patients.

Pour ces deux raisons, la Médiateure estime que l'atelier de cuisine thérapeutique doit bénéficier des ressources nécessaires pour pouvoir être organisé d'une manière adaptée.

(62) La Médiateure recommande aux responsables concernés de prévoir les ressources budgétaires nécessaires pour permettre au personnel d'organiser convenablement l'atelier de cuisine thérapeutique et lui permettre d'acquérir les ingrédients nécessaires. La Médiateure reviendra de manière générale sur l'atelier de cuisine thérapeutique au chapitre 3.2.

L'équipe de l'unité de psychiatrie intensive du CHEM procède à des intervalles réguliers à une enquête de satisfaction afin d'adapter au mieux l'offre thérapeutique et l'encadrement général aux besoins et souhaits des patients hospitalisés.

(63) La Médiateure se félicite de cette approche et de la prise en considération de l'avis des patients et encourage le personnel à continuer cette démarche. Elle regrette cependant que cette enquête de satisfaction ait seulement lieu à la sortie des patients.

Afin de protéger au mieux les intérêts des patients, la Médiateure recommande de procéder régulièrement, si l'état de santé des patients le permet, à une enquête de satisfaction des patients afin de pouvoir prendre connaissance au moment de l'hospitalisation des problèmes qui pourraient exister aux yeux des patients et d'y remédier, dans la mesure du possible, dans les meilleurs délais.

La diversité de l'offre thérapeutique existante au CHEM semble satisfaire les exigences requises.

Vu les infrastructures très limitées, les patients ne peuvent cependant que participer à une ou deux activités par jour. Chez les patients représentant un danger de fuite, l'offre thérapeutique est sensiblement réduite du fait qu'ils ne peuvent quitter le service.

De manière générale, les patients se sont plaints d'un manque d'activités. Ce manque doit être attribué en grande partie à l'absence d'infrastructures disponibles aux patients hospitalisés à l'unité de psychiatrie intensive.

Comme déjà mentionné plus haut, la Médiateure est d'avis que le problème pourrait partiellement être résolu en créant une salle d'activité accessible en permanence aux patients de l'unité de psychiatrie intensive.

(64) La Médiateure recommande aux responsables concernés de vérifier si les infrastructures existantes ne permettraient pas d'agrandir légèrement l'unité de sorte à créer une salle d'activités permettant ainsi de rendre l'offre thérapeutique accessible à tous les patients.

Le psychologue de l'unité peut être consulté sur demande du patient, de la famille ou de l'équipe de l'unité.

Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que le médecin-psychiatre n'intervient pas dans l'organisation des consultations psychologiques.

(65) La Médiateure se félicite de la possibilité donnée au patient de solliciter lui-même un rendez-vous chez le psychologue.

Le psychologue affecté à l'unité de psychiatrie intensive ne réalise pourtant pas de tests cognitifs, qui sont, en cas de besoin, réalisés par un neuropsychologue affecté au service de neurologie. Cette manière de procéder est due au fait que la réalisation de tests cognitifs consomme beaucoup de temps et que le psychologue affecté à l'unité de psychiatrie intensive est à lui seul responsable pour 5 unités d'hospitalisation.

La Médiateure estime qu'il existe un manque important en effectifs de psychologues. Le fait d'être attaché à cinq services de l'hôpital, services qui ont tous un besoin réel de services psychologiques, réduit la disponibilité du psychologue pour chaque unité de manière à ce que la demande de tous les patients hospitalisés dans ces unités ne puisse être satisfaite. Il semble impossible aux yeux de la Médiateure que le psychologue puisse rencontrer tous les patients des différentes unités. L'aide psychologique peut toutefois, en unité psychiatrique comme ailleurs, représenter un service très important, susceptible d'aider le patient et permettant d'acquérir une vue complémentaire sur le comportement et l'état de santé du patient.

(66) La Médiateure recommande aux autorités compétentes de débloquer les ressources budgétaires nécessaires afin que le CHEM puisse bénéficier d'au moins 0,5 ETP de psychologue par unité où le besoin d'un service psychologique peut être dûment justifié.

Après les consultations chez le psychologue, le médecin-psychiatre demande un feedback de la part du psychologue afin d'obtenir des informations pertinentes pour la continuation de la thérapie. Les détails des consultations ne sont pas révélés.

L'équipe de contrôle a été informée que des réunions pluridisciplinaires ne sont organisées que lorsqu'un événement extraordinaire le rend nécessaire.

La Médiateure est d'avis que les réunions pluridisciplinaires peuvent constituer un enrichissement considérable pour le travail quotidien à l'unité, travail qui demande beaucoup d'investissement. Dans un tel contexte, la Médiateure estime que l'échange d'idées et d'observations constitue une plus-value certaine au travail fourni quotidiennement. Elle regrette partant l'absence de telles réunions pluridisciplinaires régulières aussi bien que l'absence totale de réunions avec les patients. De tels échanges de vue sont susceptibles de contribuer à une bonne atmosphère en équipe ainsi qu'à une meilleure compréhension et à une prise en charge plus complète du patient.

(67) La Médiateure recommande aux intervenants concernés de réfléchir sur la mise en place de réunions pluridisciplinaires régulières afin d'échanger les principales observations et les constats les plus importants qui ont été faits au sujet des patients.

3.1.3.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène des parties communes et des chambres individuelles des patients est à l'abri de tout reproche.

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

L'information sur les droits des patients, notamment en ce qui concerne leurs voies de recours, est donnée de manière écrite aux patients, qui sont invités à signer la fiche d'information.

Il y a également une affiche résumant les principales informations qui est exposée bien visiblement à l'intérieur de l'unité.

(68) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée et encourage le personnel à répéter au besoin les informations fournies si les patients n'ont,

dans un premier temps, pas été en mesure de saisir la portée des informations obtenues.

L'équipe de contrôle a reçu différentes affirmations que l'alimentation serait décevante. Les patients se sont notamment plaints de l'absence de choix en ce qui concerne les plats et du manque de variation dans l'offre.

(69) La Médiateure est consciente que l'alimentation constitue un domaine dans lequel il n'est guère possible de satisfaire tous les patients, elle recommande cependant de mettre en place un système permettant aux patients de choisir entre plusieurs plats. Comme il s'agit souvent de patients à séjour plus prolongé, la Médiateure tient à souligner l'importance de la variation des plats proposés.

La Médiateure se félicite de la mise à disposition gratuite d'eau potable aux patients.

Le contact vers l'extérieur est garanti notamment à travers le téléphone et les visites.

Le téléphone est installé dans la salle commune de séjour. Certains patients ont affirmé être dérangés par le fait que le téléphone est installé dans la salle de séjour commune, rendant impossible le respect d'un minimum d'intimité.

Comme cette salle commune est le seul endroit où les patients peuvent passer la journée, à côté de leurs chambres personnelles, elle est toujours fréquentée par un grand nombre de patients.

Cette situation n'est guère optimale, et la Médiateure estime qu'il y a effectivement un risque d'une atteinte à la vie privée des patients. La Médiateure est toutefois consciente que cette situation est de nouveau due à l'insuffisance des infrastructures.

(70) La Médiateure recommande aux responsables concernés d'analyser la possibilité de faire installer des téléphones dans les chambres personnelles des patients. Elle souhaite être tenue au courant des suites réservées à cette recommandation.

Les patients peuvent recevoir des visites entre 17h00 et 19h30, sauf exception accordée par le médecin-psychiatre ou l'équipe soignante.

La Médiateure constate que les horaires de visite sont très limités. Elle donne à considérer que les visites, permettant un contact avec l'extérieur, sont un élément très important dans la thérapie des patients. Dès lors, il serait opportun de ne pas limiter excessivement ce droit.

Comme les patients ne participent pas pendant toute la journée à des activités, les visites pourraient constituer un élément important dans leur quotidien.

(71) La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les motifs à la base de cette limitation des horaires de visite. Si cette restriction n'est pas motivée par des raisons thérapeutiques, elle recommande de permettre les visites pendant des plages horaires plus conséquentes.

En dehors des activités thérapeutiques, les patients suivent évidemment aussi un traitement médicamenteux.

La Médiateure n'est pas en mesure d'apprécier la pertinence des traitements médicamenteux administrés, mais les patients ont rapporté à l'équipe de contrôle qu'ils recevaient beaucoup de médicaments. Si la Médiateure ne peut pas se prononcer à cet égard, elle prend toutefois au sérieux l'affirmation des patients de ne pas obtenir assez d'explications sur les médicaments administrés.

La Médiateure est consciente que les patients ne se trouvent pas toujours dans un état de santé qui leur permet de se rappeler de toutes les informations reçues et qu'il est possible que les patients aient reçu des explications au moment de l'administration des médicaments dont ils ne se rappellent plus. Elle souligne cependant que l'explication sur le fonctionnement et l'utilité des médicaments est une procédure très importante qui peut également favoriser le consentement du patient au traitement.

(72) La Médiateure recommande au personnel concerné par l'administration des médicaments de porter une attention accrue aux explications relatives aux médicaments administrés et de répéter, au besoin, ces informations lors d'une nouvelle administration de médicaments ou à la demande des patients.

Un problème important relatif à la continuation de la prise des médicaments prescrits après la sortie de l'hôpital a été souligné itérativement à l'équipe de contrôle. Il concerne notamment la continuation du traitement par certains médicaments antipsychotiques

La Médiateure reviendra sur ce problème à la section 5.2.

3.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

L'équipe de contrôle a été informée que le personnel de l'unité de psychiatrie intensive cherchait à minimiser les fixations, qui seraient généralement limitées à la durée d'action des médicaments qui se situerait entre 1 et 2 heures.

(73) La Médiateure se réjouit du fait que l'ensemble du personnel travaillant à l'unité de psychiatrie intensive ait suivi la formation APIC.

L'équipe de contrôle a été informée que pour la période du 1^{er} août 2011 au 31 juillet 2012, l'unité du CHEM a accueilli 108 patients et qu'il y a eu 456 événements de contention.

(74) La Médiateure se montre inquiète du nombre important de contentions et souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les durées et motifs de ces mesures.

Une personne a rapporté à l'équipe de contrôle d'avoir été fixé pendant une période de 15 jours et ceci après avoir affiché un comportement inadapté. Pour lui, la fixation aurait été la sanction qui suivait son comportement

(75) La Médiateure souhaite obtenir des renseignements plus détaillés quant aux durées des fixations réalisées et rappelle que les mesures de contention ne devraient en aucun cas être utilisées comme moyen de sanction.

Un autre patient a témoigné avoir été fixé et avoir obtenu un traitement involontaire. Il aurait été fixé pendant la nuit. Au moment de la rencontre avec l'équipe de contrôle, la personne présentait encore des bleus visibles aux bras.

(76) La Médiateure ne peut pas vérifier si les bleus qui ont pu être constatés auprès du patient ont été causés par la procédure de fixation, mais souligne l'importance de n'utiliser que la force strictement nécessaire à la réalisation des mesures de contention. A cet égard, elle se doit de rappeler l'obligation du respect du principe de la proportionnalité et du principe de la restriction minimale.

Un troisième patient a affirmé avoir été fixé plusieurs fois dans sa chambre, pendant la nuit. Il indique être fixé à chaque fois qu'il commence à s'agiter.

(77) La Médiateure se réjouit du fait que la personne a indiqué avoir été seule dans la chambre au moment des fixations, mais rappelle de nouveau que les fixations ne doivent pas constituer une mesure disciplinaire. Tout doit être mis en œuvre afin d'expliquer la nécessité d'une pareille mesure aux patients de manière à lever l'impression que la fixation puisse avoir lieu en tant que sanction.

L'équipe de contrôle a eu connaissance que, peu avant le début de la mission sur place, il y aurait eu une fixation qui aurait duré 3 jours et qui aurait eu lieu après l'agression d'un infirmier par le patient.

La Médiateure se montre inquiète à propos de ces affirmations, aussi bien en ce qui concerne la durée de la fixation que des circonstances qui auraient entouré cette fixation.

(78) La Médiateure souhaite obtenir des informations sur les motifs qui ont fait en sorte que la personne ait dû rester fixée pendant trois jours.

La Médiateure veut à cet endroit également faire référence aux normes du CPT sur les placements non volontaires en établissement psychiatrique, où le CPT affirme qu'il « a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours ; le CPT doit souligner qu'un tel état de choses ne peut avoir aucune justification thérapeutique et, à son avis, s'apparente à un mauvais traitement » (CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 59).

La Médiateure voudrait souligner à cet endroit qu'elle n'est pas en mesure d'apprécier la nécessité thérapeutique ou non d'une fixation de plusieurs jours, même si elle a des problèmes à s'imaginer qu'une personne puisse être agitée à un tel point qu'une contention physique serait nécessaire de manière continue pendant plusieurs jours et ceci d'autant plus que les patients obtiennent généralement des médicaments de sédatifs.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il existe des patients où les médicaments de sédation ne montrent pas ou très peu d'effet, mais la Médiateure considère que ces patients constituent une absolue minorité et que les contentions prolongées ne pourraient pas toutes être motivées par ce motif.

(79) La Médiateure regrette qu'il n'y ait sur un plan international pas de critères précis qui déterminent une durée maximale d'une mesure de contention physique et au-delà de laquelle le médecin devrait de nouveau réexaminer la nécessité de la mesure de contention avant d'ordonner expressément sa prolongation.

Elle réitère que le recours à la fixation devrait constituer une solution d'ultime recours.

La Médiateure se doit de relever encore l'impression de sanction qui émerge de la déposition de certains patients ayant fait l'objet d'une contention physique. La Médiateure tient à souligner que toute mesure de contention qui est appliquée en guise de sanction constitue un traitement dégradant et inhumain au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme. Les mesures de contrainte ne doivent jamais laisser miroiter une fin de sanction.

Les fixations interviennent toujours dans des situations délicates où le patient présente par son agitation un danger pour soi ou pour autrui.

Le fait qu'un membre du personnel soit blessé dans une pareille situation ou qu'il arrive qu'un patient fasse preuve d'un comportement agressif envers le personnel ou envers un autre patient peut parfaitement faire partie des symptômes de la pathologie du patient qui a rendu nécessaire son internement. Les patients ne devraient en aucun cas subir une mesure disciplinaire pour cause d'un comportement non adapté ou agressif causé par sa pathologie. Le personnel ne devrait en aucun cas procéder à une fixation prolongée du patient dans l'objectif de rassurer les membres du personnel ou les autres patients.

La Médiateure rejoint à cet égard le CPT qui relève dans le rapport de ses normes que « le recours aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) ne se justifie que rarement et doit toujours soit se faire sur ordre exprès d'un médecin, soit être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. Si, exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction » (CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 59).

Le CPT rappelle également que « en règle générale, un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës » (CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 65).

Les fixations sont généralement réalisées dans une des chambres individuelles, mais peuvent également avoir lieu dans les chambres personnelles des patients, donc dans des chambres doubles, si les chambres individuelles sont déjà occupées.

(80) La Médiateure rappelle ses objections formelles premièrement quant au fait de procéder à une fixation dans la chambre personnelle du patient et deuxièmement quant au fait qu'elle peut avoir lieu en présence d'un autre patient.

La Médiateure souligne de nouveau que la chambre personnelle du patient constitue probablement le seul endroit pour le patient où il peut se retirer, et où il est plus enclin à se sentir protégé. La Médiateure est d'avis que le fait de fixer un patient dans sa propre chambre, enlève à cet endroit son caractère de retraite et de protection.

La Médiateure rappelle qu'une fixation dans une chambre double est susceptible de constituer un traitement dégradant et humiliant dans tous les cas où le patient ne souhaite pas expressément que la fixation ait lieu dans sa propre chambre.

(81) La Médiateure recommande au personnel de continuer à éviter au maximum le recours aux fixations dans les chambres personnelles des patients et d'utiliser autant que possible les deux chambres individuelles pour réaliser les fixations qui s'avèrent nécessaires. La fixation dans une chambre personnelle d'un patient devrait constituer une mesure d'ultime recours, dans les situations où il n'y a pas d'autre possibilité.

La seule exception, acceptable aux yeux de la Médiateure, à ce principe est constituée par une demande expresse d'un patient à être fixé dans sa chambre personnelle parce qu'il estime que l'environnement connu et familier contribuerait à son apaisement.

(82) La Médiateure recommande de solliciter dans la mesure du possible l'avis du patient à cet égard avant de procéder à une fixation.

Si la fixation a lieu dans la chambre personnelle du patient, la Médiateure estime qu'il est humiliant et dégradant pour une personne d'être fixée en présence d'un autre patient. Une pareille situation peut être traumatisante aussi bien pour le patient fixé que pour celui qui doit assister à la fixation.

(83) La Médiateure recommande au personnel de tout mettre en œuvre afin de trouver un arrangement pour que les patients soient fixés hors de la vue d'une tierce personne et qu'ils restent seuls dans la chambre pendant la durée de la fixation.

Le CHEM ne dispose pas d'une « soft-cell ». L'équipe de contrôle a été informée que l'installation d'une pareille « soft-cell » ne serait pas non plus souhaitée. La Médiateure reviendra sur les soft-cell à la section 3.2.

(84) La Médiateure note avec satisfaction que le CHEM participe à un projet international de benchmarking sur les moyens de contention afin de s'aligner aux standards internationaux.

3.1.4. CHdN

L'unité de psychiatrie fermée au CHdN dispose de 10 lits pour patients en séjour volontaire et en séjour involontaire.

Lors d'une première visite de l'équipe de contrôle sur place, aucun patient en phase d'observation ou en placement n'était hospitalisé au CHdN.

L'équipe de contrôle a été contacté ultérieurement par les responsables du CHdN que trois patients venaient d'être admis à l'unité. L'équipe de contrôle a donc quand

même pu s'entretenir avec des patients. La Médiateure remercie les responsables du CHdN pour leur collaboration efficace à cet égard.

Le CHdN offre les services d'une « Antenne mobile psychiatrique », qui suit les patients après leur hospitalisation pendant une durée de trois mois. Après cette durée, si un suivi est toujours nécessaire, celui-ci est assuré par le SPAD du CHNP.

(85) La Médiateure se réjouit de cette offre qui peut favoriser le retour des patients dans leur milieu familial et diminuer la durée d'hospitalisation, tout en contribuant à la prévention de rechutes des patients qui sans cette offre se verraient plongés trop rapidement dans leur vie quotidienne, sans encadrement et sans appui.

L'équipe de contrôle a été informée qu'un hôpital psychiatrique de jour devrait ouvrir à la fin de l'année 2013 à Wiltz. Il est prévu que cet hôpital de jour disposera également de plusieurs structures encadrées permettant de prendre en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, qui ont un certain degré d'autonomie, mais qui ont néanmoins besoin d'un suivi et d'un encadrement au quotidien.

(86) La Médiateure se félicite de cette initiative et de cette offre qui peut parfaire partiellement le manque flagrant de structures existant dans le domaine des soins psychiatriques au Luxembourg.

La Médiateure reviendra plus en détail sur le manque d'infrastructures aux chapitres 3.2. et 4.2.

3.1.4.1. Infrastructures et personnel

L'équipe soignante de la section fermée (US41) travaille à 3 tours. Pendant la journée, trois infirmiers sont présents à l'unité, la garde de nuit étant assurée par deux infirmiers.

L'ensemble de l'US41 dispose d'une dotation de personnel de 17,45 ETP.

Le CHdN n'est, pour des raisons d'organisation interne, pas en mesure de fournir le détail des ETP pour le seul service de psychiatrie fermée.

En effet, l'organigramme du CHdN reprend le personnel affecté à l'ensemble du service psychiatrique qui se compose de l'unité fermée (US41), de l'unité ouverte (US42), de l'Hôpital de jour psychiatrique-site Ettelbruck, de l'Antenne mobile en soins psychiatriques, et à partir de 2013, également de l'offre psychiatrique ambulatoire mise en place au site de la Clinique de Wiltz.

La dotation en personnel de l'ensemble du service psychiatrique est la suivante (en ETP):

- 6 médecins-psychiatres
- 35,25 infirmiers
- 3,75 aides-soignants
- 1,5 psychologues
- 1,5 assistantes sociales
- 2 ergothérapeutes
- 1 kinésithérapeute

Tous les matins, une réunion entre les médecins-psychiatres et les infirmiers, responsables des soins est organisée.

A côté de ces réunions, il y a, une fois par semaine, une réunion pluridisciplinaire avec les médecins-psychiatres, les infirmiers et les ergothérapeutes qui sert à échanger les principales observations et informations au sujet des patients.

(87) La Médiateure se félicite de l'organisation de telles réunions et rappelle l'importance d'une bonne communication et de l'échange d'idées entre les différents corps professionnels.

L'unité dispose de cinq chambres doubles et de deux chambres d'isolement, donc deux « soft-cells ». Celles-ci permettent d'accueillir un patient en état d'agitation ou un patient qui doit être fixé, de manière à ce qu'il ne soit pas exposé aux regards des autres patients.

Les chambres d'isolement ne sont pas équipées de vidéo-surveillance de manière à ce que les infirmiers doivent effectuer une surveillance personnelle régulière.

(88) La Médiateure se félicite de l'absence de vidéo-surveillance dans ces chambres alors qu'elle génère souvent une diminution de la surveillance réelle et personnelle.

La Médiateure reviendra ultérieurement sur la question de l'aménagement de soft-cells.

3.1.4.2. Activités

Même si l'unité de psychiatrie fermée au CHdN est de très petite taille, il existe une offre importante en activités thérapeutiques.

Il est toutefois à noter qu'il n'y a pas de plan individualisé établi pour chaque patient. Le personnel procède à une appréciation au jour le jour pour évaluer l'état de santé des patients et déterminer à quelles activités ils peuvent participer. Si l'état de santé est plus stable, le médecin-psychiatre essaie d'établir un plan individualisé.

Il est à noter que la plupart des activités thérapeutiques a lieu à l'extérieur de l'unité, due à sa superficie très réduite.

Ceci entraîne des problèmes lorsque le médecin-psychiatre est d'avis qu'il existe un risque de danger ou de fuite dans le chef d'un patient, l'empêchant dès lors de quitter l'unité fermée. Ainsi, un tel patient est privé d'une grande partie de l'offre thérapeutique, mais également des sorties à l'air libre.

La Médiateure comprend que la superficie de la psychiatrie fermée est trop petite pour pouvoir organiser une offre thérapeutique conséquente à l'unité même, mais elle ne peut tolérer que des personnes qui sont hospitalisées pour bénéficier d'une thérapie en soient privées pour des raisons infrastructurelles.

Il est tout aussi inadmissible que les personnes hospitalisées à l'unité chez lesquelles un risque de danger ou de fuite a été constaté soient privées de tout accès à l'air libre pendant la durée de leur séjour à l'hôpital.

Au moment de la visite sur place, un patient venait d'être transféré au CHNP après un séjour de 5-6 semaines au CHdN, sans qu'il n'ait pu se rendre à l'air libre.

(89) Une pareille situation est totalement inadmissible et pose des problèmes sérieux de traitement inhumain et dégradant.

La Médiateure insiste de prévoir la possibilité pour chaque personne de sortir au moins une fois par jour à l'air libre, si ce n'est pour une durée limitée et si nécessaire en accompagnement de plusieurs infirmiers ou d'autres membres du personnel.

La Médiateure est consciente que les infirmiers ne pourraient pas nécessairement retenir une personne qui essaierait de s'enfuir lors d'une sortie à l'air libre, mais elle est d'avis qu'un nombre plus important de personnes accompagnantes peut avoir un certain effet de dissuasion, susceptible de diminuer le risque de fugue.

La Médiateure est consciente qu'une telle démarche peut poser des problèmes au niveau des effectifs en personnel et que l'accompagnement renforcé des patients demanderait un investissement important tant en ressources humaines qu'au niveau du temps à y consacrer. Elle estime toutefois qu'une telle démarche est réalisable, vu le nombre réduit de patients tombant sous les dispositions de la loi de 2009 et le nombre encore plus réduit de patients représentant un risque de danger ou de fuite.

(90) Si le médecin-psychiatre estime que la personne représente un risque important de fuite, combiné à un danger important pour soi-même ou pour autrui, la Médiateure peut accepter que la personne soit obligée de rester à l'étage pendant 3 jours au maximum.

Le médecin-psychiatre doit obligatoirement réévaluer les risques après ce délai, en prenant en considération toutes les observations faites pendant cette période par le personnel qui est régulièrement en contact avec le patient concerné.

La Médiateure recommande de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes par jour dans le programme d'activités qui serait consacrée à l'accompagnement renforcé des personnes représentant un risque de fuite où le danger pour soi-même ou pour autrui n'est cependant pas imminent.

En ce qui concerne la participation de ces patients aux activités thérapeutiques, l'équipe de contrôle a été informée qu'ils ne pouvaient que participer aux activités organisées par les infirmiers à l'unité, à savoir regarder la télévision ou participer à des jeux et qu'ils n'avaient donc pas la possibilité de participer aux ateliers d'ergothérapie, ni aux activités organisées à la salle de sport.

L'offre thérapeutique dans l'enceinte même de l'unité fermée est cependant largement insuffisante. La Médiateure donne à penser que de nombreuses activités ont lieu sur le même étage, mais à l'unité ouverte de psychiatrie. Les patients qui voudraient s'enfuir seraient obligés de quitter l'atelier de manière inaperçue, d'appeler et d'attendre l'ascenseur pour sortir ou de descendre les escaliers en courant, ce qui n'est souvent pas possible à cause de l'état de santé de ces patients.

(91) La Médiateure recommande d'appliquer les mêmes critères à la participation aux activités que ceux développés pour les sorties à l'air libre.

Si le risque de fuite ou le danger pour soi ou autrui est jugé trop important et imminent, les patients peuvent être contraints à rester à l'unité pour une durée maximale de 3 jours avant une nouvelle évaluation du risque en tenant compte de toutes les informations à disposition.

Pour les patients qui doivent absolument rester à l'unité, la Médiateure recommande de diversifier l'offre thérapeutique de manière conséquente.

(92) L'équipe de contrôle avait été informée que des séances d'ergothérapie pouvaient avoir lieu à l'unité fermée, mais que c'était très rare. La Médiateure recommande de prévoir obligatoirement des séances d'ergothérapie à l'unité s'il y a un patient qui ne peut pas quitter l'unité parce qu'il représente un risque sécuritaire.

La Médiateure rappelle qu'un environnement thérapeutique positif est très important pour les patients et le bon déroulement d'une thérapie. Elle rejoint à cet égard entièrement les propos tenus par le CPT qui souligne qu'une « attention particulière doit être accordée à la décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs afin de donner aux patients une stimulation visuelle ».

Or, la chambre d'activités, disposant notamment d'un poste de télévision n'est pas aménagée de manière à créer une atmosphère accueillante et chaleureuse, mais au contraire, dégage une atmosphère très froide et peu agréable.

(93) La Médiateure invite partant les responsables concernés à faire des efforts à cet égard et d'aménager la salle de loisirs de manière à créer un environnement plus chaleureux, d'autant plus qu'elle représente pour certains patients le seul endroit où ils peuvent participer à des activités thérapeutiques.

Tous les vendredis après-midis, une activité appelée « soziales Miteinander », est organisée à l'unité où les patients prennent une petite collation ensemble. Tous les patients de l'unité sont autorisés à participer à cette activité.

(94) La Médiateure salue cette activité alors qu'elle permet à tous les patients d'y participer, qu'elle permet de travailler les compétences sociales et de favoriser les relations entre les patients hospitalisés.

Pour les patients qui sont autorisés à participer à toutes les activités thérapeutiques, la Médiateure tient à répéter qu'il existe une offre thérapeutique très intéressante.

Ainsi, le CHdN a aménagé une salle destinée à la musicothérapie qui dispose d'un équipement exemplaire.

L'ergothérapie propose des ateliers créatifs, mais également des séances de rééducation fonctionnelle, comme par exemple aider et entraîner les patients à laver leur linge personnel.

Les ergothérapeutes proposent également un atelier de cuisine thérapeutique qui est organisé à l'unité ouverte. Les patients de l'unité fermée peuvent y participer s'ils sont capables de participer du début à la fin à l'activité, c'est-à-dire participer au choix des recettes, à faire les courses et évidemment de préparer les plats.

En respect des normes HACCP, tous les patients souffrant de maladies transmissibles sont exclus de la participation à cet atelier.

La Médiateure reviendra ultérieurement sur les problèmes rencontrés pour l'organisation de l'atelier de cuisine thérapeutique, notamment en rapport avec les normes HACCP.

Au CHdN, l'ergothérapie a lieu sur ordonnance médicale. Les raisons sont d'ordre financier et relèvent des modalités de prise en charge par la CNS, l'ergothérapie n'étant pas incluse dans le PRN.

La Médiateure estime que l'ergothérapie fait partie intégrante de l'offre thérapeutique en milieu psychiatrique. Elle devrait dès lors être accessible d'office à chaque patient hospitalisé en unité psychiatrique, si son état de santé le permet. La Médiateure reviendra plus en détail sur les problèmes liés au système PRN au chapitre 5.1.

Tous les matins, des activités sportives sont organisées de 8h30 à 10h00 par les kinésithérapeutes. Les après-midi, ils proposent des séances de yoga ou de gymnastique douce.

La CHdN dispose en outre d'une salle destinée au « snoezelen ». Pour information, la Médiateure voudrait expliquer brièvement le concept du snoezelen, terme qui se dégage des mots néerlandais « snuffelen », explorer, sentir, et « doezen », somnoler.

Le « snoezelen » est une pratique qui permet de stimuler l'expérience sensorielle des patients, dans un environnement relaxant et sécurisant. Le « snoezelen » permet, à travers différentes installations, de stimuler de manière agréable les sensations sensorielles, visuelles, sonores et tactiles.

(95) La Médiateure se réjouit de cette offre thérapeutique très intéressante.

Les rendez-vous pour les consultations auprès du psychologue sont pris sur demande du médecin-psychiatre.

La Médiateure estime qu'il est important d'accorder la possibilité au patient de demander lui-même une entrevue avec le psychologue, sans que le médecin-psychiatre ne soit obligé de donner son accord ou sans que le patient soit obligé d'adresser sa demande en premier lieu au médecin-psychiatre.

Premièrement, la Médiateure estime que la procédure actuelle constitue une immixtion non justifiée dans le travail du psychologue qui devrait pouvoir apprécier lui-même si un soutien ou une psychothérapie sont indiqués pour un patient ou non et deuxièmement, la Médiateure rappelle qu'il est important de soutenir et d'encourager toute démarche autonome émanant du patient.

L'équipe de contrôle a d'ailleurs été informée qu'à toutes les unités, les patients peuvent solliciter eux-mêmes des consultations auprès des psychologues, et que c'est uniquement aux unités de psychiatrie où la demande doit passer par le médecin-psychiatre.

(96) La Médiateure recommande de donner la possibilité aux patients de demander eux-mêmes un rendez-vous chez le psychologue. La Médiateure tient à souligner que cette démarche n'empêche pas que le médecin-psychiatre continue à guider certains patients vers les services du psychologue. Le psychologue devrait pouvoir organiser librement ses consultations.

3.1.4.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène des parties communes et des chambres individuelles des patients est à l'abri de tout reproche.

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

L'admission des patients qui sont hospitalisés à l'unité psychiatrique se fait aux urgences. La Médiateure reviendra sur cette procédure à la section 3.2.

L'unité fermée de psychiatrie dispose d'un fumoir où les patients peuvent fumer librement.

L'équipe de contrôle eu connaissance qu'en cas de besoin, les infirmiers utilisent une partie du « pourboire » qu'ils ont obtenu des patients et de leurs familles pour acheter des cigarettes ou du tabac aux patients indigents.

Depuis peu, le CHdN met un sachet contenant une brosse à dents et des produits d'hygiène de base à disposition des patients nouvellement admis. L'équipe de contrôle a pris connaissance qu'avant cette disposition, il arrivait que les infirmiers utilisaient également une partie de leur « pourboire » afin d'acheter des produits hygiéniques pour les patients lorsque le stock était épuisé. La Médiateure trouve inadmissible que les membres du personnel soient amenés à contribuer à ces frais.

