

R A P P O R T

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

Les unités

psychiatriques infanto-

juvéniles

fermées

Rapport de suivi

Commentaires et réactions

Remarque : Les commentaires de la Médiateure sont repris en gras.

1. Introduction

Le rapport provisoire relatif à cette mission a été adressé, pour avis et commentaires, à Monsieur le Ministre de l'Education nationale et de l'Enfance, Madame la Ministre de la Santé, Monsieur le Procureur Général d'Etat, la Commission Consultative des Droits de l'Homme, l'Ombudscomité fir d'Rechter vum Kand, ainsi qu'aux établissements hospitaliers concernés, à savoir le Centre Hospitalier de Luxembourg, l'Hôpital Kirchberg et le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique.

Les réactions, avis et propositions de Madame la Ministre de la Santé, de la CCDH, du CHNP et de l'Hôpital Kirchberg ont été intégrées dans le présent rapport. Ces réactions font également l'objet d'un commentaire par la Médiateure qui remercie les intervenants concernés d'avoir pris le temps de soumettre leurs commentaires et leurs avis qui constituent une aide précieuse pour le travail futur du Mécanisme National de Prévention.

La Médiateure est consciente du fait que ce rapport ne constitue pas une priorité pour tous les destinataires auxquels il a été adressé. Elle déplore cependant que Monsieur le Ministre de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, qui est concerné dans un tout premier chef par la matière n'ait tout simplement pas réagi, ceci malgré un rappel formel. Il en est de même en ce qui concerne le CHL qui a informé la Médiateure qu'il n'avait pas de commentaires ou remarques à soumettre.

2. Prise de position par le Ministère de la Santé :

Remarque générale concernant les mineurs placés :

D'un point de vue de santé mentale du mineur, nous ne pouvons que soutenir les recommandations de la Médiateure : Surtout lorsqu'il s'agit de modifications nécessaires de la loi relative à la protection de la jeunesse (dans le cas des placements des mineurs) et ceci dans le sens de faire bénéficier les mineurs des mêmes garanties que les patients majeurs en cas de placement, me semblent tout à fait importantes et cohérentes (voir également rapport de recommandations : pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants t des jeunes au Luxembourg publié par le Ministère de la santé : promotion, prévention, prise en charge, intégration-23 juillet 2013)

La Médiateure apprécie que le Ministère de la Santé appuie ses recommandations.

Remarques concernant plus spécifiquement la psychiatrie infanto-juvénile hospitalière/extrahospitalière :

e.a. P.10 avant dernier alinéa ; P.57 3^e alinéa, P.74. 3^e alinéa... : tous les services de psychiatrie infanto-juvénile hospitalière se trouvent dans la même situation, c'est-à-dire de devoir « garder » hospitalisé les enfants /adolescents plus longtemps qu'absolument nécessaire, par manque d'encadrement/supervision psychiatrique possible (activité de type encadrement ambulatoire psychiatrique logement (à domicile/au foyer)). Il s'agit effectivement d'une activité à développer. Plusieurs modèles semblent possibles : ou bien du type SPAD (CNS) de façon plus élargie ou des type conventionné comme (de type p.ex. service parentalité ou service logement psychiatrie extrahospitalière infanto-juvénile) ou de type remboursement CNS pour une activité pédopsychiatrique (dont le forfait serait à négocier à les instances compétentes) ou de type forfait ONE (montant à négocier avec les instances compétentes).

Les différents modèles pourraient en grande partie aider à raccourcir les durées d'hospitalisations (placements inclus) psychiatriques infanto-juvéniles (cf. comme plus haut : rapport 23 juillet 2013) surtout dans les situations où une prise en charge en milieu psychiatrique ou médico-psycho-pédagogique de type stationnaire à long terme s'avérerait comme pas nécessaire. L'envergure de ce type de prise en charge serait encore à chiffrer, mais celle-ci ne saura pas remplacer complètement les admissions nécessaires en structures stationnaires de type foyer spécialisé.

Il est de la compétence de la Médiateure en tant que responsable du Mécanisme National de Prévention de souligner que les durées d'hospitalisations sont encore trop longues et ceci partiellement à cause d'un manque flagrant d'autres infrastructures spécialisées d'accueil.

La Médiateure comprend que des pistes de solution sont envisageables à plusieurs niveaux et qu'elles peuvent aussi être à charge du budget de différents intervenants. Or, ceci demande une solution politique rapide et claire que la Médiateure souhaite connaître dans les meilleurs délais eu égard l'importance du problème. La Médiateure lance donc encore une fois un appel insistant en ce sens aux autorités concernées. Elle suivra l'évolution de ce dossier de près.

e.a. P.68. 2^e alinéa ; P.73.1^{er} alinéa, dernière phrase ; P.79, dernier alinéa, 2^e phrase : à plusieurs reprises le rapport décrit des admissions (10-15% des hospitalisations programmées en urgence ou placements) d'enfants de 11, 12, 13 ans dans des services de psychiatrie juvénile (conçus pour des adolescents entre 14-18 ans) et ceci pour différentes raisons. On ne peut que soutenir l'avis de l'expert international et de la Médiateure que ces façons de procéder vont à l'encontre de bonnes pratiques en santé mentale infanto-juvénile, et qu'il s'agit de trouver des solutions sur différents niveaux à pouvoir remédier à cette façon de procéder.

