

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

Les unités

psychiatriques

infanto-juvéniles

fermées

Rapport de suivi

Légende

Les recommandations formulées sont écrites en gras.

Les textes cités sont reproduits en italique.

La numérotation reproduite entre parenthèses sert à l'identification des différentes réflexions dans un but de faciliter les échanges avec les autorités concernées.

Index

1. <u>Introduction</u>	p.3
2. <u>Analyse du cadre légal pertinent en matière de protection de la jeunesse</u>	p.4
a. <u>La loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse</u>	p.4
b. <u>Le projet de loi 6593 portant modification 1. de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat;2. de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat;3. de la loi modifiée du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique;4. de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire</u>	p.12
3. <u>Constats sur place</u>	p.13
a. <u>Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)</u>	p.13
i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission	p.13
ii. Les traitements, l'offre thérapeutique et les activités	p.15
iii. Les liens vers l'extérieur	p.18
iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention	p.19
v. Autre constat	p.20
b. <u>Hôpital Kirchberg (HK)</u>	p.21
i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission	p.21
ii. Le traitement, l'offre thérapeutique et les activités	p.24
iii. Les liens vers l'extérieur	p.34
iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention	p.34
v. Autres constats	p.39
c. <u>Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)</u>	p.43
i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission	p.43
ii. Le traitement, l'offre thérapeutique et les activités	p.46
iii. Les liens vers l'extérieur	p.51
iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention	p.52
v. Autres constats	p.54
4. <u>Constats généraux</u>	p.55
5. <u>Rapport d'expertise</u>	p.62
6. <u>Remarques finales</u>	p.80

1. Introduction

La mission de contrôle de la Médiateure concernant les unités psychiatriques infanto-juvéniles a commencé le 6 octobre 2014.

Les unités concernées par le contrôle sont l'unité pédopsychiatrique du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), ainsi que les unités de psychiatrie juvénile à l'Hôpital Kirchberg (HK) et au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP).

Il s'agit d'une mission de suivi par rapport à la mission de contrôle qui a eu lieu dans les mêmes unités en 2011.

Les visites sur place se sont terminées le 30 novembre 2014.

L'objectif du contrôle était, comme pour la mission de 2011, dans un premier temps de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales et, dans un deuxième temps, d'examiner les conditions de séjour des mineurs placés en portant une attention accrue sur les changements éventuels qui se seraient produits depuis 2011.

Comme pour chaque mission réalisée par le CELPL, il faut souligner que la mission concerne exclusivement les personnes placées en vertu d'une décision judiciaire, excluant les patients en séjour volontaire.

La mission sur place a été menée par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil qui se sont fait assister, pour couvrir le volet purement médical de la mission, par un expert en psychiatrie infanto-juvénile, le Prof. Dr. Dr. Martin Schmidt, *Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, emeritierter Lehrstuhlinhaber am Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Ombudsman der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.*

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Lundi, 6 octobre 2014:
Visite au CHL en présence du Prof. Schmidt
Entretiens avec les responsables de l'unité et avec l'unique patient placé
- Mardi, 7 octobre 2014 :
Visite à l'Hôpital Kirchberg (HK), en présence du Prof. Schmidt
Entretiens avec les responsables des unités, ainsi qu'avec des membres du personnel thérapeutique et du personnel paramédical
Entretiens avec les patients
- Mercredi, 8 octobre 2014 :
Visite à l'HK, entretiens avec les responsables de l'unité
- Jeudi, 9 octobre 2014 :
Visite au HK, entretiens avec les patients placés

- Lundi, 13 octobre 2014 :
Visite au CHNP, en présence du Prof. Schmidt
Entretiens avec les responsables de l'unité
Entretiens avec les patients placés
- Mercredi, 15 octobre 2014 :
Entretiens avec les patients placés à l'HK
- Jeudi, 16 octobre 2014 :
Entretien avec les responsables de l'unité du CHNP
Entretiens avec les patients placés au CHNP
- Mercredi, 22 octobre 2014 :
Entretien avec les responsables de l'unité du CHL
- Jeudi, 30 octobre 2014 :
Entretien avec un médecin-responsable à l'unité de l'HK

A la fin des visites sur place, la Médiateure a sollicité plusieurs documents aux différentes unités. Il s'agit en premier lieu de documents servant à des constats statistiques et généraux et en deuxième lieu de documents qui ont été nécessaires pour clarifier des renseignements quelque peu contradictoires reçus lors de la mission sur place et qui ont rendu nécessaire une consultation objective des données.

2. Analyse du cadre légal pertinent en matière de protection de la jeunesse

a. La loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse

(1) La Médiateure renvoie aux observations et recommandations formulées à ce sujet dans le rapport sur les psychiatries infanto-juvéniles de 2011. Elle regrette profondément que les travaux parlementaires du projet de loi 5351 n'aient plus avancé depuis décembre 2013 et que de ce fait aucun changement en matière de droit de la jeunesse ne soit à relever.

(2) A côté de ce renvoi, elle souhaite toutefois insister sur plusieurs points qui lui semblent particulièrement importants et qui devraient être modifiés et mis en œuvre dans les meilleurs délais.

La Médiateure souhaite en premier lieu rappeler que la loi sur la protection de la jeunesse devrait prévoir des réexamens réguliers d'office des traitements et des circonstances relatives aux placements des mineurs, tel qu'il est notamment stipulé par l'art. 25 de la Convention internationale des droits de l'enfant¹.

¹ Article 25 : Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Elle se montre préoccupée par le fait que, jusqu'à maintenant, il n'existe aucun délai endéans lequel la mesure de placement doit être évaluée et endéans lequel le médecin-psychiatre est appelé à faire un rapport au juge de la jeunesse compétent.

La Médiateure ne conteste pas qu'il y ait une communication régulière entre les juges de la jeunesse et les responsables médicaux des unités psychiatriques concernées.

Elle est cependant d'avis qu'il s'agit d'une mesure de protection primordiale pour les mineurs et recommande d'ancrer cette pratique dans le droit interne.

Cette précision dans la législation nationale rapprocherait par ailleurs les droits des mineurs à ceux accordés aux adultes faisant l'objet d'une procédure de placement en milieu psychiatrique conformément à la loi du 10 décembre 2009.

(3) La Médiateure est d'avis que le droit de la jeunesse devrait être aligné au moins sur deux points fondamentaux à la loi de 2009 concernant les adultes.

Tout d'abord, la loi de 2009 prévoit qu'un premier rapport médical soit dressé au plus tard après 6 jours suivant la mesure de placement en phase d'observation.

L'article 12 (2) de la loi de 2009 stipule que « 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 ».

Egalement le délai de traitement de ce rapport est réglé par la loi et limité à 3 jours.

La Médiateure recommande de s'inspirer de ces dispositions pour insérer dans la loi relative à la protection de la jeunesse un délai endéans lequel un premier rapport médical doit être dressé, s'exprimant sur la nécessité médicale de maintenir ou non la mesure de placement prise par le juge.

(4) Deuxièmement, la Médiateure estime que la division de la mesure de placement en phase d'observation et en mesure de placement proprement dite est une approche qui mériterait d'être transposée en droit de la jeunesse.

La période d'observation, première phase de la procédure, est limitée à un maximum de 30 jours, période après laquelle le juge doit obligatoirement prendre une nouvelle décision pour décider si le patient est placé en milieu psychiatrique ou si l'hospitalisation est levée.

L'article 16 de la loi de 2009 prévoit que « 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 ».

La décision sur le placement appartient certes au juge, mais celui-ci dispose, dans un délai raisonnable d'un avis motivé d'un expert en la matière et a, pour le surplus, l'obligation de prendre sa décision sur le placement en respect de l'article 3 de la même loi de 2009 qui prévoit notamment que « dans la mesure du possible les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent » et qu'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 », ceci hormis le cas d'un placement en vertu de l'article 71 du Code pénal.

Le maintien en milieu familial doit donc être privilégié à un placement en milieu psychiatrique et il faut explicitement que la condition de « danger pour soi ou pour autrui » soit rencontrée pour décider d'un placement.

La Médiateure recommande de modifier la loi relative à la protection de la jeunesse dans le sens voulu et de faire bénéficier les mineurs des mêmes garanties que les patients majeurs.

(5) A côté de ces aspects déjà très importants, la Médiateure souhaite souligner que le droit interne applicable aux patients adultes prévoit une autre garantie fondamentale qui fait défaut en matière de protection de la jeunesse.

L'article 18 (3) de la loi de 2009 impose que « avant de prendre sa décision [de mettre fin à l'admission, soit en ordonnant la sortie de la personne admise, soit en prononçant son placement], le juge entend dans l'établissement de traitement la personne admise ».

Il s'agit ici d'une garantie fondamentale des patients qui devrait en tout état de cause être accordée aux mineurs faisant l'objet d'un placement.

La Médiateure souligne par ailleurs qu'il s'agit d'une garantie de procédure qui devrait être de mise pour chaque procédure menant à un placement d'un mineur et qui n'est pas uniquement valable pour les placements en milieu psychiatrique.

(6) Un aspect directement lié à l'exigence de procéder à des réexamens réguliers de la situation du mineur et de la nécessité de la mesure de placement est celui du droit du mineur ou des parents d'introduire un recours contre la décision de placement et de voir la décision prise à l'égard du mineur réévaluée.

A cet égard, il faut tout d'abord distinguer deux situations.

La première situation est celle où le mineur est placé en vertu d'une mesure de garde provisoire et la deuxième, celle où le juge de la jeunesse a procédé à un placement.

En cas de mesure de garde provisoire, la demande de mainlevée est, conformément à l'article 27 de la loi de 1992, introduite au tribunal de la jeunesse en première instance, voire 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.

Ceci signifie que le même degré de juridiction est appelé à statuer sur la demande de mainlevée, voire également par la même personne.

Cette manière de procéder ne permet pas aux personnes concernées d'obtenir une vraie révision et réévaluation de la décision qui a été entreprise et ne montre finalement que peu d'intérêt pour les personnes concernées.

Si l'on pouvait se dire qu'en cas de mesure à caractère provisoire, il suffirait d'attendre la confirmation définitive de la décision, contre laquelle les parties pourraient alors introduire un appel légal, il s'avère que la situation est plus problématique du fait que les mesures de garde provisoire ne sont pas limitées dans le temps et permettent, en fait, de placer un mineur pendant une période prolongée.

La Médiateure rejoint entièrement les développements du Conseil d'Etat qui a formulé ses préoccupations à ce sujet de la manière suivante :

« Il semble malsain qu'une décision provisoire puisse rester en place pendant une durée maximale d'une année. (...) Le Conseil d'Etat estime opportun de changer radicalement de système et de 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. (...)

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 d'avoir convoqué les parties concernées. Le délai d'appel contre cette décision est de 10 jours.

Ainsi, le système malsain de mesures provisoires maintenu pendant une période anormalement longue pourrait être définitivement éliminé. Le système proposé par le Conseil d'Etat, de faire suivre la mesure de placement provisoire par une décision définitive dans des délais très rapprochés, aurait par ailleurs pour mérite d'éliminer les graves problèmes d'insécurité juridique que pose la version de l'article 27 actuellement proposée par les auteurs du projet de loi (...). ».

La Médiateure insiste qu'il faut mettre un terme à cette insécurité juridique dans laquelle se trouvent toutes les personnes concernées par une mesure de garde provisoire, que ce soient les mineurs eux-mêmes ou les personnes auparavant investies de l'autorité parentale.

Il faut en outre accorder la possibilité aux mineurs et aux parents de voir leur recours examiné par une juridiction supérieure et en tout état de cause par une personne, non impliquée dans la première prise de décision relative à la mesure de garde provisoire.

(7) En cas de décision de placement, notamment en milieu psychiatrique, le mineur et ses parents doivent avoir un droit à un réexamen régulier de la nécessité du maintien de cette mesure.

L'article 25 de la Convention relative aux droits des enfants stipule de reconnaître à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Il y a à cet égard lieu d'examiner les délais réservés à l'initiation d'une procédure en révision, tels qu'ils sont actuellement déterminés par l'article 37, alinéa 2 de la loi de 1992.

Cet article prévoit la possibilité de rapporter ou modifier les mesures qui sont prises à l'égard des mineurs. Si la demande d'un pareil réexamen émane du mineur, des parents, tuteur ou autres personnes qui ont la garde du mineur, cette demande ne peut intervenir qu'après l'écoulement d'un délai d'un an à compter du jour où la décision ordonnant la mesure est devenue définitive.

L'article XV du projet de loi 5351 prévoit de raccourcir ce délai à 6 mois. Aux yeux de la Médiateure, cette approche n'est pas suffisante et ne constitue pas une solution acceptable.

Elle rejoint, comme son prédécesseur dans le rapport de 2011, de nouveau le Conseil d'Etat dans son analyse suivant laquelle il serait plus opportun 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.* ».

(8) Dans la même logique, la Médiateure suggère d'harmoniser la procédure de réexamen de la décision avec celle prévue par l'article 26 de la loi du 10 décembre 2009.

Cet article stipule que « *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* ».

Ainsi, la Médiateure recommande prévoir cette obligation également dans le cadre des placements des mineurs. Il serait indiqué d'introduire une procédure suivant laquelle le médecin traitant qui est d'avis que le mineur placé est guéri ou que son état de santé ne requiert plus de placement en milieu hospitalier, fait, sans délai, la déclaration au juge de la jeunesse qui doit alors y statuer dans un délai bref de trois jours.

Si l'approche préconisée notamment par le Conseil d'Etat devait être considérée comme n'étant pas réalisable, la Médiateure se rallie à la proposition alternative formulée par le Conseil d'Etat, visant à « *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.* »

(9) La Médiateure souligne à cet endroit que le rapport dressé en 2011 comporte encore d'autres recommandations visant à harmoniser les deux cadres légaux et à offrir les mêmes garanties aux mineurs que celles qui sont accordées aux patients adultes.

Ces recommandations restent toutes de mise.

(10) La Médiateure souhaite ensuite réagir à cet endroit à des informations quasi unanimes reçues lors des entretiens menés avec les mineurs placés qui ont affirmé ne jamais avoir rencontré leur juge de la jeunesse et ne pas avoir obtenu des explications détaillées sur les motifs ayant conduit à ce placement en milieu psychiatrique.

L'implication du mineur dans le processus de décision comporterait également une information détaillée sur les motifs ayant rendu cette décision nécessaire.

La Médiateure estime qu'il est primordial d'éviter de telles situations qui peuvent créer des sentiments d'angoisse profonde chez des mineurs qui, de par leur situation familiale ou par leur état de santé se trouvent déjà dans une situation de vulnérabilité accrue.

La Médiateure rappelle que notamment l'article 3 de la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants accorde à l'enfant le droit d'être informé et d'exprimer son opinion dans les procédures.

Ainsi, il est précisé qu' « un enfant qui est considéré par le droit interne comme ayant un discernement suffisant, dans les procédures l'intéressant devant une autorité judiciaire, se voit conférer les droits suivants, dont il peut lui-même demander à bénéficier :

- a) recevoir toute information pertinente;
- b) être consulté et exprimer son opinion;
- c) être informé des conséquences éventuelles de la mise en pratique de son opinion et des conséquences éventuelles de toute décision.

L'article 6 de la même Convention impose que « dans les procédures intéressant un enfant, l'autorité judiciaire, avant de prendre toute décision, doit :

1. examiner si elle dispose d'informations suffisantes afin de prendre une décision dans l'intérêt supérieur de celui-là et, le cas échéant, obtenir des informations supplémentaires, en particulier de la part des détenteurs de responsabilités parentales;
2. lorsque l'enfant est considéré par le droit interne comme ayant un discernement suffisant:
 - s'assurer que l'enfant a reçu toute information pertinente,
 - consulter dans les cas appropriés l'enfant personnellement, si nécessaire en privé, elle-même ou par l'intermédiaire d'autres personnes ou organes, sous une forme appropriée à son discernement, à moins que ce ne soit manifestement contraire aux intérêts supérieurs de l'enfant,
 - permettre à l'enfant d'exprimer son opinion;
3. tenir dûment compte de l'opinion exprimée par celui-ci.