Bien que la Médiateure ne puisse approuver le fait que les infirmiers contribuent, même volontairement, d'une manière financière au bien-être de leurs patients afin de suppléer aux insuffisances budgétaires ou logistiques du CHdN, elle se doit cependant de souligner avec toute l'insistance requise qu'une pareille manière d'agir dénote largement de l'engagement, de l'attitude et de l'intérêt exemplaires du personnel infirmier vis-à-vis de leurs patients.

(97) La Médiateure salue l'initiative de réserver un assortiment de produits hygiéniques de base aux patients nouvellement admis qui en ont besoin. Elle recommande de veiller à ce que des réserves en produits d'hygiène soient toujours disponibles en cas de besoin. En tout état de cause, le personnel soignant ne doit pas être amené à contribuer à ces charges.

Le contact vers l'extérieur est garanti notamment à travers les visites, qui peuvent avoir lieu entre 14h30 et 20h00.

(98) La Médiateure se félicite des plages horaires importantes accordées à la visite.

Si des visites devaient avoir lieu avec des enfants en bas âge, il est essayé, dans la mesure du possible, d'organiser ces visites dans un autre endroit que l'unité de psychiatrie fermée. Ainsi, les visites peuvent avoir lieu par exemple à la cafétéria de l'hôpital ou à une autre unité.

(99) La Médiateure salue cette flexibilité et encourage le personnel de continuer à permettre les visites en dehors de l'unité si une personne devait recevoir des visites d'un enfant.

Tous les patients ont un téléphone dans leur chambre qui fonctionne moyennant une carte que les patients doivent acheter auprès de l'hôpital.

(100) La Médiateure est satisfaite d'apprendre que les téléphones soient installés dans les chambres personnelles des patients, favorisant la confidentialité des conversations.

Egalement une télévision est disponible dans chaque chambre. A côté de ces télévisions qui sont payantes, il y a une télévision qui est installée dans la salle de loisirs, son utilisation n'est cependant, en principe, prévue que pour des activités thérapeutiques.

Les repas sont, dans la mesure du possible, pris en commun si l'état de santé des patients le permet.

(101) La Médiateure salue cette approche alors qu'elle est favorable au développement de bonnes relations entre les patients et travaille les comportements sociaux.

(102) La Médiateure se félicite que l'eau potable est mise gratuitement à disposition des patients.

L'équipe de contrôle n'a pas reçu de réclamations au sujet des repas. Les matins, un buffet est proposé aux patients et les midis et soirs, les patients peuvent choisir entre deux plats différents.

Les patients qui ont des difficultés pour manger, soit parce qu'ils souffrent de troubles alimentaires, soit en raison de leur pathologie, se voient même offrir la possibilité de concevoir un menu en fonction de leurs souhaits.

(103) La Médiateure félicite le CHdN pour cette démonstration de flexibilité.

L'équipe de contrôle a pu constater que les patients ne sont, au moment de leur entrée, pas systématiquement informés de leurs droits et des voies de recours qui sont à leur disposition pour s'opposer contre leur admission.

(104) La Médiateure recommande de mettre en place une procédure standardisée par laquelle les patients sont informés par écrit de leurs droits en tant que patient en hospitalisation forcée et ceci, dès que leur état de santé le permet.

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, les infirmiers donnent des explications aux patients au moment de l'administration des médicaments.

(105) La Médiateure s'en félicite et encourage le personnel concerné à répéter ces informations si nécessaire lors de chaque administration de médicaments ou à la demande des patients.

3.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Si des fouilles doivent être réalisées pour des raisons de sécurité, elles ne concernent que les affaires personnelles des patients. L'équipe de contrôle a été informée qu'il n'était pas de pratique d'exécuter des fouilles sur la personne des patients et à fortiori, pas de fouilles intimes.

La Médiateure s'en félicite.

Les fixations sont évitées autant que possible. Le personnel a suivi ou bien la formation APIC, ou, plus récemment, une formation en désescalade proposée par des spécialistes allemands.

(106) La Médiateure salue cette démarche et encourage les responsables concernés à maintenir l'offre d'une pareille formation au bénéfice de tous les membres du personnel qui sont amenés à travailler en unité psychiatrique.

Les fixations réalisées sont des fixations à 1, 3 ou à 5 points.

Quoique les fixations à 1 seul point sont relativement rares et généralement appliquées à des patients ayant déjà fait l'objet de fixations à plusieurs points avants, la Médiateure se doit de rappeler que la technique de fixation à 1 point comporte certains risques pour le patient.

Pendant la période du 1.8.2011 au 1.8.2012, en tout 175 fixations ont été pratiquées sur un ensemble de 25 patients.

La durée des fixations variait entre 1 heure 11 minutes et 22 heures 9 minutes. Un patient a dû être fixé à 26 reprises (sic !) dans un intervalle de 5 mois.

76 patients ont fait l'objet d'une admission sur base de la loi de 2009 pendant la période du 1.8.2011 au 1.8.2012, certains patients ont été admis à plus d'une reprise.

(107) La Médiateure souhaite recevoir de plus amples détails sur la nécessité de fixer certains patients à de multiples reprises. Elle prie les responsables de documenter cette mesure pour tout patient fixé plus de 10 fois pendant la période couverte par ce rapport.

Les mesures de contention sont toujours ordonnées par le médecin-psychiatre, sauf en situation d'urgence où les mesures de contention doivent être appliquées dans l'immédiat. Elles doivent alors être validées dans les meilleurs délais par le médecin-psychiatre.

Les mesures de contention sont appliquées dans une chambre sécurisée, ce qui permet d'éviter d'exposer le patient concerné au regard de tierces personnes. Une surveillance est assurée toutes les 15 minutes.

La Médiateure s'en félicite.

(108) La Médiateure rappelle que les fixations dans une chambre double sont susceptibles de constituer un traitement dégradant et inhumain et encourage le personnel à n'avoir recours, pour l'application des mesures de contention, qu'aux seules chambres sécurisées, sauf dans les cas où le patient aurait expressément formulé la demande d'être fixé dans sa propre chambre.

Lors des fixations, le médecin-psychiatre ordonne toujours une sédation, soit *per os*, soit par injection.

L'équipe de contrôle a été informée que si un patient est fixé, il n'est que rarement détaché pour aller aux toilettes. Le personnel a alors recours à des couches ou au bassin de lit.

(109) La Médiateure comprend qu'il n'est pas toujours possible de détacher une personne qui a dû être fixée. Le recours à des couches ou au bassin de lit devrait cependant constituer une mesure strictement exceptionnelle et n'être appliquée que si le patient est encore trop agité au moment de sa demande et si un risque concret de danger pour soi ou pour autrui existe.

Dans tous les autres cas, il devrait être essayé de détacher le patient pour qu'il puisse aller aux toilettes.

Si des traitements involontaires ou des fixations doivent être réalisés, les infirmiers donnent des explications aux patients sur les raisons et les modalités des mesures.

(110) La Médiateure se réjouit de ce constat et rappelle l'importance de ces informations surtout dans le cas d'un traitement involontaire ou lors d'une fixation.

La Médiateure salue que le CHdN participe depuis 4 ans à un projet international de benchmarking au sujet des contentions, afin d'appliquer les meilleurs standards en la matière.

Il existe au CHdN un système « *Aeroscout* » qui permet de localiser les patients et qui déclenche un警报 si la personne quitte l'unité sans y être autorisée. Ce système n'est cependant pas utilisé à l'unité psychiatrique.

La Médiateure estime cependant que ce système pourrait être très intéressant, surtout en milieu psychiatrique fermé.

L'utilisation de ce système permettrait en effet d'accorder des sorties mêmes aux personnes présentant un risque de fuite alors qu'elles pourraient facilement être retrouvées par après. Ce système permettrait ainsi également aux mêmes patients de participer à l'intégralité de l'offre thérapeutique ayant lieu en dehors de l'unité.

Il est évident que ce système ne devrait pas être utilisé chez tous les patients de l'unité, mais uniquement auprès de ceux où le médecin-psychiatre est d'avis qu'il existe un risque réel de fuite. Il ne devrait alors qu'être fait recours à ce système que pendant la période de risque. Ainsi, l'unité ne devrait pas être équipée de manière à pouvoir appliquer le système à tous les patients, mais uniquement à une petite minorité.

(111) La Médiateure souhaite obtenir des explications supplémentaires sur ce système et sur les raisons pour lesquelles il n'est pas utilisé en unité psychiatrique fermée.

3.1.5. ZithaKlinik

Les jours de garde de la ZithaKlinik, il est possible que des personnes présentant des troubles psychiatriques y soient accueillies. Ces patients sont alors transférés dans les tout meilleurs délais au CHL, si une hospitalisation en unité psychiatrique

s'avère nécessaire. La ZithaKlinik a conclu une convention avec le CHL en 2006 qui règle cette collaboration.

La Médiateure n'a donc pas analysé de plus près les conditions d'admission ou de séjour des patients à la ZithaKlinik alors que la durée de séjour est trop limitée.

3.2. Constats généraux

Cette section est consacrée à différents constats généraux sur le fonctionnement des unités psychiatriques aigües au Luxembourg. Elle regroupe également des constats qui concernent plusieurs, voire toutes les unités aigües visitées et qui n'ont pour cette raison pas été développées de manière plus détaillée dans les chapitres spécifiques à chaque hôpital.

L'équipe de contrôle a pu constater que les admissions des patients hospitalisés ultérieurement en unité psychiatrique fermée se font généralement au service des urgences des hôpitaux.

Différents patients ont rapporté à l'équipe de contrôle que l'atmosphère agitée qui règne au service d'urgences les a mis mal à l'aise et a rendu le contrôle de leurs émotions encore plus difficile. Ainsi ils affirmaient souvent qu'ils avaient l'impression que leur état d'agitation ou de confusion s'est encore amplifié lors du passage au service d'urgences.

(112) La Médiateure estime qu'il s'agit d'un argument compréhensible et recommande aux responsables des différents hôpitaux de prévoir une prise en charge directement à l'unité des soins psychiatriques, du moins lorsqu'il s'agit de patients admis en phase d'observation sur base de la loi de 2009 ou en cas d'hospitalisation certaine en unité fermée.

Comme déjà mentionné au chapitre 2, la Médiateure voudrait soulever la question de la pertinence des critères énoncés dans la loi de 2009 autorisant une mise en observation et éventuellement un placement subséquent, à savoir le danger pour soi ou pour autrui.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il était déjà arrivé que des périodes d'observation ou des placements étaient levés, alors que d'un point de vue médical, la prolongation de la mesure aurait été indiquée.

La Médiateure souligne qu'aucun reproche n'est formulé à l'égard des juges qui sont amenés à décider du maintien ou de la levée de la mesure. Les juges ne font en effet qu'appliquer les critères qui sont prévus par la loi. Du moment où ces critères ne sont

pas remplis, le maintien de la mesure n'est légalement plus justifié et le juge doit la lever.

Il faut néanmoins être conscient que des patients peuvent souffrir de troubles psychiatriques ou mentaux sans qu'il existe un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif de sorte que la personne ne représente pas de danger pour soi ou pour autrui.

Comme déjà mentionné, la Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux prévoit « un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ». Cette formulation comprend également les conséquences de la maladie en elle-même sur l'état de santé de la personne.

Pour illustrer le fait que la maladie peut causer des dommages graves à la santé de la personne si elle n'est pas traitée, il faut d'abord soulever que de nombreux patients ne continuent pas le traitement après la fin de leur hospitalisation. Ceci peut notamment arriver lorsque la mesure est levée trop tôt. Dans le cas de certaines pathologies, il est constant que l'absence de traitement provoque des rechutes.

Des études scientifiques ont montré que la durée de la période pendant laquelle par exemple une psychose n'est pas traitée a des conséquences négatives sur le degré de rétablissement de la personne atteinte. Les mêmes études permettent d'affirmer également que le traitement médicamenteux nécessite dans ces cas plus de temps avant d'obtenir une stabilisation de l'état de santé du patient. L'absence d'une médication en temps utile peut également contribuer à la survenance d'un effet chronique, de plus en plus difficilement gérable d'un point de vue thérapeutique.

(113) La Médiateure est d'avis que la formulation de la loi de 2009 qui prévoit que les troubles psychiques graves doivent rendre les personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui devrait être interprétée dans un sens plus large, sans se limiter à un aspect de « dangerosité », voire de passage à l'acte.

Si la levée de l'hospitalisation pourrait avoir des conséquences négatives sur l'état de santé, la Médiateure est d'avis que ce constat, dûment établi, devrait être considéré comme « danger pour soi ».

Un autre problème récurrent dans tous les hôpitaux visités, est le fait que des personnes démentes ou des personnes présentant des déficits mentaux sont admises ou placées aux unités psychiatriques.

Surtout en ce qui concerne les patients déments, la Médiateure voudrait insister que la loi de 2009 est très claire à cet égard alors que l'article 3, alinéa 2 prévoit que :

« La diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement ».

Un des hôpitaux a même montré des statistiques récentes à l'équipe de contrôle qui affirment que 12% des patients hospitalisés à l'unité psychiatrique étaient des personnes âgées de plus de 70 ans et souffrant de troubles démentiels.

(114) La Médiateure souligne que l'unité psychiatrique ne doit en aucun cas servir d'unité de secours en cas de manque de structures plus adaptées à la prise en charge de personnes démentes. En l'absence de manifestations psychiatriques, leur hospitalisation dans une telle unité n'est pas concevable.

Si des personnes démentes doivent bénéficier d'une protection plus rapprochée, pour éviter des fugues par exemple la Médiateure se doit de rappeler l'existence des psycho-gériatries qui constituent des structures beaucoup mieux adaptées aux besoins des personnes âgées que ne le sont les unités psychiatriques aiguës ou de réhabilitation.

La Médiateure est consciente de l'offre limitée en lits de psycho-gériatries, manque auquel il faudrait pallier dans les meilleurs délais. L'équipe de contrôle a été également informée qu'en cas de problèmes répétés avec les patients dans ces institutions ou en cas de manque de places, il était régulièrement fait appel aux unités psychiatriques.

(115) La Médiateure recommande aux autorités compétentes de réaliser une étude pour déterminer le besoin réel de places en psycho-gériatrie, comprenant également les patients souffrant de démence et qui ne peuvent, pour une raison ou une autre, pas être admises en maison de retraite ordinaire. Suite à cette analyse, la Médiateure recommande de débloquer les ressources budgétaires nécessaires pour l'instauration d'une unité ou d'un centre de psychogériatrie qui pourrait assurer adéquatement la prise en charge de ces patients et leur permettre un séjour répondant à leurs besoins.

Il s'agit-là finalement aussi d'une question budgétaire, le coût en milieu hospitalier étant largement supérieur à celui en milieu gériatrique.

Les patients souffrant du syndrome de Korsakoff ne font pas l'objet de l'exception prévue par la loi de 2009, qui n'énonce que la diminution des facultés mentales liée au vieillissement, alors que le comportement et la pathologie de ces patients ressemblent beaucoup à ceux des patients déments.

Par leur démence parfois très avancée, les patients souffrant du syndrome de Korsakoff nécessitent un suivi important et il n'est pas concevable de laisser ces

personnes sans prise en charge ou de maintenir ces personnes dans leur milieu de vie sans encadrement spécifique.

Ces patients nécessitent généralement une prise en charge à long terme et il n'existe actuellement, mis à part le CHNP qui travaille en la matière déjà à la limite supérieure de ses capacités d'accueil, pas de centres qui soient vraiment adaptés à leurs besoins. Il s'ajoute à ce constat que les patients sont souvent trop jeunes pour être admis dans une maison de retraite.

(116) La Médiateure invite les autorités compétences à prévoir la mise en place d'infrastructures capables de prendre en charge ces patients nécessitant souvent un encadrement très important et un séjour à très long terme.

La Médiateure se doit de relever de manière générale le manque de places thérapeutiques offrant une prise en charge de réhabilitation ou à long terme, ce qui génère souvent des délais d'attente importants pour les patients admis aux unités de psychiatrie intensives.

L'équipe de contrôle a été informée que certains patients étaient obligés de rester plus longtemps aux unités de psychiatrie aiguë en raison du manque de lits disponibles au CHNP. Le CHNP est le seul hôpital psychiatrique du pays qui a vocation de travailler dans le domaine de la réhabilitation. Il constitue dès lors généralement la seule possibilité d'écoulement à disposition des services aigus, à quelques rares exceptions très spécifiques près. On ne peut faire de reproches à cet égard à l'institution du CHNP qui travaille, comme il a déjà été relevé, à la limite supérieure de ses capacités.

Force est également de constater qu'un nombre non négligeable de patients hospitalisés au CHNP ne répondent pas ou seulement d'une manière insuffisante aux traitements, ou alors sont atteints de pathologies pour lesquelles un traitement permettant une récupération suffisante n'existe pas. A ce type de patients s'ajoutent les patients atteints de démence et les patients souffrant de déficits intellectuels importants, séjournant également à très long terme au CHNP.

Nombre de ces patients doivent séjourner pour le reste de leur vie, ou du moins pendant une période indéterminable en milieu protégé sans qu'il s'agisse forcément d'un milieu hospitalier.

Or, il n'existe guère ou du moins trop peu de structures permettant d'accueillir ces patients en provenance du CHNP qui dès lors souffre du même problème d'écoulement que les hôpitaux travaillant en phase aigüe.

Ces constants montrent clairement à quel point les structures existantes au Luxembourg sont insuffisantes. Il existe dès lors une nécessité urgente de nouveaux concepts et de nouvelles infrastructures.

Les spécialistes rencontrés sur place ont informé l'équipe de contrôle que le manque de structures était le plus dramatique pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité, alors que de très légers progrès pouvaient être notés dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de psychoses, même si l'offre restait toujours insuffisante.

(117) Avant de développer de nouvelles structures, la Médiateure recommande aux autorités compétentes de procéder, en concertation avec les spécialistes sur place, à une analyse des besoins concrets afin d'élaborer le concept le plus adapté aux besoins. La Médiateure reviendra sur ce problème à la section 4.2.

Un autre problème qui a pu être constaté auprès de toutes les unités psychiatriques aigües visitées est l'accès pour les assistants sociaux aux informations relatives aux affiliations des patients admis.

Souvent les assistants sociaux des différentes unités ne disposent même pas du numéro de matricule des patients admis et il semble que le CCSS et la CNS ne soient pas toujours enclins, pour des raisons de secret professionnel, de communiquer les informations indispensables à la gestion des dossiers aux assistants sociaux concernés.

Dans ce contexte, il faut remarquer que l'admission de certains patients psychiatriques n'est en rien comparable avec l'admission d'un patient somatique. En effet, il arrive fréquemment que les forces de l'ordre ou une ambulance conduisent un patient psychiatrique très agité, délirant ou profondément altéré dans ses capacités intellectuelles aux urgences. Il n'est pas rare que ces patients soient dans l'impossibilité de décliner leur identité ou d'informer le personnel de leur domicile et bien souvent, ces patients ne portent aucun document sur eux.

(118) La Médiateure recommande aux autorités concernées de donner accès aux assistants sociaux des différents hôpitaux à une base de données nationale contenant les informations pertinentes pour le travail des assistants sociaux.

Il se pose également de manière récurrente la question de la prise en charge des personnes qui ne sont pas affiliées.

Si la Médiateure peut encore comprendre que le Ministère de la Santé ne prenne pas intégralement en charge les frais générés par les hospitalisations de personnes non

affiliées, elle souligne néanmoins que le contexte des patients qui font l'objet du présent rapport n'est souvent en rien comparable à celui des patients somatiques, du fait de leur état de santé, mais également du fait qu'ils font l'objet d'une hospitalisation involontaire.

La Médiateure estime qu'il n'est pas juste de faire supporter l'intégralité des frais d'une hospitalisation involontaire aux personnes non affiliées, même dans les cas où celles-ci disposeraient des moyens financiers nécessaires, ceci d'autant plus que les actes posés sont facturés à un tarif plus cher pour les personnes non affiliées.

(119) La Médiateure recommande au Ministère de la Santé et au Ministère de la Justice de prévoir un système de prise en charge similaire à celui adopté au sujet de la prise en charge médicale des détenus.

Un autre problème se pose au sujet du remboursement de certains médicaments prescrits pour la thérapie notamment des psychoses.

Comme ce problème concerne également les patients ayant séjourné au CHNP, la Médiateure reviendra sur ce problème à la section 5.2.

A plusieurs endroits du présent rapport, la Médiateure a indiqué qu'elle allait revenir sur des problèmes liés à l'atelier de cuisine thérapeutique. Lors des visites sur place, l'équipe de contrôle a en effet dû constater que l'atelier de cuisine thérapeutique était limité de manière plus ou moins importante par l'obligation de respecter les normes HACCP.

Ainsi, l'équipe de contrôle a pu noter que dans la plupart des hôpitaux, les patients ne pouvaient pas aller faire les courses et cuisiner les ingrédients achetés du fait que ces aliments ne respecteraient pas les normes imposées en matière de restauration collective.

(120) La Médiateure insiste sur l'importance de l'étape de l'achat dans cette activité thérapeutique qui est susceptible de travailler de manière importante les relations et compétences sociales.

Si faire les courses est un acte banal de la vie quotidienne des personnes qui ne souffrent pas de pathologies psychiatriques, les patients souffrant de ce type de pathologies sont confrontés lors de cette activité à de nombreux défis qui peuvent demander un effort non négligeable de leur part : attendre dans une file, demander à une personne d'obtenir les produits voulus, faire des choix des produits, payer avec de l'argent en respectant éventuellement un budget déterminé, etc.

Il a également été rapporté à l'équipe de contrôle qu'il pouvait arriver que les patients étaient autorisés à aller faire des courses en vue de préparer un plat dans le cadre

de la cuisine thérapeutique, mais qu'ils n'étaient par la suite pas autorisés à utiliser certains produits achetés, ce qui est notamment le cas pour les œufs. Les patients doivent alors utiliser des œufs stérilisés de la cuisine centrale de l'hôpital.

Comme l'un des objectifs de l'atelier de cuisine thérapeutique est de réapprendre aux patients des gestes de la vie quotidienne, la Médiateure estime que le déroulement de cette activité doit être aussi proche que possible de la réalité et des conditions auxquelles les patients seront confrontés une fois l'hospitalisation terminée.

A cet égard, il faut noter que les normes HACCP ont surtout été développées pour assurer le respect de certaines garanties fondamentales d'hygiène dans le domaine de la cuisine collective.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 1997 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, il ne fait aucun doute que les hôpitaux sont soumis à ce règlement grand-ducal et qu'ils doivent respecter les normes HACCP établies.

Force est toutefois de constater que l'atelier de cuisine thérapeutique n'est destiné qu'à un groupe très limité de personnes qui se situe de manière générale entre 5 et 10 participants.

(121) En prenant en considération l'importance de cette activité et de toutes ses étapes constitutives dans le traitement des patients, la Médiateure demande aux autorités compétentes du Ministère de la Santé de prévoir une exception aux règles HACCP pour les ateliers de cuisine thérapeutique des unités psychiatriques.

Une question qui est survenue régulièrement lors de la mission de contrôle est celle de l'utilité des chambres sécurisées, encore appelées des « soft-cells ».

Si les normes en psychiatrie moderne plaident en faveur d'un recours aussi limité que possible aux moyens de contention, il y a, à part les techniques de désescalade et les formations du style APIC aucun autre moyen qui est mis en avant pour faire face aux situations de crise.

La Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme prévoit par exemple qu' « aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé » et que « les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché (...) ».

Force est cependant de constater que les interventions orales en vue d'une désescalade, aussi bien qu'une approche préventive ne peuvent pas toujours éviter

des situations de crise et des comportements agités de certains patients admis en unité psychiatrique. Il y a également lieu de retenir que des médicaments sédatifs ne devraient pas être administrés par faute d'alternative.

L'équipe de contrôle a reçu des avis contradictoires au sujet de l'utilisation et de la pertinence de soft-cells. Certains médecins et/ou membres du personnel soignant s'exprimaient en faveur de telles chambres sécurisées et d'autres non.

La Médiateure est toutefois d'avis que les chambres sécurisées peuvent constituer un moyen intermédiaire pour faire face à une situation de crise qui ne peuvent pas toujours être évitées en milieu psychiatrique, même avec les meilleures formations de gestion de conflits et de prévention possibles. Dans ces cas, il est généralement procédé à une fixation. La Médiateure estime que certaines fixations pourraient être évitées par le recours à une telle chambre sécurisée qui représente certainement un moyen moins restrictif qu'une fixation.

Il va sans dire qu'une chambre sécurisée ne devrait pas faire fonction d'une chambre d'isolement à long terme, alors que l'isolement peut poser autant de problèmes relatifs aux traitements inhumains et dégradants que le font les fixations. Si la chambre sécurisée est utilisée selon des fins précises, selon des critères prédéfinis, elle peut cependant constituer la solution du « moindre mal ».

La Médiateure estime que l'isolement dans une chambre sécurisée pour une courte durée pourrait permettre au patient de retrouver son calme dans un environnement où il ne risque pas de se blesser ou de blesser autrui. La personne obtiendrait ainsi la possibilité d'évacuer ses sentiments d'agressivité ou d'agitation sans devoir être fixée.

Si la personne n'arrive pas à retrouver son calme ou à s'ouvrir aux membres du personnel endéans un certain délai qui ne devrait pas dépasser une à deux heures, le médecin-psychiatre pourrait alors à ce moment-là toujours décider de procéder à la fixation du patient s'il la juge indispensable.

La soft-cell devrait disposer des installations sanitaires et mobilières nécessaires et adaptées à la situation en vue de respecter la dignité des patients.

La « soft-cell » devrait dès lors disposer d'un mobilier adapté, fixé au sol et avoir un revêtement mural qui permet d'éviter les blessures. Pour des raisons de sécurité, tant du patient concerné que des autres patients, la chambre devrait pouvoir être fermée à clé de l'extérieur. La « soft-cell » ne saurait en aucun cas être utilisée à des fins de sanction.

(122) La Médiateure recommande à toutes les unités psychiatriques de s'équiper d'une pareille chambre sécurisée dans l'objectif de réduire

davantage le nombre de fixations en application du principe de la restriction minimale.

La Médiateure voudrait à cet égard tirer l'attention sur le fait que dans le système de prise en charge psychiatrique en Belgique, les chambres sécurisées permettant l'observation d'un patient agité sont imposées par arrêté royal.

En ce qui concerne la prise en charge urgente, l'Arrêté Royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre, prévoit en effet, dans son article 3, l'obligation de disposer d'un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aigüe contre l'automutilation et de les isoler des autres patients.

Pour les séjours à long terme, l'Arrêté Royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre, prévoit pour les services d'hospitalisations à index A, T et K, l'obligation de disposer de chambres dites d'observation en vue de l'isolement des patients agités.

4. Services de réhabilitation

4.1. Constats sur place

Les services d'hospitalisation à des fins de réhabilitation psychiatrique dépendent tous du CHNP.

Au vu de la vocation très différenciée des différents services de réhabilitation du CHNP ayant tous fait l'objet de la mission de contrôle, telle que plus amplement détaillée dans la partie introductive de ce rapport, la Médiateure a décidé de traiter chaque service individuellement.

Chacun des services ci-après présentés accueillait un ou plusieurs placés médicaux au moment de la mission de contrôle. Le CHNP n'accueille en principe pas de patients se trouvant en phase d'observation en application de la loi de 2009.

4.1.1. CHNP – BU3

La station BU3, se trouvant au 3^{ième} étage du building est un service entièrement fermé, accueillant la grande majorité des patients hospitalisés au CHNP sans leur consentement.

Ce service a une capacité d'accueil théorique maximale de 18 lits répartis en deux chambres individuelles et cinq chambres doubles. Les aménagements actuels

permettent d'accueillir, en chambres normales, 14 patients (6 chambres doubles et deux chambres individuelles).

Tout comme dans d'autres unités psychiatriques fermées, il arrive que des patients, souvent âgés, et souffrant de démence plus ou moins avancée doivent y être admis.

La Médiateure se doit de réitérer qu'il s'agit-là, comme déjà indiqué à plusieurs reprises en ce qui concerne les services de psychiatrie aiguë ou intensive, d'un phénomène certes regrettable, mais pour le moment inévitable en pratique à défaut d'institutions dûment sécurisées et spécialisées dans ce type de pathologies.

Ce fait est cependant autant plus regrettable dans le cas d'espèce alors que les services du CHNP ont une vocation de réhabilitation, voire de revalidation de patients souffrant de maladies psychiatriques. Les soins et les offres thérapeutiques existantes sur place ne sont dès lors pas adaptés à des patients souffrant d'une forme de démence.

4.1.1.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 1 psychologue
- 1 assistant social
- 0,6 ergothérapeute
- 11,5 infirmiers
- 4 aides-soignants

Ce service bénéficie en tant qu'unité fermée de la dotation de sécurité et travaille à 3 tours, à raison de 3 infirmiers pour les deux tours de jour et de 2 infirmiers par tour de nuit.

Tous les lundis a lieu de 10.20 heures à 11.20 heures une réunion du personnel médical, du psychologue, de l'assistant social et du personnel soignant avec les patients.

Les mardis matins, une réunion multidisciplinaire comprenant tous les intervenants ci-dessus énumérés, est organisée de 9.15 heures à 11.15 heures.

Une réunion similaire, sans la présence de l'ergothérapeute a lieu tous les mercredis. Lors de cette réunion, l'équipe multidisciplinaire visite les patients dans leurs chambres.

(123) La Médiateure ne peut que se féliciter de cet exemple d'interdisciplinarité qui est dans l'intérêt manifeste et direct des patients.

La station comprend en outre de deux soft-cells, vidéo-surveillées et équipées depuis peu d'un dispositif de chauffage.

Il existe une salle destinée à l'ergothérapie sur l'étage, les salles d'ergothérapie situées au BU8 sont ouvertes à certains patients.

L'unité dispose en outre d'une grande salle de séjour, bien éclairée, très bien meublée, offrant la possibilité de pratiquer du tennis de table ainsi que du baby-foot et dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Il existe également une salle bien éclairée destinée à prendre les repas en commun.

Comme toutes les unités psychiatriques fermées, le BU3 est également équipé d'un fumoir.

4.1.1.2. Activités

Les activités offertes au BU3 sont assez diversifiées et offrent notamment des activités sportives, de l'ergothérapie (cuisine thérapeutique, compétences sociales, groupe cognitif), des séances en psychomotricité, des groupes de parole, de la musicothérapie, des sorties accompagnées à l'air libre et des jeux de société.

Le plan d'activité détaillé est repris aux annexes.

Il n'existe pas de plan d'activités individuel.

(124) Comme il s'agit dans le cas d'espèce d'une unité fermée de réhabilitation accueillant des patients à moyen, voire à plus long terme, l'établissement d'un plan d'activités individuel, régulièrement adapté aux besoins spécifiques de chaque patient paraît recommandable à la Médiateure.

(125) La Médiateure tient à saluer la mise en place du groupe matin, ayant lieu tous les jours de 8.45 à 9 heures et pendant lequel les patients se voient expliquer le plan des activités proposées pendant la journée en cours.

4.1.1.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène de l'unité, de même que l'état de la literie n'appelle aucune critique.

Les draps sont changés en principe une fois par semaine et chaque fois que des impératifs d'hygiène l'imposent.

Les effets vestimentaires personnels des patients peuvent être remis deux fois par semaine à la blanchisserie du CHNP.

(126) La Médiateure se doit de réitérer son mécontentement avec le fait que les fenêtres des chambres de patients ne peuvent être ouvertes que de manière insuffisante, empêchant ainsi une aération adéquate, surtout en temps de chaleur.

La Médiateure n'ignore pas les impératifs de sécurité spécifiques qui doivent entourer les installations d'une unité psychiatrique fermée. Il existe néanmoins des dispositifs techniques permettant d'ouvrir ou d'incliner les fenêtres d'une manière suffisante sans générer des risques sécuritaires. La Médiateure rappelle l'importance d'une aération adéquate des chambres des patients en vue de la création d'un environnement thérapeutique positif et se doit d'insister sur l'installation d'une solution mécanique permettant l'ouverture adéquate des fenêtres sans compromettre la sécurité, ni des patients, ni d'autrui.

Tout patient reçoit dès son arrivée une information écrite sur ses droits de patient ainsi que sur les voies de recours qui lui sont ouvertes en cas de contestation du placement.