Ici la Médiateure répète que la situation actuelle ne peut être maintenue et qu'une décision politique rapide et claire s'impose.

e.a.P.79, avant-dernier alinéa : l'expert décrit que le concept médico-psycho-pédagogique du service stationnaire de la pédopsychiatrie du CHL ne se baserait pas sur des standards internationaux scientifiquement prouvés. Tout en sachant que les hôpitaux avec les professionnels qu'ils emploient sont eux-mêmes responsables des concepts appliqués, je ne

peux néanmoins pas faire abstraction de ce constat et me pose toute la question du rôle, de la responsabilité et des moyens que peut avoir la direction/ le ministère de la santé dans cette question. Il est vrai qu'un concept holistique, englobant les différents courants conceptuels, s'alignerait davantage à des standards internationaux scientifiquement fondés et pourrait certainement proposer des prises en charge plus diversifiées aux petits patients et à leurs familles.

La Médiateure n'est pas spécialiste en la matière. C'est la raison pour laquelle elle s'est adjointe de l'avis d'un expert internationalement reconnu. Elle estime que seule une décision prise par l'autorité centrale, donc le Ministère de la Santé peut mener à une solution du problème si les instances hospitalières concernées ne réagissent pas face aux constats opérés. A ce titre, la Médiateure regrette que le CHL n'ait pas jugé utile de formuler une prise de position quant à ce rapport.

Toutes les recommandations de Mme la Médiateure destinées directement à un service psychiatrique infanto-juvénile spécifique et pouvant être d'office transposables par le service concerné, ne sont pas reprises individuellement dans cet avis, mais semblent tout à fait cohérentes et transposables sans interventions nécessaires à d'autres niveaux que celui par le service concerné lui-même.

3. Prise de position des Hôpitaux Robert Schuman (Hôpital Kirchberg)

page 22 (39)

Concernant votre proposition de faire un sevrage (réduction) progressif de tabacs, on voulait (direction, médecins et responsables de la psychiatrie juvénile) souligner notre mission en tant qu'hôpital de ne pas soutenir la consommation de tabac dans l'institution, ni sur le terrain de l'hôpital. En dehors de l'enceinte (sortie ou Autonomie training) les jeunes peuvent fumer, et ne craignent rien au retour à l'hôpital.

En outre on réfléchit de mettre en place plus systématiquement une consultation anti-tabac (Pneumologue) pour sevrage progressif avec des patches ou un traitement adapté.

La Médiateure souligne, tout comme elle l'a déjà fait à plusieurs reprises, également dans d'autres rapports, qu'il n'est nullement dans ses intentions de favoriser le tabagisme de quelque manière que ce soit. Elle considère cependant que le mineur qui vient d'être placé dans une unité psychiatrique fermée se trouve, notamment au début de son séjour, dans une situation de vulnérabilité particulière. Un arrêt tabagique du jour au lendemain parallèle est susceptible de générer une source de stress supplémentaire, ce qui paraît évitable.

page 23 (40) :

Les demandes des jeunes pour changer de chambre sont prises au sérieux, et sont un sujet journalier lors du contact avec l'équipe. Les jeunes ont aussi la possibilité d'exprimer leurs besoins lors de la visite du psychiatre ou lors des réunions hebdomadaires.

La Médiateure en prend bonne note et encourage les responsables à persévérer en ce sens.

page 23 (41)

Entre temps le raccordement à la télévision a été fait.

La Médiateure s'en félicite.

Concernant votre demande d'augmenter le contact avec les différents groupes de patients, les responsables du service et les psychiatres disent clairement que cette séparation des groupes est indispensable pour un maintien d'un déroulement calme à l'étage. Cette séparation des différents groupes est aussi importante, car elle permet, après évaluation de la situation, de séparer les jeunes qui posent problèmes ou avec potentiel de fugue. Pour nous cette mesure est importante et elle nous aide à garder la situation en main.

Puisque le raccordement à la télévision recommandé a été installé, le reste de la recommandation de la Médiateure, qui était avant tout subsidiaire, est devenu sans objet.

page 24 (44)

Le document existant va être complété et une information avec laquelle les jeunes peuvent demander un conseil juridique va être rajoutée. Comme la collaboration des juges, une implication des avocats dans le processus thérapeutique est imaginable.

La Médiateure remercie les responsables de cette initiative. La Médiateure rappelle que sa recommandation ne visait que le droit du mineur à être assisté par un avocat aux fins de la sauvegarde de ses droits. Ceci est sans relation avec le processus thérapeutique proprement dit.

page 25 (45)

Les médecins et les responsables du service expliquent qu'il est important de laisser des phases de récupération et la possibilité de rester seul entre les différentes thérapies. Mais néanmoins les responsables insistent et soulignent que pendant les heures indiquées, les jeunes peuvent sans problème faire :

- Des jeux de société
- Demander d'aller chez un autre jeune en chambre
- Préparer les thérapies (avec aide du personnel ou des thérapeutes)

- Rangement de leur chambre
- Sortir du service (si sortie autorisée: autonomie Training)
- Demander de faire du sport (avec ou sans sport thérapeute)

A 21h00 les jeunes doivent aller dans leurs chambres pour se préparer pour la nuit et à 22h00 ils doivent éteindre les lumières pour dormir.