La Convention internationale des droits de l'enfant est également très claire à ce sujet et accorde plusieurs droits aux personnes concernées au niveau de la procédure.

L'article 9 prévoit notamment que les Etats parties s'engagent à veiller à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

Le paragraphe 2 du même article précise que, dans tous les cas prévus au paragraphe 1, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

L'article 12 de la même Convention est d'autant plus clair en ce qui concerne spécifiquement les droits accordés aux mineurs en stipulant que les États parties doivent garantir à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

Le deuxième paragraphe de cet article illustre ce droit en précisant que l'enfant obtient, à cette fin, notamment la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Pour se conformer aux normes internationales et répondre par ailleurs à une réelle problématique en pratique, la Médiateure recommande d'intégrer dans la loi l'obligation pour le juge d'entendre, hors les situations d'urgence manifestes, le mineur avant toute mesure de placement, voire avant toute décision visant à modifier, maintenir ou lever une mesure de placement.

Si une consultation avant la mesure de placement s'avère impossible, notamment en cas d'urgence, la Médiateure insiste que le mineur soit entendu le plus rapidement possible et dans un délai n'excédant pas 3 jours.

Si le mineur est placé hors du milieu familial au moment où intervient la décision de placement en milieu psychiatrique, la Médiateure recommande également de prévoir l'obligation légale d'informer les parents du mineur de cette mesure de placement. Si les parents devaient être séparés, la Médiateure insiste que les deux parents doivent en être informés. Les parents étant déjà déçus de l'autorité parentale, cette considération ne pourrait entrer en jeu pour déterminer quel parent serait informé de la mesure.

Cette recommandation fait également suite à des affirmations reçues de la part de plusieurs mineurs placés qui ont affirmé qu'uniquement un parent avait été informé du placement en milieu psychiatrique.

(11) Directement lié au problème traité au point précédent se trouve un problème rencontré en pratique, mais qui mériterait d'être tranché par la loi.

Les responsables des établissements visités ont unanimement rapporté que la durée moyenne des séjours des patients placés était plus élevée que celles des patients en séjour volontaire.

Ce constat peut certainement également partiellement être expliqué par le fait que les mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement souffrent souvent de pathologies plus importantes que ceux qui sont en séjour volontaire.

Néanmoins, également des dires unanimes des responsables rencontrés, ce constat s'explique également par le fait que d'autres structures, vers lesquelles les mineurs devaient être orientés après leur hospitalisation, refusent d'admettre les mineurs.

La Médiateure est d'avis qu'il faut changer cet état de chose dans les meilleurs délais. Elle trouve en effet qu'il est inhumain de maintenir un placement en milieu hospitalier si, aussi bien les médecins traitants que le juge de la jeunesse compétent, cherchant à réintégrer le mineur dans une autre structure, sont convaincus que ce placement n'est plus justifié.

Un manque en infrastructures ne peut jamais justifier un traitement contraire aux normes internationales et contraire aux droits de l'homme. Encore faut-il noter que, suivant les informations rapportées, il ne s'agit pas d'un manque en infrastructures, alors que, suivant les informations reçues par l'équipe de contrôle, les institutions visées auraient la possibilité matérielle d'accueillir les mineurs en question, mais qu'elles refuseraient son admission par peur de se trouver confrontées à des situations de crise qu'elles ne réussiraient pas à gérer.

Ce constat est d'autant plus critiquable dans les situations où le placement est maintenu dans le foyer où hébergeait le mineur avant son placement en unité psychiatrique et où malgré le maintien de ce placement au foyer, la réadmission est refusée par les responsables du foyer.

La Médiateure rappelle que les normes internationales prévoient que nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire et qu'une pareille mesure doit être une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible².

La Médiateure trouve cette situation intolérable et recommande d'instaurer par la loi une obligation d'accueillir les enfants faisant l'objet d'une mesure de placement dans une structure déterminée. Un hôpital ne devrait pas être obligé à prendre en charge un enfant qui ne nécessite pas une pareille prise en charge en milieu hospitalier et ne ainsi ne pas être dénaturé par rapport à ses fonctions et le mineur ne devrait pas devoir rester plus longtemps que strictement nécessaire dans un pareil environnement.

La Médiateure reviendra sur cette problématique dans la partie des constats généraux.

(12) Un autre volet qui mérite d'être modifié dans les meilleurs délais concerne le droit du mineur à un conseil juridique.

L'article 18 de la loi modifiée de 1992 relative à la protection de la jeunesse prévoit en effet que :

« Le mineur, ses parents ou tuteur et toutes autres personnes physiques qui en ont la garde provisoire ou définitive peuvent faire le choix d'un conseil ou demander au juge de la jeunesse qu'il leur en soit désigné un d'office. La désignation par le juge de la jeunesse d'un conseil au mineur a lieu, même en l'absence de toute demande afférente, lorsque le mineur se voit imputer des faits constituant une infraction d'après la loi pénale, et du chef desquels une mesure de garde provisoire a été prise à son encontre. Elle a lieu dans tous les autres cas, lorsque l'intérêt du mineur le commande.

Si le juge de la jeunesse désigne un conseil à une personne qui affirme être en droit de bénéficier de l'assistance judiciaire et en fait la demande, il transmet la demande au Bâtonnier. Le juge de la jeunesse peut aussi saisir d'office le Bâtonnier, lorsque c'est le mineur qui s'est vu désigner un conseil. L'assistance judiciaire ne couvre que l'indemnité à allouer à l'avocat ».

Pour l'instant, un conseil juridique n'est donc attribué d'office au mineur, que lorsque celui-ci se voit imputer des faits qualifiés d'infraction selon le droit pénal.

La Médiateure, tout comme son prédécesseur approuve le fait que le projet de loi 5351 modifie l'article 18 actuellement en vigueur et étend les garanties accordées aux mineurs en stipulant qu'un conseil juridique soit désigné d'office au mineur, même si celui-ci n'en fait pas la demande et ceci indépendamment du fait que des faits pénaux lui soient reprochés ou non.

La Médiateure souhaite toutefois exprimer sa stupéfaction devant les dispositions actuelles de l'article 18 de la loi de 1992 prévoyant que, hormis le cas de faits reprochés au mineur, constituant une infraction pénale, un conseil juridique est désigné d'office, donc sans demande expresse du mineur, « lorsque l'intérêt du mineur le commande ».

La Médiateure ne voit pas dans quelles hypothèses le mineur pourrait ne pas profiter de la désignation et de l'assistance d'un conseil juridique. Elle est, tout au contraire, d'avis qu'un conseil juridique est dans toutes les circonstances dans l'intérêt du mineur.

² Voir notamment les art. 37 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des enfants et art. I.2. des Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté.

Elle souhaite partant qu'en attendant l'entrée en vigueur des modifications prévues par le projet de loi 5351, cette disposition soit mise en œuvre dans ce sens et qu'un conseil juridique soit en tout état de cause attribué aux mineurs, même si celui-ci n'en fait pas la demande.

- b. Le projet de loi 6593 portant modification 1. de la loi du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'Etat;2. de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat;3. de la loi modifiée du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique;4. de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire

(13) La mission de contrôle réalisée a permis de s'apercevoir que d'autres projets dans le domaine de la protection de la jeunesse ou dans le domaine psychiatrique nécessitent une attention particulière et que certaines questions qui se posent en pratique ont jusqu'à présent été négligées, voire oubliées dans les projets actuellement en cours dans ces domaines.

C'est à cause de ce constat que la Médiateure se permet dans le cadre de ce rapport de traiter certaines questions qui n'ont que partiellement un lien avec les unités psychiatriques infanto-juvéniles.

Il ne s'agit pas de donner un avis complet sur les projets en cours, mais uniquement de ressortir différents aspects qui jusqu'à maintenant n'ont pas encore fait le sujet d'un débat approfondi ou concluant.

Le premier projet en cours visé par ce constat est le projet de loi visant à instaurer une unité de sécurité (UNISEC) à Dreiborn.

La Médiateure répète que la loi élaborée doit contenir une définition claire de la finalité de cette unité, comprenant aussi bien la détermination des mineurs qui peuvent y être placés et pour quelle durée que l'élaboration d'un concept clair en ce qui concerne l'encadrement des mineurs et les objectifs de développement poursuivis.

(14) Une question primordiale, qui n'a jusqu'à maintenant pas été clarifiée, mais qui devrait obligatoirement être discutée est celle de la collaboration entre les responsables de l'UNISEC et les acteurs des unités psychiatriques infanto-juvéniles. Il semble en effet indispensable à la Médiateure de définir et d'établir une pareille collaboration pour permettre une prise en charge adéquate des mineurs placés.

L'étendue et les aspects pratiques de cette collaboration devront être négociés par les acteurs concernés.

La Médiateure est d'avis qu'un contact très régulier devrait être instauré pour permettre un réel échange sur les difficultés rencontrées. Cette collaboration devrait également comporter une formation dispensée par les médecins-psychiatres offerte aux membres du personnel affectés à la nouvelle unité pour leur faciliter le dépistage d'éventuels troubles psychiques et pour les aider à gérer les situations de crise qui pourront se présenter à l'UNISEC.

(15) Un deuxième projet pour lequel il faut analyser la pertinence et la nécessité d'une implication du droit de la jeunesse est le projet destiné à créer une unité de psychiatrie spéciale (UPS).

Certains responsables médicaux rencontrés par l'équipe de contrôle ont affirmé qu'il existait un besoin de créer une section dédiée aux mineurs dans une pareille unité. Ce besoin serait certes assez réduit, sans pour autant le rendre complètement néant.

La Médiateure estime qu'une étude détaillée sur les besoins devrait être réalisée pour déterminer si une pareille section est nécessaire et indiquée. Elle est d'avis qu'il ne faut pas négliger une pareille affirmation par les spécialistes dans le domaine. Elle rend attentif au fait que l'instauration d'une pareille section comporterait cependant de nombreux impératifs à respecter.

Si l'analyse de la situation devait conclure qu'il existe un réel besoin, il est primordial que les situations dans lesquelles un mineur pourrait être placé dans cette unité soient définies de manière précise et limitative.

Il faudrait ensuite que la durée maximale de ce placement soit limitée dans le temps et réduite au strict nécessaire et que la procédure instaure l'obligation de procéder à des réexamens réguliers pour évaluer la nécessité de maintenir le placement au sein de cette unité.

Il faudrait en outre garantir que les mineurs soient séparés des adultes, ce qui pose de nouveau des problèmes en ce qui concerne l'isolement *de facto*, lorsque seulement un mineur se trouve placé à l'UPS.

La Médiateure souligne que les difficultés qui pourraient être créées par la création d'une section dédiée aux mineurs à l'UPS ne devraient pas pour autant faire en sorte que la problématique soit ignorée.

Elle réitère qu'un manque en infrastructures adaptées ne saurait pas justifier un traitement inadéquat des mineurs. C'est pour cette raison que la Médiateure recommande aux responsables politiques de procéder dans les meilleurs délais à une concertation avec les médecins-psychiatres experts en la matière pour déterminer les besoins réels et développer, le cas échéant, un concept clair et détaillé pour une pareille section.

3. Constats sur place

a. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission

(16) L'unité pédopsychiatrique du CHL existe depuis 2008 et dispose de 8 lits destinés à accueillir des enfants âgés de moins de 14 ans qui souffrent d'une pathologie psychiatrique rendant nécessaire une hospitalisation.

L'état des infrastructures est très bon et n'appelle pas d'observations particulières.

Comme déjà mentionné en 2011, l'espace de l'unité est assez réduit. Une nouvelle répartition des chambres et des bureaux a toutefois permis d'optimiser et de rendre plus cohérent l'espace à disposition.

(17) L'unité est dotée d'un 1ETP de médecin pédopsychiatre, de 11,56 ETP de personnel de soins (infirmier pédiatriques, infirmier psychiatriques, infirmiers, éducateurs et chef d'unité) et de 2,75 ETP de personnel de support (psychologue, psychomotricien, thérapeute de famille et assistant social). A relever qu'un médecin en voie de spécialisation est également affecté à raison d'une demi-tâche à l'unité.

Dans le rapport de 2011, une suggestion d'affectation de 0,5 ETP administratif pour soutenir l'unité dans le travail administratif lié principalement aux exigences posées par le système PRN avait été émise. Elle n'a pas été suivie, alors qu'il a été jugé que ce profil ne saurait apporter l'aide recherchée.

L'équipe de contrôle n'a cependant reçu aucune plainte relative aux effectifs en personnel affectés à l'unité de pédopsychiatrie, de sorte que la recommandation formulée en 2011 ne semble plus s'imposer.

(18) Les membres du personnel affectés à l'unité pédopsychiatrique peuvent suivre des formations continues régulières et bénéficient d'une supervision externe, tous les deux mois.

A part la supervision externe réalisée, il est également à relever positivement que tous les membres de l'équipe de l'unité participent régulièrement à des réunions pluridisciplinaires et tous les deux mois à une réunion interne pour discuter du fonctionnement et l'unité.

Il a en outre été rapporté que les chefs d'unités du CHL, HK et CHNP se réunissaient régulièrement pour un échange entre professionnels travaillant dans le même domaine. Il n'existe cependant aucun échange régulier entre les médecins-psychiatres des mêmes unités.

La Médiateure félicite les membres de l'équipe de leur participation régulière à des formations aussi bien internes qu'externes qui permettent de réaliser un traitement et un suivi en conformité avec les normes actuelles en vigueur.

Elle va revenir ultérieurement sur la problématique de la collaboration et l'échange d'informations entre les trois hôpitaux.

(19) La porte de l'unité est toujours fermée, de sorte que les enfants ne peuvent pas quitter l'unité sans accompagnement.

Au vu du jeune âge des patients hospitalisés à l'unité, la Médiateure estime que cette manière de procéder est légitime et qu'elle ne donne pas lieu à des critiques.

(20) L'équipe de contrôle a été informée qu'il n'est procédé que dans de rares cas à une admission en urgence. Les responsables médicaux procèdent en effet, chaque fois que cela est possible, à des entretiens préalables avec les parents et l'enfant pour privilégier un séjour volontaire et éviter un placement judiciaire.

L'unité prendrait en charge environ 35 patients par année, dont la très grande majorité est admise sur base volontaire.

En 2014, jusqu'au moment des visites sur place, 2 enfants ont été placés à l'unité pédopsychiatrique du CHL. De manière générale, les médecins responsables ont indiqué

une durée moyenne de séjour d'environ 10 semaines, ce qui est plus élevé que la durée communiquée en 2011.

Selon les informations reçues, les durées des placements se prolongent à cause de difficultés de trouver une infrastructure qui soit disposée à accueillir le mineur après son hospitalisation à l'unité pédopsychiatrique.

Au moment des visites sur place, 1 seul enfant était placé à l'unité pour lequel la durée du placement s'élevait, à ce moment-là à un peu plus de 9 mois. Cette durée anormalement longue serait également due aux refus de la part d'autres structures d'admettre l'enfant.

La Médiateure renvoie à ses observations faites déjà à la partie 2, point (11), mais reviendra également encore ultérieurement sur cette problématique qui s'avère être générale et valable pour les trois unités visitées.

(21) Les infrastructures de l'unité sont propres et répondent de manière satisfaisante aux besoins des enfants.

Le seul problème lié aux infrastructures de l'unité est l'accès à l'air libre.