Le patient est également invité à signer un deuxième exemplaire de cette information qui vaut accusé de réception. Si le patient refuse de signer, il en est fait mention sur le document et cette mention sera signée par un membre de l'équipe soignante.

Si l'état du patient au moment de son entrée ne permet pas une remise immédiate de ces informations, celle-ci aura lieu dès que le patient dispose à nouveau des facultés nécessaires.

Si le fait de faire signer un tel document peut poser des problèmes ou générer des anxiétés auprès de certains types de patients, notamment auprès de ceux souffrant de troubles psychotiques, la Médiateure ne peut que saluer cette pratique permettant de documenter l'information effective du patient.

L'alimentation proposée aux patients de cette unité est identique à celle proposée à tous les patients du CHNP.

A ce titre, la Médiateure tient à reprendre les observations formulées dans le rapport du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté sur les placés judiciaires et les

placés médicaux sous mandat de dépôt (point 4.2., page 17 du rapport) qui valent également pour cette mission.

« *L'équipe de contrôle a mené un entretien avec Madame Françoise SCHMIT, infirmière en hygiène hospitalière et responsable de l'hygiène hospitalière pour l'ensemble du CHNP.*

Il existe des plans de nettoyage, respectivement de désinfection très précis quant à leur objet et quant à leur fréquence pour toutes les unités du CHNP, donc également pour l'unité BU6.

Ces plans ont été élaborés en tenant compte des normes internationales en vigueur en la matière et leur mise en œuvre est scrupuleusement surveillée.

Le CHNP tient également des statistiques très précises quant aux maladies nosocomiales.

Le CHNP se conforme également aux règles imposées par l'Entente des hôpitaux en ce qui concerne l'hygiène hospitalière.

Un dispositif spécial d'électrolyse est mis en place afin d'éviter la prolifération de légionnelles dans l'eau.

L'état de propreté des lieux visités a été impeccable.

L'état de la literie et de l'habillement des patients ne donne pas lieu à critique.

L'alimentation est livrée par une société privée, spécialisée dans la restauration collective et hospitalière. Cette société est tenue au strict respect des normes HACCP et fait l'objet d'un audit indépendant une fois par mois ainsi que de contrôles réguliers de la part de l'inspection sanitaire.

En sus de ces contrôles, la température des aliments chauds est vérifiée à des intervalles de trois mois pour chaque unité par le personnel infirmier.

Aucun de ces contrôles n'est annoncé par avance.

Les patients ont la possibilité de choisir une semaine à l'avance leur menu de la semaine suivante. A cette fin, ils ont le choix entre plusieurs menus différents par jour, alternativement il leur est libre de composer leurs plats en choisissant parmi un éventail de propositions. Les patients qui pour des

raisons tenant à leur maladie sont incapables de faire eux-mêmes un choix sont assistés par le personnel infirmier.

Les patients bénéficient de tous les régimes alimentaires indiqués ou prescrits. »

La Médiateure ne peut que s'en féliciter.

A noter cependant que les patients séjournant à l'unité BU3, tout comme ceux séjournant à l'unité BU6 ne disposent pas de la possibilité de prendre un ou deux repas de midi par semaine au Centre Pontalize, comme il est de pratique en ce qui concerne d'autres unités, également fermées comme l'unité OR3.

Ceci est de nature à créer un léger désavantage dans le chef des patients de ces unités du fait que pour des raisons techniques et d'hygiène, les repas servis dans les unités de la Rehaklinik sont issus de la chaîne dite « du froid », donc réchauffés sur place ce qui interdit certaines préparations qui peuvent être offertes au Centre Pontalize.

La Médiateure peut cependant comprendre les considérations sécuritaires à la base de cette pratique.

Tous les patients bénéficient de sorties régulières à l'air libre, en groupe ou individuelles, accompagnées ou non. Les modalités de sortie sont réévaluées régulièrement et adaptées aux capacités et aux besoins de chaque patient.

La Médiateure s'en félicite.

L'équipe de contrôle a été informée d'une pratique qui ne semble exister, en ce qui concerne le CHNP, qu'au sein des unités BU3 et OR2, à savoir celle d'assigner certaines tâches domestiques (ex. : nettoyage du fumoir, arrosage des plantes, préparation des collations etc...) à des patients qui sont capables de les assumer.

(127) Faire participer ces patients au déroulement quotidien de l'unité constitue une initiative appréciable qui va dans le sens de la responsabilisation des patients et qui est certainement contributive aux efforts de réhabilitation constituant la vocation de base du CHNP.

Afin d'être complet, l'équipe de contrôle tient à faire remarquer que de pareilles pratiques sont également mises en œuvre au sein du CHK.

(128) Des visites de membres de la famille et de proches sont toujours possibles, en dehors des horaires pendant lesquels des thérapies ont lieu afin de garantir dans toute la mesure du possible le contact familial et social.

La Médiateure s'en félicite.

4.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les patients sont soumis à des fouilles sommaires au moment de leur entrée. Ces fouilles ne concernent que leurs vêtements personnels et le cas échéant toutes les sacoches, sacs ou valises destinés à contenir leurs effets personnels.

(129) Selon les informations recueillies sur place, on n'a jamais recours à des fouilles intimes, ce dont la Médiateure ne peut que se féliciter.

Selon les informations recueillies, un seul patient a fait l'objet de 8 fixations pendant la période d'août 2011 à juillet 2012.

A noter que l'unité BU3 ne dispose pas de dispositifs de fixation. Si une fixation s'impose, elle est effectuée dans l'unité BU6 qui dispose d'une chambre réservée à cet effet.

La Médiateure réitère qu'elle ne met pas en doute que la fixation reste le seul moyen de recours dans des cas très exceptionnels et limités. Il importe cependant que ces fixations aient lieu dans les meilleures conditions possibles. A ce titre, la Médiateure se doit d'émettre ses plus vives réserves quant à l'agencement actuel de la chambre se trouvant au sein de l'unité BU6 et utilisée à des fins de fixation. Cette chambre, entièrement carrelée est équipée d'un évier et d'un lit avec un dispositif de fixation à 5 points.

L'ensemble de cette infrastructure, complètement froide et stérile, est de nature à faire surgir des angoisses et ne manque pas de susciter des associations peu plaisantes, très peu appropriées et encore moins souhaitables avec des installations dont demeurent malheureusement équipées certains établissements pénitentiaires américains.

(130) Si cette pièce devait être utilisée d'une manière plus fréquente par d'autres unités, l'équipe de contrôle ayant été informée que le personnel de l'unité BU6 ne l'utilise jamais, la Médiateure se doit d'insister à ce qu'elle soit réaménagée afin d'offrir des conditions plus acceptables. Ces transformations pourraient se faire à très court terme et à un coût relativement modique. La Médiateure souligne l'importance de cette recommandation alors que l'équipe de contrôle a été informée du fait que les rares mesures de contention nécessaires au sein de l'unité OR1 s'effectueraient également dans l'unité BU6.

4.1.2. CHNP – BU 4

Le BU4 est un service ouvert, ne bénéficiant dès lors pas de la dotation de sécurité. Si le BU 3 accueille des patients pour une durée qui est généralement de 6 mois à un an avec une visée de stabilisation, le BU 4 accueille des patients pour la même durée en moyenne, mais dans un but principal de réhabilitation avec une forte composante de travail psychosocial.

Le BU4 dispose d'une capacité d'accueil de 18 patients, répartie en 6 chambres doubles et 6 chambres individuelles.

4.1.2.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 1 psychologue
- 1 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 11,5 infirmiers et aides-soignants

Le service n'est pas équipé de soft-cells, ni de dispositifs de fixation.

Comme il s'agit d'un service ouvert, toutes les infrastructures du CHNP (ergothérapie, sport, etc.) sont accessibles aux patients accueillis au BU4.

L'unité dispose d'une grande salle de séjour, bien éclairée, dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Il existe également une salle bien éclairée destinée à prendre les repas en commun.

Comme il ne s'agit pas d'une unité fermée, les patients fumeurs ont la possibilité de fumer à l'extérieur de l'établissement, au rez-de-chaussée.

En dehors de la prise des repas et des activités thérapeutiques, les patients peuvent librement s'adonner aux occupations de leur choix et circuler librement, pour des raisons de sécurité, l'unité n'est fermée vers l'extérieur qu'à 21 heures, avec la possibilité accordée aux patients de sortir de l'unité pour fumer jusqu'à minuit.

4.1.2.2. Activités

(131) Tout comme c'est le cas pour l'unité BU3, la Médiateure tient à saluer la mise en place du groupe matin, ayant lieu tous les jours de 8.45 à 9 heures et pendant lequel les patients se voient expliquer le plan des activités proposées pendant la journée en cours.

Les activités offertes au BU4 sont à peu près similaires à celles offertes au sein de l'unité BU3, avec quelques activités plus spécifiques. Il est à noter que le fait que l'unité BU4 soit une unité ouverte permet beaucoup plus de diversité dans l'organisation des activités.

Le plan d'activité détaillé est repris aux annexes.

Les responsables de l'unité BU4 tentent, dans toute la mesure du possible d'établir, d'un commun accord avec le patient un plan de traitement individuel contenant des objectifs réalistes à atteindre. Ce plan est en permanence adapté aux progrès réalisés par le patient.

La Médiateure s'en félicite.

(132) De même, la Médiateure ne peut que se féliciter de l'importance accordée aux activités de cuisine thérapeutique. Cette activité a lieu en principe une fois par semaine et concerne 5 à 6 patients. Au BU4, le concept de cuisine thérapeutique est appliqué dans son intégralité, en partant d'un budget individuel fixé par patient (4€), de la décision commune du menu à préparer, des achats en commun des denrées nécessaires sur base du budget global déterminé en fonction du nombre de participants, de la préparation du ou des plats jusqu'à leur consommation commune.

A noter que tous les patients de l'unité BU4 peuvent aller déjeuner 2 fois par semaine au Centre Pontalize.

4.1.2.3. Conditions de séjour

En ce qui concerne les conditions matérielles de séjour, l'hygiène, l'état de la literie, le lavage des effets vestimentaires personnels des patients et l'aération adéquate, la Médiateure renvoie à ses observations formulées en ce qui concerne l'unité BU3, sous le point 4.1.1.3., point 126 du présent rapport.

Il n'a pas été possible à l'équipe de contrôle de déterminer avec certitude si les patients séjournant à l'unité BU4 sont toujours informés de leur médication et si leur consentement éclairé est toujours recherché. Les informations reçues par le

personnel responsable et certains patients à cet égard étaient en effet assez divergentes.

Il en est de même en ce qui concerne l'information écrite sur les droits des patients et les voies de recours contre un placement, donnée à chaque patient au moment de son arrivée. Si la Médiateure est consciente du fait qu'en principe, aucune personne placée n'est admise dès le début de son placement à l'unité BU 4, mais que ce placement a lieu d'abord dans une unité fermée, elle entend néanmoins souligner l'importance du respect de ce principe, ceci d'autant plus que les patients séjournant à l'unité BU4 sont susceptibles de disposer d'une capacité de discernement bien supérieure à celle dont ils disposaient en début de leur placement.

(133) La Médiateure demande aux autorités responsables des informations plus détaillées, corroborées par des documents, par rapport à ces deux aspects.

Un patient a informé l'équipe de contrôle qu'il serait de pratique de retirer le droit au congé pendant la fin de semaine aux patients qui contreviennent aux règles régissant la vie commune au sein de cette unité.

(134) La Médiateure ne peut pas se prononcer sur le bien-fondé de ces allégations. Elle recommande cependant aux autorités responsables du CHNP de vérifier ces dires et de prendre, en cas de confirmation, d'urgence les mesures nécessaires pour faire cesser cette pratique inacceptable.

4.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

La Médiateure se félicite que pendant l'année précédant la mission de contrôle aucune fixation n'ait eu lieu à l'unité BU4.

Comme il a déjà été remarqué, cette unité ne dispose pas de soft-cell, ni de dispositifs de fixation. En cas de besoin, un recours aux soft-cells de l'unité BU3, respectivement à la chambre de fixation du BU6 serait nécessaire.

En ce qui concerne les fixations, la Médiateure tient à renvoyer à ses observations formulées au point 4.1.1.4, point 130 du présent rapport.

4.1.3. CHNP – Orangerie 1+2

L'Orangerie 1 (OR1) accueille des patients psychotiques à des fins de réhabilitation et de réadaptation. La durée moyenne de séjour varie entre 6 mois et 1 an. Elle dispose de 18 lits (6 chambres doubles, 6 chambres individuelles).

L'unité Orangerie 2 (OR2) est destinée à la revalidation neuropsychologique des patients présentant des troubles cognitifs persistant après le sevrage alcoolique. L'unité est équipée de 22 lits (10 chambres doubles et 2 chambres individuelles). Il s'agit en principe d'une unité ouverte, cependant la nature des troubles dont souffre la plupart des patients oblige les responsables à garder les portes d'accès à l'unité fermées en permanence, de sorte que les patients sont obligés à demander l'autorisation pour sortir.

Les deux services sont logés dans le même immeuble et leur agencement architectural est sensiblement identique.

4.1.3.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité OR1 est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 11 infirmiers et aides-soignants

La dotation de personnel de l'unité OR2 est la suivante (en ETP):

- 0.3 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 12.75 infirmiers et aides-soignants

Les deux services ne sont pas équipés de soft-cells, l'OR2 dispose, contrairement à l'OR1 de matériel de fixation.

Comme il s'agit d'un service ouvert, toutes les infrastructures du CHNP (ergothérapie, sport, etc.) sont accessibles aux patients accueillis à l'OR1 et à l'OR2.

Les deux unités disposent chacune d'une très grande salle de séjour, bien éclairée, dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Le repas commun est pris dans ces salles.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'unités fermées, les deux services disposent d'un fumoir. La Médiateure n'ignore pas l'importance de ce type d'installations en milieu psychiatrique. Ces fumoirs sont avant tout utilisés par les patients pendant les heures

du soir et pendant la nuit, temps pendant lequel les portes d'entrée des deux unités sont fermées pour des raisons de sécurité.

4.1.3.2. Activités

Les deux unités offrent un très grand nombre en activités thérapeutiques et de loisir. En effet, certains patients de ces deux unités ont rapporté à l'équipe de contrôle que le nombre d'activités à visée thérapeutique ou de loisir serait trop important à leurs yeux, de sorte qu'ils se sentirraient épuisés à la fin du jour.

La Médiateure est consciente de la pondération qu'il faut apporter à de pareilles affirmations, surtout eu égard à l'état extrêmement fragile des patients.

(135) Elle ne peut que se féliciter de la multitude d'activités proposées, plus particulièrement en ce qui concerne l'unité OR2.

Ici encore, la Médiateure note avec satisfaction que les patients se voient expliquer chaque matin leur programme de la journée.

4.1.3.3. Conditions de séjour

En ce qui concerne les conditions matérielles de séjour, l'hygiène, l'état de la literie, le lavage des effets vestimentaires personnels des patients la Médiateure renvoie à ses observations formulées en ce qui concerne l'unité BU3, sous le point 4.1.1.3., point 126 du présent rapport.

La Médiateure se félicite que les fenêtres des chambres des patients des deux unités peuvent être ouvertes afin de permettre ainsi une aération adéquate.

Il n'a pas été possible à l'équipe de contrôle de déterminer avec certitude si les patients séjournant aux deux unités sont toujours informés de leur médication et si leur consentement éclairé est toujours recherché. Les informations reçues par le personnel responsable et certains patients à cet égard étaient en effet assez divergentes.

Il en est de même en ce qui concerne l'information écrite sur les droits des patients et les voies de recours contre un placement, donnée à chaque patient au moment de son arrivée. Si la Médiateure est consciente du fait qu'en principe, aucune personne placée n'est admise dès le début de son placement aux unités OR1 ou OR2, mais que ce placement a lieu d'abord dans une unité fermée. Elle entend néanmoins souligner l'importance du respect de ce principe, également en ce qui concerne les patients de ces unités.

(136) La Médiateure demande des informations écrites complémentaires à cet égard.

(137) Tout comme c'est le cas en ce qui concerne l'unité BU3, la Médiateure se félicite également que les responsables de l'unité OR2 assignent des tâches domestiques et d'entretien aux patients qui s'en portent volontaires et dont l'état de santé le permet.

4.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

La Médiateure ne peut que se féliciter du constat que la pratique de fixations semble être exceptionnelle en ce qui concerne les unités OR1 et OR2. Aucune fixation n'a eu lieu pendant l'année précédant la mission de contrôle à la base du présent rapport.

Selon les informations recueillies sur place par l'équipe de contrôle, la pratique de fouilles sur les effets personnels des patients semble constituer une exception.

A noter cependant que les patients séjournant à l'unité OR2 sont généralement soumis à un contrôle d'alcoolémie au retour d'une sortie non accompagnée. La Médiateure peut comprendre la nécessité de cette mesure qui n'appelle dès lors à aucun commentaire supplémentaire.

L'équipe de contrôle n'a recueilli aucune allégation de la part d'un patient placé permettant de conclure à un traitement involontaire. Selon les dires du personnel soignant, le recours à un traitement involontaire constituerait un moyen d'exception très rare, uniquement employé dans des cas d'absolue nécessité.

(138) La Médiateure répète cependant ses inquiétudes par rapport aux dires de certains patients permettant de conclure dans certains cas à une absence occasionnelle de la nécessaire information sur la médication administrée.

4.1.4. CHNP – Um Weier

L'unité Um Weier, d'une capacité de 18 lits, répartis majoritairement en chambres individuelles, accueille des patients souffrant de pathologies variées ou présentant des déficits mentaux. Généralement les patients y sont admis pour un séjour plus prolongé.

Les impératifs posés par l'agencement architectural de l'immeuble, réparti sur trois étages exigent une certaine mobilité de la part des patients en raison de l'absence d'un ascenseur.

Au moment de la mission de contrôle, un seul patient placé médical séjournait au sein de cette unité.

Selon les dires des responsables de l'unité, la grande diversité concernant les pathologies ou les déficits dont souffrent les patients admis au sein de cette unité constitue une entrave sérieuse à un travail de réhabilitation efficient et efficace.

La Médiateure a déjà évoqué ce problème plus haut. Elle y reviendra ultérieurement encore une fois plus en détail.

4.1.4.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité Um Weier est la suivante (en ETP):

- 0.5 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.3 assistant social
- 0,4 ergothérapeute
- 10 infirmiers et aides-soignants

Cette unité ne dispose ni de soft-cell ni de dispositifs de fixation.

Il s'agit d'une unité ouverte.

Le bâtiment, de trois étages est équipé de tous les requis en matière d'évacuation en cas d'incendie. La Médiateure tient à saluer tout particulièrement que l'équipe soignante organise tous les lundis un exercice d'évacuation avec les patients.

4.1.4.2. Activités

Le plan d'activités, particulièrement étoffé de l'unité est joint en annexe.

(139) La Médiateure ne peut que se féliciter des efforts menés dans ce domaine. Elle se doit cependant de constater que l'offre en unités d'ergothérapie semble assez réduite par rapport à la pléthore des autres activités proposées.

Selon les dires d'un membre du personnel responsable, une augmentation du nombre d'unités d'ergothérapie dans cette unité répondrait à un besoin réel.

(140) La Médiateure recommande aux autorités responsables du CHNP de réévaluer l'offre en séances d'ergothérapie disponibles et de l'adapter le cas échéant aux besoins.

4.1.4.3. Conditions de séjour

D'emblée la Médiateure se doit de souligner l'état de propreté absolument exemplaire de cette unité à tous les égards, tant dans les parties communes que dans les chambres des patients.

Ce constat peut sembler anodin, mais il prend toute son ampleur si on considère que de très nombreux patients séjournant dans l'unité Um Weier sont incontinents et/ou souffrent également d'autres problèmes rendant le maintien d'un niveau d'hygiène correct particulièrement difficile.

L'équipe de contrôle a inspecté sans préavis une chambre occupée par un patient souffrant d'incontinence urinaire majeure et chronique. Même cette chambre se trouvait dans un état impeccable, sans aucune odeur perceptible.

(141) La Médiateure tient à féliciter expressément le personnel soignant et le personnel d'entretien pour la qualité irréprochable de ses prestations en matière d'hygiène.

La Médiateure est bien informée des contraintes architecturales dont souffre l'ensemble des services du CHNP.

(142) Force est cependant de constater qu'un immeuble comme celui accueillant l'unité Um Weier, bien que d'une qualité esthétique indéniable et convenablement réhabilité pour répondre aux normes de sécurité de rigueur, n'est plus adapté pour répondre aux exigences d'une infrastructure hospitalière, voire de soins moderne.

Le nombre d'escaliers interdit l'usage de ce genre d'immeuble à tout patient à mobilité réduite, pourtant fréquents parmi les patients du CHNP.

En outre, l'agencement des lieux rend le travail des équipes soignantes particulièrement difficile et pénible. De surcroît, il empêche toute surveillance adéquate des patients.

4.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Au sein de cette unité, aucune fouille ni aucune fixation n'est pratiquée.

4.1.5. CHNP – Centre thérapeutique de Diekirch

Le Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD) accueille un maximum de 12 personnes, majoritairement psychotiques, disposant d'un projet d'avenir bien précis.

La vocation primaire du CTD est de rendre les patients aussi aptes que possible à une vie autonome.

S'il s'agit toujours d'une structure hospitalière faisant partie intégrante du CHNP, tous les efforts sont entrepris pour aligner la vie communautaire au CTD dans toute la mesure du possible aux réalités de la vie en milieu non hospitalier.

4.1.5.1. Infrastructures et personnel

L'ensemble des infrastructures est logé dans les locaux de l'ancien hôtel HIERTZ à Diekirch. Les locaux ont été réaménagés afin de reproduire au mieux un environnement familial. Les locaux sont dotés de deux salles de séjour spacieuses, d'une cuisine spacieuse, équipée à très grand frais et qui ne laisse absolument rien à désirer, même pour les plus exigeants en la matière.

Une des vocations premières de la cuisine est d'apprendre aux patients de se préparer eux-mêmes des repas convenables après leur sortie du milieu protégé. Or, le niveau d'équipement électroménager de la cuisine se trouve à un tel niveau que la question se pose si les patients peuvent y apprendre des gestes de base nécessaires alors que leur situation ne leur permettra guère de disposer d'un tel matériel de pointe dans leur futur environnement de vie.

Tous les équipements requis d'un point de vue sécuritaire (alarme d'incendie, alarme d'intrusion, ouverture des portes à distance, pharmacie, brancard, pyrènes etc...) sont installés et en parfait état de fonctionnement.

Le mobilier des parties communes et l'équipement de la buanderie sont de qualité.

L'équipement des chambres et des salles de bains est irréprochable, il répond tant aux exigences sanitaires qu'aux exigences sécuritaires.

Tous les patients bénéficient d'une chambre individuelle et d'une salle de bain attenante privative également.

Au moment de la mission de contrôle, un patient placé médical séjournait au CTD.

Les patients sont admis au CTD pour une durée de séjour de 6 mois qui peut être prolongée de 6 mois au maximum. En moyenne, les patients y séjournent entre 2 et 9 mois.

La dotation en personnel du CTD est la suivante (en ETP):

- 0.5 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0.5 ergothérapeute
- 9 infirmiers et aides-soignants

4.1.5.2. Activités

Les patients du CTD se voient proposer un programme d'activités assez dense, mais également fort répétitif. La participation aux activités organisées entre 8 heures et 16 heures est obligatoire. Le détail du programme est repris aux annexes.

A noter que les patients du CTD préparent eux-mêmes leurs trois repas journaliers avec l'aide et le soutien de l'équipe soignante.

4.1.5.3. Conditions de séjour

Les conditions matérielles de séjour sont optimales et ne manquent pas d'un certain luxe, surtout si on les compare aux autres infrastructures du CHNP, toujours encore fort acceptables parce que bien entretenues et destinées pour certaines à des patients de très long séjour.

Tous les patients disposent d'une clé donnant accès à la porte d'entrée de l'immeuble et permettant de fermer à clé leur chambre individuelle.

Trois conditions principales sont mises à la sortie, à savoir disposer d'un emploi, d'un logement et exercer une activité de loisirs.

La Médiateure entend revenir sur ces exigences au point 4.2. Constats généraux, notamment par rapport au refus du CHNP de domicilier certains de ses patients, ne serait-ce que pour une courte durée.

4.1.5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les chambres des patients peuvent faire l'objet d'une fouille en cas de suspicion concrète de détention d'objets ou de substances illicites. Comme il s'agit d'une structure destinée à des patients à bon pronostic, largement stabilisés, des traitements involontaires, voire des fixations ne sont jamais nécessaires.

4.2. Constats généraux

L'équipe de contrôle a pu noter que pas toutes les unités du CHNP mettaient à disposition gratuitement de l'eau aux patients.

(143) Si les prix sont très raisonnables, la Médiateure recommande toutefois, comme elle l'a fait pour le CHL, de mettre à disposition gratuite des patients au moins un litre d'eau par jour.

Comme déjà mentionné à la section 3.2., la Médiateure se doit de constater un manque important de structures spécialisées dans la prise en charge de personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Ceci est vrai aussi bien pour les séjours à court terme que pour les séjours à moyen et à long terme.

La Médiateure a déjà relevé qu'il existe des délais d'attente parfois importants pour les transferts des unités de psychiatrie aiguë vers le CHNP, du fait que le CHNP ne connaît qu'un écoulement extrêmement limité de certains types de patients par manque de structures adaptées qui s'inscriraient dans la suite d'un traitement en milieu hospitalier.

A part les structures du CHNP et quelques rares autres institutions, souvent très spécialisées, une offre thérapeutique ou des milieux de vie protégés pour des patients psychiatriques nécessitant une prise en charge à long, voire très long terme sont quasi inexistant.

Au vu de l'afflux constant et croissant de patients il sera à terme inconcevable, tant d'un point de vue budgétaire que pour des considérations tenant aux capacités d'accueil limitées, de vouloir maintenir une large proportion de nouveaux patients du CHNP dans les infrastructures existantes et ceci souvent pour une durée très prolongée.

(144) La Médiateure tient avec insistance à répéter sa recommandation aux autorités compétentes de réfléchir de manière urgente au développement de nouvelles stratégies et de nouvelles structures destinées à la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, de déficits mentaux importants ou de démence, nécessitant une prise en charge très prolongée, voire indéfinie et invite les autorités compétentes de s'inspirer à cette fin par exemple de l'offre thérapeutique existante dans nos pays voisins, comme par exemple le « Schöenefelderhof » à Trèves.

Le Schöenefelderhof est une structure qui encadre des personnes souffrant de troubles mentaux et ceci de manière stationnaire, semi-stationnaire ou ambulante. L'objectif du centre est de redonner une certaine autonomie aux patients qui leur

permettrait d'être réintégrés dans la société. Le Schönfelderhof se compose de différentes unités de vie encadrées où les patients peuvent également travailler dans différents ateliers et/ou suivre des formations professionnelles.

En Belgique, la maison de soins psychiatriques à Bruxelles constitue un autre exemple d'une structure intéressante spécialisée dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux chroniques.

La maison de soins psychiatriques à Bruxelles est destinée à accueillir des patients psychiatriques chroniques stabilisés qui ont besoin d'un certain encadrement dans leur vie quotidienne.

La maison de soins psychiatriques peut devenir la demeure définitive des patients ou ne constituer qu'une étape avant la réinsertion dans la société et une vie plus autonome.

Les patients bénéficient de nombreuses activités thérapeutiques offertes par une équipe pluridisciplinaire qui propose de nombreux ateliers et activités sur le site, mais organise également des vacances en Belgique et à l'étranger.

La Médiateure a fait référence à ces deux structures parce qu'elles montrent des possibilités de prise en charge à long, voire à très long terme, sans pour autant négliger les aspects de travail de réinsertion.

A ce constat s'ajoute que le nombre de patients nécessitant une prise en charge psycho-gériatrique permanente en milieu protégé ne cesse d'augmenter. Ici encore, les infrastructures existantes, tant au CHNP que dans d'autres structures s'avèrent insuffisantes quant à leur capacité d'accueil.

La même observation vaut par ailleurs en ce qui concerne les placés judiciaires dont le nombre est en croissance constante avec un écoulement de patients placés extrêmement faible ce qui fait que l'unité destinée à recevoir ce type de patients travaille aux limites supérieures de sa capacité d'accueil.

La Médiateure est informée du fait que les responsables du CHNP sont en train d'élaborer un plan de développement global pour leur institution (« Masterplan »), tenant à la fois compte de la situation infrastructurelle existante, de l'offre actuelle et des besoins prévisibles à court, moyen et à long terme.

(145) La Médiateure souhaite être tenue informée régulièrement par les responsables du CHNP des progrès réalisés en la matière, notamment en ce qui concerne l'accueil futur des placés médicaux, des placés judiciaires et des mineurs placés sur base de la loi modifiée sur la protection de la jeunesse.

La Médiateure n'est pas compétente en sa qualité de contrôleur externe des lieux privatisés de liberté pour se prononcer sur le financement et la prise en charge des infrastructures projetées.

Néanmoins, si la question du financement devait avoir une influence sur la qualité des services prestés ou sur le nombre de personnes qui pourront être accueillies sur le site sous le statut de placés médicaux ou de placés judiciaires, ces considérations entrent pleinement dans ses compétences.

En pareil cas, elle se devrait de faire état de son étonnement quant au mode de financement actuel d'une partie des infrastructures du CHNP.

Force est de constater que notamment les unités Lannenhaff et Um Weier accueillent en très grande majorité des patients souffrant de pathologies psychiatriques majeures chroniques et résistantes aux thérapies usuelles.

Or, le financement de ces structures semble toujours tomber sous les compétences de la CNS alors qu'il s'agit d'unités en tout point comparables à des maisons de soins accueillant des personnes âgées et financées par le Ministère de la Famille.

La Médiateure ne comprend pas pourquoi la main publique dépense des montants assez considérables à titre de soins hospitaliers alors que des montants autrement plus modiques, prévus pour des soins gériatriques généraux, tels que dispensés dans des maisons de soins suffiraient amplement. Les moyens ainsi libérés pourraient être réaffectés dans l'intérêt des patients nécessitant effectivement une prise en charge psychiatrique hospitalière.

Il ne s'agit ici pas d'une simple opération comptable transférant la charge financière de la CNS vers le Ministère de la Famille. Bien au contraire, une requalification de certaines unités du CHNP en maison de soins engendrerait une implication financière personnelle des patients y admis, débloquant de cette manière encore des moyens publics qu'il serait utile de dépenser en faveur des patients psychiatriques, en milieu ambulatoire ou hospitalier.

Les responsables du CHNP semblent avoir pris depuis plusieurs années de refuser une domiciliation temporaire de leurs patients à l'adresse de leur institution.

Si la Médiateure peut comprendre certaines des raisons à la base de cette décision, elle ne saurait marquer son accord avec cette manière de procéder.

L'équipe de contrôle a pu constater qu'il est impossible à certains patients de se domicilier à leur ancienne adresse pour des raisons souvent familiales. Or, une des conditions à la sortie d'un patient du milieu psychiatrique, surtout fermé, doit résider dans la garantie de l'existence d'un logement et de moyens de subsistance suffisants.

Or, les patients psychiatriques se trouvent très souvent dans une situation de précarité financière induite par les conséquences de leur pathologie. Il est constant qu'une demande en obtention du RMG ne peut se faire qu'à condition de pouvoir se prévaloir d'un domicile légal. Or, à défaut de domicile légal, et donc en l'absence de moyens de subsistance pour les prétendants au RMG, il est très difficile, voire impossible de trouver un logement adéquat.

Ceci a été corroboré par de nombreux assistants sociaux actifs dans ce domaine spécifique.

Force est également de remarquer que les domiciliations au Foyer Ulysse deviennent de plus en plus difficiles.

(146) Dans ce contexte, la Médiateure donne à considérer aux responsables du CHNP s'il n'était pas indiqué de prévoir des exceptions au refus de domiciliation pour les besoins d'une demande d'introduction du RMG, dans des cas dûment justifiés par le médecin traitant et l'assistant social en charge du patient.