La multitude de ces possibilités est régulièrement communiquée aux jeunes et est sujet de discussion lors des Briefing et réunions avec eux.

Force est de constater que tous les jeunes se trouvant au service ont fait part de leur mécontentement avec ces dispositions à l'équipe de contrôle. Selon les jeunes, ils seraient en grande partie contraints (sauf sorties autorisées rares) à rester dans leurs chambres sans occupation.

Ceci déplaît aux jeunes qui sont bien conscients de la nécessité de bénéficier de plages de repos et qui les revendiquent même, mais qui demeurent d'avis que les temps de repos actuels sont trop nombreux, voire trop longs.

Il s'agit d'un problème récurrent qui préoccupe sérieusement les jeunes patients. La Médiateure demande avec insistance aux responsables de trouver, en accord avec les patients concernés, une solution qui tienne compte des besoins thérapeutiques et médicaux, mais aussi des souhaits tout à fait légitimes des adolescents concernés.

page 26 (47)

Lors d'un Briefing (avec l'équipe multidisciplinaire) avec les patients les jeunes peuvent communiquer leurs demandes. En cas de refus l'argumentation pour un oui ou un non devra effectivement être documenté.

La Médiateure salue la mise en place d'une documentation précise en la matière. Ceci n'empêche pas que le personnel devra démultiplier les efforts d'explication auprès des jeunes patients afin de leur faire comprendre la motivation à la base d'une décision éventuellement contestée.

page 27 (48)

Les fouilles sont réalisées par principe de coïncidence. Pas tous les jeunes ne doivent être fouillés lors de leur retour dans le service. L'équipe multidisciplinaire présente doit juger s'il est nécessaire de faire une fouille sur base d'un faisceau d'arguments. Mais néanmoins les responsables insistent de dire que les fouilles sont très importantes, car une partie des jeunes patients avec caractère labile, sont parfois exploités pour faire le coursier (drogues : substances illicites..).

Mais le point le plus important est la sécurité du personnel et des autres patients, car les jeunes peuvent porter avec eux des objets dangereux.

La Médiateure est absolument d'accord avec e fait que toute fouille doit se baser sur des raisons concrètes. Pour la Médiateure, la suspicion légitime qu'un patient transporte des substances illicites, suite à sa propre décision ou parce que d'autres patients l'y ont contraint, constitue un argument qui plaide sans doute pour la réalisation d'une fouille. Il en est de même en cas de suspicion de détention d'autres objets interdits ou potentiellement dangereux. C'est précisément pour des raisons telles que décrites par les responsables du HK que la Médiateure se prononce contre la mise en place de fouilles selon le principe du hasard et pour des fouilles en cas de suspicion concrète.

page 27 (49)

Dans la mesure du possible les responsables s'engagent que les fouilles soient faites par une personne du même sexe.

La Médiateure s'en félicite.

page 27 (50)

Notre procédure interne sera adaptée selon les normes établies par le CPT

La Médiateure en remercie les responsables.

page 28 (51)

L'équipe des responsables insiste de dire que cette terminologie de « Nullsetting » n'existe pas.

Ce qui existe est la mesure appelé « Zimmersetting », qui est adaptable et ne correspond pas à un standard. Cette mesure peut être maintenue jusqu'à la prochaine visite du psychiatre. Elle est appliquée p.ex. après une fugue ou une autre situation de crise et peut durer quelques heures pour éviter de nouveau un conflit, ou minimiser le risque d'une nouvelle tentative de fugue.

L'équipe de responsables insiste de nouveau que les mesures ne sont dans aucun cas démesurées, mais néanmoins il est impossible de créer un « Catalogue » de sanctions types, car chaque situation nécessite une entrevue de l'équipe multidisciplinaire pour discuter de la suite et pour faire valoir les mesures nécessaires avec un aspect pédagogique.

Ces mesures sont communiquées en toute transparence aux jeunes concernés. Pour autant, le service affiche le règlement interne de façon très transparente.

La Médiateure ne se soucie ici pas de questions de vocabulaire. Il n'en est pas moins vrai que les patients ont communiqué l'existence d'une sanction dite « Nullsetting » à l'équipe de contrôle qui n'a très certainement pas inventé ce mot. La Médiateure et

l'équipe de contrôle ont tendance à estimer qu'il leur semble hautement improbable que les jeunes concernés aient inventé une sanction et sa dénomination de toutes pièces et qu'ils se seraient par la suite même concertés pour convaincre à plusieurs dans des entretiens individuels non annoncés au préalable, les membres de l'équipe de contrôle de son existence.