Comme le service de pédopsychiatrie se situe au 2^e étage de la Kannerklinik du CHL et ne dispose de ce fait pas d'accès direct à une zone extérieure sécurisée, il est difficile de garantir l'accès à l'air libre pendant une durée adaptée chaque jour pour chaque enfant.

Même si la Médiateure a été informée de différents projets qui seraient en voie d'élaboration, elle souligne l'importance qui revient à l'accès à l'air libre pour les enfants et à la possibilité de s'épanouir convenablement notamment à l'air libre, voire sur une aire de jeux.

La Médiateure souhaite être tenue informée des évolutions en la matière et obtenir des informations concrètes sur l'avancement des projets en cours.

ii. Les traitements, l'offre thérapeutique et les activités

(22) La Médiateure est d'avis que, mise à part la défaillance au niveau de l'accès à l'air libre, les activités proposées aux enfants sont assez diversifiées et répondent à leurs besoins.

La Médiateure doit cependant principalement se baser sur les documents mis à sa disposition, alors qu'un seul enfant était placé à l'unité pédopsychiatrique lors des visites sur place et que l'équipe de contrôle ne peut pas s'entretenir avec les enfants qui se trouvent en séjour volontaire.

L'offre thérapeutique comprend aussi bien des ateliers et des activités. Ce concept comprend entre autres des activités sportives, telles que par exemple la gymnastique, le football, la natation, le hockey, le badminton, des parcours aventuriers, mais aussi des activités de cuisine thérapeutique ou des activités d'« airtramp », voire des ateliers d'expression corporelle.

La Médiateure a en outre pu consulter le programme des activités proposées lors des congés scolaires d'été et est d'avis qu'il s'agit d'une offre très variée et intéressante, si ce n'est que les activités ne sont proposées qu'à raison de deux jours par semaine.

La Médiateure encourage les membres du personnel à continuer à diversifier autant que possible l'offre en activités et d'intensifier les efforts pour proposer davantage d'activités pendant les congés scolaires.

(23) Les mineurs sont obligés de participer aux activités thérapeutiques en fonction du plan de traitement individualisé établi pour chaque patient.

La Médiateure peut comprendre que les enfants ont besoin d'un cadre structuré pour retrouver leurs repères.

Au vu du jeune âge des patients, la Médiateure admet que l'approche, consistant à laisser plus de pouvoir décisionnel aux patients, comme cela se fait parfois dans le cadre d'un travail thérapeutique avec les patients adultes, pour responsabiliser les patients et leur rendre une part d'autonomie n'est pas transposable aux jeunes enfants admis à cette unité.

La Médiateure sait que le plan des activités thérapeutiques est établi individuellement et que l'état de santé du mineur est pris en compte.

La Médiateure encourage néanmoins le personnel à porter une attention particulière aux besoins de l'enfant et de permettre, en cas de besoin lié à l'état de santé ou l'état émotionnel de l'enfant, des changements ponctuels et spontanés au programme initialement établi.

Elle invite pour le surplus le personnel à soutenir autant que possible le développement d'un sens de responsabilité dans le chef des jeunes patients et d'encourager autant que possible leur autonomie.

(24) Les enfants fréquentent une école interne à raison de 1 à 2 heures par jour. La collaboration avec les écoles externes est décrite comme très bonne et n'appelle dès lors pas d'observations particulières.

Dès que l'état de santé du mineur le permet, la fréquentation d'une école à l'extérieur est privilégiée. L'instituteur détaché au CHL peut même accompagner l'enfant à l'école pour offrir pendant un certain temps un encadrement plus rapproché.

La Médiateure salue le fait que les bulletins scolaires soient délivrés par les écoles extérieures et que l'enfant ne soit ainsi pas stigmatisé par la mention de l'unité psychiatrique sur le bulletin scolaire.

(25) L'équipe de contrôle a été informée que les responsables de l'unité accordent une grande importance à l'implication des parents dans le processus thérapeutique. Des entretiens d'une heure avec les parents des mineurs suivis à l'unité pédopsychiatrique ont lieu environ tous les 10 jours. Ces entretiens peuvent être organisés entre 9h00 et 17h00.

La Médiateure comprend que les médecins ont des disponibilités précises pendant lesquelles ils peuvent accueillir les parents des enfants pour mener des entretiens thérapeutiques. Elle donne néanmoins à penser que le créneau horaire déterminé est susceptible de poser des problèmes à un bon nombre des personnes concernées, alors qu'il oblige quasi toujours les parents à prendre congé pour se rendre à l'entretien. Si l'on considère la durée d'hospitalisation des enfants et le fait que les entretiens ont lieu tous les 10 jours, cela pose une contrainte non négligeable.

La Médiateure apprécie et encourage l'implication des parents dans le travail thérapeutique de l'enfant. Elle appelle toutefois à la flexibilité des responsables de

l'unité pour donner aux parents les possibilités matérielles de participer à ces entretiens et ainsi à la prise en charge thérapeutique de leurs enfants.

(26) La Médiateure a cru noter que l'implication des parents dans le processus thérapeutique était une condition importante, sinon nécessaire, pour réaliser le travail thérapeutique à l'unité pédopsychiatrique et que la collaboration avec les parents des enfants était activement recherchée.

L'équipe de contrôle a déjà, lors des entretiens menés avec les responsables médicaux, exprimé ses réserves quant au conditionnement de la prise en charge thérapeutique de l'enfant à la participation active des parents, même si elle est consciente que l'unité ait adopté une approche systémique est qu'elle connaît l'importance qui revient de ce fait au travail thérapeutique avec les proches du mineur.

La Médiateure ne se prononce en aucun cas en faveur ou en défaveur de l'une ou de l'autre approche thérapeutique et ne s'arroge pas les compétences pour privilégier ou bien une approche systémique ou psychanalytique ou une approche cognitivo-comportementale.

Il importe néanmoins à la Médiateure de s'assurer que chaque enfant qui nécessite une prise en charge psychiatrique y ait droit, indépendamment du fait si ses parents sont prêts à s'y investir sérieusement ou non. La question d'apprécier si un enfant nécessite ou non un suivi thérapeutique n'est cependant nullement dans le champ de compétence de la Médiateure.

L'équipe de contrôle a dû s'apercevoir que certaines tensions existaient entre les acteurs des différentes unités psychiatriques infanto-juvéniles qui semblent partiellement pouvoir s'expliquer par l'adoption d'approches thérapeutiques différentes.

La Médiateure va encore revenir sur la problématique des relations et la collaboration entre les différentes unités dans la section des constats généraux.

(27) L'équipe de contrôle a été informée que les traitements médicamenteux qui s'avèrent nécessaires, hors le cas d'urgence, ne sont mis en place qu'après avoir obtenu l'accord des parents qui sont à cet effet informés sur le but thérapeutique recherché.

La Médiateure apprécie cette manière de procéder et d'impliquer autant que possible les parents des mineurs dans les décisions importantes et de les responsabiliser, en dépit du fait que l'autorité parentale est transmise à l'hôpital et que l'accord parental ne serait donc, d'un point de vue juridique, pas nécessaire.

Au vu du jeune âge des enfants hospitalisés à l'unité, il ne semble par ailleurs guère utile de chercher le consentement éclairé des enfants qui n'ont majoritairement pas la capacité de discernement nécessaire à cette fin.

(28) La même logique s'applique à l'information sur les droits des patients, voire des mineurs en cas de placement.

L'équipe de contrôle a été informée que le sujet est thématiquement abordé avec les parents.

La Médiateure salue la démarche d'expliquer la situation aux parents de l'enfant placé. Elle se réjouirait toutefois si un document standardisé pouvait être mis à disposition des parents sur lequel ils pourraient trouver toutes les informations pertinentes sur la situation de leur enfant, les perspectives d'évolution de la situation, le droit à l'assistance juridique pour leur enfant et les moyens de recours contre la mesure de placement.

iii. Les liens vers l'extérieur

(29) Dans tous ses rapports, la Médiateure souligne l'importance du maintien des liens sociaux et familiaux des personnes privées de liberté.

Elle admet que le contexte psychiatrique est un domaine tout à fait particulier, ce qui est encore plus vrai dans le cas des mineurs. L'équipe de contrôle a pu se rendre compte que la majorité des mineurs placés ou bien en unité psychiatrique ou bien au CSEE rencontrent souvent des problèmes familiaux très graves et que dans ces cas l'environnement familial joue un rôle crucial dans les difficultés de développement qu'ils rencontrent et qui sont généralement à la base de la mesure de placement.

Elle comprend que le juge de la jeunesse, aussi bien que le médecin-traitant, doivent pouvoir avoir une influence sur les contacts accordés en les interrompant ou en les limitant, dans l'intérêt de l'enfant pendant une première brève phase d'acclimatation à l'unité.

Néanmoins, la Médiateure estime que les contacts avec les parents doivent être maintenus autant que possible pour ne pas exclure toute possibilité de retour dans le milieu familial.

Elle peut s'imaginer facilement que les enfants soient perturbés après les visites, mais elle est d'avis que ces sentiments font également partie d'un processus thérapeutique important qui doit être réalisé en milieu psychiatrique.

Au CHL, l'équipe de contrôle a constaté que les heures de visite étaient très restreintes, alors que les visites de la famille sont limitées à 2 visites pendant la semaine, d'une heure au maximum et d'une visite de deux heures pendant la fin de la semaine, sauf dans les cas où le mineur a obtenu le droit de passer le weekend dans son milieu familial.

La Médiateure estime que 3 visites par semaine constituent un minimum absolu qu'il ne faut, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, pas réviser vers le bas.

(30) Il est pour le surplus à relever que la plage horaire réservée aux visites est limitée à la plage horaire entre 16h30 et 18h00.

Selon les instructions de service, les horaires peuvent être modifiés en fonction de règles individuelles discutées avec l'équipe. L'équipe de contrôle n'a pas pu obtenir des témoignages représentatifs en la matière alors qu'un seul mineur était placé à l'unité au moment de la visite.

La Médiateure encourage le personnel de l'unité pédopsychiatrique à faire preuve de la flexibilité nécessaire en ce qui concerne les horaires de visite et de permettre aux personnes exerçant une activité professionnelle de rendre visite à leurs enfants. La Médiateure ne saurait tolérer que des enfants soient privés de contacts réguliers avec leurs parents ou membres de la famille pour des raisons organisationnelles.

(31) Les jours où les jeunes ne peuvent pas recevoir de la visite, les parents ont la possibilité de leur téléphoner. Ces appels téléphoniques, possibles les lundis, mercredis et vendredis peuvent être effectués entre 17h00 et 18h00 et peuvent durer 10 minutes, voire 2x5 minutes lorsque les parents de l'enfant sont séparés.

Ici de nouveau, la Médiateure appelle à la flexibilité des responsables de l'unité pour permettre aux personnes qui travaillent pendant ces heures déterminées, voire qui travaillent par tours, de pouvoir téléphoner pendant d'autres plages horaires, fixées à l'avance, en concertation avec les membres du personnel de l'unité.

La Médiateure est étonnée que ces constats relatifs au maintien des liens familiaux concernent avant tout l'unité du CHL qui semble être celle qui accorde le plus d'importance à l'implication des parents des mineurs dans le travail thérapeutique et qui est d'ailleurs, parmi les unités visitées, la seule unité à privilégier une approche systémique.

iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention

(32) La Médiateure note avec satisfaction que les procédures réglementant la gestion de crises et le recours aux moyens de contention soient très précises et déterminent les situations dans lesquelles il peut être recouru à des mesures de contention.

Ainsi, les instructions prévoient clairement que des moyens de contention ne peuvent être utilisés que dans les cas où l'enfant représente une menace sérieuse et immédiate pour sa propre sécurité ou pour la sécurité d'autrui.

Les procédures entourant le recours aux moyens de contention respectent le principe de subsidiarité, de sorte que la contention physique représente l'ultime moyen utilisé. Uniquement lorsque la « contention relationnelle », consistant en une technique d'écoute empathique et respectueuse, la contention corporelle, consistant en un embrassement ferme de l'enfant et une contention chimique par des médicaments n'ont pas suffi à désamorcer la situation, ce moyen sera employé et seule la force strictement nécessaire est autorisée.

La Médiateure salue le fait que les procédures en place respectent les normes internationales les plus importantes en la matière.

(33) En cas de besoin, l'équipe de l'unité peut appeler des membres du personnel de sécurité, en uniforme, en renfort. Après chaque intervention, un débriefing est organisé.

Les procédures pertinentes prévoient de manière très précise ce que les agents de sécurité peuvent faire dans une pareille situation et ce qu'ils ne doivent pas faire. Le comportement à adopter par les agents de sécurité est précisé et les agents de sécurité ne peuvent agir que sur instructions données par le personnel de l'unité.

Les agents de sécurité reçoivent une formation particulière qui semble cependant ne pas être obligatoire.

La Médiateure recommande de rendre la participation à cette formation obligatoire pour tous les agents de sécurité qui peuvent, le cas échéant, être appelés à apporter du renfort en situation de crise.

(34) La Médiateure approuve largement le contenu des instructions réglant l'intervention d'agents de sécurité en situation de crise.

Elle recommande néanmoins de compléter les instructions pertinentes en prévoyant une observation stricte du secret professionnel, alors que les agents sont impliqués

dans des situations particulièrement délicates qui demandent la plus grande discrétion.

(35) Les responsables de l'unité ont fait savoir à l'équipe de contrôle qu'il ne serait jamais procédé à l'administration d'une médication par voie d'injection. Néanmoins, si une contention mécanique est réalisée, il est toujours procédé à une sédation chimique avec l'objectif de rendre l'expérience la moins traumatisante possible pour l'enfant.

Chez les enfants en bas âge, il ne serait jamais procédé à une fixation, mais l'enfant serait serré fortement dans les bras d'un membre du personnel. Chez les enfants pubertaires, la contention mécanique serait néanmoins envisageable pour éviter que le patient se sente physiquement, respectivement sexuellement offensé.

Les parents ou tuteurs légaux de l'enfant sont toujours informés de l'application d'une mesure de contention.

En 2014, aucune mesure de fixation n'a été opérée.

La Médiateure apprécie le fait que les procédures relatives à la gestion de crise et au recours des moyens de contention soient rédigées de manière aussi précise et encourage l'équipe de continuer à ne faire usage d'une pareille mesure qu'en cas de nécessité médicale absolue.

(36) Lorsqu'un patient présente un risque suicidaire, l'unité dispose d'une chambre d'observation, pour laquelle une observation peut être réalisée à travers une fenêtre intégrée dans la porte.

La Médiateure apprécie que la surveillance est réalisée par des contrôles physiques réguliers et qu'il n'est pas recouru à une vidéosurveillance qui peut bien souvent transmettre un faux sentiment de sécurité sans qu'une surveillance réelle et efficace ne soit effectuée.

v. Autre constat

(37) L'équipe de contrôle a été informée qu'il arrive régulièrement que des enfants sont placés à la « Kannerklinik » en dehors de l'unité de psychiatrie.

La Médiateure est d'avis que cette unité hospitalière n'est pas un cadre adéquat pour exercer une mesure de placement, alors qu'il s'agit d'un milieu hospitalier, destiné à dispenser des soins en cas de maladies somatiques et non à garantir une prise en charge pédagogique.

La Médiateure peut comprendre qu'il existe des situations qui demandent de placer des enfants, même en bas âge et que les infrastructures existantes ne répondent pas nécessairement toujours aux critères recherchés.

Elle répète néanmoins que le manque ou les défaillances de structures existantes ne peut pas justifier une violation des normes en la matière.