5. Conclusions générales

5.1. La gestion de la méthodologie PRN⁴

Le système PRN est utilisé au Grand-Duché de Luxembourg afin de mesurer les besoins en soins des patients admis dans toutes les unités d'hospitalisation.

En 1995, au moment de l'introduction du système de la budgétisation dans les hôpitaux luxembourgeois, s'est posée la question de la détermination du nombre d'infirmiers et d'aides-soignants nécessaires dans chaque hôpital.

Afin de pouvoir déterminer avec précision ces besoins, le choix de la Caisse Nationale de Santé (CNS) et de l'Entente des Hôpitaux luxembourgeois (EHL) s'est

⁴ PRN=projet de recherche en nursing. Le projet de recherche en nursing est un système issu d'une recherche commencée en 1969 au Centre Hospitalier Sainte Justine à Montréal. Ce projet fut développé par EROS (Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé).

Le but du PRN est de déterminer l'effectif en personnel nécessaire par unité de soins. Cette méthode se base essentiellement sur les informations planifiées à partir de la démarche de soins et suppose donc l'existence et la bonne tenue de plans de soins infirmiers. A l'origine, il s'agissait d'un système prospectif d'étude de charge de travail.

porté sur la mesure en continu de la charge en soins des patients hospitalisés au moyen d'un outil scientifique reconnu, le PRN. La mesure en continu des besoins permet de recenser les changements au niveau de la composition des patientèles des différents services.

L'objectif de la documentation de la charge de travail liée aux soins prodigués aux patients en milieu hospitalier stationnaire est avant tout financier et organisationnel. Le PRN permet une mesure objective de cette charge de travail, et par là même de déterminer une allocation juste des ressources pour chaque service, voire pour chaque hôpital.

L'application correcte de la méthodologie PRN dans les hôpitaux est contrôlée en interne par des infirmiers-auditeurs et en externe par le CRP-Santé, mandaté par la CNS et la Fédération des Hôpitaux luxembourgeois (FHL) (anciennement EHL) à cette fin.

L'équipe de contrôle a été informée par toutes les équipes soignantes dans toutes les unités visitées et ceci dans l'ensemble des hôpitaux du pays dotés d'un service de psychiatrie fermé que la gestion du système PRN consomme une partie importante de leur temps de travail. Cette affirmation était constante dans tous les services de psychiatrie fermés, indépendamment du fait que le service en question gère le système PRN par voie informatique ou par voie manuscrite.

L'équipe de contrôle s'est pu rendre compte de la véracité de ces affirmations. En effet, le personnel soignant est obligé de documenter tous les actes de soins quotidiens, si mineurs soient-ils. Dans ce contexte, il faut relever la spécificité inhérente aux soins psychiatriques.

Si au sein d'un service stationnaire somatique, il s'agit avant tout de documenter des soins de nature plus physique et se résumant avant tout à des actes matériels, il en est autrement en ce qui concerne les services de psychiatrie fermés.

Non seulement qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature du service presté, et de le qualifier afin de pouvoir l'intégrer dans le système PRN de manière à ce qu'il puisse être valorisé en tant qu'acte de soin, il s'y ajoute que la nature des services prestés par le personnel infirmier au sein des services de psychiatrie fermés est autrement plus diversifiée que celle des services d'une unité somatique.

Ainsi par exemple, la matérialité d'un service infirmier presté peut être difficile à apprécier. Si au sein d'un service somatique un entretien de courtoisie avec un patient ne saurait être considéré comme soin infirmier valorisable par le PRN, il en est autrement en ce qui concerne un entretien de nature similaire avec un patient psychiatrique qui peut dans le cas d'espèce avoir une connotation, voire un effet ou une incidence thérapeutique. Si cet entretien est marqué comme tel, il n'est pas

valorisable. Si par contre, il est référencé comme entretien thérapeutique, il est pris en compte par le système PRN, à condition que la nature, la raison et la visée de l'entretien soient précisées.

En deuxième lieu, il faut souligner que la très grande majorité des patients internés en service psychiatrique fermé ne dispose pas de l'autonomie intellectuelle d'un patient somatique. A noter également que des mesures de précaution particulières s'imposent pour des raisons de sécurité. Ainsi, par exemple, les patients n'ont pas de produits d'hygiène dans leurs salles de bains, ces produits étant conservés sous clé. Il en est de même en ce qui concerne les cigarettes, les briquets et d'autres articles potentiellement dangereux.

On s'imagine dès lors facilement le nombre de sollicitations auxquelles le personnel soignant est exposé quotidiennement dans un tel service.

Or, la gestion du système PRN oblige le personnel à documenter pratiquement l'intégralité des actes accomplis à la suite d'une demande émanant d'un patient ce qui génère une charge administrative non négligeable. Cette considération vaut d'autant plus en ce qui concerne l'unité Orangerie 3 du CHNP qui n'accueille que des mineurs en milieu psychiatrique fermé, le nombre de sollicitations de la part des patients de cette unité étant extrêmement élevé.

Les constats faits sur place permettent d'affirmer qu'en moyenne la gestion du système PRN consomme 4 à 5 heures de travail d'infirmier par unité et sur 24 heures (3 tournées), ce qui équivaut à peu près à 0,7 ETP par unité psychiatrique fermée.

Mentionnions que le PRN constitue également un outil de documentation et que chaque unité psychiatrique fermée était obligée de documenter ses activités de soins au moins dans le dossier patient, également avant la mise en place du système PRN. Il convient dès lors d'apprécier les 0,7 ETP mentionnés ci-avant à la lumière de cette considération et de revoir le surplus de temps consommé par le système PRN à la baisse.

Tous les responsables des services concernés sont cependant d'accord pour confirmer que la gestion du système PRN est plus intensive en investissement de temps de travail que la seule documentation médicale et de soins pratiquée avant.

La Médiateure se doit d'être concernée par ce constat alors que la gestion du système PRN diminue le temps de travail que le personnel soignant peut consacrer aux patients. Ce constat prend toute son ampleur si l'on connaît la dotation en personnel soignant des unités psychiatriques fermées, se situant au seuil inférieur de l'acceptable.

La Médiateure est consciente de la nécessité de disposer d'un outil de mesurage efficace et transparent afin de pouvoir gérer au mieux les fonds publics mis à disposition des hôpitaux.

La Médiateure est également informée que l'application du système PRN a généré un gain en ETP pour certains hôpitaux.

Si l'on examine le détail de la gestion du PRN, il semble évident que cette tâche ne saurait, du moins en partie, qu'être accomplie par le personnel soignant lui-même. Une délégation de la gestion du système PRN à du personnel purement administratif ne semble pas constituer une solution praticable.

La Médiateure se doit dans ce contexte de revenir aux observations formulées par son prédécesseur dans son rapport sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt (point 5.1. Soins paramédicaux, page 19 du rapport) qui se lisent comme suit :

« Comme il a déjà été mentionné à la page 3 du présent rapport, le service est doté d'un nombre de personnel soignant dont les ETP cumulés se situent à la limite inférieure du seuil acceptable.

En effet, il ne suffit pas de se référer simplement aux normes habituelles en vigueur (Psych-PV). Il y a lieu de prendre également en considération, en ce qui concerne l'unité BU6, la spécificité des patients.

Il a en effet été constaté que l'effectif du personnel soignant n'est guère suffisant eu égard à la nature des patients accueillis au service BU6. Il s'agit premièrement de patients qui représentent un danger latent potentiel et qui exige une attention accrue permanente du personnel. En deuxième lieu, il faut relever que la très grande majorité de ces patients ne bénéficient que d'une sortie accompagnée, ce qui implique que dans la pratique journalière, un infirmier est pour ainsi dire constamment absent alors qu'il doit accompagner des patients lors de sorties ou pour des thérapies ayant lieu dans d'autres bâtiments du CHNP. Finalement, il y a également lieu de relever que la configuration architecturale de la station n'est guère propice à une surveillance facile. L'équipe de soins travaille à trois tours de trois personnes. L'effectif du personnel est calculé sur un nombre fictif de 12 patients, du fait que la station est à la base conçue pour accueillir 12 patients.

(...)

L'équipe fait de son mieux pour garantir une présence permanente de deux infirmiers à la station, ce qui n'est pas toujours réalisable. La présence d'une personne est néanmoins toujours garantie, ceci constituant un minimum susceptible de poser, dans le cas d'un incident, de sérieux problèmes de sécurité.

Il ne faut pas oublier que les patients placés à l'unité BU6 souffrent de pathologies psychiatriques très diverses et que souvent leur seuil de frustration est très bas. De ce fait, une situation peut plus facilement escaler que dans un autre service hospitalier.

Si l'on considère que l'unité BU6 accueillait lors de la dernière visite sur place 17 personnes, il semble évident qu'un seul soignant aurait, en cas d'incident, des difficultés à calmer la situation, ou, le cas échéant, à séparer adéquatement des patients.

Le Contrôleur externe recommande en conséquence de réviser l'effectif du personnel paramédical vers le haut, de manière à assurer au moins pendant la journée une présence d'une quatrième personne à la station, cette personne ne devant pas forcément avoir la qualification d'infirmier ou d'infirmier spécialisé. (...) »

Ces observations sont valables pour tous les services de psychiatrie fermés.

Si la dotation de sécurité dont ils bénéficient (3-3-3 infirmiers/tournée ou -3-3-2 infirmiers/tournée selon les cas) semble à première vue suffisante, il ne faut pas négliger que régulièrement des infirmiers sont absents de l'unité pour des activités thérapeutiques ou de loisirs à l'attention des patients ayant lieu à l'extérieur de cette unité.

A cela s'ajoutent les absences pour accompagner des patients dans d'autres services médicaux ou pour répondre à d'autres tâches qui font partie intégrante de leur mission.

Des considérations de sécurité, mais avant tout aussi des considérations thérapeutiques imposent par contre que le personnel soignant affiche une disponibilité maximale pour les patients, et ce majoritairement au sein du service fermé.

(147) La Médiateure est convaincue de la nécessité d'augmenter le nombre de postes disponibles au sein des unités psychiatriques fermées. La Médiateure souligne cependant que cette augmentation devrait se faire de manière

raisonnable, respectant les impératifs imposés par une économie budgétaire responsable.

Elle suggère dès lors, eu égard aux spécificités propres aux unités psychiatriques fermées, d'appliquer à ces services un coefficient de valorisation des résultats de l'application du PRN légèrement supérieur à celui appliqué aux autres services.

En effet, les résultats produits par le PRN en ce qui concerne le financement d'ETP sont multipliés par un coefficient de 0,83 pour déterminer le nombre effectif en ETP financés et mis à disposition. Si ce coefficient serait élevé de quelques points pour les besoins des seules unités psychiatriques fermées, des ETP supplémentaires s'en dégageraient qui pourraient utilement compléter les équipes soignantes en place.

Au vu des impératifs budgétaires existants, ces ETP supplémentaires ne devraient pas nécessairement être pourvus par des infirmiers, voire même par des infirmiers psychiatriques. Les résultats obtenus pourraient en effet servir pour déterminer le nombre d'agents à employer ayant une moindre incidence budgétaire.

La Médiateure est en effet convaincue que nombre de tâches effectuées à l'heure actuelle par du personnel infirmier, spécialisé ou non, toujours à haute incidence budgétaire, pourraient utilement être dévolues à d'autres intervenants, moins qualifiés. A titre d'exemple, la Médiateure n'est pas convaincue de la nécessité de faire accompagner les patients d'une unité psychiatrique fermée à l'occasion d'une promenade extérieure par un infirmier psychiatrique.

Il en est de même en ce qui concerne les activités sportives simples ne demandant pas de connaissances particulières, de l'accompagnement des personnes pour les assister lors de leurs achats dans les commerces locaux etc.

En procédant à l'engagement d'agents d'appui dans les seules unités psychiatriques fermées, le personnel infirmier pourrait être déchargé de nombreuses tâches qui ne relèvent pas du tout ou pour certaines que d'une manière très liminaire du volet des soins ou du volet thérapeutique.

Il devrait être cependant clair d'emblée que ces agents d'appui ne se verrait confier aucune tâche qui relèverait du domaine des soins, réservé au seul personnel infirmier dûment qualifié.

5.2. La continuation de la médication après la sortie du milieu hospitalier

Plusieurs médecins-psychiatres ont rapporté à l'équipe de contrôle que certains patients ne continuent pas leur prise de médicaments après leur sortie du milieu hospitalier.

Il s'agit presque exclusivement de patients psychotiques, souffrant donc d'une pathologie psychiatrique majeure et diminuant gravement leur qualité de vie. Dans la pire des hypothèses certains de ces patients pourraient constituer un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.

Pour le traitement de ces patients, il existe actuellement sur le marché 3 médicaments qui sont utilisés. Le premier, dont la molécule active est l'Haldopéridol, n'est plus guère utilisé dû à ses effets secondaires majeurs, contre-indiqués pour des patients dont on veut favoriser l'activation et la responsabilisation en vue d'une réintégration sociale.

Deux autres médicaments de la classe des neuroleptiques atypiques sont presque exclusivement en usage auprès des patients sortis de la phase d'hospitalisation, sous forme de dépôt à long terme injectable, ayant comme substance active la rispéridone, respectivement la palipéridone, commercialisés à Luxembourg sous les dénominations Risperdal®Consta® et Xéplion®.

L'administration par voie intramusculaire doit être répétée toutes les deux semaines pour les patients traités au Risperdal®Consta® et toutes les trois semaines pour ceux recevant du Xéplion®.

La dose moyenne d'entretien en ce qui concerne le Risperdal®Consta® est de 37,5 mg, toutes les deux semaines. Ce médicament est vendu au prix de 140,29€.

En ce qui concerne le Xéplion®, la dose moyenne d'entretien est de 75 mg, vendue au prix de 304,72€.

Tant le Risperdal®Consta® que le Xéplion® sont remboursés par les organismes de sécurité sociale à un taux de 80%. En cas de traitement avec des doses moyennes d'entretien, le patient devra donc supporter lui-même un coût mensuel de 56,12€ en cas de traitement avec Risperdal®Consta® ou de 60,94€ en cas de traitement avec du Xéplion®.

Si un traitement avec des dosages supérieurs est nécessaire, la participation financière personnelle du patient augmente d'une manière proportionnelle.

Comme il a déjà été mentionné, une large proportion de patients psychiatriques se trouve dans un état financier très précaire et bénéficie soit d'une pension d'invalidité, soit du revenu pour personnes gravement handicapées, soit du RMG.

La seule part patient pour cette médication représente environ 5% du revenu total mensuel d'une personne bénéficiant du RMG.

D'après de nombreux médecins expérimentés en la matière, le facteur du coût serait à la base de nombreux arrêts de traitement. Or, il est constant que ces patients ont absolument besoin de leur médication afin de prévenir la survenance de tout nouvel épisode psychotique. Si le patient retombe à nouveau dans un état psychotique, une hospitalisation, engendrant des coûts importants pour les finances publiques, deviendra nécessaire.

A cela s'ajoute que la compliance à la médication antipsychotique est déjà relativement problématique en ce qui concerne les patients psychotiques du fait qu'ils ne sont généralement pas capables de réaliser qu'ils sont atteints d'une maladie.

(148) La Médiateure est d'avis qu'il est intolérable qu'un patient gravement malade arrête son traitement pour des considérations financières.

Plusieurs pistes de solution peuvent être explorées :

- **Soit les responsables des organismes de sécurité sociale décident de prendre en charge les neuroleptiques atypiques à 100% dans le cas de patients souffrant de psychoses avérées ;**
- **Soit les responsables du Ministère de la Santé autorisent la vente au Grand-Duché de médicaments génériques identiques, dont l'usage est largement répandu dans les pays limitrophes ;**
- **Soit, les prescripteurs informent leurs patients du fait qu'ils peuvent solliciter une prise en charge de la part du patient par le Service d'action Socio-Thérapeutique du Ministère de la Santé ;**

Si la dernière solution paraît être la plus facile, elle comporte également certains impondérables, à savoir que le service doit accepter la demande de prise en charge qui se fait par le biais du service social de la commune de résidence.

En second lieu, la procédure applicable est assez lourde et le risque que certains patients psychotiques ne soient pas à même de la suivre est majeur.

En troisième lieu, il y a lieu de noter qu'il s'agit d'une procédure de restitution de la part du patient, partielle ou intégrale, le patient demeure dès lors obligé à préfinancer l'acquisition du médicament.

5.3. Les détenus en milieu psychiatrique fermé

Certains détenus présentant des signes d'atteinte psychiatriques peuvent se voir transférer, sous l'empire de la loi du 10 décembre 2009, plusieurs fois précitée, dans un service psychiatrique fermé, dans une première phase à des fins d'observation et le cas échéant pour un placement subséquent.

L'article 7(2) de la prédite loi de 2009 détermine que l'admission d'un patient en milieu psychiatrique fermé se fait en raison du domicile de celui-ci.

Il est de pratique en la matière que le Centre pénitentiaire dans lequel se trouve le détenu soit assimilé à son domicile. Cette pratique, bien que légalement discutable du fait qu'un Centre pénitentiaire ne peut à l'heure actuelle du moins, servir de domicile légal à un détenu, est néanmoins acceptable alors que bon nombre de détenus, surtout ceux condamnés à de longues peines, ont fait l'objet d'une radiation d'office des registres de la population de leur commune d'origine. A ce groupe s'ajoute encore celui des détenus arrêtés sur le territoire national sans y avoir jamais eu de résidence légale.

Il en découle que les détenus séjournant au CPL font l'objet d'un internement dans un service psychiatrique fermé d'un des hôpitaux de l'arrondissement de Luxembourg. Eu égard au fait que la ZithaKlinik ne dispose pas d'un tel service, l'internement a lieu, au gré des services de permanence, soit au CHL, soit au CHK.

En pratique, il n'y a pas encore eu d'internement d'un détenu séjournant au CPG. Si tel devait être nécessaire, il devrait, en application de la même logique être admis au CHdN, seul hôpital doté d'un service psychiatrique dans l'arrondissement de Diekirch.

De nombreux intervenants des services psychiatriques fermés du CHL et du CHK ont fait état des problèmes générés par l'admission d'un détenu au sein d'une telle unité.

Les détenus sont sous la surveillance permanente, soit de la Police grand-ducale (prévenus et détenus potentiellement dangereux), soit des agents pénitentiaires (condamnés seulement).

Les détenus admis séjournent toujours dans une chambre individuelle qui doit être gardée en permanence, soit par un agent de police, soit par un agent pénitentiaire.

Depuis peu de temps, le CHL a aménagé un système de vidéo-surveillance permettant à l'agent de surveillance de suffire à ses devoirs à partir d'une autre pièce, sans avoir besoin, comme c'était le cas jusqu'alors d'occuper une chaise dans le couloir devant la porte de la chambre du détenu.

(149) Il s'agit ici d'un des rares cas d'exception dans lesquels une surveillance continue par vidéo est acceptable du fait qu'elle constitue le moindre mal. Dans ce cas précis, la Médiateure ne peut que se féliciter de la mise en place de cette technique.

Un tel aménagement n'existe pas au CHK, qui, pour rester fidèle à la réalité, est également beaucoup moins concerné, les détenus étant hospitalisés de préférence au CHL en raison de la convention de collaboration conclue entre le CPL et le CHL en matière de soins médicaux somatiques.

Les problèmes qui se présentent sont de deux ordres.

Il est aisé d'imaginer que la présence permanente d'un agent en uniforme au sein d'une unité psychiatrique fermée, accueillant bon nombre de personnes souffrant de troubles d'anxiété ou de psychoses à composante paranoïde, risque d'être fortement préjudiciable au maintien d'un climat thérapeutique adéquat.

Ceci a été corroboré par de nombreux intervenants, médecins et soignants.

Le second problème, potentiellement dangereux, est généré par le fait que les agents de police chargés de la surveillance d'un prisonnier sont armés.

Si le port d'armes est formellement prohibé en milieu carcéral pour des raisons de sécurité évidentes, cette considération est encore plus importante dans un milieu où se trouvent, dans un espace fort limité, de nombreuses personnes altérées tant dans leurs facultés de décision que dans leurs facultés intellectuelles. En tout état de cause, il s'agit de patients qui peuvent à tout moment avoir des réactions et des actions totalement imprévisibles et/ou irrationnelles et qui risquent de tenter de s'accaparer de l'arme de l'agent de police ou, bien pire encore, qu'ils aboutissent dans leur tentative.

Il existe dès lors un danger que pendant la manœuvre ou par une réaction inappropriée, un coup de feu puisse se déclencher. En cas d'aboutissement de la tentative, un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique grave viendrait en possession d'une arme à feu avec toutes les conséquences potentielles que cela peut engendrer.

Un cas de danger réel a été rapporté à l'équipe de contrôle. Deux patrouilles de police ont conduit un patient, probablement psychiatrique et hautement agité à l'hôpital de garde. A l'urgence, le responsable médical a conclu à la nécessité de fixer le patient qui s'est opposé violemment à toute mesure de contention. Les agents de police ont alors prêté main forte au personnel soignant et dans la mêlée, un agent de police a pu s'apercevoir en dernière minute que le patient en question tentait d'arracher le pistolet à un des agents de police. Ce n'est que grâce à

l'intervention ferme mais raisonnée de cet agent qu'un incident majeur a pu être évité.

Le Médiateure est consciente que les agents de police sont entraînés à l'usage des armes à feu et qu'ils sont également formés à réagir d'une manière adaptée dans des situations potentiellement dangereuses, mais demeure d'avis que le port d'une arme à feu pendant une mission de surveillance au sein d'une unité psychiatrique fermée constitue un risque réel.

Ce risque paraît totalement disproportionné par rapport à l'utilité potentielle que peut avoir une telle arme en cas d'incident, alors qu'il s'agit de la surveillance de personnes malades, en milieu hospitalier, donc généralement traités par une médication psychotrope assez conséquente, réduisant grandement les facultés physiques du patient.

Force est également de constater que cette surveillance s'effectue en milieu fermé, limitant par définition le risque d'une fugue du fait que les portes de sortie sont sécurisées et fermées à clé ou par des dispositifs électriques.

Dans le même ordre d'idées, la Médiateure tient à souligner que les détenus placés, donc séjournant à plus long terme en milieu psychiatrique fermé sont hospitalisés au sein du CHNP (BU6) où ils ne sont plus surveillés, ni par un agent de police, ni par un agent pénitentiaire. Il est superfétatoire de dire qu'au sein du CHNP, il n'existe aucune arme à feu.

(150) Dès lors, la Médiateure est amenée à recommander aux responsables de la Police grand-ducale et aux responsables pénitentiaires de donner les instructions nécessaires afin que la surveillance des détenus admis en milieu psychiatrique fermé se fasse par des agents en tenue civile.

(151) Elle recommande en outre aux responsables de la Police grand-ducale de donner les instructions nécessaires afin que cette surveillance puisse se faire par des agents non armés.

Pour le bon ordre, la Médiateure tient à souligner que cette recommandation ne vaut que pour la seule surveillance de détenus admis en section psychiatrique fermée et qu'elle ne s'applique nullement aux autres détenus hospitalisés pour d'autres raisons au sein de l'unité U20 du CHL ou au sein d'un autre service hospitalier.

D'une manière générale, la Médiateure ne peut se déclarer satisfaite avec les procédures actuellement appliquées dans le cas d'un détenu qui nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique fermé.

En phase de placement, ces détenus, sont normalement internés au sein de l'unité BU6 du CHNP alors qu'en phase d'observation, ils peuvent être admis, comme il a été indiqué plus haut, dans le service psychiatrique d'un hôpital de l'arrondissement de leur domicile.

Les détenus mis en observation dans un service psychiatrique fermé d'un hôpital ne bénéficient pas des mêmes droits que ceux accordés aux autres patients, ni même des droits desquels ils bénéficient au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils se trouvent habituellement.

En effet, il est interdit à ces détenus de participer à toute activité ayant lieu en dehors du service, y compris des activités à vocation thérapeutique. Les modalités entourant la visite de proches, l'accès à la télévision, l'accès aux journaux, l'accès au téléphone et d'une manière plus générale la liberté relative de mouvement sont également plus restrictives en milieu hospitalier qu'en milieu carcéral.

Les consignes communes récemment élaborées entre le CHL, le CPL et la Police grand-ducale, relatives à l'hospitalisation de détenus mettent fin à cette différence de traitement entre le CPL et le traitement en milieu hospitalier pour les patients souffrant de pathologies somatiques et hospitalisés notamment au sein de l'unité sécurisée (U20). Ces consignes sont cependant peu claires au sujet de détenus admis en phase d'observation et hospitalisés toujours en dehors de cette unité sécurisée. Si le principe de la restriction minimale s'applique pour tout détenu hospitalisé au sein de l'unité sécurisée et que le port de menottes ou l'attachement au lit à l'aide d'une entrave doit demeurer exceptionnel et uniquement applicable dans des cas dûment justifiés, il en est autrement en ce qui concerne les patients admis en phase d'observation psychiatrique, normalement accueillis au sein de l'unité psychiatrique (U53).

(152) En tout état de cause, la Médiateure recommande fermement que le principe de la restriction minimale s'applique également aux détenus en phase d'observation sur base de la loi de 2009 précitée.

La situation est autrement plus grave en ce qui concerne les détenus placés sur base de cette même loi après la phase d'observation. Le placement se fait à l'unité BU6 du CHNP et les modalités qui l'entourent sont actuellement encore constitutives d'une violation des normes internationales en vigueur et plus particulièrement des dispositions de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

La Médiateure fait siennes les développements faits à ce sujet par son prédécesseur dans son rapport sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt qui retenait à ce titre :

« Comme il a déjà été mentionné plus haut, l'unité BU6 accueille également les détenus du CPL qui sont en phase de crise psychiatrique aiguë et qui ne peuvent y être traités par les moyens disponibles sur place.

Ce type de patients présente la particularité qu'ils sont tous sous mandat de dépôt. En pratique, et en l'absence d'un espace sécurisé permettant l'accès à l'air libre à l'intérieur ou annexé au bâtiment, ces patients sont pour le moment contraints de rester pendant tout leur séjour à l'intérieur de l'unité sans aucune possibilité de sortie.

Il est évident que ceci constitue une violation grave des droits de l'homme dont ce type de détenus doit demeurer dépositaire. Le Contrôleur externe ne saurait accepter que cette situation perdure et recommande avec insistance aux autorités concernées de trouver dans les tout meilleurs délais une solution acceptable. Il ne saurait être admissible qu'un détenu, qui dispose d'un droit d'accès à l'air libre et à la promenade à l'intérieur du CPL soit privé de ce droit très important par le seul fait de sa maladie rendant nécessaire un séjour dans une infrastructure qui en toute occurrence est inadaptée à cette fin.

Au moment de la visite deux patients relevant de cette catégorie se trouvaient hospitalisées au BU6, dont un depuis plus de 11 mois.

Il est à noter que ces personnes se voient non seulement interdites de tout accès à l'air libre ou à la promenade, mais également à toutes autres activités offertes à l'extérieur de l'unité.

Comme ces personnes ne sauraient profiter d'une sortie autorisée du fait qu'ils sont condamnés ou en attente d'un jugement, elles ne peuvent se déplacer en dehors de l'unité BU6. De ce fait, elles sont également privées de toutes autres activités auxquelles un détenu peut participer au sein du CPL, y compris des activités sportives. »
(Rapport du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt, point 3.2., pages 14 et ss.)

« (...), l'équipe de contrôle a été informée lors des visites sur place des modalités tout à fait inacceptables entourant la possibilité des patients du BU6 à avoir un accès à l'air libre ou à des offres thérapeutiques ou de loisir qui sont organisées dans d'autres

bâtiments du CHNP se trouvant cependant en dehors du service BU 6.

Pour rappel, la station BU 6 accueille deux types de patients, pour la grande majorité, il s'agit des patients placés judiciaires, internés au BU 6 en application des articles 71 ou 71-1 du code pénal. Le deuxième contingent de patients, de loin moins important en nombre, est constitué de détenus ou de prévenus sous mandat de dépôt et normalement enfermés au CPL. Certaines des personnes détenues au CPL souffrent en effet de pathologies psychiatriques graves et sont dès lors soignées à l'unité médico-psychiatrique du CPL (P2). Si ces patients entrent dans une phase de décompensation rendant nécessaire un traitement médical intensif, voire un traitement médical administré le cas échéant contre leur gré, ils sont actuellement transférés à l'unité BU 6 du CHNP.

Pour rappel encore, il y a lieu de noter que l'unité BU 6 est située au sixième étage du building du CHNP. Ce service ne dispose d'aucune terrasse, ni d'une autre infrastructure bâtie permettant un accès à l'air libre à l'intérieur du service-même. Force est également de constater que les fenêtres de ce service ne peuvent être entrouvertes que de quelques centimètres pour des raisons de sécurité évidentes.

(...)

En tout état de cause, un patient placé judiciaire qui vient d'arriver au BU6 ne peut quitter ce service, et partant l'étage correspondant du building, avant de disposer d'une autorisation de sortie, du moins avec accompagnement. De ce fait, il est constant que ces patients sont contraints de rester enfermés sur un étage de l'hôpital pendant un minimum de 8 à 10 semaines et dans la pratique souvent pendant une période bien plus longue.

Pendant cette période, ils ne peuvent participer à aucune activité, thérapeutique, sportive ou de loisir ayant lieu en dehors de la station et il leur est interdit d'accéder à l'air libre. Force est de rappeler que l'offre actuelle au BU 6 se limite, en dehors du traitement médical aux seules offres dispensées par l'ergothérapeute affecté au BU6.

Il est évident que cette situation est totalement inacceptable. Il faut garder en mémoire qu'il s'agit ici de personnes reconnues par les autorités judiciaires compétentes irresponsables des infractions commises et ceci en raison d'une pathologie psychiatrique. En dernière analyse, il y a lieu de considérer qu'il s'agit de personnes malades qui ont besoin d'un traitement adapté à leur état de santé.

Il est évident que des considérations de sécurité publique et de sécurité du personnel du CHNP s'imposent en la matière, mais il doit être tout aussi évident que ces considérations ne peuvent pas avoir comme conséquence de réservier à ces patients un traitement qui se situe très largement en dessous des droits accordés à toute personne pénallement responsable et se trouvant sous mandat de dépôt au CPL. En effet, toute personne incarcérée, que ce soit à titre préventif ou pour purger une peine prononcée a droit à au moins une heure par jour de promenade à l'air libre. Tout détenu dispose en outre d'un droit à la participation régulière à des activités sportives.

La situation décrite est autrement plus préoccupante encore en ce qui concerne les détenus souffrant de troubles psychiatriques graves et transférés de ce fait au CHNP.

Ces personnes ne tombent évidemment pas sous les compétences de la Commission spéciale et le mandat de dépôt décerné à leur encontre garde ses pleins et entiers effets.

Il en découle que ces patients se voient interdire toute sortie, toute participation à des activités thérapeutiques et sportives ayant lieu en dehors du BU6 pendant l'intégralité de la durée de leur séjour au CHNP.

Actuellement deux personnes tombant sous ce statut se trouvent au BU6, dont une depuis plus de 11 mois.

Le Contrôleur externe est consterné par la manière de laquelle ces personnes sont traitées dans un établissement hospitalier national. Le fait de priver cette catégorie de patients systématiquement de tout accès à l'air libre et de toute activité sportive va clairement à l'encontre de tous les textes internationaux en vigueur en la matière.

Il n'est pas concevable qu'une personne se voit octroyée un régime autrement plus strict et défavorable que celui auquel a droit tout prisonnier au sein d'un établissement pénitentiaire pour le simple fait qu'elle souffre d'une pathologie psychiatrique grave.

Force est également de remarquer que de l'avis unanime des médecins-psychiatres traitants et du personnel soignant, cette manière de procéder, tant à l'égard des personnes placées judiciaires et des détenus hospitalisés au BU6 est hautement préjudiciable d'un point de vue thérapeutique.

Le Contrôleur externe tient à souligner que cette situation intenable n'est d'aucune manière imputable au personnel médical et paramédical du CHNP. Elle résulte du simple fait d'une infrastructure défaillante à un niveau architectural. Si besoin en était, le Contrôleur externe insiste pour rappeler que tout le personnel affecté au BU 6 a fait part de son mécontentement avec la situation existante à l'équipe de contrôle.