La prise de position du HK ne répond pas aux questionnements de la Médiateure mais tend plutôt à les éviter. Les responsables indiquent eux-mêmes que la sanction du « Zimmersetting » peut durer jusqu'à la prochaine visite du psychiatre tout en indiquant dans la phrase suivante que la mesure peut perdurer pendant plusieurs heures.

La Médiateure s'est interrogée dans son rapport sur la durée de la mesure, notamment pendant les fins de semaine où le psychiatre n'est pas susceptible de passer à l'unité. Est-ce que dans pareille hypothèse, la mesure est continuée pendant plusieurs jours, jusqu'à son arrivée le lundi ? Si tel était le cas, la Médiateure devrait dénoncer cette pratique qui serait constitutive d'un traitement inhumain.

La réaction de l'HK ne renseigne pas non plus sur les modalités de la mise en pratique du « Zimmersetting ». Est-ce que les patients concernés doivent rester pendant tout le temps dans leur chambre, est-ce qu'il leur est demandé de réaliser un travail de réflexion par écrit ?

Selon les informations de l'équipe de contrôle la mesure du « Zimmersetting » serait limitée à 12 heures dans le cas de patients âgés de moins de 14 ans et à 24 heures pour les patients plus âgés.

Qu'en est-il alors dans l'hypothèse de l'absence d'un psychiatre au-delà de ces délais ?

La Médiateure se demande s'il n'y a pas confusion entre « Zimmersetting » et « Nullsetting » ou avec une autre mesure portant un nom différent et applicable en cas de consommation d'alcool ou de stupéfiants.

La Médiateure n'est pas satisfaite avec la réponse fournie et demande de plus amples informations. Elle n'exclut pas la possibilité de mener de nouveaux entretiens avec les patients concernés afin d'obtenir plus de précisions à cet égard.

page 29 (52)

Cette mesure de déplacer un(e) jeune dans la salle de séjour est une mesure pédagogique, de sécurité, mais aussi lors d'une surveillance intensive et souligne la pénurie de chambre seule dans le service de psychiatrie juvénile. Quand les jeunes, après plusieurs avertissements ne veulent pas dormir et continuent de déranger le repos nocturne, il se trouve qu'ils peuvent être déplacés. Il se trouve aussi que des jeunes qui sont mis dans la salle commune sont sous mesure de contrainte (si inévitable).

A mes yeux, il y a confusion au sujet de ces mesures de contraintes, qui sont nécessaires seulement quand les autres mesures ont échoués, et la « fixation » est inévitable, mais les

jeunes ne sont jamais fixés parce qu'ils doivent aller en salle de séjour? La fixation d'un jeune se fait suite à des faits graves (crise ; agressivité ; protection d'autrui ou de soi-même) fait objet de discussion et d'un accord dans l'équipe multidisciplinaire.

Mais contrairement à ce que les jeunes disent, ils ne sont jamais exposés au regard de tous car ils sont installés dans la salle commune après que tous les patients soient partis dans leurs chambres, et réveillés très tôt le matin avant que les patients rentrent dans cette pièce. Lorsqu'il y a deux patients dans cette pièce, une séparation amovible en bois est prévue.

La Médiateure estime qu'il y a un malentendu. En effet, elle n'a jamais voulu dire que la mesure de déplacement dans la salle commune soit toujours et nécessairement accompagnée d'une fixation du patient. Bien au contraire, l'équipe de contrôle a été informée que le recours à la mesure du déplacement permettrait souvent d'éviter une fixation.

La Médiateure est d'accord avec toute procédure utile permettant d'éviter une fixation tout en garantissant la sécurité et la santé du patient.

Elle insiste que la mesure de déplacement doit être utilisée dans des cas exceptionnels et dans le but de calmer le patient afin qu'il puisse regagner sa chambre. Elle s'oppose avec insistance à un déplacement de patients dans la salle commune pendant la durée d'une nuit entière. L'équipe de contrôle estime que les patients concernés se trouvent dans une situation très exposée qu'il échet de limiter autant que possible dans le temps.

page 30 (56)

Le plan de thérapie est régulièrement adapté et changé de façon à ce que les jeunes aient une grande diversité au niveau du plan thérapeutique. En outre les jeunes peuvent faire part de leurs besoins et de leurs idées de thérapies lors de la « Vollversammlung » une fois par semaine.

La Médiateure a recommandé de solliciter l'avis des patients en ce qui concerne l'offre en thérapie sportive, sa recommandation ne vise pas le plan thérapeutique général qui échappe à ses compétences.

page 31(57)

Les discussions pour adapter cette proposition sont en cours.

La Médiateure en remercie les responsables.

page 37 (59)

Le risque de fugue est réévalué régulièrement par l'équipe présente. Le mode de sortie le plus adapté à la situation des patients est défini par l'équipe multidisciplinaire.

Dans le cadre de l'autonomie training les jeunes peuvent s'engager eux-mêmes d'être sous régime de sortie autorisée.