Elle reviendra ultérieurement sur la problématique des infrastructures existantes au Luxembourg.

b. Hôpital Kirchberg (HK)

i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission

(38) En 2011, l'unité de psychiatrie juvénile de l'Hôpital Kirchberg disposait de 15 lits. La construction d'une annexe en 2012 a permis d'agrandir l'unité, de sorte qu'elle dispose désormais de 23 lits, dont 6 destinés à une prise en charge psychiatrique intensive. Il serait même projeté d'agrandir l'unité davantage dans un futur assez proche, afin de pouvoir accueillir 30 patients.

L'unité prend en charge des adolescents âgés entre 14 et 18 ans, nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique. Il arriverait néanmoins que des mineurs, âgés de moins de 14 ans seraient placés à l'unité du HK, problématique sur laquelle la Médiateure reviendra encore dans la partie consacrée aux constats généraux. Suivant les informations reçues, ceci aurait été le cas pour 19 patients entre les années 2010 et 2014.

En 2013, l'unité a accueilli 278 patients, dont 20 placements. De manière générale, on pourrait affirmer que les placements représentent environ 13,7% des hospitalisations.

La durée moyenne de séjour est de 30 jours, hospitalisations volontaires et placements confondus. Néanmoins, tout comme cela a été rapporté par les responsables du CHL, la durée moyenne de séjour des patients placés est plus longue que celle des patients en séjour volontaire et s'élèverait à 40-50 jours, la durée des hospitalisations volontaires étant de 22 jours en moyenne.

Au moment des visites sur place, 6 adolescents étaient placés à l'unité de psychiatrie juvénile.

Pour autant que l'état de santé des patients le permette, l'unité est ouverte vers l'extérieur. Les portes sont uniquement fermées périodiquement, notamment lorsqu'un patient représente un risque accru de fugue.

La Médiateure apprécie cette manière de procéder.

En 2014, le service disposait en moyenne de 1,5 ETP en médecins-psychiatres, de 23,67 ETP en personnel soignant et éducatif et de 6,77 ETP en personnel thérapeutique.

(39) Il existe une interdiction totale de fumer au sein de l'unité et à l'enceinte de l'hôpital, qui peut, en cas de transgression être suivie de mesures disciplinaires.

Néanmoins, lorsque les jeunes bénéficient de sorties plus fréquentes et plus longues, notamment dans le cadre du programme de l'entraînement à l'autonomie, sur lequel la Médiateure reviendra ultérieurement, il a été décidé de ne pas appliquer de mesures disciplinaires, par manque de moyens efficaces de contrôle.

L'équipe de contrôle a évidemment obtenu de nombreuses réclamations à cet égard de la part des jeunes qui demandent notamment si les responsables ne pouvaient pas au moins leur accorder une sortie par jour pour pouvoir fumer une cigarette.

La Médiateure se prononce pour le principe d'une interdiction totale de fumer et apprécie le fait que les responsables de l'unité ont décidé de ne pas encourager les jeunes à la consommation de tabac.

Néanmoins, la Médiateure souligne que, même avec l'entrée en vigueur de la loi lutte antitabac beaucoup plus stricte du 18 juillet 2013, la vente de tabac est toujours autorisée aux mineurs à partir de 16 ans.

La Médiateure n'ignore pas qu'avec la mesure de placement, l'hôpital est investi de l'autorité parentale et que de pareilles décisions éducatives peuvent partant être prises dans l'intérêt de l'enfant.

Il faut être conscient qu'il peut arriver que des mineurs placés à l'unité fument déjà depuis plusieurs années. Au moment de leur admission à l'unité psychiatrique, les jeunes se trouvent déjà dans une situation précaire et vulnérable et la Médiateure se pose la question si l'obligation d'arrêter du jour au lendemain de fumer n'est pas susceptible de créer des tensions supplémentaires qu'il conviendrait d'éviter, surtout dans la phase délicate de l'acclimatation.

La Médiateure approuve le principe que l'unité de psychiatrie juvénile ait déclaré une interdiction totale de fumer, même si les unités psychiatriques peuvent disposer d'un fumoir spécialement aménagé.

Au vu de la législation nationale, mais aussi en prenant en considération la situation de vulnérabilité, surtout des patients nouvellement admis, la Médiateure propose de réfléchir à la mise en place d'un programme de prévention conséquent en la matière et de donner la possibilité aux jeunes de réduire progressivement leur consommation de tabac pendant leur séjour.

(40) Les adolescents sont majoritairement logés dans des chambres doubles. L'unité dispose de seulement 3 chambres individuelles. Les chambres sont principalement distribuées en fonction de la pathologie des patients, les chambres individuelles étant principalement utilisées lorsqu'une observation plus importante est nécessaire, lorsque le séjour en chambre double est contre-indiqué à cause de l'état de santé du mineur ou lorsqu'il n'y a pas d'autre chambre disponible.

En 2011, le fait de mettre ensemble deux jeunes qui ne connaissent pas et qui se trouvent dans une situation délicate dans leur vie et dans leur développement avait été critiqué.

La Médiateure est d'avis que certaines constellations de jeunes dans les chambres doubles peuvent créer des conflits et que les chambres doubles peuvent constituer une atteinte à leur droit à la vie privée, voire à leur besoin d'intimité important en phase d'adolescence.

La Médiateure peut toutefois comprendre que le fait de partager une chambre avec un autre patient peut également comporter des aspects positifs, tels que l'exercice de compétences sociales et la création de nouveaux liens sociaux.

Afin de limiter les éventuels conflits entre les jeunes à un minimum et de garantir un certain degré de vie privée aux adolescents, il avait été recommandé de réfléchir à un agrandissement de l'unité en installant des chambres individuelles supplémentaires ou, si cette voie devait être considérée irréalisable pour des raisons financières, de procéder, dans toute la mesure du possible à une affectation des chambres en prenant en considération la personnalité et les antécédents des mineurs.

La Médiateure constate que l'unité a été agrandie, mais que l'annexe construite comporte exclusivement de chambres doubles, de sorte que cette problématique reste actuelle.

L'équipe de contrôle a cependant pu constater que la majorité des jeunes rencontrés lors de cette mission de contrôle ne voyait pas d'inconvénient majeur dans le fait de partager la chambre avec un autre patient, sauf lorsque les changements dans l'affectation des chambres étaient trop fréquents, ce qui peut néanmoins arriver au vu des durées des hospitalisations.

La Médiateure apprécie particulièrement le fait que, d'après les informations reçues, les démarches pour pouvoir partager la chambre avec un autre patient seraient très simples et faciles d'accès. Elle encourage le personnel de l'unité à apporter une très grande attention aux demandes émanant des jeunes en cette matière.

Elle maintient évidemment la recommandation de procéder, dans toute la mesure du possible à une affectation des chambres en prenant en considération la personnalité et les antécédents des mineurs.

(41) Les mineurs rencontrés ont rapporté à l'équipe de contrôle que l'annexe nouvellement construite ne disposait pas de raccordement à la télévision et que les patients de ce groupe n'ont donc pas la possibilité de regarder la télévision, mais uniquement des dvd qu'ils auraient déjà tous regardés à plusieurs reprises.

Par rapport aux patients des autres groupes, ceci constitue une différence de traitement qui n'est que très difficilement acceptable pour les jeunes.

La Médiateure recommande d'examiner les possibilités de réaliser le raccordement à la télévision également pour l'annexe de l'unité. Si ceci devait être irréalisable, elle recommande de donner la possibilité aux patients concernés de se retrouver avec les autres patients au moment où ceux-ci ont le droit de regarder la télévision. Ceci rejoindrait par ailleurs un autre souhait formulé par plusieurs adolescents qui est d'augmenter les contacts entre les différents groupes de patients.

(42) Lors de l'admission des jeunes ceux-ci sont informés de manière orale et écrite sur leur situation, leurs possibilités de recours et les conditions de leur séjour à l'unité. Un exemplaire du règlement d'ordre intérieur est affiché dans le couloir de l'unité.

Les parents des patients admis reçoivent une information écrite sur le fonctionnement de l'unité et son offre thérapeutique.

Les parents obtiennent également différents documents qui doivent aider les médecins-psychiatres à réaliser leur anamnèse de manière aussi complète que possible.

La Médiateure apprécie le fait d'informer les parents de manière exhaustive sur le fonctionnement et les objectifs de l'unité de psychiatrie juvénile et l'implication des parents dans la procédure thérapeutique.

(43) De manière générale, l'équipe de contrôle a pu noter que les parents des patients étaient informés sur toutes les décisions importantes prises à l'égard de leurs enfants et qu'aucune différence n'est faite à cet égard en ce qui concerne le traitement des patients en séjour volontaire et ceux placés par le juge.

La Médiateure apprécie que, malgré le fait que l'autorité parentale soit transmise à l'hôpital en cas de placement, l'accord parental est en principe demandé avant l'administration d'un traitement.

La Médiateure félicite les responsables de l'unité pour cette approche qui respecte l'égalité de traitement et qui permet d'impliquer et de responsabiliser les parents des patients. Il semble en effet primordial à la Médiateure de ne pas libérer les parents de toute responsabilité à l'égard de leurs enfants, alors que la responsabilisation et l'implication des parents peut faciliter un éventuel retour de l'adolescent dans son milieu familial.

(44) Dans le rapport de 2011, l'absence d'un document standardisé, informant les patients et/ou leurs parents sur leurs droits, notamment leurs droits de recours avait été soulevée.

Désormais, un document renseignant sur les aspects juridiques est distribué, dès l'admission et contre signature, aussi bien aux parents qu'aux patients. Le document distribué est certes très sommaire, mais le plus important est que les personnes concernées soient informées qu'un recours en justice est possible.

Les adolescents avec lesquels l'équipe de contrôle s'est entretenue ont d'ailleurs majoritairement affirmé avoir obtenu l'information qu'un recours contre la mesure de placement était possible.

Néanmoins, l'équipe de contrôle a pu se rendre compte qu'une information importante n'était pas mentionnée sur le document distribué, à savoir l'information que les mineurs disposent du droit de se voir attribuer un avocat et que, de ce fait, l'information sur la possibilité d'introduire un recours n'avait pas d'effet, alors que les adolescents ignoraient comment entamer les démarches nécessaires.

La Médiateure constate avec satisfaction que la recommandation d'établir un document standardisé à distribuer dès l'admission aux parents et aux patients, contre signature, a été suivie d'effet.

Elle recommande toutefois d'y insérer encore une brève information sur le droit, pour les mineurs, de demander un conseil juridique.

La Médiateure renvoie néanmoins à ses observations faites à la partie 2 sur l'attribution d'un avocat au mineur.

ii. Le traitement, l'offre thérapeutique et les activités

(45) En ce qui concerne l'offre thérapeutique, la Médiateure se rend compte qu'il existe une offre assez diversifiée, incluant notamment des activités d'ergothérapie, diverses activités sportives, des groupes thérapeutiques, voire des groupes de prévention.

Néanmoins, tout comme cela a été le cas en 2011, il existe une incohérence au niveau des dires des responsables de l'unité et les dires des adolescents.

Comme dans la majorité des unités psychiatriques, les patients ont une journée bien structurée et ils disposent tous d'un document reprenant leur programme individuel de thérapie.

Force est cependant de constater que le déroulement de la journée prévoit différentes plages horaires pendant lesquelles les patients sont invités à rester dans leurs chambres. Il s'agit des plages horaires suivantes :

- 8h00 à 8h30
- 11h30 à 12h15
- 13h15 à 14h45
- 16h15 à 17h00
- 18h00 à 18h30
- 19h00 à 19h45
- 21h15 à 22h00

Déjà en 2011, ces plages horaires avaient été appréciées comme étant trop longues, alors qu'elles s'élèvent à un total de 4h30 par journée.

Si l'on écoute les dires des patients, ils seraient, sauf à de très rares exceptions près, effectivement dans leurs chambres pendant les heures indiquées. Comme ils n'auraient pas d'occupation pendant ce temps, ils dormiraient la majorité du temps, ce qui aurait alors comme conséquence logique qu'ils rencontreraient des problèmes de sommeil le soir et pendant la nuit.

Ces constats ont déjà fait l'objet de plusieurs entretiens lors de la mission sur place, alors que l'équipe de contrôle était préoccupée par les affirmations des patients. Les responsables de l'unité ont néanmoins fait savoir à l'équipe de contrôle que les patients participaient, pendant les heures indiquées, à des activités thérapeutiques ou à des activités sportives. Si les patients se trouvent dans leurs chambres, ce serait pour faire des devoirs à domicile ou un travail de réflexion dans le cadre de leur thérapie. Seules les plages horaires avant les repas seraient effectivement des moments de repos pour permettre un déroulement plus serein des repas.

Finalement, la Médiateure n'est pas en mesure de vérifier la véracité des différents propos. Elle avait à cette fin demandé à obtenir les plans thérapeutiques individuels des patients placés à l'unité pendant le mois d'octobre, qui ne lui ont malheureusement pas été communiqués. Elle admet néanmoins qu'au moment des visites, la majorité des patients ne se trouvait pas dans leurs chambres.

Elle recommande aux responsables de l'unité d'essayer de clarifier pourquoi les jeunes ont le sentiment de ne pas être occupés pendant une partie aussi longue de la journée. Elle ne saurait tolérer que les plages horaires indiquées constituent vraiment des heures de repos, sans que les adolescents n'aient la possibilité de s'occuper autrement que dans leurs chambres.

(46) L'équipe de contrôle a été informée qu'un nouveau concept visant à développer les compétences sociales et l'autonomie des patients hospitalisés a été mis en œuvre. Il s'agit d'un concept à différentes étapes, à travers lesquelles le mineur obtient de plus en plus de libertés et peut ainsi gagner de plus en plus en autonomie. Les jeunes fixent, en concertation avec les thérapeutes, des objectifs à atteindre qui vont les motiver pour leur développement personnel.

La première étape de ce programme est appelé « wind of change » et désigne de manière générale une phase d'adaptation au nouvel environnement de l'adolescent, pendant laquelle le jeune se familiarise avec les nouvelles règles et le nouvel entourage.

Après cette phase d'acclimatation, généralement de quelques jours, les droits et les libertés accordés au jeune sont élargis. Le patient participe aux thérapies et aux sorties accompagnées. Il a accès au téléphone qui peut être mis à sa disposition par l'unité, sous différentes conditions, sur lesquelles la Médiateure va revenir dans la section suivante.

La deuxième étape s'appelle « chill and sport » et contient des possibilités de sortir de l'unité en groupe, avec d'autres patients, à des moments déterminés en concertation avec les responsables de l'unité.

D'après les informations reçues, ces sorties peuvent avoir lieu pendant les créneaux horaires mentionnés, destinés à des heures de repos. Pendant ces sorties, les adolescents ont également la possibilité de téléphoner avec un téléphone portable.

La troisième étape s'appelle « ouverture plus », qui élargit davantage les possibilités de sortie des jeunes, notamment aussi avec des sorties sans accompagnement, ni par d'autres patients, ni par des membres du personnel de l'unité. Les adolescents peuvent à ce stade également participer à des activités à l'extérieur, telles que des activités sportives ou culturelles. Les patients ont le droit d'avoir leur propre téléphone mobile et peuvent accéder à internet, en dehors de l'enceinte de l'hôpital.

La dernière étape du programme mis en place est appelée « aventure sans limite » et permet notamment aux jeunes de reprendre leurs hobbies qu'ils avaient avant l'hospitalisation.

La Médiateure tient tout spécialement à féliciter les responsables de l'unité de psychiatrie juvénile de cette initiative et de ce programme d'entraînement d'autonomie par étapes, basé sur la volonté et la motivation du jeune et les encourage à l'appliquer d'une manière aussi large que possible.