Le Contrôleur externe exige avec toute l'insistance requise qu'il soit mis fin à la situation décrite dans les tout meilleurs délais.

Le Contrôleur externe a longuement étudié la question et analysé les suggestions d'amélioration proposées. Comme il s'agit d'un dysfonctionnement généré par des circonstances induites par l'agencement architectural des lieux, il est clair qu'une solution acceptable doit également prendre en considération le facteur budgétaire.

En vue d'une recherche de solution, il importe également de considérer, pour des raisons de compatibilité et de durabilité, les projets du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice en matière de placement psychiatrique judiciaire, ceci notamment dans le contexte de la construction future de la maison d'arrêt CPU (Centre pénitentiaire Uerschterhaff).

Comme il a déjà été mentionné, l'espace fermé aménagé au 8^{ième} étage du building, (...) ne saurait constituer une solution définitive dans ce contexte. Il est d'ailleurs à remarquer que cet espace n'est pas accessible pour des raisons de sécurité aux détenus du CPL se trouvant au CHNP.

Aux fins de trouver une solution rapide et efficace, il y a notamment lieu de distinguer entre les deux catégories de patients traités au BU 6, à savoir les placés judiciaires et les détenus du CPL.

A. En ce qui concerne les détenus du CPL, le Contrôleur externe renvoie à ses recommandations faites au même sujet dans son rapport sur l'entrée du détenu et la santé en milieu carcéral, reproduites, dans l'intérêt d'un maximum de lisibilité ci-dessous :

« (17) *Un problème sérieux qui mérite d'être signalé consiste dans le traitement sans leur consentement de détenus atteints de pathologies psychiatriques majeures et qui, de ce fait présentent un*

degré de dangerosité très élevé rendant impossible leur transfert dans la section psychiatrique d'un hôpital ou au CHNP.

Les autorités du CPL considèrent que la législation actuelle ne permet pas le traitement médicamenteux psychiatrique au sein de la section médicale psychiatrique du CPL sans le consentement du détenu malade.

Force est de constater que la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 règle dans son article 1^{er} l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.

L'article 4(1) de la prédicta loi dispose que sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1^{er}.

Or, la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire prévoit expressément dans son article 9 qu'il est créé auprès du Centre pénitentiaire de Luxembourg une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes et les détenus atteints d'une maladie mentale, qui peut également accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement conformément à la loi.

Le deuxième alinéa de cet article stipule que la direction de la section médicale spéciale est assurée par un chargé de direction désigné par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre de la Justice.

A l'heure actuelle, les responsables des établissements pénitentiaires déduisent de l'absence de la désignation du chargé de direction prévu au prédict alinéa deux de l'article 9 de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire, que la section médicale spéciale, destinée notamment aussi à accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement n'existerait pas, et que de ce fait une admission et un placement au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur

consentement de personnes atteintes de troubles mentaux ne seraient pas possibles.

Le Contrôleur externe ne partage pas cette lecture des dispositions légales pertinentes.

Il est clair que l'article 9 de la prédicta loi sur la réorganisation de l'administration pénitentiaire porte création de la section médicale psychiatrique spécialisée, qui existe dès lors de jure depuis l'entrée en vigueur de cette loi, que cette section soit dotée d'un chargé de direction ou non.

Il est également constant en cause que cette section dispose du personnel médical et paramédical qualifié nécessaire à un traitement adéquat et répondant aux normes en vigueur.

Le Contrôleur externe est d'avis qu'aucun obstacle juridique ne s'oppose dès lors à une admission et éventuellement à un placement d'un détenu, au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la section médicale psychiatrique du CPL.

Pour des raisons évidentes tenant à l'organisation interne, le Contrôleur externe recommande aux autorités compétentes de procéder dans les meilleurs délais à la désignation par arrêté conjoint d'un chargé de direction de cette section, direction qui dans les faits est de toute manière déjà prévue implicitement par la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et le CHNP relative aux soins psychiatriques à dispenser en milieu pénitentiaire. »

La mise en place d'une structure au sein du CPL permettant de traiter, le cas échéant contre leur gré, les détenus atteints de graves pathologies psychiatriques permettrait d'éviter à ces détenus malades leur confinement pendant une période plus ou moins prolongée sur un étage du building du CHNP, sans aucune possibilité de sortie.

Il ne fait aucun doute que le traitement médical adéquat pourrait être dispensé au sein du CPL alors que les médecins-psychiatres traitants tant du service psychiatrique du CPL que de l'unité BU 6 du CHNP sont les mêmes. Selon les médecins responsables, on devrait cependant apporter des changements aux horaires de travail du personnel infirmier du CPL alors qu'un tel traitement ne serait

envisageable que sous la condition d'une présence infirmière continue.

Comme tel n'est pas encore le cas pour le moment, le Contrôleur externe suggère vivement de procéder aux aménagements horaires nécessaires. Le Contrôleur externe entend également insister sur la mise à disposition des crédits budgétaires éventuellement requis pour mettre en place cette possibilité de traitement si des adaptations au niveau des infrastructures ou du nombre de personnel soignant et médical s'avéraient nécessaires.

La possibilité de procéder à des traitements psychiatriques involontaires (procédure des placés médicaux) au sein même du CPL aurait un second avantage, à savoir celui de garantir l'accès à un tel traitement à tous les détenus. En effet, le Contrôleur externe se doit de constater qu'à l'heure actuelle certains détenus atteints de graves troubles psychiatriques nécessitant probablement un traitement plus intensif ne peuvent bénéficier d'une prise en charge à l'unité BU6 du CHNP du fait qu'ils représentent un danger public. En effet, l'infrastructure de sécurité du CHNP, assez minimaliste, interdit pour des raisons de sécurité publique, l'hospitalisation de détenus connus pour être particulièrement dangereux.

Le fait d'exclure des détenus malades d'un traitement susceptible d'alléger leurs souffrances pour des raisons d'insuffisance des infrastructures existantes à un niveau sécuritaire va clairement à l'encontre des normes internationales en matière de droits de l'homme et ne saurait être accepté par le Contrôleur externe.

Le Contrôleur externe réitère son avis qu'il n'existe aucun empêchement au niveau du droit interne et recommande partant de procéder dans les tout meilleurs délais à la signature de l'arrêté conjoint pré-décrété ainsi qu'à l'aménagement nécessaire des horaires du personnel infirmier psychiatrique affecté au CPL. » (Rapport du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt, point 6.1., pages 20 et ss.)

C'est donc pour la troisième fois que l'organisme chargé du contrôle externe des lieux privatifs de liberté se doit de revenir sur la situation des placés médicaux se trouvant sous mandat de dépôt ou plus généralement sur les problèmes entourant l'hospitalisation psychiatrique de détenus.

A cet égard, la Médiateure réitère les pistes de solution esquissées ci-avant dans les deux rapports précédents doivent être analysées à la lumière de la question de l'utilité d'un transfert d'un détenu en milieu hospitalier psychiatrique.

A l'heure actuelle, la Médiateure peut constater des développements à plusieurs niveaux.

Premièrement elle salue l'initiative prise par les responsables du CHNP de réserver une suite favorable aux recommandations de son prédécesseur en ayant entamé les travaux préparatoires en vue d'aménager un espace de promenade sécurisé donnant enfin accès à l'air libre à tous les patients internés au sein de l'unité BU6, dont notamment les placés médicaux sous mandat de dépôt ne pouvant bénéficier d'autres sorties pour les raisons déjà amplement détaillées.

(152) La Médiateure demande d'être renseignée par écrit sur la date prévue d'achèvement de ces travaux.

Deuxièmement, comme il a déjà été mentionné, la Médiateure a été informée que les responsables du CHNP sont en train de concevoir un nouveau plan directeur pour l'ensemble de leurs infrastructures.

Ce plan directeur servira non seulement de base à des travaux d'ordre infrastructurel destinés à une meilleure prise en charge et à la création de possibilités d'écoulement in situ, mais il influencera également les réflexions à mener en ce qui concerne la création d'une unité psychiatrique spéciale (UPS) telle que projetée par le projet de loi portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire (*doc.parl. 6382*).

Si l'on sait par contre que la création des infrastructures bâties nécessaires à cette UPS n'est pour l'instant que prévue qu'après l'ouverture du CPU (Centre Pénitentiaire Uerschterhaff, la future maison d'arrêt) qui est programmée pour 2017 ou 2018, la Médiateure se doit de conclure à un délai d'attente inacceptable.

Des solutions à plus court terme, intermédiaires ou non s'imposent dès lors de toute urgence.

La Médiateure est informée de l'idée d'affecter un étage d'un bâtiment existant au CPL (2^e étage du bloc P2, anciennement réservé aux retenus) au service psychiatrique en vue d'y créer dans un avenir rapproché l'embryon une unité psychiatrique spéciale.

Elle est également au courant d'un projet, émanant du CHNP et visant à la mise en place, au sein du CPL d'une véritable unité de psychiatrie, d'une capacité d'accueil de 30 à 40 lits à l'aide d'une construction avec des modules préfabriqués et dès lors réalisable également à assez brève échéance.

(153) En tout état de cause, la Médiateure recommande formellement de mettre en place, dans les meilleurs délais une structure psychiatrique au sein du

CPL, ne fût-ce qu'à titre provisoire, capable de recevoir les détenus en phase d'observation ou en placement.

Le besoin de mettre un patient sous observation, avec un placement médical subséquent ou non est généré avant tout par la nécessité de traiter, le cas échéant, un patient contre son gré. La loi ne permet un tel traitement involontaire, en dehors du contexte des placés judiciaires, que sur base de la loi de 2009 précitée.

L'analyse juridique du Contrôleur externe des libertés par rapport aux possibilités actuelles d'une mise en observation, voire d'un placement médical d'un détenu au sein du CPL, amplement détaillée ci-avant est entièrement partagée par la Médiateure.

Cette analyse permet clairement de conclure à la possibilité d'administrer déjà à l'heure actuelle des traitements psychiatriques involontaires nécessaires à l'intérieur du CPL. Afin de pouvoir procéder de la sorte, il suffirait de la désignation d'un chargé de direction, conjointement par le Ministre de la Justice et le Ministre de la Santé.

Lors de plusieurs réunions avec des responsables tant du CHNP que du CPL à ce sujet, un médecin-psychiatre du CHNP, alors détaché au CPL faisait valoir que le traitement involontaire par certains médicaments nécessiterait une présence médicale permanente au CPL afin de gérer d'éventuelles complications.

Un grand nombre d'autres médecins-psychiatres rencontrés par l'équipe de contrôle au cours de la mission à la base de ce rapport ont affirmé que les traitements actuels ne génèrent que très peu d'effets secondaires et que la présence permanente d'un médecin serait dès lors superfétatoire.

(154) La Médiateure ne peut se prononcer sur des questions d'ordre purement scientifique, mais elle invite les spécialistes du domaine à se concerter sur cette question. S'il devait en ressortir qu'un traitement involontaire pourrait se faire sans présence médicale permanente, mais avec l'offre médicale disponible au sein du CPL, elle invite les responsables politiques du Ministère de la Justice et du Ministère de la Santé à désigner dans les meilleurs délais un chargé de direction afin de pouvoir procéder à de pareils traitements au sein du CPL.

En tout état de cause, la Médiateure entend suivre l'évolution de ce dossier de près. Elle demande aux instances compétentes de la tenir informée de près sur l'évolution des projets en cours.

A défaut d'une solution satisfaisante dans un avenir proche, elle n'hésitera pas à recourir aux moyens qui lui sont réservés par le législateur national et par le Protocole facultatif.

Par ailleurs, la Médiateure insiste sur la nécessité de trouver une solution intégrée et satisfaisante dans ce domaine, également en ce qui concerne les

placés judiciaires. En raison du fait que les capacités d'accueil sont pratiquement épuisées, une solution intégrée s'impose.

6. Conclusions finales

Comme les impératifs entourant les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, destinés à admettre des patients sur base de la loi de 2009 sur les personnes atteintes de troubles mentaux diffèrent sensiblement de ceux devant être observés en milieu hospitalier à visée de réhabilitation, imposant notamment un séjour plus prolongé, la Médiateure a pris la décision de séparer ces deux types d'institution dans son rapport.

Pour les mêmes raisons, elle a cru utile présenter des conclusions individuelles, propres à chaque type d'institution.

Il n'est dès lors pas chose aisée de formuler des conclusions générales, universellement valables pour l'ensemble des institutions visitées.

Cependant, certaines conclusions d'ordre général peuvent être dégagées :

- Contrairement aux dispositions de la loi modifiée du 10 août 1992 sur la protection de la jeunesse qui est également à la base d'internements psychiatriques, la Médiateure se félicite des modalités prévues par la loi du 10 décembre 2009 sur le placement de personnes souffrant de troubles mentaux, qui offrent un cadre juridique adéquat et des voies de recours accessibles.

La Médiateure ne peut dès lors que recommander formellement de faire avancer les travaux parlementaires relatifs au projet de loi 5351 portant réforme de la loi sur la protection de la jeunesse.

- **En ce qui concerne les unités psychiatriques fermées du CHL et du CHEM, la Médiateure dénonce un manque certain d'espace et d'infrastructures.**
- **Une partie non négligeable du temps de travail du personnel soignant est absorbé par des tâches qui pourraient être accomplies par du personnel moins qualifié augmentant ainsi la disponibilité du personnel soignant en faveur des patients.**

- La Médiateure recommande de prendre en compte la spécificité des services de psychiatrie fermés dans le cadre de la gestion du PRN.
- En règle générale, l'engagement du personnel affecté aux unités concernées par le rapport ne saurait être mis en doute, ce dont la Médiateure se félicite.
- Il existe un besoin manifeste en ce qui concerne des structures d'écoulement, à destination des patients à séjour très prolongé, voire indéfini et ne nécessitant plus de séjour en milieu hospitalier.
- Le problème des patients sous observation ou placés médicaux sous mandat de dépôt demande une solution urgente.
- Le problème de la psychiatrie forensique demande également une solution dans un futur proche, la situation ne pouvant pas attendre l'ouverture du CPU qui dégagera des capacités au sein du CPL.
- **Les graves problèmes potentiels induits par le coût des médicaments antipsychotiques devront être résolus dans les plus brefs délais.**

La Médiateure tient à remercier tous les intervenants, à tous les niveaux, des différentes institutions de leur disponibilité et de leur collaboration efficace.

Luxembourg, le

Lydie ERR
Médiateure du Grand-duc'hé de Luxembourg

7. Annexes

7.1. La loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988

Chapitre 1er. – Champ d'application, définitions, généralités

Art. 1er. La présente loi règle l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.

Art. 2. Par admission on entend au sens de la présente loi l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux.

Par placement on entend au sens de la présente loi la décision judiciaire de maintenir sans son consentement la personne admise en milieu hospitalier au-delà de la période d'observation dont question à l'article 12 ci-dessous, sans préjudice des particularités qui régissent l'hospitalisation des placés judiciaires.

Une personne séjournant sans son consentement dans un service ou établissement visé à l'article qui précède est désignée dans la suite par l'expression «personne admise» depuis le jour de son admission jusqu'à la décision d'élargissement ou de placement visée à l'article ci-après. Elle est désignée par l'expression «personne placée» à partir de la prédicta décision de placement jusqu'à ce qu'il soit mis fin au placement.

Si le placement intervient sur ordre d'une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal, la personne concernée est désignée par «placé judiciaire».

Dans la suite l'expression «le patient» est employée chaque fois que sont visées indistinctement les personnes admises et placées, ainsi que les placés judiciaires.

Art. 3. Dans la mesure du possible les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent. Elles ne peuvent faire l'objet d'une admission ou d'un placement que si des troubles psychiques graves les rendent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ou si le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal.

La diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement.

Le défaut d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres de la société ne peut être considéré en soi comme un trouble mental.

Art. 4. (1) Sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1er.

L'admission, le placement et le séjour sont soumis aux conditions de fond et de forme prévues par la présente loi.

L'admission ne peut intervenir que dans un service de psychiatrie d'un hôpital.

Les établissements et services psychiatriques visés à l'article 1er sont désignés par le terme «établissement». Par «directeur de l'établissement» on entend dans la suite, suivant le cas, soit le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé, ou, s'il n'est pas médecin, le médecin qui en dirige le département médical, soit le médecin responsable du service de psychiatrie d'un hôpital.

(2) Dans chaque arrondissement judiciaire il incombe à un juge spécialement désigné à ces fins par le président du tribunal d'arrondissement, dit ci-après «le juge», de veiller au respect des conditions de fond et de forme auxquelles sont soumis l'admission, le placement et le séjour de personnes atteintes de troubles mentaux et de prendre en matière de mise en observation et de placement les décisions lui spécialement dévolues par la présente loi.

Art. 5. Les hôpitaux autorisés par le ministre de la Santé à exploiter un service de psychiatrie sont tenus d'y créer une section pour le séjour et le traitement de personnes admises ou placées et d'y hospitaliser aux fins d'admission et de placement, conformément à la présente loi, des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les établissements doivent répondre à des normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation, à déterminer par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal arrête notamment le nombre maximum de lits par chambre, la superficie par lit de chaque chambre, ainsi que les effectifs minima du personnel médical et paramédical.

Art. 6. Pendant son hospitalisation tout patient a droit à un traitement médical approprié à son état. Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé, appliqué par un personnel médical et de soins qualifié. Il doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

Sans préjudice des dispositions des articles 43 et 44 ci-après, le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ainsi que de ses convictions religieuses ou philosophiques. Il doit favoriser la santé physique du patient tout comme ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

Chapitre 2. – Procédure d'admission et mise en observation

Art. 7. (1) Une personne ne peut être admise et le directeur de l'établissement ne peut l'admettre que sur une demande écrite d'admission à présenter par une des personnes ou autorités suivantes:

1. le tuteur ou curateur d'un incapable majeur;
2. un membre de la famille de la personne à admettre ou toute autre personne intéressée. La demande indique le degré de parenté ou bien la nature des relations qui existent entre l'auteur de la demande et la personne concernée;
3. le bourgmestre de la commune sur le territoire de laquelle se trouve la personne concernée ou celui qui le remplace;
4. les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire;
5. le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se trouve la personne concernée.

Les autorités visées sous 3., 4. et 5. ci-dessus ne peuvent intervenir que si la personne compromet l'ordre ou la sécurité publics.

La demande est accompagnée dans tous les cas d'un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent.

(2) L'admission se fait dans le service de psychiatrie de l'hôpital de la région dans laquelle se situe le domicile de la personne à admettre.

Si plus d'un hôpital est éligible en vertu de l'alinéa qui précède, l'admission se fait à l'hôpital de la région qui est de garde le jour de l'admission.

Si l'admission intervient à la demande d'une des autorités visées au paragraphe qui précède sous 3., 4. et 5., elle se fait, par dérogation à l'alinéa 1er du présent paragraphe, à l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre au moment de la demande d'admission.

Si la personne à admettre n'a pas de domicile connu au pays, l'admission se fait à l'hôpital de la région dans laquelle elle se trouve au moment de la demande d'admission.

Art. 8. A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui, dûment constaté par un médecin de l'établissement non attaché au service de psychiatrie, le directeur peut, par dérogation aux dispositions de l'article 7 ci-dessus, procéder à l'admission sans être en possession de la demande y prévue.

La demande visée à l'article 7 doit être versée dans les vingt-quatre heures, faute de quoi le directeur informe la personne concernée qu'elle peut immédiatement quitter l'établissement, sans préjudice du droit de cette dernière de continuer de son propre gré la thérapie proposée.

Si en application de l'alinéa qui précède la personne concernée quitte l'établissement ou poursuit la thérapie proposée de son propre gré, l'inscription au registre prévue à l'article 40 ci-dessous n'est pas faite et l'avis dont question à l'article 11 ci-dessous n'est pas donné.

Art. 9. Un certificat médical n'ayant pas plus de trois jours de date et délivré par un médecin non attaché au service de psychiatrie de l'hôpital d'admission doit être joint à la demande d'admission. Ce certificat qui est établi après un examen de la personne concernée effectué le même jour décrit les symptômes du trouble mental et atteste la nécessité de l'admission.

Le certificat ne peut être délivré ni par le conjoint, ni par un parent ou allié en ligne directe, ni par un héritier présomptif de la personne dont l'admission est demandée.

Le médecin établit le certificat suivant un modèle déterminé par règlement grand-ducal, l'avis du Collège médical ayant été demandé.

Art. 10. Le directeur de l'établissement qui reçoit la personne à admettre fait transcrire sur le registre visé à l'article 40 ci-dessous les pièces exigées aux termes des articles 7 et 9.

Art. 11. Le jour même de l'admission information en est donnée par écrit au juge.

Le juge vérifie si les conditions de fond et de forme de l'admission sont remplies. Il demande, s'il y a lieu, à qui de droit de compléter ou de rectifier les formalités.

Dès son admission la personne admise est informée par le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet de son droit de s'adresser par écrit au juge.

Art. 12. (1) Après l'admission la personne admise est mise en observation pour une période qui ne peut excéder 30 jours. Pendant cette période le médecin traitant procède aux investigations requises en vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie.

(2) Le sixième jour qui suit celui de l'admission le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité du maintien de la mise en observation.

Art. 13. Dans les trois jours de la réception du rapport visé à l'article qui précède, le juge

- soit fait part au médecin traitant de ce que rien ne s'oppose au maintien provisoire de la mise en observation,
- soit décide que la mise en observation n'est pas ou plus indiquée et ordonne la sortie de la personne admise, en quel cas information en est donnée à la personne qui a demandé l'admission,
- soit demande au médecin traitant un supplément d'information.

Art. 14. Avant de prendre sa décision conformément à l'article qui précède le juge peut se déplacer auprès de la personne admise et entendre toute personne pouvant lui donner des avis ou renseignements utiles pour sa prise de décision.

Art. 15. Si le juge prononce le maintien de la mise en observation, il ne peut le faire que pour un maximum de 21 jours qui suivent sa décision.

Si le juge a demandé un supplément d'information au médecin traitant, le délai couru entre cette demande et la réception des informations supplémentaires est imputé sur la période de 21 jours dont question à l'alinéa qui précède, de façon à ce que la période d'observation ne puisse excéder 30 jours, sans préjudice de l'alinéa 3 de l'article 19 ci-après.

La décision de maintien de la mise en observation n'est pas susceptible de recours.

Art. 16. Avant la fin de la période de mise en observation le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

Si, sans attendre la fin de la période de mise en observation, le médecin traitant a la conviction que le maintien de l'hospitalisation s'impose, il fait de suite parvenir le rapport dont question à l'alinéa 1er du présent article au juge, qui entamera sa procédure de décision.

Art. 17. Les dispositions des articles 24 à 28 et 30 ci-dessous s'appliquent également à la personne admise.

Chapitre 3. – Procédure de placement

Art. 18. (1) La décision de mettre fin à l'admission, soit en ordonnant la sortie de la personne admise, soit en prononçant son placement, relève du juge.

(2) Le juge prend sa décision sur base des critères énoncés à l'article 3 ci-dessus.

(3) Avant de prendre sa décision, le juge entend dans l'établissement de traitement la personne admise.

(4) Le juge communique la date de cette audition trois jours à l'avance à la personne admise et, s'il y a lieu, à son représentant légal. Lors de l'audition la personne admise peut se faire assister par une personne de son choix. Son représentant légal peut également, s'il y a lieu, assister à l'audition.

Art. 19. Lors de l'audition le juge donne connaissance à la personne admise des conclusions du rapport de son médecin traitant et il l'entend en ses observations.

Le juge peut, s'il l'estime opportun, entendre la personne admise en présence de son médecin traitant. Il peut aussi entendre ce dernier séparément.

S'il ne s'estime pas suffisamment éclairé par les éléments du dossier et les informations recueillies lors de l'audition, le juge peut ordonner toute mesure supplémentaire qu'il juge utile. Dans ce cas la période d'observation est prorogée jusqu'à l'accomplissement de ladite mesure, sans que cette prorogation puisse excéder 30 jours.

Art. 20. (1) Dans les 48 heures de l'audition ou, le cas échéant, de l'accomplissement de la mesure supplémentaire, le juge rend une ordonnance prononçant soit l'élargissement de la personne admise, soit son placement.

(2) L'ordonnance prise en vertu de l'alinéa qui précède n'est pas susceptible de recours, sans préjudice du pourvoi offert à la personne placée à l'article 30 ci-après. L'ordonnance informe la personne placée des droits dont elle jouit en vertu du présent article. Si la personne placée n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, celle-ci lui est fournie par son médecin traitant dès qu'elle est en mesure d'en comprendre la signification.

Art. 21. L'ordonnance est communiquée sans délai par tout moyen utile à la personne concernée et à son médecin traitant. Ce dernier s'assure de la remise effective de l'ordonnance à la personne concernée, lui en explique la teneur et lui fait signer un récépissé qui sera renvoyé au greffe. Si au moment de la remise de l'ordonnance la personne concernée n'est pas en mesure d'en saisir la portée, les diligences dont question ci-dessus sont accomplies dès que la personne concernée est en mesure d'en comprendre la signification. Si l'ordonnance a prononcé le placement, celui-ci devient néanmoins effectif à la date de l'ordonnance.

Art. 22. Le juge donne avis dans les vingt-quatre heures de sa décision de placement au directeur de l'établissement.

Si l'ordonnance prononce l'élargissement, le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet en donne connaissance à la personne admise, qui peut immédiatement quitter l'établissement ou continuer de son propre gré la thérapie proposée.

Chapitre 4. – Du séjour de la personne placée

Art. 23. Si, après la décision de placement, le médecin traitant est d'avis que l'état de la personne placée nécessite une hospitalisation de longue durée, il la transfère dans un établissement psychiatrique spécialisé.

Il en donne avis trois jours au moins avant le transfert au directeur du présent établissement. Il lui remet un dossier comprenant copie des pièces dont question aux articles 7 et 9 ci-dessus et de la décision de placement, un rapport médical retracant l'évolution de l'état de la personne placée depuis son admission, ainsi que copie du dossier social.

Mention du transfert est faite tant au registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous par l'hôpital de départ de la personne placée qu'à celui tenu par l'établissement psychiatrique spécialisé d'arrivée.

Art. 24. Le médecin traitant consigne au moins tous les mois sur le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous les changements intervenus dans l'état mental de la personne placée.

En outre il réexamine la nécessité du maintien dans l'établissement à la fin du troisième mois qui suit la décision de placement dont question à l'article 18 ci-dessus.

Art. 25. De sa propre initiative ou à la demande de la personne placée ou de toute personne intéressée, le médecin traitant peut, à titre d'essai, accorder à la personne placée l'autorisation de quitter l'établissement. Il fixe la durée de la période d'essai qui ne peut cependant être supérieure à un an, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités de résidence et de surveillance médicale.

Si les conditions imposées ne sont pas respectées ou si l'état de la personne placée se modifie au point qu'il devient nécessaire de mettre fin à la période d'essai, le médecin traitant en informe le procureur d'Etat de la résidence de la personne placée, qui prend toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

A la fin de la période d'essai le médecin décide si la personne placée peut quitter l'établissement. Le médecin peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires, suivant l'état de la personne placée. Information en est donnée au juge.

Chapitre 5. – De la sortie de la personne placée

Art. 26. Si le médecin traitant est d'avis que la personne placée est guérie ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en fait la déclaration dans le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous.

Il en donne connaissance à la personne placée qui peut immédiatement quitter l'établissement ou se faire hospitaliser de son propre gré. Information en est donnée au juge.

Si la personne qui fait l'objet d'une décision de sortie en vertu du présent article ou de l'article 13 est un détenu, elle est remise à l'administration pénitentiaire.

Art. 27. Si la personne placée quitte l'établissement en vertu de l'article qui précède, le médecin peut assortir la sortie de conditions de résidence et/ou de surveillance médicale.

En cas d'inobservation de ces conditions la personne qui avait requis le placement peut faire réadmettre la personne concernée à l'établissement sur simple demande, sans produire de nouveau certificat médical, mais en versant les pièces qui documentent qu'elle s'est soustraite aux conditions de sortie. Il ne peut être fait usage de cette faculté que pendant une période de trois mois qui prend cours à la date de la sortie de la personne concernée.

Art. 28. Si la personne placée quitte l'établissement sans y être autorisée par le médecin traitant ou si elle n'observe pas les conditions dont est assortie sa sortie conformément à l'article qui précède, le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se situe l'établissement peut prendre toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

Art. 29. Un an après la date de la décision de placement une commission composée d'un magistrat du siège qui la préside, d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile et d'un assistant d'hygiène sociale ou assistant social non attachés à l'établissement, nommée par le ministre de la Santé pour une durée de trois ans, décide, après avoir pris l'avis du médecin traitant et s'être entourée de tous les renseignements nécessaires, si le maintien du placement reste justifiée. Le directeur de l'établissement est tenu d'aviser la commission deux semaines avant l'expiration de la période annale. Si la commission estime que le placement n'est plus nécessaire, la personne placée est immédiatement élargie. Information en est donnée au juge.

Si le placement est maintenu, ladite commission procède tous les deux ans à un réexamen de la personne placée.

La commission peut également décider que la personne placée bénéficie d'une sortie en congé d'une durée maximum de trois mois, à l'issue de laquelle une décision définitive est prise.

Art. 30. La personne placée peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec la personne en question ou la nature de ses relations avec elle. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué définitivement sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. La personne placée est entendue par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet. La décision est rendue en audience publique sur rapport, le cas échéant, du juge commis.

La décision prononçant l'élargissement est exécutoire par provision et nonobstant appel.

Appel peut être interjeté dans le délai de 15 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle l'appel est à interjeter.

L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Les ordonnances, arrêts, décisions, procès-verbaux, copies, avertissements et lettres recommandées qui pourront intervenir en exécution du présent article, ainsi que les pièces de toute nature produites en cours d'instance, sont exempts des droits de timbre et dispensés de la formalité d'enregistrement.

Art. 31. Dans chacune des trois régions hospitalières du pays le gouvernement installe ou favorise l'installation de centres de postcure, que les personnes ayant séjourné dans un établissement peuvent consulter gratuitement après leur sortie.

Ces centres peuvent se voir confier les missions de surveillance médicale dont question aux articles 25 et 27 ci-dessus.

Chapitre 6. – Des placés judiciaires

Art. 32. Le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé admet toute personne dont le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal sur présentation de la décision ayant ordonné le placement.

Le placement visé à l'alinéa qui précède ne peut intervenir que dans un établissement psychiatrique spécialisé, à l'exclusion des services de psychiatrie des hôpitaux.

Art. 33. Il est institué une commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement.

La commission spéciale se compose comme suit: un magistrat du siège qui préside la commission, un magistrat du ministère public, ainsi que deux membres désignés sur proposition du ministre de la Santé, dont un médecin spécialiste en psychiatrie ou en

psychiatrie infantile. En cas de partage des voix, le président de la commission a voix prépondérante.

Un membre suppléant est désigné pour chacun des quatre membres effectifs.

Les membres titulaires ainsi que leurs suppléants sont nommés par le ministre de la Justice pour une durée de trois ans.

Leur mandat est renouvelable.

Art. 34. Dans un délai de deux mois à partir de l'admission du placé judiciaire, le médecin traitant établit un rapport sur l'état mental du placé judiciaire ainsi que sur l'opportunité de maintenir le placement et transmet ce rapport à la commission spéciale prévue à l'article qui précède. La commission spéciale est tenue de statuer sur le maintien du placé judiciaire dans l'établissement dans un délai d'un mois à partir de la réception du rapport du médecin traitant prévu ci-avant.

Si le placement judiciaire est maintenu, la commission spéciale procède tous les ans à un réexamen de l'état du placé judiciaire sur avis du médecin traitant.

Art. 35. Dans les quarante-huit heures de la décision de maintien du placé judiciaire dans l'établissement, le président de la commission spéciale en donne avis par écrit au directeur de l'établissement et au procureur d'Etat.

Art. 36. Si le médecin traitant est d'avis que le placé judiciaire est guéri ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en informe de suite la commission spéciale qui statue dans un délai d'un mois sur la nécessité de maintenir la mesure de placement.

Afin de se tenir informée de l'état du placé judiciaire, la commission spéciale peut à tout moment se rendre au lieu de son placement ou y déléguer un de ses membres. Après avoir pris l'avis du médecin traitant elle peut ordonner la sortie définitive ou à l'essai du placé judiciaire, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies.