Pour garantir une sortie à l'air frais pour les jeunes qui sont à risque de fuguer, la notion de protection et de danger pour autrui ou sois même fait qu'il est impossible de garantir à tout moment une sortie. Les équipes sont fortement sensibilisées à ce sujet et réévaluent la situation plusieurs fois par jour pour ne pas inutilement maintenir une situation désagréable pour les deux parties.

La Médiateure s'en félicite.

page 32 (60)

Il faut faire la différence entre les cours au lycée et ceux qui ont lieu à l'hôpital, car l'objectif n'est pas le même. A l'hôpital les jeunes sont souvent dans un état qui ne leur permet pas de suivre des cours scolaires ordinaires7 problèmes d'apprentissage, décompensation : situation sociale défavorisée...). Les cours à l'hôpital visent à améliorer les compétences, mais ne peuvent pas remplacer les cours du lycée. Mais néanmoins le service de psychiatrie juvénile essayera d'adapter les cours et d'établir une collaboration encore plus étroite avec les lycées.

La Médiateure apprécie cette initiative.

page 32 (61)

Sur initiative propre les jeunes peuvent demander d'avoir des visites, d'aller en weekend ou de faire des activités (jeux de société; sortie extérieure : film ; autonomie training...). Ils peuvent exprimer leurs vœux et besoins lors de plusieurs occasions, en autre lors de la « Vollversammlung » qui a lieu le jeudi. Mais en effet il n'y a pas d'activités thérapeutiques (intervention psychologue : art-thérapeute : sport-thérapeute) le weekend.

La Médiateure a suggéré une diversification et une augmentation du nombre d'activités proposées aux patients pendant les fins de semaine. C'est le souhait fréquemment exprimé par la patientèle concernée. La Médiateure insiste qu'elle n'a pas recommandé d'augmenter l'offre en activités thérapeutiques pendant les fins de semaine. Elle note avec satisfaction que les souhaits des patients sont pris en compte.

page 33 (62)

Les responsables s'engagent de sensibiliser le personnel par rapport à cette problématique et d'ainsi instaurer une véritable rigueur.

La Médiateure salue cette initiative.

page 33 (63)

Sensibilisation du personnel

Il s'agit d'un changement qui est facile à mettre en œuvre et qui contribue à une cohabitation plus sereine. La Médiateure remercie les responsables de vouloir remédier à ce problème.

page 33 (66)

Les psychiatres et l'équipe des responsables confirment que l'information sur le traitement médicamenteux est importante et nécessite l'implication des jeunes pour créer la transparence nécessaire.

Mesures d'information actuellement en place :

- Éducation journalière des équipes soignantes. L'équipe demande régulièrement si les jeunes connaissent leurs traitements.
- Information du traitement en cours par les psychiatres
- Possibilité de discuter du traitement.

Mais les équipes signalent que l'intérêt des jeunes pour leur traitement est mineur et que les demandes d'explications sont très pauvres. Tout échange concernant les explications sur le traitement dépend aussi souvent de la capacité de compréhension, de l'état de santé et de l'intérêt personnel des jeunes.

La Médiateure comprend le désarroi du personnel face au manque d'intérêt des jeunes. Elle recommande néanmoins de ne pas lâcher prise et d'encourager davantage les jeunes à s'intéresser à leur thérapie.

page 34 (69)

Les jeunes peuvent demander de téléphoner à tout moment à leurs proches. En sortie seule ils peuvent également prendre leur GSM à eux pour contacter les personnes qu'ils désirent.

La Médiateure a recommandé d'élargir le droit de téléphoner à tout visiteur autorisé. Dans la prise de position, les responsables du HK indiquent que ce droit est accordé aux patients en ce qui concerne leurs proches. La Médiateure s'interroge ce qu'on entend par « proches ». Elle demande à recevoir un complément d'information à cet égard.

page 36 (75)

Le débriefing avec les jeunes est fait en temps utile. Cette intervention leur permet de mieux comprendre pourquoi la fixation était nécessaire, et leur donne la possibilité d'exprimer leurs sentiments.

La Médiateure salue l'initiative.

page 37 (76)

Une limitation de la durée (durée maximale) n'est pas réaliste et non réalisable car les situations sont tellement individuelles qu'une standardisation est quasi impossible. Une réévaluation permanente de la situation est d'autant plus efficace et permet de finir cette mesure le plus vite possible.

La Médiateure estime que la détermination d'une durée maximale de fixation s'impose. Une fois cette durée atteinte, une réévaluation de la situation par le médecin-psychiatre deviendrait alors obligatoire et la démarche devrait être documentée. La Médiateure ne doute pas que les fixations font déjà actuellement l'objet d'une réévaluation continue et qu'elles ne sont appliquées que pendant la durée strictement nécessaire. La détermination d'une durée de fixation maximale n'empêche évidemment pas de procéder à une réévaluation avant le terme de la durée maximale.

Néanmoins, la procédure recommandée aurait l'avantage d'être transparente et documentée.

page 37 (77)

L'article 77 ne correspond pas à notre institution. Erreur de texte car la psychiatrie au Kirchberg ne dispose pas de chambre de fixation. Cet article doit être revu, ou retiré complètement de ce rapport.