(47) Les différentes étapes de ce programme d'entraînement d'autonomie doivent être demandées par le mineur. Les demandes introduites doivent être dûment motivées et doivent comprendre les raisons de la demande, le lien avec les objectifs fixés, les raisons pour lesquelles le patient tient à réaliser l'activité projetée et comment le jeune a jusque-là montré qu'il pouvait prendre les responsabilités nécessaires pour pouvoir faire l'activité demandée. La demande nécessite donc un travail de réflexion et de rédaction non négligeable de la part du jeune qui doit réfléchir à un projet et intégrer sa demande dans un objectif concret à atteindre.

Comme il s'agit d'un programme visant à renforcer l'autonomie du jeune, la Médiateure approuve ces exigences.

L'équipe de contrôle a cependant été informée qu'un jeune avait introduit une pareille demande pour avancer dans le programme et que la demande lui aurait été refusée, sans que les motifs de ce refus ne lui aient été indiqués.

La Médiateure ne peut pas vérifier la véracité des informations reçues. Au vu de l'exigence de motivation très poussée qui est attendue de la part du patient, la Médiateure estime que les décisions de refus devraient toujours contenir les motifs précis à la base du refus de la demande du jeune.

(48) L'équipe de contrôle a été informée par les jeunes qu'une fouille serait réalisée après chaque sortie.

La Médiateure rappelle qu'une fouille est une situation délicate qui place le mineur dans une situation particulièrement vulnérable.

Elle ne peut accepter que des fouilles soient réalisées de manière systématique auprès de chaque patient, après chaque sortie.

La Médiateure recommande de ne procéder à des fouilles qu'en cas de suspicion concrète.

(49) Les jeunes ont ensuite rapporté que la fouille ne serait pas toujours réalisée par une personne du même sexe.

La Médiateure peut comprendre qu'il existe une certaine tolérance à cet égard du moment où il s'agit ici de membres du personnel paramédical. Elle peut néanmoins comprendre que, surtout à l'âge de l'adolescence, les jeunes se sentent mal à l'aise avec cette pratique.

Elle souligne aussi que le fait de réaliser les fouilles par une personne du même sexe constituerait une protection pour les membres du personnel qui seraient plus à l'abri de reproches formulés à leur encontre pour des comportements indécents vis-à-vis des patients, voire des reproches encore plus graves.

La Médiateure recommande, dans l'intérêt de toutes les personnes concernées, de réaliser, dans toute la mesure du possible, les fouilles par une personne du même sexe que le patient.

(50) L'équipe de contrôle a encore été informée qu'en cas de fouille, les patients étaient invités à se dévêtir jusqu'aux sous-vêtements.

La Médiateure apprécie le fait qu'il ne soit pas demandé aux jeunes de se dévêtir complètement. Elle voudrait néanmoins rappeler les normes actuelles préconisées par le CPT en matière de réalisation d'une fouille.

Le CPT recommande de procéder à un déshabillage en deux temps. Le patient devrait alors d'abord être invité à déshabiller le haut de son corps pour permettre les contrôles qui s'imposent. Après avoir pu se rhabiller, il devra alors déshabiller la partie inférieure de son corps aux mêmes fins. Cette manière de procéder permet d'éviter à tout moment que la personne fouillée se trouve entièrement dévêtue, à part ces sous-vêtements, devant les personnes procédant à la fouille.

La Médiateure recommande de procéder à une fouille en respectant les normes établies par le CPT relatives au déshabillage en deux temps.

(51) Comme déjà mentionné, le règlement d'ordre intérieur est affiché dans le couloir de l'unité.

L'équipe de contrôle a d'ailleurs pu se rendre compte que pratiquement dans toutes les salles de thérapie ou espaces communs, des règles relatives à la vie en communauté en général ou spécifiquement à l'unité étaient affichées, souvent sous forme de résultats d'une activité de réflexion en groupe.

La Médiateure comprend que des règles précises soient nécessaires dans le contexte très particulier des unités de psychiatrie juvénile. Elle salue le fait que la majorité des règles sont traitées et formulées dans les activités en commun et que les affiches avec les règles sont créées par les jeunes.

Il est évident que ce processus aide les jeunes à mieux s'identifier avec les règles établies et de ce fait, de mieux les respecter, ce qui peut contribuer à maintenir un climat serein et de respect mutuel.

Ceci n'empêche cependant évidemment pas qu'il y ait des transgressions des règles et la Médiateure comprend qu'un système de sanctions doit exister à l'unité.

Ainsi, il existe notamment une mesure disciplinaire, appelée « *Zimmersetting* » qui est généralement appliquée lorsqu'un jeune s'est montré agressif envers une autre personne, que ce soit par agressions verbales ou physiques.

Selon les informations reçues, cette sanction consisterait à renvoyer le jeune dans sa chambre pour le restant de la journée. Il lui serait demandé en plus de réaliser un travail de réflexion sur ses agissements. Cette mesure durerait au maximum 12 heures pour les patients âgés de moins de 14 ans et au maximum 24 heures, pour les patients plus âgés.

L'équipe de contrôle a cependant obtenu plusieurs informations de la part des patients qui mettent en cause ces informations.

Ainsi, plusieurs patients ont affirmé que la mesure pouvait durer jusqu'au moment d'avoir un entretien avec le médecin-psychiatre, ce qui pouvait, surtout en fin de semaine, prendre plusieurs jours.

D'autres patients ont raconté que cette mesure serait également appliquée après une fugue et qu'elle durerait de nouveau jusqu'à l'entretien avec le médecin-psychiatre. Cette mesure pourrait durer plusieurs jours et aurait, dans un cas précis, été appliquée pendant 5 jours.

L'équipe de contrôle a également eu connaissance d'une mesure disciplinaire qui serait appelée « *Nullsetting* » et qui serait généralement appliquée lorsque le patient a consommé de l'alcool ou des stupéfiants. Cette mesure comprendrait la sanction du « *Zimmersetting* », jusqu'à l'entretien avec le thérapeute, ainsi que la privation de sortie pendant une semaine, comprenant également la privation du droit de fréquenter l'école à l'extérieur et l'obligation de recopier le règlement interne de l'unité.

La Médiateure comprend et approuve le fait que les comportements décrits, notamment une agression physique d'autrui ou une consommation d'alcool ou de stupéfiants entraînent des sanctions. Comme pour chaque mesure disciplinaire, il importe toutefois d'instaurer un système transparent et d'appliquer des sanctions proportionnelles et adaptées, sans que cette sanction n'ait des conséquences objectivement négatives pour les mineurs.

La Médiateure se montre préoccupée par les renseignements contradictoires et les durées de la sanction avancées par les patients. Elle n'est pas en mesure de vérifier la véracité des informations obtenues.

Elle demande à obtenir de plus amples renseignements à ce sujet et recommande aux membres du personnel de veiller à appliquer un système disciplinaire transparent.

(52) Les entretiens avec les patients ont permis de détecter une autre mesure que les jeunes ont décrite comme étant une mesure disciplinaire.

Ils ont raconté que, notamment lorsqu'au moment de devoir dormir, ils s'entretiennent trop longtemps avec leur camarade de chambre, il serait déjà arrivé que le lit d'un des patients concernés aurait été déplacé à une salle commune, en face du bureau des infirmiers et que

le patient devrait alors dormir dans cette pièce qui sert généralement pour prendre les collations et les repas ou encore pour regarder la télévision.

Lors d'un entretien mené avec les responsables médicaux, l'équipe de contrôle a été informée que cette possibilité de déplacer le lit d'un patient dans cette salle commune existe, mais qu'il s'agirait d'une mesure de protection prise à l'égard d'un patient lorsque celui-ci présente un risque suicidaire ou lorsqu'il a des problèmes avec son compagnon de chambre qui ne peuvent pas être résolus le soir-même. Cette mesure permettrait d'éviter une mesure de fixation.

La Médiateure n'est pas en mesure de vérifier les informations reçues. Elle peut évidemment comprendre qu'une pareille mesure existe, en cas de risque suicidaire d'un patient ou lorsque celui-ci rencontre de sérieux problèmes avec le patient avec lequel il partage la chambre, dans le cas où ces problèmes n'auraient pas encore existé ou qu'ils n'aient pas été détectés au cours de la journée et qu'il n'y a pas d'autre chambre disponible.

Elle a cependant du mal à voir pourquoi une mesure de fixation serait indiquée dans ces situations et comment cette fixation pourrait être évitée par une pareille mesure.

La Médiateure ne pourrait pas accepter qu'une pareille mesure soit appliquée en tant que mesure disciplinaire pour la seule raison que les jeunes bavardent au moment de devoir dormir.

La Médiateure peut très bien s'imaginer que cette situation peut se présenter au moment où les jeunes doivent dormir. Elle comprendrait que les jeunes devraient être séparés temporairement pour leur permettre de se calmer afin de pouvoir dormir, mais elle s'oppose à la pratique de sortir le lit de la chambre et d'obliger le jeune à dormir dans une salle commune qui n'est pas adaptée à cette fin et dans laquelle le patient est exposé aux regards de tous.

La Médiateure recommande de ne faire usage de cette mesure que dans les cas où elle est strictement nécessaire pour garantir une surveillance étroite d'un patient qui présente ou bien un risque pour soi ou bien pour autrui. La mesure devrait être limitée à la durée strictement nécessaire. Si toutefois le patient s'endort pendant la mesure, il convient évidemment de ne pas le réveiller.

(53) Dans le rapport de 2011, il avait été recommandé de porter une attention particulière à l'éducation sexuelle, alors que les jeunes se trouvent dans une période de leur vie où la découverte de leur vie intime occupe une place importante et que les relations qui peuvent se nouer entre les jeunes placés à l'unité, au vu du temps important passé ensemble, peuvent être plus intenses que les relations qui se créent ordinairement dans un cadre scolaire où les enfants ne sont ensemble que pour une période beaucoup plus limitée de la journée.

En 2011, l'équipe de contrôle avait été informée que les responsables de l'unité avaient édicté des règles assez strictes pour garantir la séparation entre filles et garçons. Comme une surveillance sans faille est impossible, il avait été critiqué que l'unité n'avait 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.

Il a été souligné qu'il serait important de ne pas tabouiser le sujet, mais au contraire, de porter une attention accrue aux préoccupations, problèmes et questions des jeunes dans ce domaine.

Lors de cette mission de suivi, l'équipe de contrôle a eu connaissance que les activités thérapeutiques proposées comportent, entre autres, 3 ateliers de groupes de prévention, couvrant les volets des stupéfiants, de l'usage de l'internet et de l'éducation sexuelle.

La Médiateure se réjouit que la recommandation ait été suivie d'effets et qu'il existe désormais un groupe de prévention traitant les sujets liés à la sexualité. La Médiateure est également satisfaite que les règles concernant la vie en commun entre filles et garçons soient devenues plus souples et ainsi plus proches de la situation existant en dehors d'un contexte hospitalier ou psychiatrique.

(54) La Médiateure salue également le choix des autres sujets traités dans les groupes de prévention. Aussi bien les stupéfiants qu'un usage responsable de l'internet sont des sujets sur lesquels les jeunes doivent être sensibilisés et informés sur les risques inhérents.

La Médiateure encourage les responsables de l'unité à maintenir ces groupes de prévention.

(55) Pour chaque patient, un plan de thérapie individuel est établi. La participation des patients aux activités prévues est obligatoire, sauf si l'état de santé ne permet pas au jeune d'y participer.

La Médiateure comprend le besoin d'offrir aux jeunes patients un déroulement de journée structuré. Elle apprécie que, moyennant le programme d'entraînement à l'autonomie, le mineur ait la possibilité de prendre lui-même des initiatives et de contribuer de cette manière à la structuration de sa journée.

Au vu heures de repos prévus notamment avant les repas, la Médiateure estime que les jeunes disposent d'assez de temps pour se retirer et se reposer, de sorte que la participation obligatoire aux activités ne représente pas d'inconvénient.

(56) Un thérapeute sportif est affecté à l'unité de psychiatrie juvénile. Celui-ci encadre des activités telles que le basket, les visites à la piscine extérieure, l'escalade en hall sportif, le tir à l'arc, etc.

Il encadre également une fois par semaine une sortie dans les forêts, voire également, à intervalles réguliers, des sorties de plusieurs jours, comme par exemple une sortie en camping.

En dehors des activités purement sportives, il offre également un encadrement aux patients souffrant de troubles alimentaires, notamment des patients anorexiques en leur proposant des cours en matière d'éducation à la santé, comprenant des explications sur les éléments et la nécessité d'une alimentation saine et équilibrée.

Les groupes des jeunes pouvant participer à ces activités ne sont pas fixes, mais sont constitués de sorte à permettre à tous les patients d'y participer à des intervalles réguliers et en fonction de l'état de santé et des besoins spécifiques de chaque patient.

Les patients rencontrés appréciaient largement cette offre, même si plusieurs patients ont fait savoir à l'équipe de contrôle qu'ils aimeraient avoir plus de diversification dans les activités proposées.

La Médiateure est d'avis que l'offre en activités sportives est déjà bien diversifiée. Néanmoins, comme l'équipe de contrôle a reçu plusieurs fois les mêmes critiques, elle propose au thérapeute sportif de demander l'avis des jeunes pour éventuellement

trouver une possibilité d'intégrer d'autres activités dans le programme actuellement mis en place.

(57) L'équipe de contrôle a reçu de nombreuses réclamations au sujet des repas proposés à l'unité. Les repas du matin et du soir sont généralement assez appréciés, mais les repas du midi ont été critiqués pour plusieurs raisons.

Premièrement, les portions distribuées sont prédéfinies et les jeunes n'auraient pas la possibilité de se servir une deuxième fois. Certains patients ont déclaré que les quantités servies étaient insuffisantes.

L'équipe de contrôle a été informée que les patients pouvaient toutefois se servir à volonté de soupe et de salade.

La Médiateure peut comprendre le mécontentement des jeunes, mais, aux yeux de la Médiateure, ce mode de fonctionnement est acceptable.

Deuxièmement, les jeunes ont critiqué que les plats se répètent à un rythme de 3 semaines.

La Médiateure est consciente que la situation en psychiatrie est très spéciale, alors que les patients concernés comptent parmi les seuls à avoir un séjour hospitalier prolongé tout en étant dans un état de santé qui leur permet de s'alimenter de façon normale, ce qui n'est généralement pas le cas pour les pathologies somatiques.

La Médiateure recommande de veiller à proposer toujours des quantités suffisantes d'alimentation aux adolescents et de prendre en compte leurs besoins spécifiques dus à leur âge.

La Médiateure recommande d'allonger la périodicité des repas proposés pour les unités psychiatriques à au moins 4 semaines, aussi bien pour les enfants que pour les adultes, afin de ne pas exposer les patients à une répétitivité aussi importante.

(58) Les responsables de l'unité ont affirmé à l'équipe de contrôle que l'unité pouvait, en cas de besoin, avoir recours à l'assistance d'une diététicienne qui pourrait faire en sorte que la cantine adapte les menus proposés en fonction de besoins spécifiques.

De même, dans le cas où un patient souffre de diabète, il existe une collaboration étroite avec le CHL pour garantir une prise en charge optimale.

La Médiateure salue ces possibilités.

(59) Il a été affirmé à l'équipe de contrôle que tout patient a chaque jour la possibilité de se rendre à l'air libre, au moins pour une heure, sauf lorsqu'il existe un risque important de fuite ou si l'état de santé du mineur rend cette sortie impossible.

En début de l'hospitalisation, ces sorties se font tous les matins, en accompagnement d'un membre du personnel. En cas de nécessité il est possible de réaliser une sortie d'un seul patient, accompagné par un membre du personnel.

La Médiateure répète l'importance d'accorder à tout mineur au moins une heure de sortie à l'air libre par jour. Elle comprend que certaines circonstances peuvent rendre cette sortie impossible, mais elle insiste que dans de pareilles situations, l'état de santé, voire le risque de fugue doit très régulièrement être évalué pour limiter la période, pendant laquelle le mineur ne peut pas sortir au strict minimum.