La commission spéciale peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires suivant l'état du placé judiciaire et sur avis du médecin traitant.

Le président de la commission spéciale donne immédiatement avis écrit au directeur de l'établissement et aux procureurs d'Etat de toute autorisation de sortie.

Art. 37. Le placé judiciaire peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec le placé judiciaire ou la nature de ses relations avec lui. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. Le placé judiciaire est entendu par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet.

La décision est rendue en audience publique, sur les conclusions du ministère public et sur le rapport, le cas échéant, du juge commis.

L'élargissement ne peut être accordé que si le tribunal a de sérieuses raisons de conclure que le placé judiciaire ne constitue plus un danger pour lui-même ou pour autrui.

Appel pourra être interjeté par les personnes mentionnées à l'alinéa 1er ci-dessus dans le délai de 5 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. La faculté d'appeler, dans les 5 jours à partir du prononcé de la décision, appartient également au procureur d'Etat. En cas de décision d'élargissement, le placement judiciaire est maintenu pendant ce délai. En cas d'appel du procureur d'Etat contre la décision d'élargissement, le maintien se poursuit jusqu'à la décision sur l'appel. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle appel est à interjeter. L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Le placé judiciaire est informé des droits dont il jouit en vertu du présent article au plus tard dans les douze heures qui suivent son admission. Si pendant toute cette période l'état du placé judiciaire est tel qu'il n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, le délai de douze heures ne commence à courir qu'à partir du moment où l'état du placé judiciaire s'est amélioré au point où il comprend le sens de l'information lui transmise.

Art. 38. Si la sortie est ordonnée à titre d'essai par la commission spéciale, le placé judiciaire est soumis à une tutelle médico-psychosociale dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de sortie.

Si son comportement ou son état mental révèle un danger pour sa personne ou pour autrui, ou s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées, la commission spéciale peut décider de mettre fin à la décision de sortie.

Chapitre 7. – Surveillance des établissements

Art. 39. Les établissements sont placés sous la surveillance du ministre de la Santé qui les fait visiter par un fonctionnaire spécialement délégué à cet effet.

Il est institué dans chaque arrondissement judiciaire une commission de surveillance chargée de veiller, dans les établissements relevant de sa compétence territoriale, à l'exécution de toutes les mesures prescrites par la présente loi ainsi que de recevoir et de traiter les doléances que des patients peuvent lui adresser. La commission, composée de cinq membres, est nommée pour une période de trois ans par le ministre de la Santé.

Les établissements sont visités à des jours indéterminés, et cela une fois par an au moins, par la commission de surveillance et par le ministre ou son délégué.

Le droit de visite de ces autorités, ainsi que celui du juge, est illimité.

Art. 40. Dans chaque établissement il est tenu un registre coté et paraphé à chaque feuillet par le juge.

Le registre indique les nom, prénoms, âge, lieu de naissance, domicile et profession de chaque patient, ainsi que la date du placement ou du transfert, les nom, profession et demeure de la personne qui l'a demandé ou la mention de l'ordre ou du jugement en vertu duquel il a eu lieu.

Le certificat médical dont question à l'article 9 est transcrit sur ce registre, qui mentionne également la date et la cause de sortie du patient.

Ce registre est présenté, à leur demande, aux personnes chargées de la surveillance de l'établissement.

Art. 41. Le directeur de l'établissement et la commission de surveillance transmettent annuellement un rapport au ministre de la Santé.

Art. 42. Le ministre de la Santé présente tous les trois ans à la Chambre des Députés un rapport sur la situation des établissements et services visés par la présente loi.

Chapitre 8. – De quelques modalités particulières du traitement de la personne placée

Art. 43. (1) Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave pour sa santé ou pour autrui.

(2) Le traitement involontaire, qui doit répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques, doit être proportionné à l'état de santé du patient. A efficacité égale, la préférence doit être donnée au traitement le moins invasif.

Au cours du traitement l'adhésion du patient au traitement appliqué ou à un traitement alternatif doit être recherchée.

(3) Le patient ainsi que, le cas échéant, son représentant légal ou, à défaut, une personne de confiance doit être consulté avant l'application du traitement involontaire. L'avis du patient doit être pris en considération.

(4) Le traitement involontaire ne peut être appliqué que sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile pouvant se prévaloir d'une pratique de deux ans au moins en milieu psychiatrique hospitalier.

(5) Le fait de pratiquer un traitement involontaire, les modalités du traitement ainsi que sa durée doivent être consignés au dossier médical du patient.

Art. 44. (1) Un patient ne peut faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention que dans le but de prévenir tout dommage imminent pour lui-même ou pour autrui. La mesure doit être appliquée suivant le principe de restriction minimale, de façon à rester proportionnée aux risques courus par le patient ou son entourage.

(2) Il ne peut être recouru à des mesures d'isolement ou de contention que sous contrôle médical.

(3) Pendant qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention le patient doit bénéficier d'un suivi régulier.

(4) Les raisons du recours à une mesure d'isolement et de contention ainsi que la durée de leur application doivent être consignées au dossier médical du patient.

(5) Le paragraphe (2) ci-dessus ne s'applique pas à la contention momentanée, nécessaire pour faire face à une situation d'urgence.

Le personnel procédant à la contention momentanée en l'absence d'un médecin est tenu d'informer de suite un médecin du service de la contention intervenue.

Chapitre 9. – Dispositions générales et pénales

Art. 45. (1) Aucune requête ou réclamation adressée par un patient à une autorité judiciaire ou administrative, aucune lettre adressée par lui à son conseil juridique ou à son représentant légal ni aucune lettre adressée à un particulier ne peut être supprimée ni retenue.

(2) Aucune communication faite à un patient par une autorité judiciaire ou administrative, son conseil juridique ou son représentant légal ne peut être supprimée ni retenue.

Art. 46. (1) Le règlement d'ordre intérieur de l'établissement détermine les modalités des visites que peut recevoir le patient.

Ce règlement tiendra compte d'une part de l'intérêt que les visites peuvent présenter pour le patient et d'autre part de la nécessité de protéger les personnes vulnérables et des exigences du service.

(2) Si le patient ou la personne qui entend lui rendre visite estime que le droit de visite est indûment limité, il peut en saisir la commission de surveillance et, dans le cas d'un placé judiciaire, la commission spéciale, qui statuent à cet égard.

La commission de surveillance ou, le cas échéant la commission spéciale, peut étendre le droit de visite d'un patient sur réclamation au-delà des limites tracées par la direction, même nonobstant des dispositions contraires du règlement d'ordre intérieur, si elle estime ces limites disproportionnées.

(3) Si la commission de surveillance ou la commission spéciale est d'avis que l'une ou l'autre disposition du règlement d'ordre intérieur limite le droit de visite d'une façon disproportionnée, elle peut formuler des recommandations d'amendement à l'intention de l'organisme gestionnaire de l'hôpital. Si ce dernier ne tient pas compte des recommandations de la commission, celle-ci peut saisir le ministre de la Santé, dont la décision s'impose à l'organisme gestionnaire.

Art. 47. Le ministre de la Santé désigne une personne de contact à laquelle les patients peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer sur leurs droits, notamment ceux auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la présente loi, ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou autres qui les concernent.

Art. 48. Un traitement qui n'est pas encore généralement reconnu par la science médicale ou qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient ne pourra être administré que si le médecin l'estime indispensable et si le patient, dûment informé, y consent expressément.

Lorsque le patient n'est pas capable de comprendre la portée du traitement, le médecin doit soumettre la question à un comité de trois experts, dont deux médecins, nommé par le ministre de la Santé. Le traitement ne peut être administré que si le comité, qui prend l'avis du représentant légal du patient, s'il y en a, émet un avis favorable.

Il est interdit de pratiquer sur des patients des essais cliniques de produits ou des essais de techniques médicales qui n'ont pas un but thérapeutique psychiatrique. S'ils ont un but thérapeutique psychiatrique ils sont soumis à une autorisation préalable du ministre de la Santé, qui prend l'avis du comité d'éthique de recherche.

Art. 49. Les infractions aux dispositions des articles 7, 8, 43, 44 et 48 de la présente loi, qui sont commises par le directeur d'un établissement ainsi que par les médecins y occupés, sont punies d'une amende de 251 à 20.000 euros, sans préjudice des dispositions des articles 434 et suivants du code pénal. En cas de récidive dans un délai de cinq années il pourra être prononcé une peine d'emprisonnement de 8 jours à 1 an.

Le médecin qui, dans le cas de l'article 9, a délivré un faux certificat, ainsi que toutes les personnes qui ont fabriqué ou falsifié un certificat de l'espèce prévue audit article, ou qui ont fait usage d'un pareil certificat faux, fabriqué ou falsifié, sont punis d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 251 à 20.000 euros.

Art. 50. La loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux, telle qu'elle a été modifiée dans la suite, est abrogée.

Art. 51. L'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police est remplacé par le texte suivant:

«Art. 37. La Police se saisit des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, et en avise immédiatement l'autorité compétente. Les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire peuvent placer ces personnes dans un lieu de sûreté pour une durée n'excédant pas douze heures.

La Police, sur réquisition, assiste les autorités qui ont qualité pour demander, conformément à la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, l'admission dans un service de psychiatrie d'une personne qui compromet l'ordre ou la sécurité publics, ou pour l'y faire réadmettre.

Dans l'exécution de cette mission, ainsi que de celles lui dévolues en vertu du présent article et de l'article 38 ci-après, la Police a un droit d'accès de jour comme de nuit à tout lieu en vue de se saisir d'une personne tombant sous l'application d'une des prédictes dispositions légales. Toutefois, si la personne concernée se trouve dans un immeuble servant à l'habitation, ce droit d'accès ne peut être exercé que par les membres de la Police visés à l'alinéa 1, le cas échéant assistés par des agents de police judiciaire, sur autorisation du procureur d'Etat compétent et, lorsque la Police exécute la mission visée à la première phrase du présent alinéa, à condition qu'il y ait des raisons sérieuses de croire à un péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui.»

Art. 52. L'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est remplacé par le texte suivant:

«Art. 73. Le bourgmestre ou celui qui le remplace a qualité pour demander l'admission dans un établissement ou service de psychiatrie des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 7 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.»

Art. 53. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de «loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux».

7.2. Plans d'activités

7.2.1. CHL, première partie

Prise en charge pluridisciplinaire : semaine du au 2012

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
9h30-10h00 Gymnastique (USO)	9h30-10h00 Gymnastique (USO)	9h30-10h00 Gymnastique (USO)	9h30-10h00 Gymnastique (USO)	9h00 – 11h00 Evaluations Autonomie (Ergothérapeute)	9h00 – 11h00 Evaluations Autonomie (Ergothérapeute)	9h00 – 11h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)
Evaluations Autonomie (Ergothérapeute)						
Staff						
Prise en charge individuelle Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)				Prise en charge individuelle Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)		Prise en charge individuelle Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)
11h ; Groupe Travail individuel (Ergothérapeute)	11h ; Groupe communication (Ergothérapeute)	11h ; Groupe Cognitif (Ergothérapeute)	11h ; Groupe Expression (Ergothérapeute)	11h ; Groupe cuisine (Ergothérapeute)	11h ; Groupe cuisine (Ergothérapeute)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)
14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)	14h30 – 16h00 Sorties Promenades individuelles (Soignants)

7.2.1. CHL, deuxième partie

Prise en charge pluridisciplinaire : semaine du au 2012

	14h45 -16:15 Art thérapie (Soignants (Arthérapeutes))	15h-16h00	15h30 : Groupe Travail Individuel (Ergothérapie)	15h-16h00	15h-16h00	15h00-17H00 Groupe activité vie quotidienne (Soignants) (cuisine)
15h-16H00 Groupe projet (Ergothérapie)	15h-16h00 Activité physique (Soignants)	Activité physique (Soignants)	Activité physique (Soignants)	Activité physique (Soignants)	Activité physique (Soignants)	
16h00-17h00 Jeux de société ou Tennis de table (Soignants)						
19h30-20h00 Relaxation (organisation à l'unité 50)						

Prescription de thérapies / Therapieverschreibung (0C)

Semaine du / Woche vom : 23.07.-29.07.2012

Vignette / Etikett

signature médecin

7.2.2. CHK, OC

Lundi / Montag	Mardi / Dienstag	Mercredi / Mittwoch	Jeudi / Donnerstag	Vendredi / Freitag	WE
9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	8:45-9:15 Walking ST max. 6 Pat.	8:00-9:00
		9:00-10:00 plättserie / Backgruppe Inscription lundi soir Einschreibung Montag abends	10:00-11:00 groupe psychose / Psychosegruppe	8:30-12:00 TEAM(SITE*) planification de vos thérapies	8:30-12:00
10:00-11:00 sport : sensibilisation corporelle / Körperwahrnehmung max. 4 Pat.	ca. 10:00-11:00 présence/Präsenz SPAD	10:00-11:00 groupe abus de substances / Substanzmissbrauchsgruppe tox. alc.	10:00-11:00 groupe anxiété / Angstgruppe	15:00-16:45 groupe Feedback / Feedbackgruppe	15:00-16:45
10:00-11:30 max. 6 Pat. triologie orale / Kreatives Werken	10:00-11:00 sport : Fitness max. 6 Pat.	10:00-11:00 max. 6 Pat. Groupe dépression / Depressionsgruppe	10:00-11:00 sport : Gym douce / sanfte Gymnastik max. 6 Pat.	10:00-11:30 max. 6 Pat. bricolage créatif / Kreatives Werken	10:00-11:30
14:00-15:00 groupe compétences sociales / soziales Kompetenztraining	11:00-11:40 Virginie max. 6 P. Igelballmassage	10:00-11:30 max. 6 Pat. art-thérapie / Kunsttherapie	13:30-14:30 "bien-être" max. 6 Pat.	13:30-14:30 "bien-être" max. 6 Pat.	13:30-14:30
14:00-15:30 max. 6 Pat. art & plaisir / Kunst & Genuss	14:00-14:45 sport : sport collectif / Mannschaftssport Basket max. 6 Pat.	14:00-15:30 art-thérapie / Kunsttherapie	14:00-15:30 art-thérapie / Kunsttherapie max. 6 Pat.	14:00-15:30 art-thérapie / Kunsttherapie max. 6 Pat.	14:00-15:30
14:00-16:00 sport : activité d'endurance / Ausdauertraining Velo max. 3 Pat.	14:00-15:30 Olivia max. 6 P. conto da fless	15:00-16:00 groupe durant / Offene Gruppe Thème au choix / Thema nach Wahl	14:30-15:30 sport : Stretching max. 4 Pat.	15:00-16:00 groupe gestion du stress / Stressmanagementgruppe	14:30-15:30
15:00-17:00 Alternativ Biolebensmittel	19:30 relaxation français max. 4 Pat.	16:00 goûter / Kaffee und Kuchen	19:30 relaxation français max. 4 Pat.		19:30
19:30 Wochenplanung *) Planification de semaine *)					*) obligatoire pour tous *) obligatoire für alle

Prescription de thérapies / Therapieverordnung (étage 2C)

Semaine du

Signature médecin

Lundi/Montag	Mardi/Dienstag	Mercredi/Mittwoch	Jeudi/Donnerstag	Vendredi/Freitag	Samedi/Samstag	Dimanche/Sonntag
	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking		8h00 - 9h00 Buffet (allez-vous)
13h30 Walking	10h00 Gym fitness	9h00 Stretching	9h00 Gym douce	9h00 Backgruppe		
14h00 Activité d'endurance (max3)	10h00 Depressionsgruppe	10h00 Kreatives Werken	10h00 Angstgruppe	10h00 Aktualitätengruppe		
14h00 Kunsttherapie	10h00 Kunsttherapie	10h00 Substanzmittlerestruktur.	10h00 Psychosegruppe	10h00 Thérapie Feedback		
14h00 sport collectif	14h00 Kreatives Werken	14h00 Kunsttherapie	14h15 Offene Gruppe	13h15- 13h45 Thérapie Feedback		
14h00 Compétences sociales	14h00 Kreatives Werken	13h30 - 14h30 Bou-éne et viny-sain	14h30 Aromatherapie	14h30 Aromatherapie		
15h00 -17h00 Alternativ-Berüdungsstell	14h30	14h00 - 16h00 Activité thérapeutique	ab 13h30 frei et Nachmittag	15h45 Kaffee und Kuchen alle 1 jour à moins		
Activité individuelle	20h00 Relaxation-Entspannung	20h00 Relaxation-Entspannung	19h00 Wochenendplanung	20h00 Relaxation-Entspannung	20h00 Wochenabschluss. alle / tout le monde	

7.2.3. CHEM

7.2.4. CHdN, première partie

Plan Ergotherapie 30.07.2012 - 03.08.2012				
Tag / Datum	Uhrzeit	Aktivität	Teiln. max.	Ergoth.
Montag 30.07.12	9.00 – 10.00	Braingym	8	
	10.00 – 11.00	Planung u. Einkauf Backgruppe u Kochgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Backgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Atelier		
Dienstag 31.07.12	9.30 – 11.30	Aussengruppe	8	
	11.00 -12.00	Atelier	8	
	12.45 – 13.45	Soziales Miteinander	8	
Mittwoch 01.08.12	9.00 – 10.00	Snoezelen	8	
	10.30 – 12.30	Kochgruppe	8	
	12.45 – 13.45	Atelier		
Donnerstag 02.08.12	9.00 – 10.30	Ausdruckszentrierte Gruppe	8	
	11.00 – 12.00	Musikgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Atelier		
Freitag 03.08.12	9.00 – 10.30	Therapeutische Bewegungsgruppe	8	
	12.45 – 13.45	Atelier		

7.2.4. CHdN, deuxième partie

Plan Ergotherapie 09.01.2012 - 13.01.2011					
Tag / Datum	Uhrzeit	Aktivität		Teiln. max.	Ergoth.
Montag 09.01.12	9.00 – 10.00	Atelier		8	
	10.00 – 11.00	Brain Gym		8	
	12.45 – 13.45	Snoezelen (franz.)		5	
	12.45 – 13.45	Atelier		4	
Dienstag 10.01.12	9.00 – 10.30	Musikgruppe		5	
	9.30 – 10.15	Snoezelen		5	
	10.30 – 12.00	Planung und Einkauf Koch- und Backgruppe		6	
	10.30 – 11.30	Therapeutische Bewegungsgruppe		8	
Mittwoch 11.01.12	12.45 – 13.45	Atelier			
	9.00 – 10.00	Snoezelen		5	
	10.30 – 12.30	Kochgruppe		6	
	9.00 – 10.00	Ausdruckszentrierte Aktivität		8	
Donnerstag 12.01.12	10.30 – 12.00	Backgruppe		6	
	12.45 – 13.45	Atelier		4	
Freitag 13.01.12	9.00 – 10.30	Atelier		8	
	12.45 – 13.45	Soziales Miteinander	alle		

7.2.5. CHNP

7.2.5.1. BU3

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8:00-08:00							
8:00-08:40			05:45 - 09:00/ Groupe matin				
09:00-10:00	09:00 - 10:00 Ergo	09:15 - 11:15 Réun. individualisées	09:00 - 10:00 Accès cuisine thérapeutique				
10:00 - 10:20							
10:00-11:00	10:30 - 11:30 Groupe matin (Psychomotricité, patients, familles, soins, formations, sport)	10:30 - 11:30 Psychomotricité		10:30 - 11:30 Ergo groupe ordinaire		10:30 - 11:30 Psychomotricité relaxation/massages	
11:00-12:00				11:00 - 13:00 Cuisine thérapeutique DR			
12:00-13:00							
13:00-14:00		13:15 - 14:15 Groupe compétence sociale	13:45 - 14:45 Groupe libro Ergo		13:15 - 14:00 Ergo groupe cognitif		
14:00-15:00				14:15 - 15:15 Diététique 1xmois	14:00 - 15:00 SPORT		
15:00-15:20						14:00-15:00	
15:00-16:00		15:00 - 16:00 Ergo Freizeitgruppe	15:15 - 16:15 Ergo groupe cognitif				
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00						Jeu de quilles	
20:40 - 20:20							
20:00-21:00							
TV / jeux de société							

7.2.5.2. BU4 (Horizon)

Plan hebdomadaire unité Horizon						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
9h00 Gr semaine	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal		
9h00 Ergo Prépro, OR	9h15 Travail sur soi	9h00 Ergo Prépro, OR	9h15 Gr Quilles	9h00 Ergo Prépro, OR		
	9h15 Ergo Gr libre	9h00 Tour hygiène	9h15 Gr Contes	9h15 Gr psychoéduc.		
		9h30 Edu santé (2-3)		10h30 Gr femmes		
		9h30 Gr Théma (1-4)	10h30 Gr sport	10h30 Atelier artistique	10h30	
10h15 Ergo Gr libre	10h30 Gr sport	10h30 Gr Théma (1-4)	10h30 Gr sport	10h30 Marché	Promenade/Jeux	Promenade/Jeux
10h30 Musicothé.	10h30 Gr nature	10h30 Gr achats				
		11h00 Cuisine théâ.				
	REPAS	PONTALIZE	REPAS	PONTALIZE	REPAS	REPAS
14h15 Ergo (1x/2)		13h30 Chorale (1x/2)	14h15 Gr actualités			
Gr ordinateur		15h00 Ergo (1x/2)				
14h15 Ergo (1x/2)	14h Atelier artistique	Gr Expression	15h30 Psychomot.	15h00 Gr bilan	Activités libres	Activités libres
Gr cognitif			Gr relaxation	semaine	Patisserie - jeux - sorties	Patisserie - jeux - sorties
15h30 Psychomot.	15h15 Ergo	15h00 Ergo (1x/2)				
Gr dynamique ou airtramp	Gr plaisir pour soi	Gr Comp. Sociales				
	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Prom. 60'	19h00 Prom. 60'	19h00 Prom. 60'
19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal
20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.

7.2.5.3. Orangerie 1

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil
7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique
8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments
8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale
9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2
9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène
9.30 ERGO	10.30 Musicothérapie	10.00 AIRTRAMP	9.30 ERGO	10.00 Backen
12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique
12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments
14.30 Sport	13.30 Natation	14.30 Groupe Santé	14:30 Psychoéducation	
14.30 Kiné/gym douce				
15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire
16.15 Groupe social / ex. de concentration	16.15 Lecture	16.00 Fitness	16.15 choix menu	16.15 jeu de quilles
16.15 Groupe médicaments				
18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique
18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade
19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1
19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Gr parole
20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.30 médicaments

7.2.5.3. Orangerie 2

Date :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin	8:50 - 9:10 groupe matin
9:15 -10:30 Groupe cognitif « agenda »	09:10 -10:10 Groupe Ciel groupe relaxation	09:10 -10:10 Groupe Fitness/ Gym. douce	09:15-10:20 Groupe étigile groupe dynamique	09:10-10:10 Groupe sport / groupe gymnase	09:45-10:05 Rencontre communautaire	09:45-10:05 Rencontre communautaire	09:45-10:05 Rencontre communautaire
9:15-10:15 Ergo : groupe thème	10:45 -11:45 Groupe parole	10:45 -11:45 Groupe thème	9:15-10:15 Ergo gr. thème	10:15-10:35 réunion hebdomadaire	10:00-12:00 Sortie seule Si accordée	10:00-12:00 Sortie seule Si accordée	10:00-12:00 Sortie seule Si accordée
10:45-11:45 Relaxation psychomotr. 11:00 -11:45 Activité libre	10:45-11:45 Ergo groupe libre	10:45-11:45 Ergo groupe libre	10:45 -11:45 groupe cognitif : PC Frenn / Jeux	10:45 -11:45 Ergo cognitif	10:45 -11:45 ou Jeux de société ou film vidéo	10:45 -11:45 ou Jeux de société ou film vidéo	10:45 -11:45 AVJ RANGEMENT CHAMBRE
12:01 -12:30 repas thérapeutique	Consultation Dr. Bauer 10:00 -12:00	12:20 -13:30 Repas Pontatilize	12:00 -12:30 repas thérapeutique	10:45-13:15 Cuisine thérap.	10:45 -11:45 Gr parole : abstinence	12:00 -12:30 repas thérap.	Sortie détente acc. ou Jeux de société ou film vidéo
13:15-14:15 Ergo cognitif 14:30 -15:30 Groupe libre	12:00 -12:30 repas thérapeutique	12:00 -12:30 repas thérapeutique	13:30-14:30 Groupe : Coral	12:00 -12:30 repas thérapeutique	12:00 -12:30 repas thérap.	12:00 -12:30 repas thérap.	12:00 -12:30 repas thérap.
14:30 -15:30 groupe cognitif : PC Frenn	15:15-16:45 Ergo gr. libre	14:15 -17:15 sortie seule si accordée	14:30 -15:45 Ergo expression	14:30 -15:30 groupe cognitif : Fit am Kapp / Jeux	14:15 -17:15 Sortie seule Si accordée	14:15 -17:15 Sortie seule Si accordée	14:15 -17:15 Sortie seule Si accordée
16:00 -17:05 Sortie détente accp., Jeu de quilles	Sortie dét. accp. 65° Jeu de quilles	14:30 -17:15 Sortie détente accp. +achats	15:30-16:30 Musique thérapie 14:30 -15:20 Gr. cognitif actualité	15:30 -17:00 Sortie seule si accordée	15:45 -17:00 Sortie détente accp. +achats	Sortie détente accp., +achats 155°	Sortie détente accp., 155°
18:00 -18:30 repas thérapeutique	18:00 -18:30 repas thérapeutique	18:00 -18:30 repas thérapeutique	18:00 -18:30 repas thérapeutique	18:00 -18:30 repas thérap.	18:00 -18:30 repas thérap.	18:00 -18:30 repas thérap.	18:00 -18:30 repas thérap.
19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé	19:30-20:00 Information journal télévisé

7.2.5.4. Um Weier

7.2.5.5. Centre Thérapeutique de Diekirch

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Tâche							SORTIE W.E.
7h30							
8h	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER PETIT DEJEUNER
9h15	Groupe matinal	Groupe matinal	Groupe matinal	Aéromax ou Fitness	Groupe matinal		
10h	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness		
10-20h	Groupes avec sujet variant (cognitif, EHS, psychomotricité etc)	Groupes avec sujet variant (cognitif, EHS, psychomotricité etc)	Groupes avec sujet variant (cognitif, EHS, psychomotricité etc)	De 10:00 à 12:00	De 10:00 à 12:00	Cuisine thérapeutique	Cuisine Thérap
	De 10:00 à 12:00	Cuisine thérapeutique					Cuisine thérapeutique
12h	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI
14h	Groupes avec sujet variant (cognitif, EHS, psychomotricité etc)	Piscine	Groupes social	Groupes de planing	Préparation des pluillers		Activité Loisir
16h			Groupes avec sujet variant (cognitif, EHS, psychomotricité etc)	Weekend	groupe expression		
17h	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER
19h15	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir		Groupe du soir
	SORTIE -22:00h		SORTIE -22:00h		SORTIE -22:00h		SORTIE -22:00h
Tâches							
soir							

ANNEXE III

B. Prises de position des autorités concernées et conclusions de la Médiateure

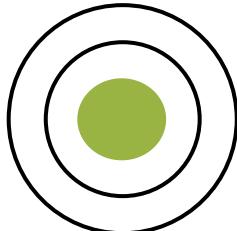
Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

T

R



P

A

R

L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux Commentaires et réactions

Remarque introductive :

Les commentaires de la Médiateure sont insérés en gras. Les remarques et corrections purement matérielles ont été intégrées au rapport.

1. Prise de position du Ministre de la Santé :

Page 8 (recommandation n°1):

Les règlements grand-ducaux prévus aux articles 5 (normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation des services de psychiatrie) et 9 (modèle de certificat médical d'admission) de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux n'ont effectivement pas encore été adoptés.

Je voudrais vous informer que, suite à l'adoption du projet de règlement grand-ducal régissant le nouveau plan hospitalier, mes services procéderont à l'élaboration de dispositions réglementaires qui auraient pour objectif de fixer des normes d'activités, organisationnelles et fonctionnelles applicables à tous les services hospitaliers mentionnés dans le futur plan hospitalier. Dans ce cadre, une réflexion sera également engagée en ce qui concerne les normes applicables aux services psychiatriques visés dans votre recommandation.

La Médiateure s'en félicite et demande à être tenue informée des suites réservées à sa recommandation.

Page 11 (recommandation n°5):

Votre recommandation relative aux voies et délais de recours fera l'objet d'un examen approfondi lors d'une prochaine modification de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

La Médiateure s'en félicite.

Page 64 (recommandations nos 114 et 115):

Vous estimez dans votre recommandation que les unités psychiatriques des établissement hospitaliers ne doivent en aucun cas servir d'unité de secours en cas de manque de structures plus adaptées à la prise en charge de personnes démentes.

Je partage vos réflexions à ce sujet.

En ce concerne la prise en charge adéquate de personnes démentes, je voudrais vous informer que mes services ont été associés étroitement à ceux du service du ministère de la Famille afin d'élaborer un rapport en vue de l'établissement d'un plan d'action national «maladies démentielles», rapport qui aura notamment trait aux méthodes de diagnostics

de la démence, à une meilleure prise en charge institutionnelle ou à domicile des personnes atteintes de démence ainsi qu'aux questions éthiques et juridiques liées à l'état de démence.

Ce rapport sera prochainement soumis au Conseil de Gouvernement.

Cette observation n'appelle pas de remarques particulières de la Médiateure quialue cette prise de position.

Page 65 (recommandation n°116) et page 87 (recommandation n°144):

Vous recommandez également la mise en place de structures thérapeutiques offrant une prise en charge de réhabilitation psychiatrique à long terme (sur plusieurs mois ou plusieurs années). Le plan stratégique du CHNP, qui fera l'objet d'un examen approfondi par mes services, envisage la création d'une telle structure et, selon les informations dont je dispose, certains membres de la direction du CHNP ont déjà visité de telles structures à l'étranger, et notamment en Belgique.

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan hospitalier des réflexions sont également menées en ce qui concerne l'hospitalisation à moyen et à long terme des personnes atteintes de troubles psychiatriques en vue de leur garantir une prise en charge adéquate.

La Médiateure s'en félicite et demande que les documents en question lui soient communiqués pour avis dès leur élaboration et en tout cas avant leur finalisation.

Page 67 (recommandation n°119):

Votre recommandation mentionne «*qu'il n'est pas juste de faire supporter l'intégralité des frais d'une hospitalisation involontaire aux personnes non affiliées, même dans les cas où celles-ci disposeraient des moyens financiers nécessaires, ceci d'autant plus que les actes posés sont facturés à un tarif plus cher pour les personnes non affiliées.* »

Tout d'abord, je ne vois pas l'hypothèse dans laquelle des actes médicaux seraient facturés à un tarif plus cher à une personne non affiliée qu'à une personne affiliée.

Par ailleurs, selon l'article 2 du Code des assurances sociales, chaque personne résidant au Luxembourg a la possibilité de s'affilier volontairement à l'assurance maladie au cas où elle n'y est pas affiliée à un autre titre.

Par ailleurs, la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale prévoit qu'à droit à l'aide, toute personne séjournant au Grand-Duché de Luxembourg conformément à la législation en vigueur. L'article 7 de la même loi indique que «*si la personne dans le besoin n'est pas assurée autrement, l'office social prend en charge les risques de maladie, d'un handicap ou de sénescence, y compris l'aide médicale et l'hospitalisation.* »

Votre recommandation fera néanmoins l'objet d'un examen plus approfondi afin de comparer la prise en charge des frais liés à une hospitalisation involontaire de personnes non affiliées avec le système de prise en charge de tels frais au profit de détenus.

La Médiateure ne fait que refléter les informations reçues par les services sociaux de certains hôpitaux concernés. Il semble en effet que les tarifs appliqués pour des patients non couverts par une assurance sociale peuvent différer de ceux de la nomenclature arrêtée avec la CNS.

Pages 67-68 (recommandations nos 120 et 121):

Les contraintes liées aux normes HACCP pour les ateliers de cuisine thérapeutique que vous évoquez à cet endroit feront l'objet d'un examen plus approfondi de la part du service de la sécurité alimentaire de la Direction de la Santé.