L'équipe de contrôle s'est basée sur une fausse information. En l'occurrence il n'existe aucune chambre spécifiquement dédiée aux mesures de fixation. L'équipe de contrôle avait obtenu l'information, erronée, que les chambres situées immédiatement à gauche après l'entrée principale, plus sécurisées que les autres seraient principalement utilisées à des fins de fixation.

Tel n'est manifestement pas le cas de sorte que l'équipe de contrôle présente ses excuses pour cette erreur qui va être rectifiée.

page 38 (78)

Un débriefing est régulièrement fait avec les patients qui étaient témoins d'une intervention traumatisante. Ceci dit le thème de la fixation, mesure de contrainte voir toutes les mesures de sanctions sont régulièrement thématiques lors des réunions avec les jeunes. A ce moment les jeunes ont l'occasion de verbaliser leurs craintes et peuvent savoir pour quoi ou dans quelles situations une mesure doit être appliquée → explications pédagogiques par rapport aux sanctions et aux mesures de contraintes. Ces thèmes sont abordés pour favoriser la transparence et pour éviter la stigmatisation de ces mesures.

La Médiateure approuve cette manière de procéder.

page 39 (81)

Malheureusement cet endroit devant l'infirmierie est le seul endroit pour garantir une surveillance intensive pour éviter d'autres mesures ou sanctions plus invasive.

La Médiateure est attentive aux arguments des responsables du HK, elle insiste pourtant que l'endroit n'est pas idéal, parce que les patients peuvent y être exposés au regard de visiteurs.

page 40 (82)

Les psychiatres et les responsables du service soulignent la problématique des transferts en psychiatrie juvénile. Malheureusement la gestion doit se faire avec les ressources actuellement disponibles.

Malgré un management de préparation de sortie au point, les psychiatres et les responsables ne peuvent pas faire des sorties précoces sans que cela ne nuise à la prise en charge et au processus thérapeutique. Avec une augmentation des journées, et une diminution de la durée moyenne de séjour, les transferts des jeunes en psychiatrie adulte sont souvent inévitables. Ce sujet fait objet de débats réguliers et les psychiatres ainsi que les responsables sont conscients du problème.

Une surveillance intensive et une application du régime pour mineurs nous semble réalisable et adapté.

La Médiateure s'en félicite. Elle est consciente des impératifs causés par le nombre de lits. Elle insiste que des transferts vers la psychiatrie adulte ne doivent se faire que dans des cas de nécessité absolue.

page 41 (83)

Une entrevue avec un responsable de la police pour sensibiliser les équipes sera organisée.

La Médiateure félicite les responsables du HK de vouloir organiser une telle entrevue qui est de nature à lever des incompréhensions de part et d'autre.

page 41(84)

Comme le personnel tient un contact régulier avec les juges, ce point pourra être discuté pour voir si une amélioration sera possible.

La Médiateure demande d'être tenue informée des suites.

page 42 (85)

Malgré un règlement très strict, un échange sur le règlement pédagogique fait preuve d'empathie et de décision humaine. A notre égard cette concertation entre les membres de l'équipe lorsqu'il y a une décision à prendre fait preuve de maturité et de souplesse.

Ceci est une qualité qu'on ne veut pas réprimer, mais au contraire qu'il faut favoriser.

Bien évidemment une discussion sur une sanction doit être claire et bien formulée et surtout pas mise en question par d'autres membres du personnel.

La Médiateure n'entend pas mettre en cause la nécessaire marge de manœuvre qui doit rester acquise en matière disciplinaire. Elle souligne néanmoins que toute sanction disciplinaire doit être compréhensible, proportionnelle, transparente. L'égalité de traitement doit évidemment présider à toute action en matière disciplinaire, donc les patients doivent avoir la certitude que pour une infraction donnée, dans une situation identique, chaque patient est susceptible de se voir infliger la même sanction. Il est essentiel que les patients comprennent pourquoi ils ont reçu une sanction donnée.

page 42 (86)

Avec insistance l'équipe multidisciplinaire souligne l'importance de cette séparation. Actuellement le projet de séparer différentes pathologies est en cours dans les limites du possible, mais malheureusement il est inévitable que des patients placés, souvent plus «lourds» prendre en charge sont en contact direct avec des jeunes très influençables et fragiles.

La Médiateure est consciente des limites imposées par des considérations pratiques d'architecture et de disponibilité du nombre de lits.

Elle encourage néanmoins les responsables à persévérer dans cette voie prometteuse.

4. Prise de position de la Commission consultative des Droits de l'Homme du Grand-Duché de Luxembourg

Nous voudrions vous remercier de nous avoir adressé le projet de rapport concernant la mission de contrôle auprès des Unités psychiatriques infanto-juvéniles, que nous avons lu avec grand intérêt.

Votre rapport a été diffusé à tous les membres de la CCDH. Moi-même, j'ai eu un entretien téléphonique avec Monsieur Serge Legil pour avoir encore quelques précisions quant au contenu. Je n'ai pas manqué à cette occasion de féliciter les auteurs du rapport qui ont fait un excellent travail. Je ne doute pas qu'il aura un impact auprès des instances concernées.