(60) Les mineurs peuvent fréquenter une école interne à l'unité, ou, plus tard dans la mesure du placement, en fonction de leur état de santé, également une école à l'extérieur.

L'école interne fonctionne à raison de 3 groupes à 5-6 élèves. Ces groupes sont constitués en fonction de l'âge et du niveau de formation, de connaissances des jeunes.

Selon les informations reçues, la majorité des jeunes rencontrés par l'équipe de contrôle affirme que le niveau des cours dispensés à l'unité ne serait pas assez exigeant de sorte qu'ils apprécieraient énormément s'ils peuvent aller à l'école à l'extérieur.

Les bulletins scolaires sont toujours établis par des écoles extérieures.

La Médiateure recommande de veiller à offrir une formation adaptée aux niveaux scolaires des patients, même si elle est consciente que les instituteurs sont confrontés à une population particulièrement hétérogène en ce qui concerne leurs connaissances et que le caractère transitoire de la constellation des élèves constitue un autre facteur compliqué.

Elle encourage le personnel à établir une collaboration aussi étroite que possible avec les lycées à l'extérieur pour proposer des exercices aussi proches que possibles de ceux réalisés à l'école externe.

La Médiateure apprécie que les bulletins scolaires soient en tout état de cause établis par les établissements scolaires externes et qu'une stigmatisation des jeunes, par la mention de leur hospitalisation en milieu psychiatrique sur le bulletin scolaire est ainsi évitée.

(61) L'équipe de contrôle estime que le programme en activités est déjà très diversifié. Les jeunes ont notamment rapporté qu'ils aimeraient pouvoir entreprendre plus d'activités en fin de semaine.

La Médiateure ignore s'il y a eu des changements majeurs dans ce domaine depuis le rapport dressé en 2011, alors que les entretiens menés en 2011 avaient dégagé que les patients appréciaient particulièrement les activités proposées en fin de semaine.

La Médiateure est convaincue qu'un certain divertissement et épanouissement pendant les fins de semaine, pour les patients qui ne peuvent pas retourner chez leurs parents ou qui ne reçoivent pas beaucoup de visites favorisent un processus thérapeutique positif et contribuent à une ambiance plus sereine à l'unité et à une meilleure adhésion du patient à sa thérapie.

Elle encourage dès lors les responsables de l'unité à offrir différentes activités en fin de semaine qui pourraient être déterminées en concertation avec les jeunes.

(62) Les vêtements des jeunes sont généralement lavés une fois par semaine. Si cette tâche ne peut pas être assurée par les parents, il existe la possibilité de laver les vêtements à l'unité.

Dans ce contexte, l'équipe de contrôle a reçu plusieurs réclamations, affirmant en premier lieu qu'il arriverait souvent que des vêtements se perdent ou que les vêtements seraient restitués au mauvais patient.

La Médiateure recommande de revoir les procédures en la matière, pour pouvoir garantir que les vêtements soient en tout état de cause toujours restitués à la bonne personne.

(63) L'équipe de contrôle a en outre été informée qu'il n'était pas possible d'utiliser le sèche-linge et le lave-linge en même temps, ce qui aurait comme conséquence que les vêtements seraient régulièrement suspendus dans le couloir de l'unité pour sécher.

L'équipe de contrôle ne voit en principe pas d'inconvénient majeur à cette pratique, mais elle a été informée qu'il arriverait que les sous-vêtements soient également suspendus dans le couloir, ce qui gênait avant tout les filles rencontrées.

La Médiateure recommande de maintenir une certaine discrétion en la matière et de veiller à ne pas suspendre la lingerie des patients dans le couloir, exposée aux regards de tous.

(64) Lorsque des traitements médicamenteux sont nécessaires, les patients sont invités à se présenter individuellement auprès des infirmiers pour recevoir les médicaments nécessaires.

Les infirmiers effectuent un contrôle de la prise effective des médicaments, en variant l'intensité de ce contrôle en fonction de la situation et de l'état de santé du patient.

La Médiateure approuve le fait qu'il y ait un contrôle de la prise effective des médicaments qui peut éviter tout abus ou tout usage à mauvais escient des médicaments prescrits.

(65) Les parents sont informés sur tout traitement médicamenteux administré à leurs enfants et obtiennent les informations nécessaires sur l'effet poursuivi par le traitement.

La Médiateure salue cette manière de procéder.

(66) Lors des entretiens menés avec les jeunes, l'équipe de contrôle a cependant obtenu de la part des patients, d'autres informations en ce qui concerne les informations sur les médicaments administrés.

Certains patients ont rapporté ne pas avoir obtenu d'informations, tandis que d'autres ont affirmé avoir obtenu une explication très sommaire prétendant que le médicament les aiderait à devenir plus calmes.

De nouveau, la Médiateure n'est pas en mesure de vérifier les dires des patients, même si ceux-ci ont été très concordants.

Elle est d'avis que les jeunes sont assez âgés pour disposer de la capacité de discernement nécessaire pour comprendre les aspects pertinents relatifs à leur situation et une éventuelle nécessité de se soumettre à un traitement médicamenteux.

La Médiateure recommande pour cette raison aux médecins-psychiatres de chercher activement le consentement éclairé des patients aux traitements administrés, notamment en passant par une explication aussi complète que possible sur les raisons du traitement et les objectifs poursuivis.

iii. Les liens vers l'extérieur

(67) La Médiateure répète qu'elle accorde une très grande importance au maintien des relations familiales, nécessaire pour rendre possible une éventuelle réintégration du mineur dans son environnement familial.

Elle comprend la nécessité de réduire ou d'interrompre le contact entre l'adolescent et ses parents pendant les premiers jours de l'hospitalisation pour permettre au mineur de créer des repères dans son nouvel environnement de vie.

Les heures de visites « officielles » s'étendent de 16h45 à 18h00 en semaine et de 15h00 à 19h30 en weekend, mais l'équipe de contrôle a été informée que les visites étaient en principe possibles à tout moment.

La Médiateure apprécie cette réglementation flexible autour des heures de visites qui permet de maintenir au mieux les relations entre les adolescents et leurs familles.

(68) L'équipe de contrôle a été informée que les personnes pouvant rendre visite aux mineurs étaient déterminées par les parents, en accord avec le médecin-traitant. Seules les personnes inscrites sur la liste dressée par les parents peuvent être admises à l'unité.

La Médiateure salue le fait que les visites ne soient pas uniquement limitées aux parents, mais que d'autres personnes peuvent, dans certaines circonstances, également obtenir le droit de visiter le mineur.

(69) Les adolescents ont par ailleurs, tous les soirs, la possibilité de téléphoner pendant 30 minutes. Un téléphone portable est, après le versement d'une caution, mis à leur disposition par l'unité.

Il s'agit d'un gsm sans caméra et sans possibilité d'accéder à internet, pour éviter que des images ou des films soient enregistrés et montrés sur internet.

Selon les informations reçues, les jeunes ne pourraient cependant appeler que leurs parents avec ce téléphone portable.

La Médiateure salue cette initiative par laquelle les jeunes obtiennent la possibilité de téléphoner plus librement, sans qu'il n'existe pour autant un risque de porter atteinte à la vie privée d'un patient qui serait par exemple involontairement pris en photo.

Elle recommande néanmoins d'élargir la possibilité de téléphoner à toutes les personnes qui sont inscrites sur la liste des visiteurs autorisés du mineur.

iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention

(70) La Médiateure porte une attention particulière à la gestion de situations de crise et au recours à des moyens de contention.

Elle comprend que le recours à des moyens de contention peut s'avérer nécessaire en milieu psychiatrique, mais elle rappelle qu'il s'agit d'un moyen d'ultime recours qui doit être limité à la durée strictement nécessaire.

L'unité de psychiatrie juvénile dispose de plusieurs moyens auxquels le personnel peut recourir en cas de situation de crise, pendant laquelle un patient représente un risque accru pour soi ou pour autrui.

Lors des entretiens menés avec les responsables de l'unité, l'équipe de contrôle a été informée qu'il existait une gradation dans les mesures appliquées.

Dans un premier temps, le mineur serait invité à se rendre dans sa chambre et d'y rester jusqu'à ce qu'il se soit calmé. Si cette mesure est insuffisante, le responsable de l'unité peut décider de la mesure « cool down » qui consiste à isoler le mineur dans une chambre spécialement aménagée pour lui permettre de retrouver son calme. La chambre ne contient pas d'aménagement, à part l'installation d'un sac de boxe pour placer le jeune dans un environnement pauvre en stimulations.

Pendant toute la durée de la mesure, l'adolescent est surveillé par un membre du personnel paramédical.

Les procédures internes prévoient que cette mesure doit être aussi brève que possible et qu'elle est limitée à une durée maximale de 20 minutes.

La Médiateure apprécie le fait que le mineur soit surveillé en permanence, par une présence physique et qu'il ne soit pas recouru à une surveillance par caméra.

Elle approuve également le fait que la mesure soit limitée au strict nécessaire et qu'elle ne peut, en aucun cas, excéder 20 minutes.

(71) Si la mesure du « cool down » n'apporte pas les effets souhaités, les médecins de l'unité peuvent ordonner qu'il soit procédé à une fixation du patient. La mesure ne peut être réalisée sans instruction préalable par le médecin, sauf en cas d'extrême urgence. Dans un pareil cas, le médecin doit néanmoins confirmer sans retard la mesure appliquée.

Les procédures internes précisent que cette mesure n'est envisageable que lorsque les autres mesures n'ont pas suffi à désamorcer la situation de crise. Elle ne peut en outre être envisagée que lorsque le patient représente un danger pour soi ou pour autrui.

La Médiateure félicite les responsables de l'unité que le principe de subsidiarité soit respecté et que la fixation n'est envisageable qu'avec l'accord du médecin-responsable.

(72) En cas de nécessité lors d'une situation de crise, les infirmiers peuvent faire appel au soutien d'agents de sécurité qui peuvent aider à réaliser la mesure de fixation.

L'équipe de contrôle a été informée que les règles applicables en la matière étaient identiques à celles établies à l'unité de psychiatrie adulte de l'Hôpital Kirchberg.

Suivant ces règles, les agents de sécurité affectés au service de psychiatrie suivent une formation interne sur la technique de fixation de patients et sur les procédures de sécurité spécifiques à respecter et doivent en outre participer à la même formation externe en matière de désescalade de situations critiques que celle suivie par le personnel soignant. Cette formation fait également l'objet d'une mise à jour annuelle.

Les règles établies imposent 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 également à relever qu'un 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. En cas d'une pareille intervention, les agents de sécurité sont toujours sous la responsabilité et sous les ordres du personnel médical et soignant.

Les règles imposées aux agents de sécurité sont très précises et couvrent les aspects importants pour garantir le respect des droits du patient et le respect de sa dignité, de sorte que la Médiateure n'a pas d'objections quant à cette pratique.

(73) Les procédures internes prévoient qu'une surveillance permanente est réalisée durant toute la période de fixation.

La Médiateure apprécie le fait d'une présence physique pour surveiller le mineur fixé et qu'il ne soit pas recouru à une vidéosurveillance qui transmet bien souvent un faux sentiment de sécurité et de vraie surveillance.

(74) Dans tous les cas d'intervention en situation de crise, que ce soit pour une mesure de « cool down » ou pour une mesure de fixation, les parents du mineur sont informés par écrit de la réalisation de la mesure et des raisons sommaires, voire standardisées, qui ont rendu cette mesure nécessaire.

La Médiateure apprécie aussi que les parents soient informés des mesures appliquées et que les circonstances ayant rendu cette mesure nécessaire leur soient brièvement expliquées, même si elles ne sont pas personnalisées.

Elle recommande aux membres du personnel procédant à l'information des parents de mentionner, sur le document qui leur est envoyé, la possibilité de solliciter d'autres informations auprès du médecin responsable qui leur permettraient de mieux comprendre la situation concrète ayant rendu nécessaire l'application d'une telle mesure.

(75) La Médiateure salue la procédure prévoyant qu'après chaque mesure de contention, un débriefing est organisé entre les professionnels et que les mesures de contention sont inscrites, avec les motifs à la base de la mesure, dans le dossier du patient.

L'équipe de contrôle n'a pu s'entretenir qu'avec un très petit nombre de patients ayant fait l'objet de mesures de fixation et n'a pas pu obtenir de réponse claire à la question si un « débriefing » était également fait avec le patient, voire si le patient était également informée de manière détaillée pourquoi cette mesure a été appliquée.

La Médiateure recommande d'aborder, en temps utile, cet événement avec le jeune concerné et de lui expliquer de manière objective et calme, ce qui s'est passé et quelles en étaient les raisons. Elle est d'avis que ces informations sont primordiales dans une situation dans laquelle un patient a été dans une telle situation délicate de vulnérabilité accrue et a fait l'objet d'un traitement involontaire, voire d'une fixation.

(76) A côté de tous les aspects positifs que la Médiateure peut relever au niveau des procédures concernant le recours aux moyens de contention, elle est hautement préoccupée par un autre constat dressé à cet égard.

Pendant l'année 2013, 7 patients ont fait l'objet d'une mesure de fixation. Les durées de fixation varient de 1h55 à 17h45.

Comme déjà en 2011, la Médiateure est alarmée de constater des durées des mesures de fixation allant jusqu'à 17h45. Elle n'entend pas s'exprimer sur la légitimité et nécessité médicales d'une telle mesure de fixation prolongée et ne veut pas remettre en question la décision médicale.

L'équipe de contrôle avait été informée qu'il serait, non systématiquement, mais néanmoins dans la très large majorité des cas, procédé à une administration de médicaments, en fonction de la pathologie du patient, destinés à le calmer pendant la mesure de fixation.

Cette médication serait également destinée à rendre l'expérience de la fixation moins traumatisante et à réduire la durée nécessaire pour calmer le jeune et par conséquent la durée de la mesure.

La Médiateure ne dispose pas des connaissances nécessaires en matière médicale pour se prononcer sur la nécessité et l'utilité d'une mesure de fixation s'élevant jusqu'à 17h45. Force est cependant de constater que les mesures de fixation représentent à ses yeux une situation particulièrement délicate, susceptible d'entraîner un traitement inhumain et dégradant et méritent, de ce fait, d'être entourées des garanties les plus exigeantes et précises.

La Médiateure rappelle que les fixations doivent être limitées à la durée strictement nécessaire. Elle est d'avis que l'inscription de ce principe dans les procédures internes n'est pas suffisante pour instaurer une protection adéquate des patients.

Elle recommande de ce fait aux responsables de l'unité d'instaurer des procédures qui contiennent, comme pour les mesures d'isolement, une durée maximale pendant laquelle une fixation peut être maintenue. Une fois cette durée atteinte, la mesure doit être réévaluée par le médecin-psychiatre qui doit, le cas échéant, expressément constater sa nécessité et prolonger son maintien.

La Médiateure apprécierait également si cette ligne directrice pouvait être inscrite dans le cadre légal applicable aussi bien aux patients mineurs qu'aux patients adultes.

(77) En principe, une fixation a lieu dans la chambre du mineur. Si le mineur est logé dans une chambre double, il est essayé, selon les possibilités, de faire changer l'autre patient de chambre durant la mesure de fixation.

La Médiateure exprime ses réserves quant à la pratique de procéder à des mesures de fixation dans la chambre attribuée au mineur. Elle est d'avis que cette chambre doit rester un endroit où le mineur peut se retirer et où il se sent protégé.

La Médiateure est néanmoins d'avis que la question de savoir si le patient vit cette mesure de fixation de façon moins traumatisante si elle a lieu dans un endroit qui lui est familier mérite une réflexion.