La Médiateure se fait l'interprète, notamment des ergothérapeutes concernés dans un premier chef par cette recommandation. La Médiateure souligne l'importance capitale et la portée thérapeutique de cette activité. Elle recommande dès lors aux autorités concernées de prévoir, si nécessaire, les dérogations qui s'imposent.

Pages 94-95 (recommandation n°147):

Le choix de mettre en place la méthodologie du PRN dans le milieu hospitalier luxembourgeois et de l'appliquer également dans le domaine de la psychiatrie a déjà fait l'objet d'un certain nombre d'explications de ma part dans des réponses à plusieurs questions parlementaires (nos 821, 1148 et 2418) dont je me permets de vous joindre une copie en annexe.

J'espère que vous y trouverez toutes les informations voulues.

Cette observation n'appelle pas de commentaires particuliers de la Médiateure.

Page 97 (recommandation n°148):

Votre recommandation fera l'objet d'un examen approfondi de la part des services compétents de la Direction de la Santé ainsi que du ministère de la Sécurité sociale.

Pour des raisons évidentes, la Médiateure insiste qu'une solution soit trouvée au problème décrit.

Page 110 (recommandation n°154) :

Je voudrais vous informer que je vais demander au représentant de mon ministère qui participe au groupe de travail conjoint entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé relatif à la mise en place d'un service de santé au CPL d'y discuter votre recommandation afin de trouver une solution adéquate en ce qui concerne la désignation d'un chargé de direction au sein du CPL afin de pouvoir administrer un traitement médicamenteux psychiatrique involontaire à un détenu malade.

La Médiateure a déjà détaillé sa position quant à ce sujet à maintes reprises dans différents rapports. Elle se félicite que des efforts en vue de trouver une solution satisfaisante soient menés.

En ce qui concerne vos conclusions finales, mise à part mes observations déjà faites ci-avant, je voudrais encore ajouter que, selon les informations dont je dispose, au BU 5 du CHNP quinze lits supplémentaires ont été récemment mis à disposition pour prendre en charge des patients forensiques qui sont moins dangereux.

Par ailleurs, deux agents de sécurité supplémentaires auraient été engagés afin de décharger le personnel soignant de certaines tâches de surveillance.

La Médiateure s'en félicite.

2. Prise de position du Centre Hospitalier de Luxembourg

Les corrections purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Page 14 (10)

La faisabilité de faire installer un dispositif de sécurité aux fenêtres pour permettre une ouverture minimale va être étudiée.

La Médiateure s'en félicite.

Page 16 (15)

La prise en charge des patients est individualisée. Il y a un staff pluridisciplinaire une fois par semaine pour les patients dans l'unité **intensive** et les interventions thérapeutiques sont adaptées selon l'état de santé du patient.

La Médiateure estime qu'il s'agit ici d'un problème d'interprétation de ses dires. Elle n'a pas contesté l'absence de multidisciplinarité, concrétisée par la convocation d'un staff à un rythme hebdomadaire. Elle estime néanmoins que l'adaptation *ad hoc* des thérapies à l'état de santé momentané d'un patient ne saurait à elle seule être constitutive d'un véritable traitement individualisé, comportant nécessairement une approche à plus long terme et intégrant l'ensemble des facteurs déterminants.

Page 17, 2^e paragraphe

La taille de la salle ne semble pas poser de problème pour accueillir les patients à l'unité fermée, car tous les patients du service ne participent pas en même temps aux activités proposées.

Cette affirmation est contraire aux dires des membres du personnel avec lesquels l'équipe de contrôle s'est entretenue. L'équipe de contrôle constate par ailleurs que la surface à disposition est nettement plus réduite que dans les autres services psychiatriques à vocation identique visités.

Page 18, 4^e paragraphe

Pas seulement les psychologues, mais l'équipe complète du service de psychiatrie du CHL (infirmières, aides-soignantes, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins seniors et assistants) participent depuis plus de dix ans à une supervision externe régulière.

**Cette information n'avait pas été mise à la disposition de l'équipe de contrôle.
La Médiateure se réjouit de cette pratique.**

Page 18, 5^e paragraphe

A noter cependant que tous les psychiatres seniors ont des formations complémentaires en psychothérapie et participent tous à des interventions ou supervisions individuelles à côté de la supervision d'équipe. En ce qui concerne l'activité des psychologues, le service a pris l'option - vu les ressources psychologiques limitées- de privilégier des interventions ciblées et continues dans le courant de la prise en charge pour des patients où ces interventions paraissent utiles.

La Médiateure maintient le contenu de sa recommandation (17).

Page 18 (17)

Puisque l'équipe thérapeutique travaille ensemble autour du projet thérapeutique du patient, les interventions de chaque corps de métiers se font après mise en commun des informations recueillies et selon les décisions prises lors des staffs multidisciplinaires. Au moins 4.5h/semaine sont consacrées à des réunions multidisciplinaires.

La Médiateure renvoie à son observation faite pour le paragraphe précédent.

Page 19 (avant-dernier paragraphe et (18))

Les staffs pluridisciplinaires (petit staff journalier, grand staff hebdomadaire) sont notamment conçus pour partager les observations et constats faits par tous les membres du personnel et pour élaborer régulièrement l'adaptation du plan thérapeutique individuel du patient. Il va de soi que tout un chacun s'enrichit des observations et des constats faits par d'autres membres du personnel. Il reste à constater, que les médecins assument la responsabilité finale pour toutes les décisions importantes concernant les patients (p.ex médication, risque de fugue, contention, levée de la mise en observation,..) et qu'il n'est jamais possible de trouver un compromis qui satisfait tout le monde.

La Médiateure ne remet pas en cause la responsabilité finale des médecins en la matière. Pour le surplus, elle entend maintenir ses observations faites quant à l'utilité d'une approche multidisciplinaire efficiente.

Page 20, 5^e paragraphe

Certains patients ne peuvent pas participer aux offres en dehors de l'unité, car leur état de santé et le risque de fugue ne le permettent pas. Pour cette raison, les activités sont proposées à l'unité fermée. Il y a des activités proposées par le personnel infirmier, par l'ergothérapeute et des entretiens avec un psychologue, le cas échéant.

La Médiateure n'a pas affirmé qu'il n'y ait aucune offre thérapeutique à l'intérieur de l'unité fermée. Cependant il y a lieu de relever que des activités telles que la gymnastique et la cuisine thérapeutique ne sont pas à la disposition de ce type de patients.

Le problème est nettement plus grave en ce qui concerne l'accès à l'air libre. Il s'agit là d'un droit élémentaire qui doit rester acquis à toute personne privée de liberté quelles qu'en soient les raisons.

Page 20 (20)

De notre point de vue, une remarque générale s'impose par rapport aux sorties et au risque de fugues y associé. Nous pouvons partager la recommandation de la médiateure que chaque personne doit pouvoir sortir à l'air libre au moins une fois 30 ' par jour. S'il agit alors d'un droit du patient, il n'y a aucune raison que ce droit soit soumis à l'autorisation du médecin traitant, tel que c'est le cas actuellement. Il faut alors disposer de ressources nécessaires pour rendre ce droit possible. Des éventuels problèmes liés à l'exercice de ce droit (p.ex fugue) ne relèveraient alors pas de la responsabilité du médecin.

La Médiateure comprend l'argumentaire du CHL et elle peut le partager. Néanmoins, il lui semble prudent de toujours solliciter l'avis purement médical d'un médecin-psychiatre avant toute décision de sortie, ceci du simple fait qu'il s'agit de personnes malades et que toute sortie est susceptible d'avoir également des conséquences sur l'état de santé du patient.

La Médiateure maintient sa recommandation formulée à l'égard des sorties.

Elle tient à renvoyer, quant aux ressources invoquées, aux travaux importants réalisés par le CHNP en la matière. Un refus de sortie d'un patient à haut potentiel de danger ou à haut risque de fugue ne saurait avoir lieu en raison d'un manque de moyens matériels ou d'infrastructures défaillantes, voire inadaptées.

Une infrastructure hospitalière qui accueille ce type de patients doit recevoir les moyens nécessaires pour les traiter d'une manière adaptée.

Tout comme elle l'a fait pour le CHNP, la Médiateure est disposée à offrir tout son appui au CHL afin que les infrastructures et les autres moyens nécessaires soient mis à la disposition du service de psychiatrie intensive du CHL.

Page 21, 4^e paragraphe

Le patient peut profiter des séances de kinésithérapie individuelles dans le service.

Cette affirmation ne correspond pas aux dépositions recueillies par l'équipe de contrôle.

Si une offre thérapeutique en kinésithérapie est mise à la disposition des patients à l'intérieur de l'unité fermée, la Médiateure s'en félicite.

Page 20 (20)

Tous les patients qui ne présentent pas un risque de fugue mettant en danger le patient lui-même ou autrui, ont la possibilité de sortir à l'air libre au moins 30 minutes/jour.

Il est vrai qu'un nombre restreint de patient ne peut pas profiter de sorties après trois jours. Ceci est toujours lié à l'évaluation du risque de fugue avec des conséquences potentiellement graves pour le patient lui-même ou pour autrui. Nous sommes très intéressés à pouvoir mener des discussions concernant ce point avec des autorités compétentes (Direction de l'hôpital, juge, procureur, police,...) pour trouver une solution respectant les droits et la sécurité du patient et en même temps la sécurité de la société et de l'équipe.

La Médiateure réitère ses propos et son offre faits plus haut.

Page 22, avant-dernier paragraphe

Il faut préciser que les patients peuvent avoir un téléphone en chambre (appel sortant payant, appel entrant gratuit) et que ceux qui n'ont pas d'argent ou nécessitent une surveillance des coups de téléphone pour des raisons thérapeutiques (patient dépendant aux drogues ou à l'alcool, patient maniaque,...) peuvent téléphoner deux fois par jour du bureau des infirmières.

La Médiateure s'en félicite.

Page 24, 1^{er} paragraphe

Il arrive très rarement qu'un patient soit fixé en présence d'un autre patient. Ce cas de figure se présente seulement quand les quatre chambres individuelles sont occupées et ne peuvent pas être libérées pour un patient contentionné.

La Médiateure est consciente de ce fait, elle suggère simplement dans son rapport de continuer à éviter cette pratique au maximum dans le futur.

Page 25, 6^e paragraphe

Des « fouilles » sont effectuées aussi chez les personnes qui présentent un risque d'hétéro-agressivité, mais il n'y a en aucun cas des fouilles « corporelles, intimes »

Cette remarque n'appelle pas d'observations de la part de la Médiateure.

Page 25 (32)

Nous ne sommes pas au courant d'une agression d'un membre du personnel infirmier contre un patient contentionné. Dans la mesure où nous ne disposons pas des informations nécessaires, nous demandons que la médiateure fasse une enquête approfondie sur ces accusations.

La Médiateure a fait amplement état de ses réserves et de la prudence requise devant les affirmations faites.

Il ne fait cependant aucun doute que les deux membres de l'équipe de contrôle ont été informés par un patient des allégations de violence mentionnées dans le rapport.

La Médiateure a également décrit de quelle manière traiter pareils constats.

Elle souligne encore une fois qu'il ne s'agit en aucune manière d'une mise en accusation et qu'elle est convaincue de l'intégrité du personnel affecté dans les services concernés par son contrôle.

Elle tient cependant à souligner qu'il en va, à côté des considérations objectives, également des apparences, les impressions subjectives ne manquant pas d'avoir une incidence sur la réception publique de l'image de la psychiatrie fermée.

La Médiateure n'a ni les compétences, ni les moyens pour procéder à des enquêtes approfondies. Elle ne peut de même, pour des raisons de secret professionnel, divulguer aux responsables du CHL l'identité du patient en question.

Si la Médiateure ou les membres de son équipe de contrôle obtenait un jour connaissance d'allégations de violence qui seraient de nature plus récente ou entourés du moins d'un début de preuve, elle n'hésiterait pas, en application des dispositions de l'article 23(2) du code d'instruction criminelle à en saisir le Procureur d'Etat territorialement compétent.

Page 62 (112)

Nous aimerais rendre la médiateure attentive au fait que très souvent les pathologies psychiatriques et somatiques sont intimement liées (p.ex état d'intoxication aigu) de sorte que des bilans médicaux, somatiques et des examens complémentaires sont souvent nécessaires. Ces examens sont réalisés dans un meilleur délai à partir d'un service d'urgence. S'il est recommandé que les patients en observation sont tout de suite pris en charge dans les unités de psychiatrie, il existe un risque réel de passer à côté de problèmes médicaux, potentiellement graves. A partir du moment où une certaine priorité peut être accordée au patient décompensé au niveau psychiatrique, le temps de séjour dans une polyclinique peut évidemment être très réduit ou strict nécessaire.

La recommandation vise avant tout les patients psychiatriques connus, admis en phase d'observation sur base de la loi de 2009.

La Médiateure fait intégralement siennes les observations du CHL quant aux patients qui se présentent volontairement au service des urgences.

Page 94, 95 (147)

Il semble important, que les patients soient pris en charge par du personnel formé en soins psychiatriques, même pour une activité qui pourrait paraître « banale » (ballades, activités sportives, accompagnement à l'extérieur,...). Le « bon sens » et les « bons conseils » ne suffisent pas pour prendre en charge des patients en souffrance psychique aiguë.

La Médiateure n'envisage pas que le personnel moins qualifié soit appelé à donner « des bons conseils » aux patients psychiatriques. L'expérience d'autres institutions à vocation similaire ou identique permet cependant de dégager qu'il est tout à fait possible de déléguer certaines tâches, sous des conditions très strictes et prédéfinies, à du personnel moins qualifié.

Page 96, 3^e paragraphe

Nous saluons l'engagement de la médiateure pour un remboursement à 100% des neuroleptiques qui pourrait certainement aider à améliorer la compliance des patients psychotiques. Nous déplorons par contre une prise de position quant à l'indication ou contre-indication de certains médicaments, dans un rapport destiné à aborder des questions éthiques

La Médiateure est consternée par la remarque tendant à insinuer qu'elle se prononcerait en faveur ou en défaveur de l'un ou de l'autre médicament.

La Médiateure est consciente de ne pas avoir de compétences en matière pharmacologique ou en médecine.

Comme le traitement médical d'un patient est cependant indissociable des considérations entourant le respect des droits de l'homme de tout patient, la Médiateure a fait appel à de nombreux spécialistes du domaine médical pour lui fournir des avis et des informations techniques.

Toutes les considérations formulées au titre du point 5.2. de son rapport et relatives à la continuation du traitement après la sortie du milieu hospitalier ont été apportées à la connaissance de la Médiateure par des médecins-psychiatres et des pharmaciens.

L'information sur les prix des médicaments provient directement des pharmaciens responsables du Ministère de la Santé.

Les médecins-psychiatres qui ont fait état de ce problème à la Médiateure ont également fourni les informations quant au nom commercial des produits utilisés.

Page 98 :

A noter qu'un détenu du Centre pénitentiaire de Givenich a déjà été mis en observation dans notre service. La personne a cependant rapidement pu bénéficier d'une suspension de l'exécution de sa peine.

Les policiers chargés de la surveillance du détenu n'occupaient auparavant pas une chaise dans le couloir devant la porte de la chambre du détenu, mais étaient intégrés dans le bureau infirmier, ce qui posait alors un problème de confidentialité.

La Médiateure s'étonne quelque peu qu'un détenu du CPG ait été hospitalisé en milieu psychiatrique fermé au CHL. En effet, aux termes de l'article 7(2), alinéa 3 de la loi de 2009, son admission aurait dû se faire à l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre au moment de la demande d'admission.

Pour le surplus, la Médiateure maintient ses observations.

Pages 98 ss.

En ce qui concerne les détenus mis en observation à partir du Centre pénitentiaire de Schrassig dans notre hôpital pour raisons psychiatriques, l'hospitalisation se fait depuis environ un an dans une chambre individuelle de l'unité 53, qui est alors fermée à clé. Les

menottes systématiques exigées auparavant par les forces de l'ordre, ont heureusement pu être supprimées, notamment à la demande des psychiatres. Il reste cependant que les conditions de séjour de ces personnes, même pour quelques jours ne correspondent certainement pas à des standards de soins modernes. Nous soutenons la demande de la médiateure de créer des infrastructures adaptées pour les personnes relevant du Centre Pénitentiaire.

La Médiateure s'en félicite.

3. Prise de position du Centre Hospitalier Kirchberg :

Les corrections purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Je vous remercie du rapport positif concernant notre établissement, qui à notre sens reflète assez fidèlement et en général l'organisation et le fonctionnement de nos unités de psychiatrie quant à la prise en charge des patients internés.

Concernant la remarque « point 43 » à la page 32, nous tenons à préciser que la politique de notre établissement est le respect de la loi anti-tabac du 11 août 2006, qui stipule que l'accès aux fumoirs autorisés dans le service de psychiatrie est « strictement réservé aux patients hospitalisés qui en font la demande ».

La Médiateure a formulé cette recommandation dans l'intérêt des patients avant tout. Elle n'ignore pas la législation existante en la matière. La recommandation a été formulée notamment à l'instigation de certains membres du personnel qui voyaient un intérêt thérapeutique certain dans l'ancien système.

4. Prise de position du CHEM :

Ad. 51 p. 37 :

Les infirmiers psychiatriques font partie du personnel thérapeutique, ils disposent d'une formation en entretien à visé psychothérapeutique.

Ils sont donc le pilier de l'équipe multidisciplinaire à l'unité de psychiatrie intensive.

La Médiateure ne méconnaît pas le fait que les infirmiers et les infirmiers spécialisés psychiatrie font partie du personnel thérapeutique.

En comparant la dotation en personnel de l'unité de psychiatrie intensive du CHEM avec d'autres unités à vocation identique existantes auprès d'autres établissements hospitaliers, on constate un manque notoire en psychologues, ergothérapeutes, art-thérapeutes ou autres intervenants à vocation thérapeutique.

La Médiateure est d'avis qu'une diversification de l'offre thérapeutique pourrait s'avérer profitable aux patients.

Ad. 54 p. 39 :

Nous allons étudier la possibilité d'étendre la superficie de la psychiatrie intensive.

La Médiateure est d'avis qu'il s'agit d'une initiative qui s'impose et désire être tenue informée des changements envisagés.

Ad. 55 p. 39 :

Le fumoir est séparé des locaux destinés à un usage commun. Il a malheureusement été fermé pour travaux de rénovation lors de votre visite.

La Médiateure a procédé à une visite des lieux en date du 20 février 2013. Le fumoir qui était effectivement fermé à cause de travaux de rénovation pendant la présence sur place de l'équipe de contrôle est à nouveau à la disposition des patients.

Ad. 57 p. 40 :

L'ergothérapeute fait des activités ergothérapeutiques en collaboration avec des infirmiers psychiatriques.

Le travail de l'ergothérapeute offre un complément nécessaire par rapport au travail thérapeutique de l'équipe multidisciplinaire.

La Médiateure partage intégralement l'opinion émise par le CHEM.

Le seul but de sa recommandation était de mettre des infrastructures adéquates à l'exercice de leur profession à la disposition des ergothérapeutes.

Ad. 59 p. 41 :

Nous favorisons les activités de dépense d'énergie de façon structurée mais nous voulons éviter toute activité qui renvoie trop à des actes agressifs. Un punching-ball nous paraît dans cette philosophie-là contre-indiqué.

La Médiateure rappelle l'expérience positive faite en la matière par le service de psychiatrie fermé du CHL.

Ad. 63 p. 42 :

Le CHEM mène en parallèle différentes enquêtes concernant la satisfaction des patients. Il y a d'un côté le projet institutionnel « Entretien de sortie » qui permet de faire le bilan avec le patient de sa satisfaction concernant son séjour par rapport à ses attentes à l'entrée.

Le CHEM participe de même à une enquête nationale de satisfaction réalisée ensemble avec les autres services de psychiatrie.

Cette enquête est réalisée une fois par an chez des patients hospitalisés au-delà de 5 jours.

L'équipe infirmières de psychiatrie évalue quotidiennement, ensemble avec le patient, le déroulement de son séjour.

La Médiateure s'en félicite.

Ad. 64 p. 43 :

Tous les patients peuvent participer à toute l'offre thérapeutique du service. Nous sommes bien conscients qu'un agrandissement de la surface du service éviterait pour les patients des déplacements et permettrait de faire profiter les patients de certaines activités avec moins de moyens de surveillance.

Selon les informations reçues sur place par l'équipe de contrôle, il ne serait pas permis à tous les patients de participer à l'ensemble de l'offre thérapeutique en raison du potentiel danger de fuite émanant du patient.

Si cette information ne correspondait pas à la réalité, la Médiateure s'en féliciterait.

Ad. 67, p. 44 :

Des réunions pluridisciplinaires ont lieu au service de psychiatrie intensive. L'équipe multidisciplinaire rencontre de même tous les vendredis le Dr CEUSTERS, chargé de Direction de « réseau psy », a.s.b.l. qui prend en charge les patients psychotiques à leur sortie de l'hôpital et rencontre le jeudi les membres du service parentalité de cette même a.s.b.l. qui s'occupe de la problématique touchant le rôle parental de nos patients.

La Médiateure suggère que des réunions pluridisciplinaires aient lieu à titre régulier et ceci pour tout type de patient.

Si elle félicite l'équipe pour les efforts décrits au profit des patients psychotiques, elle souhaiterait que pareilles initiatives, à laquelle participeraient tous les intervenants internes, soient prises également à l'attention des autres patients.

Ad. 71 p. 46 :

Les heures de visite de l'unité de psychiatrie intensive sont en principe autorisées pendant les heures d'ouverture de l'établissement. La charte est affichée devant le service. *Voir annexe 2.*

Au moment de votre visite les heures de visites étaient de 15h à 18h30.

La Charte affichée devant le service ne renseigne pas sur les heures de visite. Lors de la visite des lieux du 20 février 2013, le responsable du service a cependant confirmé que l'équipe soignante fait preuve de la plus grande flexibilité en ce qui concerne la possibilité d'une visite. Si pour des raisons personnelles ou professionnelles, un visiteur ne peut pas se rendre au service pendant les heures d'ouverture normales, un arrangement pour une visite en dehors de l'horaire officiel est toujours recherché.

La Médiateure s'en réjouit.

Ad. 72 p. 46 :

Le volet psycho-éducatif concernant les médicaments administrés et leurs effets secondaires sont une partie importante du rôle infirmier.

La Médiateure partage cette opinion et insiste de ce fait qu'une attention toute particulière y soit attachée.

Ad. 74, p.47 :

Les chiffres dans le rapport sont faux.

L'unité de psychiatrie intensive a accueillie sur la période du 01.08.2011 au 31.07.2012 :

- 245 patients mis en observation et 283 admissions volontaires.

Nous avons recensé pour la période 454 événements de contention dont :

- 217 contentions pour troubles du comportement concernaient 49 patients
- 237 contentions pour risque de chute concernaient 36 patients différents.

Nous essayons actuellement du nouveau matériel essentiellement pour la protection des personnes âgées à risque de chute.

La Médiateure s'étonne de l'affirmation selon laquelle les chiffres avancés seraient faux, alors qu'elle s'est basée sur les chiffres qui lui furent communiqués par courrier de Monsieur le Directeur Général Nathan en date du 13 août 2012.

La Médiateure pense qu'il y a pu y avoir un malentendu au niveau de la formulation du prédit courrier qui renseigne sous la rubrique « contentions » un nombre de 108 Patients et un nombre de 456 événements. Elle est partie, fort probablement de manière erronée, du constat qu'un nombre total de 108 patients a fait l'objet d'un placement.

Le courrier du Dr. Nathan renseigne en revanche un nombre de mises en observations de 199 patients, ce qui paraît étonnant alors que le commentaire introduit par la même institution renseigne sur un nombre total de 245 patients mis en observation.

Il est nécessaire de clarifier cette situation et il est demandé de soumettre à la Médiateure des chiffres fiables sur les patients placés en psychiatrie.

Ad. 75-84 p. 47-50 :

Nous estimons que notre équipe thérapeutique se compose de gens hautement professionnels, bien formés et intègres.

Nous regrettons qu'on puisse croire que les mesures de contention soient utilisées à des fins punitives.

Nous nous permettons de vous ajouter en annexe tous les travaux de réflexion de l'équipe concernant la contention. (voir annexe 1)

Nous vous ajoutons de même nos statistiques concernant la contention.

La Médiateure ne fait que relater les dires des patients qui ont fait état de leurs problèmes à l'équipe de contrôle. Elle ne dispose d'aucun moyen de les vérifier et a de ce fait l'habitude de recourir à ces informations avec toute la circonspection requise.

Si cependant, l'équipe de contrôle recueille des dépositions assez similaires et convergentes par un nombre significatif de patients, elle se sent obligée d'en faire mention.

Une telle mention n'est pas une accusation ou une mise en doute des qualifications professionnelles d'une partie du personnel.

Il s'agit tout simplement d'une information importante à l'attention des responsables qui devrait les inciter à surveiller de plus près la procédure mise en cause.

Si la Médiateure obtenait des informations confirmées et vérifiables à cet égard, il serait de son devoir et de son obligation légale de continuer une telle information aux instances judiciaires compétentes.

Par ailleurs, la Médiateure tient à souligner qu'elle n'a pas obtenu communication des données statistiques relatives à la contention mentionnées dans les commentaires du CHEM.

5. Prise de position du CHdN :

Les remarques purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Commentaire alinéa 6, page 53 :

Nous regrettons ce cas très exceptionnel et nous tenons à préciser qu'il s'agissait d'un patient présentant une désinhibition sexuelle grave. Dans ce contexte la question du maintien en hôpital général d'un « délinquant sexuel majeur » se pose comme on ne pourra éviter qu'il y ait forcément un contact avec d'autres patients mineurs ou majeurs dès la sortie du service. Par ailleurs il faut soulever (pour des raisons de sécurité) la question de la présence d'agents de force de l'ordre pour des cas présentant une telle gravité vu que le personnel soignant n'a certainement pas de rôle à jouer dans le maintien de l'ordre public. À noter que dans le cas cité plus haut nous avons demandé l'avis de notre comité d'éthique.

La Médiateure comprend les motivations à la base de la décision de priver ce patient de sorties à l'air libre, mais les juge néanmoins inacceptables. Priver un patient pendant une période aussi prolongée d'un accès à l'air libre constitue en effet une violation des droits de l'homme.

La Médiateure invite dès lors les responsables du CHdN à réfléchir sur une solution permettant d'éviter pareilles situations dans le futur.

Page 54, Alinéa 2 :

Nous tenons à préciser que l'évaluation des risques fait partie intégrante de la prise en charge en psychiatrie intensive et qu'elle se fait journalièrement par l'équipe pluridisciplinaire.

La Médiateure a évoqué à suffisance l'importance qui est accordée par les responsables du CHdN à l'approche pluridisciplinaire et l'apprécie à sa juste valeur.

Son observation ne visait pas à faire état d'un manquement, mais s'entend comme descriptif d'une étape dans le cadre de la sortie à accorder aux patients potentiellement dangereux.

Page 54, Alinéa 3 :

Partiellement incompréhensible et / ou incomplet. Par ailleurs voir prise de position commentaire 89.

La Médiateure reformule ce paragraphe qui dès lors devrait se lire comme suit :

La Médiateure recommande de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes par jour dans le programme d'activités qui serait consacrée à l'accompagnement renforcé des patients représentant un risque de fuite. Ce droit devrait être garanti à chaque patient interné à tout moment où l'état de sa pathologie permet de conclure qu'il ne représente pas de danger pour soi-même ou pour autrui.

Page 54, Alinéa 4 :

Nous aimerions vous préciser que les activités infirmiers à l'unité ne consistent non seulement en une activité de loisirs mais qu'elle constitue un élément thérapeutique essentiel. L'activité thérapeutique ne se limite nullement à regarder la télévision ou à participer à des jeux. Nous aimerions répéter que sauf exception tous les patients ont le droit d'assister aux ateliers d'ergothérapie même en dehors du service US 41 vu qu'il existe la possibilité d'un accompagnement en dehors du service par une personne soignante.

La Médiateure tient à relever que cette observation n'est pas conforme aux constats que l'équipe de contrôle a pu recueillir des patients rencontrés.

En effet, un certain nombre de ces patients se sont plaints de la relative monotonie de leur vie quotidienne du fait qu'ils étaient interdits de participer à des activités ayant lieu en dehors de l'unité fermée.

Il est clair que ceci ne concerne que les patients qui ne disposent, pour des raisons médicales ou de sécurité, pas d'autorisation de sortir de l'unité, même en étant accompagnés.

La Médiateure n'a jamais mis en doute l'offre thérapeutique existante, qui est généralement excellente. Elle voudrait, comme le laisse présager l'observation formulée par les responsables du CHdN, mettre le doigt, en employant les termes du CHdN, sur la situation exceptionnelle de certains patients.

Page 54, Alinéa 5 :

À notre avis l'activité thérapeutique est adaptée à tout moment à l'état de santé du patient sous mise en observation de sorte qu'on ne peut nullement qualifier cette offre de « largement insuffisante ». (Un membre du personnel soignant se consacre exclusivement à l'activité thérapeutique et ceci tant pour la pause du matin que pour la pause du midi).

Une présence journalière du service d'ergothérapie est garantie à l'unité de psychiatrie intensive.

La Médiateure tient à renvoyer aux observations formulées au titre de l'alinéa 4. Elle ne met absolument pas en cause l'offre thérapeutique dans son ensemble, mais seulement celle à la disposition de certains patients à besoins très spécifiques, interdits de sortir de l'unité.

Page 55, no 93 :

Nous vous remercions de vos suggestions et nous tenons à vous préciser que des améliorations notables pour l'aménagement de la salle de loisirs sont prévues pour 2013.

La Médiateure s'en félicite et demande à être tenue informée des travaux réalisés.

Alinéa 2 :

Nous ne pouvons que soutenir votre façon de voir l'organisation du service et nous tenons à vous signaler que notre plan global de prise en charge prévoit exactement cette façon de faire. Le rôle de chaque acteur de l'équipe pluridisciplinaire y compris l'ergothérapeute est défini dans notre plan de cheminement clinique.

La Médiateure s'en félicite.

Page 59, points 103/104 :

Nous avons réalisé dès à présent votre proposition sur base du modèle du CHL et dorénavant tout patient aura, dès son admission une fiche d'information concernant ses droits et les droits de recours existants.

La Médiateure s'en réjouit.

Page 59 dernier alinéa :

Notre procédure prévoit d'éviter les fixations à un point.

La Médiateure sait que les dispositions internes prévoient que les fixations à un point devront être évitées autant que possible.

Elle tient cependant à souligner le danger inhérent à cette procédure et recommande avec insistance de ne pas y recourir dans toute la mesure du possible.

Page 60, point 107:

La Médiateure a reçu les explications souhaitées qu'elle n'entend pas publier. Elle tient à insister que le recours à des fixations fréquentes n'est tolérable que dans des cas très exceptionnels, sous réserve d'une nécessité médicale bien documentée.

Page 60 avant dernier alinéa 108 :

Suite à vos remarques l'équipe soignante a rediscuté ce problème et on va tous mettre en œuvre pour éviter ces situations pénibles.

La Médiateure salue les démarches entreprises.

Page 61 alinéa 5 :

Le système aéroscout se limite évidemment à la localisation d'un patient à l'intérieur du bâtiment et ne sert donc pas à surveiller un patient dès qu'il a quitté l'établissement

La Médiateure connaît les limites techniques du système, néanmoins, son utilisation pour les patients de l'unité de psychiatrie fermée pourrait s'avérer intéressante à l'intérieur du bâtiment. Dans l'hypothèse de la construction d'une enceinte sécurisée extérieure à l'attention des patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie, il serait également d'un avantage évident.

Conclusion générale page 90 :

Nous tenons à vous informer que les dotations en personnel pour l'unité de soins à la psychiatrie intensive n'est pas le résultat d'un recensement PRN mais d'une dotation de sécurité négociée en 2005 avec la CNS lors de l'ouverture des services de psychiatrie intensive. Nous rappelons que cette dotation de 17,45 EQTP est nettement supérieure à celle définie par le PRN.