La Médiateure remercie la CCDH pour ses encouragements et son intérêt.

5. Prise de position du CHNP:

Zu 102 :

Die Formulierung, dass der Time-out Raum zu disziplinarischen Zwecken benutzt werde, ist missverständlich. Tatsächlich kommt dieser Raum zum Einsatz, wenn durch das Verhalten eines Patienten die Sicherheit der übrigen Patienten oder der Mitarbeiter gefährdet ist und diese Gefahr nicht mit anderen, geeigneteren Maßnahmen abgewendet werden kann. Solche Situationen können zwar grundsätzlich auch in der Folge grober Disziplinverstöße entstehen, die Maßnahme erfolgt aber immer im Interesse einer Gefahrenabwehr und nicht als Mittel einer Disziplinierung oder Bestrafung.

L'équipe de contrôle ne disposait pas de cette précision. La Médiateure salue que le chambre „time-out“ ne soit pas utilisée à des fins disciplinaires.

Zu 106:

Hier möchten wir darauf hinweisen, dass die zitierten Empfehlungen zur Durchführung der körperlichen Untersuchung insbesondere die Vorgehensweise, dass die durchsuchte Person sich nicht völlig entkleiden muss, sondern zweizeitig halb bekleidet durchsucht wird, bereits seit längerem bei uns Anwendung finden und auch zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts bereits die alltägliche Praxis darstellten.

La Médiateure apprécie cette procédure, mais tient à souligner que cette affirmation est en contradiction avec les dépositions faites par les patients mineurs auprès de l'équipe de contrôle.

Zu 114:

Die Isolierung eines Jugendlichen im Time out Raum erfolgt im Regelfall für einen Zeitraum von 10-20 Minuten und wird vom behandelnden Arzt angeordnet bzw. bei Gefahr im Verzug von ihm unmittelbar nach erfolgter Maßnahme überprüft und autorisiert. Mit seiner Unterschrift auf dem Dokumentationsbogen zeichnet der Arzt für die Maßnahme und ihre weitere ärztliche Begleitung verantwortlich. Dies beinhaltet die Neubewertung der Situation nach Ablauf der ursprünglich vorgesehenen Dauer zusammen mit dem Team und gegebenenfalls eine Verlängerung der Maßnahme. Diese Schritte werden wiederum auf dem Dokumentationsbogen vermerkt. Ein solcher Vorgang wird über maximal 48 Stunden auf einem Dokumentationsbogen dokumentiert. Danach ist die Anlage eines neuen Dokuments erforderlich. Die Dauer von 48 Stunden gibt somit die maximale, gegebenenfalls zu erneuernde Zuständigkeit eines Arztes im Bezug auf die an einem Patienten eventuell durchzuführenden Isolationsmaßnahmen an, bedeutet aber keinesfalls eine generelle Genehmigung solcher Maßnahmen über diesen Zeitraum. Wie bereits ausgeführt erfolgen Verlängerungen der Isolation oder ein erneutes Verbringen des Patienten in den Time-out Raum nur nach jeweils weiterer bzw. neuer Abstimmung mit dem zuständigen Arzt. Zwischenzeitlich wurde für das Haus eine neue Prozedur erstellt, die eine maximale Gültigkeit der ärztlichen Anordnung für 12 Stunden vorsieht.

La Médiateure remercie les responsables du CHNP de ce complément d'information. Elle salue tout particulièrement la nouvelle disposition interne limitant la validité de la décision médicale à 12 heures.

Zu 123:

An dieser Stelle würden wir gerne darauf hinweisen, dass auf der Unité Adolescents bereits seit mehreren Jahren der behandelnde Jugendpsychiater systematisch und ohne Ausnahme eine eventuell im Notfall zu verabreichende Medikation in einer Dosierung, die dem Jugendalter Rechnung trägt, für jeden Patienten im Vorhinein festlegt.

Cette précision ne correspond pas aux informations obtenues par le médecin-psychiatre qui remplaçait le médecin chef de service qui était absent lors de la mission sur le terrain. Selon la psychiatre présente, le problème de l'adaptation adéquate des posologies serait bien réel. La Médiateure demande à recevoir de plus amples informations à ce sujet. Si la procédure décrite existait en réalité, la Médiateure en serait satisfaite. Elle souhaite dès lors une réponse claire à ce sujet.

6. Prise de position de l'Ombuds Comité fir d'Rechter vum Kand

L'ORK félicite la Médiateure et son équipe pour ce rapport de suivi très complet et détaillé.