La Médiateure recommande d'aborder le sujet de la fixation avec les patients de manière aussi ouverte que possible et de déterminer à l'avance, si possible, le lieu qui serait le plus adapté pour le patient si une mesure de fixation devait être envisagée. S'il n'a pas été établi quelle chambre serait privilégiée par le jeune, la Médiateure recommande de réaliser les mesures de fixation dans une chambre spécialement dédiée à cette fin.

La Médiateure s'oppose, pour des raisons de discrétion évidentes, à la possibilité de procéder à une fixation dans une chambre dans laquelle il y a encore un deuxième patient.

(78) De manière générale, la Médiateure a pu constater que la fixation était un sujet très appréhendé par les jeunes patients avec lesquels l'équipe de contrôle a pu s'entretenir. S'ils n'ont pas tous fait l'objet d'une pareille mesure, la majorité a affirmé avoir déjà assisté à une situation de crise ayant mené à la fixation d'un patient.

Lors d'une situation de crise, les adolescents sont inévitablement témoins de la situation et, même s'ils sont invités à rejoindre leurs chambres dans les meilleurs délais, ils sentent l'atmosphère dégagée et entendent ce qui se passe autour d'eux.

Les patients rencontrés ont souvent affirmé qu'il s'agissait d'une procédure qui leur faisait peur. L'équipe de contrôle a eu l'impression que les jeunes disposaient de certaines informations et que certaines rumeurs ont contribué à une image biaisée de la procédure en tant que telle.

Les patients ont exprimé le souhait d'obtenir plus d'informations sur la procédure et ont également regretté que les membres du personnel n'en parlent pas avec eux.

La Médiateure est d'avis qu'une sorte de débriefing avec les patients qui ont été directement témoins de la situation de crise ayant nécessité la fixation, voire avec ceux qui ont, d'une manière ou d'une autre été témoins de la réalisation de la mesure de fixation serait indiquée. Il s'agit de donner aux jeunes la possibilité d'exprimer leurs peurs, leurs impressions et de contribuer, par ces échanges, à une meilleure compréhension de cette mesure médicale. Elle recommande ainsi aux responsables médicaux à ne pas tabouiser le sujet de la fixation, mais à le thématiser aussi ouvertement et objectivement que possible avec les jeunes, chaque fois que cela semble indiqué.

(79) Un élément qui a été vécu comme particulièrement désagréable et gênant au cours d'une mesure de fixation est le fait que le patient n'est pas autorisé à aller aux toilettes.

La Médiateure comprend qu'il n'est pas possible de défaire une fixation nécessaire auprès d'un patient agité pour lui permettre de visiter les toilettes.

La Médiateure est d'avis que le recours à des couches ou au bassin de lit devrait constituer une mesure strictement exceptionnelle qui ne devrait être appliquée que si le patient est encore trop agité au moment de sa demande et s'il existe un risque de danger accru pour soi ou pour autrui.

(80) L'équipe de contrôle a été informée que les infirmiers suivent des formations continues notamment en matière de désescalade et de prévention des situations de crise et qu'ils s'exercent à intervalles très réguliers.

La Médiateure apprécie que des formations continues soient suivies notamment dans ce domaine aussi délicat et important.

(81) En 2011, le rapport avait fait état qu'au moment des visites sur place, trois adolescents étaient assis chacun devant une table dans le couloir, sans qu'ils n'aient d'occupation apparente et sans parler entre eux.

L'équipe de contrôle avait été informée qu'il s'agissait d'une mesure d'observation prise lorsque le comportement d'un patient est problématique et qu'une situation de crise pourrait survenir.

Si la nécessité préventive d'une pareille démarche pouvait être suivie, il est délicat, voire inapproprié que la mesure ait lieu dans un endroit où les patients sont exposés aux regards de toutes les personnes qui entrent à la station.

Lors des visites sur place de cette mission de contrôle, l'équipe de contrôle a pu constater que la situation s'était légèrement améliorée, alors les portes d'entrée de l'unité ont été rendues partiellement opaques, de sorte que les mineurs sont ainsi protégés des regards de l'extérieur.

La Médiateure apprécie cet effort qui constitue une nette amélioration par rapport à la situation constatée en 2011.

Il n'en reste pas moins que les jeunes mis sous observation sont toujours installés au milieu du couloir que tous les visiteurs de l'unité traversent.

La Médiateure maintient dès lors la recommandation formulée en 2011, suivant laquelle, il faudrait trouver un endroit où les patients concernés ne sont pas exposés aux regards de toutes les personnes qui entrent à la station, en soulignant qu'il est évident que ce lieu doit pouvoir permettre une surveillance adéquate.

v. Autres constats

(82) L'équipe de contrôle a par ailleurs été informée qu'il arriverait, en cas de nécessité absolue causée par un manque de capacités à l'unité, qu'un patient mineur soit transféré à l'unité psychiatrique réservée aux adultes.

Une telle situation se présenterait assez régulièrement, même si le séjour à l'unité pour adultes ne durerait à chaque fois que quelques jours.

Cette information appelle plusieurs observations de la part de la Médiateure.

Premièrement, il est un fait que les enfants placés, même si l'argument vaut tout aussi bien pour les patients en séjour volontaire, ont le droit d'être séparés des adultes et d'être pris en charge dans une structure adaptée à leurs besoins.

La Médiateure consent que les patients adolescents soient certes encore traités dans un cadre adapté à leurs besoins, alors qu'ils participent toujours aux activités proposées par l'unité des mineurs, estime cependant que cette démarche comporte des inconvénients considérables dont le personnel de l'unité de psychiatrie juvénile peut remarquer les conséquences après le retour du jeune à l'unité.

Ces inconvénients résultent notamment du régime appliqué aux patients adultes qui est, en toute logique, différent de celui mis en place à l'unité pour mineurs.

Comme déjà mentionné, il existe une interdiction totale de fumer à l'unité pour mineurs, ce qui n'est pas le cas à l'unité pour adultes. Par ailleurs, les dispositions en ce qui concerne les droits de visite sont différentes à l'unité destinée aux adultes.

Ainsi, les adolescents qui sont transférés pour quelques jours à cette unité obtiennent par le fait des choses d'autres droits que ceux qui leur sont accordés à leur unité. Ainsi, ils ont par exemple la possibilité de fumer ou encore de recevoir la visite de leur copain ou copine, ce qui n'est pas nécessairement le cas à l'unité de psychiatrie juvénile, où les personnes pouvant rendre visite aux adolescents sont préalablement déterminées par les parents, en concertation avec les médecins.

Ces libertés dont bénéficient les mineurs à l'unité pour adultes créent des tensions au moment du retransfert, alors que certains adolescents ne souhaitent plus retourner à leur unité.

La relation entre les patients adultes et les patients mineurs est également un aspect très délicat.

Sans vouloir dramatiser la situation, la Médiateure souligne que, tout comme les mineurs, les adultes ne sont dans un état de santé stable et chaque patient souffre de troubles bien distincts et spécifiques. Il est de ce fait plus probable que dans d'autres circonstances que des problèmes peuvent apparaître entre les patients mineurs et adultes.

Il n'est donc pas à exclure que les patients mineurs soient confrontés à des comportements inadaptés de la part de patients adultes, que ce soient des avances sexuelles ou encore, par exemple, le contact avec des stupéfiants, tels que notamment le THC, ce qui constitue par ailleurs une raison fréquente d'admission en psychiatrie juvénile.

La Médiateure est consciente que les responsables n'ont pas de réelle influence sur le nombre de patients admis à l'unité, alors que les admissions d'urgence et les mesures de placement sont indépendantes de leur volonté.

Ceci s'illustre parfaitement si l'on considère que, sur les 258 patients, admis en 2014, jusqu'au moment des visites, 125 admissions représentent des admissions d'urgence.

En ce qui concerne, la différence des régimes applicables, la Médiateure recommande de veiller à appliquer le régime pour mineurs, même si mineur est logé à l'unité pour adultes, tout en étant consciente que cette application suppose une surveillance plus importante.

La Médiateure se prononce cependant clairement contre la pratique de transférer des adolescents à l'unité psychiatrique pour adultes, alors qu'elle comporte trop d'inconvénients lourds de conséquence.

La Médiateure renvoie à ses observations faites à la partie 2 sur l'obligation d'admettre des mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement.

Le problème des structures et places disponibles sera encore traité ultérieurement dans le chapitre sur les constats généraux.

(83) En 2013, 10 mineurs ont fugué de l'unité de psychiatrie juvénile. Il est à relever qu'il s'agit principalement de jeunes qui ne retournent pas à l'unité après une sortie autorisée. Lorsqu'une fugue est constatée, les parents ou le cas échéant le foyer de provenance de l'enfant, le juge de la jeunesse et la police sont alertés. Si, au moment de l'admission, les responsables de l'unité avaient obtenu l'accord parental pour prendre le patient en photo, cette photo est alors transmise à la Police grand-ducale.

L'équipe de contrôle a été informée que lors de la déclaration d'une fugue, des membres du personnel auraient déjà fait l'objet de certains reproches formulés de la part des agents de police, mettant en question le fait que les jeunes aient bénéficié d'une autorisation de sortie.

Sachant qu'une situation de fugue est une situation très désagréable et perturbante pour tous les membres de l'équipe de l'unité psychiatrique ayant travaillé avec le jeune, des reproches formulés par des personnes extérieures au fonctionnement de l'unité et à la prise en charge thérapeutique constituent une source de déstabilisation supplémentaire à éviter.

La Médiateure n'ayant pas la preuve de la véracité des informations reçues, elle souhaite toutefois souligner qu'il n'appartient pas aux agents de la police de formuler des reproches à l'égard du personnel infirmier déclarant la fugue d'un patient, étant donné que l'approche et le traitement thérapeutiques adoptés par les médecins-psychiatres notamment en ce qui concerne l'autorisation de sorties est une décision médicale qui échappe aux compétences des agents de la Police grand-ducale.

Elle souhaite que les agents de police soient sensibilisés davantage au fait qu'une fugue d'un patient mineur d'une unité psychiatrique constitue une situation délicate et perturbante pour les personnes ayant travaillé avec le mineur. Il serait dès lors opportun d'offrir un soutien professionnel en déclenchant sans délai la procédure de recherche.

La Médiateure note néanmoins avec satisfaction que, mis à part ce constat et selon les informations recueillies, le comportement adopté par les agents de police est généralement considéré comme étant très correct et que toutes les démarches nécessaires sont entamées sans délai.

(84) Les responsables médicaux de l'unité ont affirmé à l'équipe de contrôle qu'il existe un contact très régulier avec les juges de la jeunesse et que ceux-ci viennent régulièrement sur place pour expliquer les raisons du placement au mineur.

Selon les informations reçues, les mineurs étaient toutefois nombreux à avoir été placés depuis plusieurs mois en affirmant ne pas encore avoir vu le juge de la jeunesse ayant pris la décision de placement.

La Médiateure est d'avis que chaque mineur doit rencontrer son juge de la jeunesse et parler avec lui des raisons de son placement et ses conséquences, idéalement avant la décision de placement, ou, en cas d'urgence, dans les meilleurs délais après la décision.

La Médiateure renvoie à ses observations faites à la section 2 et souligne l'importance du contact non seulement entre le juge et les responsables médicaux, mais aussi entre le juge et le mineur concerné. Elle insiste également sur le droit des mineurs d'être entendus avant la prise de décisions qui les concernent directement.

(85) L'équipe de contrôle a reçu plusieurs réclamations mettant en cause le comportement de certains membres du personnel paramédical.

Selon les dires de plusieurs jeunes, certains membres du personnel appliqueraient les règles de manière arbitraire, voire des règles et sanctions qui n'auraient pas été établies au préalable. Les membres du personnel ne seraient d'ailleurs pas toujours d'accord entre eux en ce qui concerne l'application des règles et en discuteraient devant les patients.

La Médiateure rappelle l'importance d'un système de règles et de sanctions transparent pour éviter la sensation d'arbitraire, d'impuissance et d'injustice.

Les jeunes ont pour le surplus fait remarquer qu'ils avaient l'impression qu'ils étaient soumis à des règles très strictes, notamment en ce qui concerne le respect d'autrui, mais qu'eux-mêmes n'étaient pas toujours traités avec le même respect en retour. Ils ont également rapporté qu'il arriverait régulièrement que les infirmiers de garde pendant la nuit feraient beaucoup de bruit qu'ils entendraient dans leurs chambres, affirmation qui n'a pas pu être vérifiée par la Médiateure.

La Médiateure recommande de sensibiliser le personnel à la problématique de l'apparence du système disciplinaire et de veiller à toujours motiver et expliquer les règles et sanctions appliquées.

(86) Un problème abordé lors des visites sur place concerne l'hétérogénéité des patients placés à l'unité au niveau des pathologies diagnostiquées.

La Médiateure comprend que des patients souffrant par exemple de troubles du comportement, de troubles alimentaires ou de troubles liés à la consommation de stupéfiants nécessitent tous une prise en charge différente et qu'un patient qui entre à l'unité en phase aiguë a besoin d'un autre encadrement que le patient déjà stabilisé davantage.

La Médiateure est d'avis qu'il serait bénéfique aux patients et à l'atmosphère générale de l'unité d'opérer une séparation des patients, du moins en ce qui concerne le traitement des patients en phase aiguë et ceux en phase de stabilisation, obtenant un suivi thérapeutique qui nécessite moins de contrôle. Dans la mesure du possible une certaine séparation des patients en fonction des pathologies constatées pourrait également contribuer à rendre la prise en charge plus facile.

La Médiateure a été informée que des réflexions en ce sens étaient déjà menées et souhaite être tenue au courant des développements en la matière.

c. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

i. Personnel et infrastructures et procédure d'admission

(87) Le CHNP dispose de 12 lits, destinés à accueillir des jeunes patients âgés entre 12 et 18 ans.

En 2011, l'état des infrastructures avait été légèrement critiqué, même si les infrastructures avaient encore été jugées satisfaisantes.

Il est à relever positivement que, depuis la mission de contrôle en 2011, l'unité a réalisé des travaux de rénovation remarquables qui rendent l'unité beaucoup plus chaleureuse et accueillante.

La grande majorité des patients est placée au CHNP sur décision judiciaire. Jusqu'au moment des visites sur place, l'unité psychiatrique pour adolescents avait accueilli, pendant l'année en cours, 28 patients sur base d'une mesure de placement.

Au moment même des visites, 11 patients étaient placés à l'unité OR3, dont un patient se trouvait en fugue depuis plusieurs mois.

La durée moyenne des séjours s'élève à 111 jours.

Tout comme cela a été rapporté par les responsables de l'unité de psychiatrie juvénile au Kirchberg, les responsables de l'OR3 ont affirmé que la durée de séjour en cas de placement était légèrement supérieure à celle des patients en séjour volontaire.

La Médiateure rappelle ses réflexions faites aux points 11 et 20 et reviendra encore ultérieurement à ce problème général.

(88) L'unité dispose de 1,5 ETP de pédopsychiatre affectés à l'unité OR3 et de 0,5 ETP de pédopsychiatre disponible à partir du service d'ambulance, de 1 ETP de psychologue, majoré de 0,25 ETP disponible du service d'ambulance et de 0,75 ETP d'assistant social.

Le personnel soignant est composé de 6,5 ETP d'infirmiers psychiatriques, de 4,5 ETP d'infirmiers, de 0,75 ETP d'infirmier pédopsychiatre, de 1,75 ETP d'aide-soignant, de 0,5 ETP d'ergothérapeute, de 1 ETP d'éducateur gradué et de 1,5 ETP d'éducateurs.

Un instituteur est détaché pendant 22 heures par semaine à l'OR3 et un autre pendant 12 heures par semaine.