Cette observation n'appelle pas de remarque de la part de la Médiateure.

6. Prise de position du CHNP :

Les remarques purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Ad page 72 (123) :

Cette remarque est tout à fait correcte et cible un de nos points faibles. Je me permets de vous envoyer notre projet médico-soins que nous avons commencé à mettre en œuvre. Le plan thérapeutique individualisé, centré sur les besoins spécifiques de chaque patient en sera un élément-clé (« Teamvisite »).

La Médiateure suppose qu'il y a une erreur matérielle dans l'indication du paragraphe et qu'il faut lire 124 au lieu de 123.

Elle ne saurait que féliciter les responsables du CHNP pour l'initiative prise en vue de remédier au problème soulevé.

Ad page 76 (130) :

nous avons bien saisi ce point et nous allons entamer un travail de réflexion afin d'améliorer nos procédures de fixation tout en considérant vos remarques.

La Médiateure s'en réjouit.

Ad page 79 (133 et 136) :

Nous allons adopter les mesures d'information sur les droits des patients pour les unités BU4 et OR2, sur base des procédures en vigueur au BU3

La Médiateure apprécie la procédure envisagée.

Ad page 79 (134) :

Le droit de sortie ne doit jamais être utilisé comme sanction ou une punition. Toutefois, l'adaptation aux règles de l'unité de soins et le comportement dans le groupe nous renseigne sur l'évolution de la pathologie et de l'adaptation sociale. Ces informations, entre autres, sont utilisées pour autoriser des sorties à l'essai. Ces décisions sont prises en équipes pluridisciplinaires afin de garantir la professionnalité nécessaire devant ce sujet délicat.

La Médiateure comprend bien qu'une autorisation de sortie est fonction de l'adaptation du patient aux règles de l'unité et de son comportement et se réjouit que les responsables du CHNP partagent son avis que les sorties ne sauraient être supprimées que pour des raisons d'ordre médical.

Ad page 83 (139) :

La mise en œuvre de notre projet médico-soins nous permettra d'offrir les thérapies correspondant à chaque diagnostic, dont l'ergothérapie.

La Médiateure souhaite être tenue informée de la mise en œuvre de ce projet, de son contenu, de sa portée et de ses objectifs.

Ad page 84 (142) :

Il est évident que pour le CA et la direction du CHNP, ainsi que pour tous nos collaborateurs, un but stratégique est de créer des structures adaptées aux besoins de nos patients. Nous défendons notre plan stratégique qui commence à prendre forme auprès des autorités compétentes. Nous partageons à 100 % votre réflexion.

La Médiateure s'en félicite, mais souhaite être informée plus en détail du contenu du plan stratégique évoqué.

Ad page 87 (144) :

Une institution « long séjour » fait également partie de ce plan stratégique. Sans ces unités, une conversion du CHNP en une institution de réhabilitation psychiatrique moderne n'est pas possible. Nous partageons à 100 % votre réflexion.

La Médiateure réitère sa position exprimée pour le point précédent.

Ad page 89 :

La non-domiciliation est une question de principe pour nous. Jusqu'ici nous avons toujours trouvé une solution pour nos patients. Aucun patient n'a, à ce jour, dû subir des effets négatifs de cette procédure.

La Médiateure ne peut se satisfaire de cette position. Elle tient à souligner qu'il s'agit d'un problème d'une portée qui dépasse celle des placements psychiatriques médicaux et judiciaires et partant le CHNP en tant qu'il concerne dans un premier chef également les établissements pénitentiaires. La Médiateure fait dès lors appel aux autorités compétentes d'adapter la législation en la matière en tenant compte des intérêts légitimes des personnes concernées.

Ad page 109 (152bis) :

Les travaux sur la cour protégée pour les patients du BU6 viennent de se terminer. Les patients ont maintenant accès à la cour et à la salle de sports. Nous vous prions donc de considérer ce point comme résolu.

La Médiateure est informée des progrès notables réalisés dans ce domaine et elle tient à féliciter le CHNP de son engagement exemplaire pour la défense des droits de l'homme. L'initiative est remarquable surtout du fait que le CHNP a engagé des efforts considérables pour satisfaire aux besoins légitimes d'un nombre de patients extrêmement limité. Elle souhaite être tenue informée de l'époque à laquelle les nouvelles infrastructures deviennent accessibles aux patients en cause.

Ad page 109 (153) :

Nous soutenons à 100% cette réflexion, par contre le bloc P2 ne peut en aucun cas être transformé en hôpital psychiatrique. Sa structure architecturale est répressive et cloisonnée et ne s'apprête pas à une prise en charge psychiatrique. Elle ne permet pas une prise en charge centrée sur une dynamique relationnelle. En outre, pour faire fonctionner un tel service, il nous faudrait une dotation en personnel adéquate et une séparation complète de l'administration pénitentiaire.

La Médiateure s'en réjouit. Elle renvoie à ses multiples observations et recommandations faites dans cette matière complexe.

Ad page 110 (154) :

Une administration de médicaments contre la volonté du patient ne peut se faire que dans un milieu où une surveillance étroite du malade est possible. Les risques d'une sur-

médication sont trop grands. Sans une structure hospitalière avec possibilité de surveillance de 24/24 heures, une telle pratique engendre de très grands risques pour le patient. Notre attitude thérapeutique ne nous permet pas de simplement donner une injection à ce prisonnier en crise pour le calmer et le renvoyer dans sa cellule, seul face à sa souffrance et son mal-être.

Il n'appartient pas à la Médiateure de mettre en cause les arguments médico-scientifiques avancés. Si un traitement médical involontaire en milieu pénitentiaire ne devait pas être possible en raison des arguments médicaux développés, la Médiateure souligne que la mise en place de l'Unité psychiatrique spéciale n'en devient que plus urgente.

En ce qui concerne l'outil PRN, nous souhaitons apporter une précision concernant l'utilisation de cet outil dans les services fermés. Il est vrai que les services fermés sont au même titre audités comme les autres services d'hospitalisation. Cependant, et indépendant du résultat de la charge de travail ainsi mesurée, la dotation financée comporte toujours au moins 17.5 ETP, ce qui revient à une présence de 3 soignants sur 24 heures.

La Médiateure n'a pas de commentaires particuliers à apporter à cette précision.

7. Prise de position du Procureur Général d'Etat :

Le rapport provisoire concernant la mission de contrôle relative aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux que vous m'avez fait parvenir début novembre a retenu toute mon attention. Ceci fut d'autant plus facile qu'il contient maintes observations et réflexions intéressantes.

Le rapport ne donne pas lieu à une observation de ma part.

Cet avis n'appelle aucun commentaire de la Médiateure.

8. Prise de position de la CCDH sur le rapport de la Médiateure relatif aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

La Médiateure a communiqué le rapport concernant sa mission de contrôle relative aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux à la CCDH.

L'article 7 de la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) (...) a désigné la Médiateure comme mécanisme national de prévention et ses attributions ont été fixées. L'article 7 de la même loi prévoit que la Médiateure, notamment, publie un rapport annuel, qui sera communiqué « aux autorités compétentes qui peuvent valoir leurs observations par écrit ».

Les services de psychiatrie dits « fermés » font à l'évidence partie des « *lieux où se trouvent des personnes privées de liberté* » visés à l'article 3 de cette loi, et sont dès lors soumis au mécanisme national de prévention.

Ci-dessous la CCDH se prononce sur le rapport de la Médiateure et formule ses remarques. Pour ce faire, la CCDH se base, entre autres, sur ses avis précédents en la matière.

La CCDH avait publié le 8 février 2006 un avis intitulé « *La protection des droits fondamentaux de la personne hospitalisée ou placée en institution psychiatrique* », dénonçant les lacunes existantes à ce moment en matière de protection des droits fondamentaux des patients : ces lacunes étaient d'ordre structurel, juridique et se manifestaient aussi au niveau des pratiques cliniques.

Dans son avis du 16 mars 2009 sur le projet de loi 5856 relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police, la CCDH rappelait que la personne hospitalisée sans son consentement devait conserver la plénitude de ses droits fondamentaux au regard de la Constitution, mais aussi au regard des normes juridiques internationales et européennes de protection des droits de l'Homme, notamment celles contenues dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme, dans la Convention européenne des droits de l'Homme et dans la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Aussi, la CCDH considère que les normes édictées par le Comité pour la prévention de la torture (CPT, organe du Conseil de l'Europe) doivent servir de « minima » à mettre en place et à respecter, quand il est question de placement non volontaire en établissement psychiatrique. Elles concernent, notamment :

- La prévention des mauvais traitements
- Les conditions de séjour et de traitement des patients
- La façon et les méthodes qui sont utilisées pour exercer la contrainte et la contention : cela vaut aussi bien les techniques utilisées, les procédures qui doivent être respectées, que dans les cas de recours,
- Le personnel des établissements : formation, moyens, comportement
- Les garanties en cas de placement : légales, médicales.

Les notions de « troubles psychiques graves » et « personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui »

La loi définit deux critères pour pouvoir procéder à une admission ou un placement sans consentement : existence de troubles psychiques graves et danger pour soi-même ou pour autrui. Dans son avis de 2009, la CCDH insistait sur le fait que l'interprétation de ces critères demeurait restrictive, peu claire. La notion de « danger » trop vague, dépendait de l'interprétation du personnel soignant et il était proposé d'utiliser le terme de danger « aigu ». Car, le seul fait qu'une personne soit atteinte d'une maladie psychique grave n'est pas suffisant pour autoriser la contrainte. Cela vaut d'ailleurs pour toutes les maladies qu'elles soient psychiques ou physiques et même lorsque le refus de prise en charge constitue, selon l'avis des médecins, un danger grave pour la santé du patient.

La CCDH proposait d'intégrer comme troisième critère le refus de traitement. Encore faut-il comprendre quels sont les motifs qui amènent une personne à refuser une prise en charge. Une personne peut refuser un traitement bien déterminé, mais peut (dans un climat d'empathie et de confiance), par la voie du respect de son opinion et par la proposition d'alternatives, accepter un traitement alternatif, p.ex. un suivi en ambulatoire.

Dans ce sens, la CCDH ne suit pas les propos de la Médiateure à la page 9 du rapport suggérant qu'un encadrement en milieu hospitalier puisse être le plus adapté. Il faut voir cela au cas par cas. La CCDH soutient la proposition sur le renforcement de « centres d'intervention de crise » et « antennes mobiles ». Le spectre de la souffrance psychique étant vaste et chaque personne souffrante adoptant une attitude bien spécifique quant à l'acceptation et le vécu de sa maladie, la mise en place de divers instruments d'accueil est à poursuivre.

La Médiateure ne comprend pas l'objection formulée par la CCDH alors qu'il semble que tant l'avis de la CCDH que celui de la Médiateure en matière d'élargissement des critères permettant de procéder à une admission ou à un placement sont convergents.

Ainsi, la CCDH mentionne expressément qu'elle proposait le refus de traitement comme critère d'admission ou de placement.

La Médiateure souligne qu'il ne lui importe pas d'augmenter le nombre de personnes admises ou placées, mais souhaite que les personnes nécessitant un traitement puissent y accéder.

Il ne fait par ailleurs aucun doute, et la Médiateure ne l'a jamais contesté que le placement ou l'admission ne constituent pas les seuls piliers de traitement. Bien au contraire, si l'état de santé du patient le permet, des traitements alternatifs, extrahospitaliers sont à privilégier dans la mesure du possible.

Les mineurs

Eu égard aux normes CPT qui les concernent et plus généralement à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et à l'ensemble des règles minima concernant l'administration de la justice des mineurs (Règles de Beijing, 1985), les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté et les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile (Principes de Riyad, 1990), la CCDH réaffirme que la pratique répandue du placement de mineurs en milieu psychiatrique fermé doit être absolument abandonnée, sauf dans des cas tout à fait exceptionnel de crise aigue, soumis à des normes très sévères : tout doit être fait pour rechercher des solutions d'encadrement adapté à la situation des jeunes et éviter des solutions de facilité comme l'enfermement et la privation de liberté.

La Médiateure n'entend pas faire de commentaires sur les observations fournies alors que son rapport concerne exclusivement les patients adultes. En ce qui concerne une éventuelle mesure d'admission ou de placement d'un mineur sur base de la loi du 10 décembre 2009 relative aux personnes souffrant de troubles mentaux, la Médiateure renvoie au rapport de son prédécesseur relatif aux unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées du 22 juillet 2011, chapitre 3, page 14 et ss.

Structures spécialisées

La CCDH note qu'il y a un manque important de structures spécialisées. Ainsi par exemple le Luxembourg ne dispose pas, malgré un intérêt marqué par des professionnels formés et spécialisés du réseau hospitalier et extrahospitalier, de possibilité d'hospitalisation mère-bébé (volontaires ou sous contrainte) pour des femmes qui sont en décompensation psychiatrique après une naissance. Le placement des bébés est dès lors la conséquence, vu la non-possibilité de traitement à Luxembourg et le refus fréquent des juges de la Jeunesse d'un traitement de la mère et de son bébé à l'étranger dans des structures adaptées par crainte de fuite de la mère avec son enfant pour se soustraire au jugement.

La CCDH constate qu'un nombre important de mineurs placés par les Juges de la Jeunesse en foyer d'accueil sont hospitalisés à la demande des foyers débordés en psychiatrie résidentielle, faute de structures d'accueil spécialisées pour des jeunes en souffrance psychologique, mais qui ne présentent pas de trouble psychiatrique aigu ou avéré nécessitant une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. La CCDH recommande la création et le développement de structures d'accueil spécialisées pour des enfants et adolescents placés en souffrance psychique.

La Médiateure confirme qu'elle partage intégralement l'avis de la CCDH en ce qui concerne le manque de structures adaptées sur le territoire national.

Les détenus atteints d'une maladie mentale

La loi du 27 juillet 1997 portant organisation de l'administration pénitentiaire prévoit dans son article 9 qu'il est créé auprès du Centre pénitentiaire de Luxembourg une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes et les détenus atteints d'une maladie mentale. Cette structure peut également accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement conformément à la loi.

La CCDH s'oppose à l'idée d'une unité psychiatrique située à l'enceinte même du centre pénitentiaire de Schrassig. D'abord, il faut garantir une séparation stricte entre enfermement psychiatrique et incarcération – l'internement en unité psychiatrique ne peut constituer une peine. En outre les effets de la proximité des deux institutions, situées sur un même site, sont problématiques du point de vue de l'efficacité de la prise en charge des patients.

La CCDH émettra dans un avenir proche son avis sur la réforme pénitentiaire, qui prévoit également une réforme de la section médicale spéciale. Sans préjuger dans le présent avis des conclusions qui y seront tirées, la CCDH signale d'ores et déjà que ce point fera l'objet d'une attention toute particulière eu égard à l'incidence sur ces droits fondamentaux du placement d'une personne dans une telle section.

En attendant cet avis, la CCDH ne peut que soutenir la volonté déclarée de la Médiateure dans son rapport (page. 110) lorsqu'elle écrit qu': « *A défaut d'une solution satisfaisante dans un avenir proche, elle n'hésitera pas recourir aux moyens qui lui sont réservés par le législateur national et par le Protocole facultatif* »

La Médiateure peut comprendre les réticences de la CCDH en la matière. Son expérience sur le terrain a cependant clairement démontré qu'il y a lieu de trouver de toute urgence une solution à ce problème très grave mettant directement en

cause les droits de l'homme de certaines catégories de patients atteints d'une pathologie psychiatrique.

Son prédecesseur et elle-même ont amplement fait état de la situation dans différents rapports de visite ainsi que dans l'avis relatif à la réforme pénitentiaire.

Le souci majeur de la Médiateure est de trouver une solution praticable et financièrement réalisable dans un futur aussi proche que possible.

Tant la Médiateure que son prédecesseur ont mené de nombreux entretiens avec les différentes autorités compétentes, la Médiateure suit de très près tous les travaux menés en la matière.

Après une analyse approfondie de tous les facteurs, la Médiateure maintient formellement sa recommandation alors qu'elle constitue à son avis la seule solution qui permette de pallier dans un délai raisonnable à une situation qui, quant au fond est inacceptable.

La séparation stricte des compétences respectives des autorités sanitaires et des autorités pénitentiaires, qui ne saurait tolérer aucune modulation aux yeux de la Médiateure, lui paraît susceptible d'offrir à suffisance de droit les garanties requises au niveau du respect des droits de l'homme des patients psychiatriques et des détenus.

Il va sans dire que la Médiateure privilégierait également une construction à part, complètement dissociée des infrastructures du CPL, mais cette solution ne semble pas envisageable dans un avenir proche. Or, l'urgence manifeste ne saurait tolérer de retard dans la mise en œuvre des travaux qui s'imposent.

Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires.

De manière générale, la CCDH est d'avis qu'une hospitalisation sans consentement ne donne pas automatiquement le droit au médecin d'initier un traitement sous contrainte. Deux droits fondamentaux différents sont en cause :

1. le droit à se déplacer librement,
2. le droit à l'intégrité psychophysique et l'interdiction de traitements inhumains ou dégradants.

Pour cette raison, une hospitalisation sans consentement n'entraîne pas l'autorisation de procéder à un traitement sous contrainte. En fait, la personne concernée est hospitalisée contre son gré non pas parce qu'elle présente des symptômes psychiques graves et qu'elle refuse de se faire traiter, mais sur base du fait que ces troubles la rendent dangereuse pour elle-même ou pour autrui (Art. 3 et Art. 7). C'est d'ailleurs cette dernière condition qui est également requise en cas de placement judiciaire (Art. 71, al. 2, code pénal).

La Médiateure ne peut suivre le raisonnement de la CCDH. Les articles 3 et 7 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation des personnes atteintes de troubles

mentaux ne font que définir les critères qui doivent être remplis pour justifier une mesure d'admission ou de placement. Ces dispositions ne portent aucun préjudice quant aux dispositions énoncées par les articles 43 et 44 de la même loi qui traitent des modalités particulières du traitement de la personne placée. Il ne fait médicalement aucun doute qu'il est dans certains cas bien définis dans l'intérêt manifeste d'un patient d'être soumis à un traitement médicamenteux, même contre son gré. La Médiateure tient à préciser que le consentement du patient doit toujours être recherché et que les traitements involontaires ne sont justifiables que dans des cas bien précis.

Malheureusement, ce consentement éclairé ne saurait être donné par tous les patients et ceci en raison de leur maladie qui les expose à des souffrances majeures.

Il serait éthiquement inadmissible d'un point de vue médical de tolérer la persistance de ces souffrances alors que des traitements susceptibles d'alléger ces souffrances existent. La Médiateure tient à souligner qu'elle se limite ici sur le seul cas des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique qui porte gravement atteinte à leurs facultés de décision. Il s'agit dans ce cas précis de pondérer deux droits acquis aux patients admis ou placés, à savoir celui du strict respect de leur intégrité physique, y inclus le droit de refuser un traitement et celui de leur droit au respect de leur dignité humaine et à la protection contre la torture. Il peut être, aux yeux de la Médiateure, constitutif d'un acte de torture et de traitement inhumain, de tolérer des souffrances manifestes et graves d'un patient en s'abstenant de lui administrer un traitement scientifiquement indiqué.

Par ailleurs, la Médiateure tient à répéter que les dispositions des articles 43 et 44 précités sont en parfaite conformité avec les normes internationales régissant la matière.

Le traitement involontaire se fait surtout sous forme de l'administration de médicaments psychotropes. Sans vouloir nier le fait que ces médicaments peuvent apporter un soulagement et une diminution de la souffrance dans de nombreux cas, et que, dans d'autres cas, ils sont indispensables pour désamorcer un risque de passage à l'acte, la CCDH doit néanmoins attirer l'attention de la Médiateure sur le fait que des effets secondaires graves, mettant en danger la santé physique et psychique du patient, sont documentés, surtout en cas d'administration prolongée. Il faut surtout savoir que la relation entre mort subite et psychotropes est loin d'être simplement fondée sur l'utilisation de tels médicaments. Y interviennent entre autres les faits suivants : bilan somatique non systématique pour ces malades ; facteurs de risque majorés parfois par un mode de vie ; pathologies cardiaques congénitales non détectées, ni détectables de façon systématique. En l'absence d'un consentement éclairé de la part du patient ou de son représentant légal (art. 43, loi de 2009) ceci renvoie à des questions non seulement d'ordre éthique, mais aussi de responsabilité pénale. Pour cette raison, la CCDH émet également des réserves par rapport aux traitements médicamenteux ambulatoires sous contrainte.

La Médiateure connaît les effets secondaires du traitement médicamenteux en psychiatrie. Elle ne s'est jamais prononcée en faveur d'une quelconque forme de ce traitement lourd et sous contrainte en milieu ambulatoire.

La CCDH propose d'améliorer le système de prise en charge de différents médicaments antipsychotiques. Une solution du problème peut être instaurée par la collaboration des services spécialisés et des personnes concernées avec les Offices sociaux dans le cadre du système du Tiers payant devenant effectif dès 2013.

La Médiateure s'en félicite.

Absence de consensus :

Autre proposition :

Il faut noter que le fait de proposer la gratuité de tels médicaments, surtout chers en ce qui concerne la participation personnelle, rendrait un service aux malades consentants, sous condition d'une surveillance médicale somatique et cardiaque stricte.

La Médiateure se réjouirait si pareil accord pouvait être trouvé.

L'administration forcée de médicaments peut constituer un traitement dégradant dans le sens où il se peut que la violence physique (ou des pressions psychologiques) soit utilisée et que l'effet de ces substances peut être vécu par la personne concernée de manière aliénante, aussi bien du point de vue des effets physiologiques que du changement de la perception de soi et de l'entourage. L'administration de médicaments psychotropes doit être considérée comme une intervention invasive, car déployant une action jusqu'au centre même du fonctionnement psychique. Le traitement involontaire doit être limité à des situations précises qui présentent un danger aigu pour la santé de la personne concernée ou de son entourage et au cas où d'autres moyens d'intervention ont échoué.

La Médiateure a déjà mentionnée à suffisance qu'elle considère qu'un traitement involontaire doit se résumer à de rares cas, bien définis, la médication devant par ailleurs faire l'objet d'une documentation précise.

En conséquence, la CCDH proposait dans son avis du 16 mars 2009 de reformuler l'article 43 (1) de la loi de la manière suivante: « *Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave et aigu pour sa santé ou pour autrui* ». Dans le sens du paragraphe (2) de l'article 43, la CCDH recommandait d'instituer des mécanismes dans les services psychiatriques qui développent une culture de négociation par rapport aux traitements afin de favoriser une adhésion de la personne concernée. Beaucoup d'études - dont l'étude internationale EUNOMIA5 - montrent que les traitements involontaires ont des résultats nettement inférieurs aux traitements volontaires, effectués avec la coopération du patient.

La Médiateure adhère à la culture de négociation proposée. Elle se pose néanmoins des questions quant à l'application de cette méthodologie en présence de patients gravement altérés dans leurs capacités de communication et de discernement, refusant tout accès et toute forme de communication. Or, généralement une médication involontaire ne devrait s'appliquer que dans ces cas. Dans tous les cas où un patient est médicalement capable de donner son consentement, un traitement involontaire ne devrait pas être envisagé.

Par ailleurs, la Médiateure rappelle le caractère d'urgence qui préside à l'administration forcée de certains médicaments.

Le paragraphe (3) de l'article 43 stipule que l'avis du patient doit être pris en considération. Dans ce contexte, la CCDH conseillait de prévoir dans la loi la possibilité d'un testament de vie (« Patientenverfügung »). Ce document-formulaire, rempli par le patient sain ou en rémission en vue d'une éventuelle hospitalisation en période de crise, définit les traitements qu'il est prêt à accepter en cas d'hospitalisation sans consentement.

La CCDH salue les avancées apportées par la loi de 2009.

La CCDH encourage de persévérer dans cette direction en

- Renforçant les droits des personnes : OBLIGATION au lieu de POSSIBILITE pour le juge de se déplacer auprès de la personne admise afin de prendre sa décision de maintien ou de levée de l'admission se la personne, après le 1^{er} rapport du médecin-psychiatre (= modification de la loi)

Absence de consensus :

Autre proposition :

Pour certains membres, créer une obligation de déplacement peut, certes, paraître utile prima facie, mais il ne faut pas perdre de vue qu'en pratique le juge se fiera essentiellement aux dires des médecins spécialistes. La loi (art. 11) lui impose une vérification des conditions de forme et de fond de l'admission, mais elle ne semble pas imposer la vérification du bien-fondé médical des constatations faites par le médecin visé à l'article 9 qui « décrit les symptômes du trouble mental et atteste la nécessité de l'admission. » Ces membres sont d'avis qu'une visite obligatoire n'apporte pas de plus-value.

La Médiateure constate que la formulation de sa recommandation (3) à la page 10 de son rapport et relative au déplacement du juge auprès du patient peut prêter à confusion.

La Médiateure recommande en effet d'accorder au juge saisi du dossier la faculté de se déplacer auprès du patient à tout moment de la procédure d'observation et non seulement à des fins de prise d'une décision de placement.

La Médiateure pense à l'opportunité de recommander une obligation de transport du juge auprès du patient. Après analyse elle est cependant arrivée aux mêmes conclusions que celles détaillées dans l'avis dissident.

- Obligeant de communiquer aux concernées et leurs proches/personnes de confiance les délais et formes de recours légaux contre les mesures de placement (= modification de la loi)

La Médiateure estime qu'il doit être obligatoire d'informer les patients des voies de recours existantes et des modalités qui s'y rattachent.

Elle considère que la transmission écrite d'une information complète sur les voies de recours devrait garantir à suffisance les droits des patients alors qu'il leur sera toujours loisible de continuer ces informations à la personne de leur choix.

Par ailleurs, la Médiateure donne à considérer que toute information sur la mise en observation ou le placement d'un patient tombe sous le secret médical ce qui demande que toute communication éventuelle soit soumise à l'accord préalable du patient concerné.

- Modifiant la composition de la commission spéciale, en incluant à côté des deux magistrats et des deux médecins un-e psychologue et un-e assistant-e social-e. Une cohérence avec l'article 38 qui prévoit une tutelle médico-psychosociale est ainsi établie
- Définissant des normes nationales concernant le « suivi régulier » (Art 44. paragraphe (3)) du patient en cas de mesure d'isolement ou de contention
- Consultant les proches de la personne concernée, surtout en vue de la future réinsertion sociale.

Conditions générales de traitement et d'encadrement des patients

Le rapport de la Médiateure souligne, à juste titre, les bonnes pratiques et les efforts réalisés par de nombreux professionnels sur le terrain pour permettre un encadrement à visage humain des personnes en souffrance psychique.

Pour garantir et améliorer l'encadrement et la prise en charge, une évaluation constante des besoins en termes de ressources humaines est nécessaire. Il faut surtout veiller à avoir de façon constante la dotation maximale pour un nombre de places fixes, qui en aucun cas ne peut être dépassé. Cela vaut aussi pour le fonctionnement interne des services existants que de leur interaction à un niveau national.

La CCDH soutient les propositions de la Médiateure concernant :

- L'urgence de présenter des deux règlements grand-ducaux prévus par la loi du 10 décembre 2009, plus précisément les Art. 5, alinéa 2 et Art. 9, alinéa 3 sur les normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation et le modèle de certificat médical qui est à joindre à la demande d'admission
- L'accès à l'air libre pour tous les patients
- Mettre en place (où il n'y en a pas) et diversifier les activités de loisirs et thérapeutiques sur base de programmes individuels
- La nécessité de développer (là où il n'existe pas) le travail en équipe pluridisciplinaire
- La limitation de la durée des fixations. Une durée dépassant une journée constitue aux yeux de la CCDH un mauvais traitement et n'a pas de justification thérapeutique. Elle met en péril grave la santé physique.

Absence de consensus :

Autre proposition :

Certains membres sont d'avis qu'il faudrait parler plutôt d'une limite de principe de un jour, mais que – en cas de circonstances particulières qui doivent obligatoirement figurer au registre des fixations – cette durée pourrait être prolongée de jour en jour. Il semblerait

toujours dangereux d'imposer des limites fixes qui ne correspondent pas toujours aux besoins concrets sur le terrain. Ces membres sont néanmoins tout à fait d'accord que soit précisé qu' « en aucun cas la fixation ne peut être utilisée en l'absence d'indications médicales » afin d'éviter qu'elle soit imposée à titre de sanction, ainsi que cela transparaît dans l'exemple figurant à la page 47, dernier alinéa, du rapport.

La Médiateure est évidemment d'avis que toute mesure de contention doit être cumulativement limitée tant dans le temps qu'au strict nécessaire. Elle en a d'ailleurs fait état à plusieurs reprises dans le rapport dont objet, notamment en adoptant la position du CPT à cet égard.

Cependant, son expérience pratique lui rend impossible de se déclarer d'accord avec une limite quelle qu'elle soit. Si en réalité, cette limite n'est atteinte que dans de très rares cas d'exception, force est quand même de constater que pendant la période couverte par ce rapport, il a été nécessaire de procéder à la contention d'un même patient à d'itératives reprises. Ces contentions se sont suivies à des intervalles très courts, de sorte qu'on peut raisonnablement parler d'une contention continue. Or, ces cas, extrêmement peu fréquents, ont été dictés par une nécessité thérapeutique qui ne saurait être mise en doute.

- La tenue d'un registre des fixations (description de l'épisode menant à une décision de fixation, décision du médecin, membres du personnel impliqués, lieu, durée, réactions du patient, méthodes alternatives possibles qui n'ont pas pu être mises en pratique faute de moyens).
- Le développement de « centres d'intervention de crise » et « d'antennes mobiles » devant adhérer aux normes nationales
- La nécessité de formation continue et supervision pour les professionnels du secteur
- L'application d'un coefficient de valorisation des résultats de l'application du PRN (Projet de Recherche en Nursing) supérieur à celui appliqué aux autres services.

Absence de consensus :

Commentaire :

Certains membres ont émis des doutes quand à l'idée que le PRN soit un outil valable pour une dotation optimale, vu qu'il demande des justifications et un temps très important de rédaction, sans que le personnel administratif pour faire ce travail soit attribué à ces structures.

La Médiateure partage ces doutes, mais des interventions auprès des autorités responsables permettent d'exclure toute volonté de se baser sur un autre référentiel.

La CCDH estime qu'il faut un engagement plus audacieux au niveau de :

- La limitation des fixations

La Médiateure renvoie aux commentaires déjà faits à ce sujet.

- Le traitement de mineurs en souffrance psychique grave

Cet aspect ne fait pas partie du rapport dont objet qui se limite aux seuls majeurs. La Médiateure renvoie à son rapport relatif aux mineurs placés dans des institutions psychiatriques fermées.

- Le traitement de détenus en souffrance psychique grave

Cet aspect a été très amplement commenté par la Médiateure ainsi que par son prédecesseur, voir à ce sujet également les rapports « L'entrée du détenu en milieu carcéral et la santé en milieu carcéral », « Les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt » ainsi que l'avis de la Médiateure sur les projets de loi 6381 et 6382.

- La mise en place de structures permettant l'accueil et le suivi de patients n'ayant pas « leur place thérapeutique » dans la psychiatrie (ex. déments, certains handicaps) afin de permettre l'écoulement visé par la réforme de la psychiatrie

Il s'agit ici d'un problème crucial dont l'évolution sera suivie de très près.

- L'intégration de critères de Droits de l'homme dans la conception architecturale externe/interne (Luft + Licht + Bewegung + Material + Farben)

La Médiateure en tiendra compte en temps opportun. Pour l'instant aucun projet de construction ne se trouve en phase de formulation. Il en est de même en ce qui concerne les deux règlements grand-ducaux en souffrance.

- Un encadrement médical somatique digne de ce nom pour les malades en hospitalisation sans consentement, sachant que la psychiatrie ne peut assumer la prise en charge, la détection, voire le traitement de comorbidités, souvent encore méconnues auprès de cette population à risque.

La Médiateure tient à rappeler que tous les médecins-spécialistes en psychiatrie ont accompli une formation de médecin-généraliste. Pour le surplus, une présence médicale somatique régulière est assurée sur le site du CHNP.

En ce qui concerne les autres sites, une présence médicale somatique est assurée 24h/24 alors qu'il s'agit d'hôpitaux régionaux.