L'ORK partage les regrets de la Médiateure quant au non avancement des travaux relatifs à une réforme de la loi du 10 août 1992 sur la protection de la Jeunesse. Il faut absolument faire bénéficier les malades-mineurs d'au moins les mêmes garanties que les patients majeurs en cas de placement en milieu psychiatrique. Ceci conduirait à l'établissement d'un rapport médical obligatoire, ainsi qu'à une entrevue obligatoire entre le juge et le patient dans un laps de temps réduit. C'est un droit absolu que le mineur doit être entendu avant la prise de décisions qui le concerne directement. Cette dernière garantie est même fondamentale pour tout mineur faisant l'objet d'un placement. Une révision automatique obligatoire devrait également être de mise. L'ORK se rallie aux recommandations du médiateur et à son argumentation. Elle trouve l'idée de prévoir une phase d'observation pendant laquelle le médecin-psychiatre peut examiner le patient de se prononcer sur la nécessité d'une hospitalisation très intéressante.

La Médiateure remercie l'ORK pour son support. Elle profite de l'occasion pour souligner encore une fois l'urgence et la nécessité de procéder à une adaptation de la loi sur la protection de la jeunesse.

L'ORK est d'accord qu'il faut accorder une grande importance au maintien du lien de parentalité. Ceci implique que les relations familiales doivent être absolument soutenues. Cette approche est nécessaire pour une éventuelle réintégration du mineur dans son milieu familial. Et même quand cela n'est pas possible afin de pouvoir faire le deuil de cette relation. Cette approche est nécessaire pour garantir au jeune une stabilité dans sa future vie. De ce fait, l'ORK n'approuve pas non plus les sanctions disciplinaires qui privent le jeune du contact avec ses proches. Les visites et les sorties ne doivent pas être supprimées mais soutenues. Toute flexibilité quant aux horaires de visite est par contre appréciée. L'ORK ne peut admettre l'argument comme quoi le jeune serait trop agité ou perturbé après une visite. Une telle réaction doit absolument être considérée comme « normale ». Le travail avec les parents doit faire partie de toute thérapie.

Dans cette logique, l'ORK apprécie quand les parents sont informés de toute mesure disciplinaire et quand les parents sont traités de la même manière, peu importe s'il s'agit d'un placement judiciaire et d'une hospitalisation volontaire. Le transfert automatique de l'autorité parentale à l'institution est une pratique qui devrait être revue tant au niveau des tribunaux qu'au niveau de la législation. Il devrait être de principe que les parents gardent l'autorité parentale.

La Médiateure note avec satisfaction que l'ORK se rallie à sa position.

L'ORK partage aussi la critique quant à la répartition des malades en fonction de l'âge entre les différentes structures nationales et non pas en fonction de leur problématique.

L'ORK est aussi d'avis qu'il est inadmissible que des enfants ou des jeunes vivent dans un milieu hospitalier, alors qu'il n'y a pas ou plus de raison médicale à ce séjour. Un hôpital est un lieu où on prodigue des soins. L'hôpital n'est pas équipé, ni en infrastructure, ni en personnel, pour prendre soin d'enfants ou de jeunes qui restent parqués là faute de place dans des structures adaptées.

La Médiateure salue la position de l'ORK.

L'ORK ne partage cependant pas entièrement l'idée du médiateur d'imposer par voie législative l'obligation pour les foyers d'admettre des mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement. L'intérêt de l'enfant est d'abord d'avoir une aide, une protection adaptée à ses besoins. Tout foyer n'est pas apte à gérer toutes les situations et tout foyer a l'obligation de protéger ses autres pensionnaires.

La Médiateure est sensible à l'argumentaire de l'ORK. Elle souligne cependant que le maintien du placement en psychiatrie à défaut d'autres structures adaptées n'est pas acceptable. De ce fait, tout devrait être mis en œuvre afin de faciliter le passage des mineurs, sans problèmes psychiatriques ou affichant des problèmes psychiatriques traités et bien contrôlés, du milieu psychiatrique vers des foyers qui présentent, aux yeux de la Médiateure, un milieu de vie beaucoup plus adapté aux besoins des jeunes. L'équipe de contrôle a également reçu de nombreuses dépositions qui semblent confirmer l'existence de listes d'attente auprès des services de psychiatrie infanto-juvénile avec comme conséquence que des mineurs ayant un besoin de thérapie avéré sont exposés à des souffrances psychiques ne pouvant recevoir un traitement adapté, faute de place dans les infrastructures prévues à cet effet. Il s'agit-là d'une motivation supplémentaire qui devrait conduire à un mécanisme favorisant l'accueil dans des foyers des jeunes qui ne souffrent pas ou plus d'un trouble psychiatrique aigu et non pris en charge.

L'ORK est d'avis que le Luxembourg a un manque flagrant d'infrastructures thérapeutiques pour enfants à besoins spécifiques. L'ORK estime que le Luxembourg ne se donne pas les moyens pour gérer au mieux les crises des jeunes. Et l'ORK se joint aux recommandations de la Médiateure pour mettre à disposition des unités psychiatriques et des foyers d'accueil, les ressources humaines et financières nécessaires pour gérer au mieux la détresse de leurs jeunes patients et de leur famille.

Aussi triste que soit ce constat, la Médiateure salue le fait que l'ORK reconnaisse également l'existence d'un manque flagrant d'infrastructures adaptées. La Médiateure

lance un appel aux autorités concernées de mettre en œuvre un plan cohérent pour pallier ce manque du moins à moyen terme.