Le personnel de l'OR3 est, par semaine, encore appuyé par 3 heures en thérapie de l'art, en groupe ou en individuel, 2 heures de psychomotricité en groupe, 1 heure de psychomotricité en séance individuelle et 1 heure en hippothérapie.

La kinésithérapie, ainsi qu'une thérapie par le sport sont réalisables en cas de besoin.

La Médiateure est soulagée que l'unité ait procédé aux recrutements nécessaires et dispose désormais de plus d'un ETP de pédopsychiatre.

(89) Les membres du personnel peuvent suivre différentes formations continues, notamment des formations en désescalade de situations à risques et en pédagogie du traumatisme et ils ont droit, 6 fois par an à une supervision externe de 4 heures.

La Médiateure apprécie les possibilités de formation continue accordées aux membres du personnel.

(90) La porte de l'unité est toujours fermée à clé et les jeunes doivent demander pour pouvoir sortir.

La Médiateure apprécie l'approche adoptée à l'unité de psychiatrie juvénile à l'Hôpital Kirchberg, où la porte d'entrée de l'unité n'est fermée qu'en cas de nécessité liée à l'état de santé des patients.

Elle recommande aux responsables de l'unité OR3 d'analyser les possibilités de maintenir l'unité ouverte, sauf en cas où un mineur présente un risque de fuite aigu.

(91) L'équipe de contrôle a constaté que les infrastructures actuelles ne permettent guère de procéder à une séparation effective entre filles et garçons.

A cet égard, la Médiateure renvoie aux observations et recommandations formulées sur le même sujet au chapitre sur l'unité de psychiatrie juvénile du CHK.

(92) En ce qui concerne l'admission au CHNP, il existe une liste d'attente. En 2013, le temps d'attente moyen pour les séjours volontaires, les placements et les interventions de crise

s'élevait à 11,4 jours, en 2014, au moment des visites, à 13,1 jours. Au moment des visites, 3 adolescents se trouvaient sur la liste d'attente en vue de l'admission au CHNP.

Dans la majorité des cas, il est procédé à des entretiens préalables à l'admission avec le jeune et avec ses parents.

Pour procéder à l'admission en fonction de la liste d'attente, différents facteurs comme notamment le degré d'urgence, le sexe et la cohérence avec la patientèle peuvent être pris en considération. Quant au sexe du patient à admettre, les responsables de l'unité tentent, dans toute la mesure du possible, de respecter un équilibre entre les sexes.

L'équipe de contrôle a été informée que le temps d'attente pour mettre en œuvre une mesure de placement se situe généralement entre 4 et 6 semaines.

Le délai d'attente est évidemment étroitement lié à la durée des hospitalisations réalisées. Celui-ci devrait par conséquent pouvoir être réduit si l'on arrive à résoudre le problème de la prolongation des séjours à l'unité en raison de l'absence de structure où le jeune pourrait être admis.

La Médiateure reviendra sur la problématique des durées des hospitalisations résultant de mesures de placement dans la partie sur les constats généraux.

(93) L'unité dispose de chambres doubles et de chambres individuelles. Les responsables de l'unité ont admis déjà avoir eu recours à des lits supplémentaires lorsque la capacité maximale de l'unité était dépassée.

La Médiateure s'oppose au recours à des matelas supplémentaires. Elle est consciente que les responsables de l'unité n'ont qu'une influence limitée sur le nombre de patients à admettre à l'OR3, alors qu'il existe les admissions d'urgence et les mesures de placement qui sont majoritairement indépendantes de leur volonté, même si, comme mentionné ci-avant, il existe une période d'attente de 4 à 6 semaines pour mettre en œuvre les mesures de placement.

La Médiateure renvoie à ses observations faites à la partie 2 sur l'obligation d'admettre des mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement.

Le problème des structures et des places disponibles sera traité ultérieurement dans le chapitre sur les constats généraux.

(94) Au moment de l'admission, le mineur reçoit un document contenant les informations essentielles sur le fonctionnement de l'unité ainsi que des informations sur la possibilité de faire un recours contre la mesure de placement ou d'avoir accès à un avocat.

Il existe en outre un document qui accuse réception du règlement d'ordre intérieur de l'unité et un formulaire à remplir par le patient renseignant sur l'obtention d'informations sur la mesure de placement, le cas échéant d'une copie de la décision du jugement de la jeunesse, les informations sur le séjour à l'unité et le déroulement de la thérapie et qui cherche à renseigner sur l'adhésion du patient à la thérapie et les éventuels objectifs que le mineurs a déjà pu identifier.

L'équipe de contrôle a été informée qu'à côté du formulaire distribué, les jeunes reçoivent également des informations sur leurs droits et les possibilités de recours lors d'un entretien individuel avec le médecin-psychiatre.

Malgré ces efforts, plusieurs jeunes ont rapporté à l'équipe de contrôle ne pas avoir obtenu des informations sur les possibilités de faire un recours ou sur leur droit de se voir attribuer un conseil juridique.

Au vu des documents obtenus, la Médiateure affirme que les documents distribués aux jeunes contiennent les informations pertinentes.

La Médiateure félicite les responsables de l'unité d'avoir mis sur pied un système transparent qui donne au mineur toutes les informations nécessaires pour bien débiter son séjour et son traitement à l'unité. Néanmoins, au vu du feedback négatif à ce sujet par les patients rencontrés, la Médiateure recommande d'accorder une attention toute particulière à l'entretien mené avec les jeunes. Celui-ci est en effet susceptible de rendre les informations plus compréhensibles et de faire en sorte que les jeunes saisissent effectivement le contenu des informations.

(95) Les parents reçoivent un document avec les coordonnées des principales personnes de contact, ainsi qu'avec les indications sur les réglementations concernant les appels téléphoniques et les heures de visite. La Médiateure reviendra ultérieurement sur les dispositions relatives à ces deux points.

La Médiateure apprécie la distribution systématique d'un pareil formulaire d'information aux parents. Elle recommande de porter une attention particulière à la situation des parents séparés et de les informer de manière identique.

(96) Les responsables de l'unité ont affirmé accorder de manière générale une grande importance au dialogue régulier avec les parents des patients hospitalisés à leur unité, même si ceux-ci sont déchus de l'autorité parentale. Ils ont insisté qu'ils réservent aux parents déchus de l'autorité parentale les mêmes droits que ceux accordés aux parents de patients en séjour volontaire en ce qui concerne les décisions qui concernent leurs enfants. Un entretien avec les parents aurait lieu environ toutes les 2 à 3 semaines.

La Médiateure salue cette approche.

ii. Le traitement, l'offre thérapeutique et les activités

(97) Pour chaque patient, un programme individualisé de thérapie est établi. L'offre thérapeutique pour chaque patient s'élève à environ 10 heures par semaine, dont 4 heures en activités thérapeutiques en groupe.

L'offre thérapeutique, comprenant notamment des séances en thérapie de l'art, en psychomotricité visant notamment à proposer des exercices de relaxation aux jeunes, des séances d'ergothérapie, des ateliers de cuisine thérapeutique, des activités sportives, des séances d' « Aitramp », semble très bien diversifiée.

Les patients rencontrés par l'équipe de contrôle ont néanmoins exprimé plusieurs critiques au sujet de l'offre thérapeutique mis en place.

Ainsi, certains patients ont regretté de ne pas pouvoir participer aux séances d'ergothérapie, alors que cette activité serait uniquement proposée le matin, donc au moment où ils poursuivent leur scolarité à l'extérieur.

La Médiatrice regrette cette situation, tout en comprenant qu'il est difficilement possible d'organiser autrement les séances d'ergothérapie. Elle propose néanmoins d'analyser la situation et les disponibilités de l'ergothérapeute pour voir si cette offre pourrait également être proposée les après-midis pour rendre cette offre thérapeutique accessible aux patients fréquentant une école à l'extérieur.

(98) La même sorte de regret a été formulé au sujet de l'activité « Airtramp », généralement très appréciée par les jeunes.

Il semble que cette activité ne puisse être encadrée que par des membres du personnel ayant suivi une formation spécifique de deux jours, ce qui expliquerait que l'activité ne pourrait pas souvent être proposée ou effectivement réalisée.

Comme il s'agit d'une activité thérapeutique très appréciée par les jeunes, la Médiatrice recommande de donner la possibilité à plus de membres du personnel de suivre cette formation pour que l'activité puisse être proposée plus souvent aux patients.

(99) D'autres patients ont critiqué qu'il n'y avait pas assez d'activités proposées pendant les fins de semaine.

Au vu des plans d'activités mis à disposition de la Médiatrice, elle peut confirmer que l'offre en activités pendant les fins de semaine est assez limitée.

La Médiatrice est convaincue qu'un certain divertissement et épanouissement pendant les fins de semaine, pour les mineurs qui ne peuvent pas retourner chez leurs parents ou qui ne reçoivent pas beaucoup de visite est en faveur d'un bon processus thérapeutique et qu'ils contribuent à une ambiance plus sereine et à une meilleure adhésion du patient à sa thérapie.

Elle encourage dès lors les responsables de l'unité à mettre en place différentes activités en fin de semaine qui pourraient être négociées en concertation avec les jeunes.

(100) La participation aux activités prévues dans le plan thérapeutique individuel est en principe obligatoire.

La Médiatrice comprend le besoin d'offrir à ces jeunes un déroulement de journée structuré.

Les jeunes ont un temps de repos prévu après le repas du midi, entre 13h00 et 14h30. Il peut cependant arriver qu'une thérapie spécifique soit proposée pendant cette plage horaire, comme par exemple l'hippothérapie ou une séance de psychomotricité.

La Médiatrice est d'avis que les jeunes bénéficient d'un nombre conséquent d'activités thérapeutiques par journée. Elle recommande aux membres du personnel d'être sensibles à l'état de santé et de faire preuve d'une certaine flexibilité en ce qui concerne la participation obligatoire aux activités thérapeutiques s'il y a des raisons objectives pouvant justifier que le patient se repose pendant un certain temps dans sa chambre.

(101) Comme déjà mentionné, les adolescents reçoivent, au moment de leur admission, un exemplaire du règlement d'ordre intérieur.

Ce règlement d'ordre intérieur, disponible en allemand et en français, comprend des règles en ce qui concerne le comportement à adopter par les jeunes et des renseignements sur la vie quotidienne au sein de l'unité.

Ainsi, le règlement d'ordre intérieur impose notamment une interdiction totale de fumer, aussi bien à l'unité que pendant les sorties. Les mineurs ont rapporté que la transgression de cette règle est généralement punie avec la privation de sortie jusqu'au lendemain.

La Médiateure rappelle ses observations faites au sujet de l'unité de l'Hôpital Kirchberg.

Elle se prononce, dans l'intérêt de la santé des mineurs, évidemment en faveur d'une interdiction totale de fumer et apprécie le fait que les responsables de l'unité ont décidé de tout faire, non seulement pour ne pas encourager la consommation de tabac, mais également pour la réduire sensiblement, notamment en imposant des mesures disciplinaires lorsque l'interdiction n'est pas respectée lors des sorties.

La Médiateure souligne cependant que, même avec l'entrée en vigueur de la loi lutte antitabac beaucoup plus stricte du 18 juillet 2013, la vente de tabac reste autorisée aux mineurs à partir de 16 ans.

La Médiateure est consciente que dans le cadre de la mesure de placement, l'hôpital est investi de l'autorité parentale et que de pareilles décisions éducatives peuvent partant être prises dans l'intérêt de l'enfant.

Il faut néanmoins prendre en considération la situation des mineurs qui, au moment de l'admission à l'OR3, fument éventuellement déjà depuis plusieurs années et que les jeunes se trouvent à ce moment-là déjà dans une situation instable et la Médiateure se pose la question si l'obligation d'arrêter du jour au lendemain de fumer n'est pas susceptible de créer des tensions supplémentaires qu'il conviendrait d'éviter, surtout dans la phase délicate de l'acclimatation.

La Médiateure répète qu'elle approuve le principe que l'unité ait déclaré une interdiction totale de fumer, même si les unités psychiatriques peuvent disposer d'un fumoir spécialement aménagé.

Au vu de la législation nationale, mais aussi en prenant en considération la situation vulnérable surtout des patients nouvellement admis, elle propose de réfléchir à la mise en place d'un programme de prévention conséquent en la matière et de leur donner la possibilité de réduire progressivement leur consommation de tabac.

(102) Si le règlement d'ordre intérieur prévoit différentes règles à respecter, il n'y est cependant pas question des sanctions qui pourraient s'en suivre.

La Médiateure rappelle l'importance d'un système disciplinaire aussi transparent que possible afin de prévenir tout sentiment d'injustice et d'arbitraire.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il existait un schéma assez simple qui était appliqué en ce qui concerne les mesures disciplinaires. Ainsi, il y aurait au début seulement un avertissement. Le deuxième avertissement serait accompagné d'un envoi du mineur dans sa chambre, variant entre 10 minutes et quelques heures. Le 3^e avertissement serait alors généralement accompagné d'une mise en chambre « Time-Out » pour 2 heures au maximum.

La Médiateure apprécie qu'il y ait un système établi qui fonctionne par gradation. Elle n'est pas d'accord avec le fait que la chambre « Time-out » soit utilisée à des fins disciplinaires.

Elle pourrait toutefois admettre que du moins certaines situations nécessitant un 3^e avertissement constituent des situations de crise dans lesquelles cette mesure serait indiquée.

Elle recommande aux membres du personnel de ne plus faire usage de cette chambre à des fins disciplinaires, mais uniquement en cas de situation de crise nécessitant un isolement temporaire du jeune dans un environnement pauvre en stimulations. Dans des situations dans lesquelles le mineur a déjà préalablement reçu des avertissements, il convient de bien faire la distinction entre mesure disciplinaire et mesure thérapeutique. Le patient ne doit pas avoir l'impression d'être puni par la mesure de time-out qui représente une mesure thérapeutique indiquée en fonction de l'état de santé du patient.

(103) Les mineurs ont rapporté que la sanction appliquée à une certaine transgression de règles est souvent connue d'avance, sans qu'elle ne soit inscrite dans un document mis à leur disposition.

Ainsi, l'équipe de contrôle a eu connaissance qu'en cas de consommation d'alcool, les sorties du weekend seraient supprimées à une reprise, tandis qu'en cas de consommation de stupéfiants, notamment de THC, les sorties seraient interdites jusqu'à ce que le test de dépistage soit négatif.

La Médiateure, tout en comprenant qu'une sanction est nécessaire dans certaines situations, voudrait préconiser davantage un système par renforcement positif.

Les mineurs ont indiqué qu'ils sont d'avis que les sanctions appliquées ne leur semblent pas toujours adaptées, alors que tous les patients n'attachent pas la même importance aux sorties des fins de semaine et que partant cette sanction n'aurait pas l'effet souhaité.

La Médiateure apprécie le fait qu'il existe des sanctions appliquées de manière égale à tous les jeunes qui commettent la même transgression de règles, ce qui contribue généralement déjà à une meilleure acceptation de la sanction. Elle ne s'oppose cependant aucunement à ce que des circonstances particulières (aggravantes ou atténuantes) soient prises en considération pour déterminer l'envergure de la sanction.

La Médiateure n'est cependant pas convaincue que la suppression de sorties constitue la sanction la mieux adaptée à la situation des mineurs. Elle ne pourrait en effet en aucun cas soutenir une mesure disciplinaire qui prive le jeune de ses contacts familiaux nécessaires pour permettre un retour réussi dans le milieu familial, ce qui constitue par ailleurs la destination principale après un séjour à l'OR3.

(104) L'accès à l'air libre est un autre sujet auquel la Médiateure accorde une attention toute particulière, alors que c'est évidemment bénéfique pour la santé, mais permet aussi aux patients de se changer les idées. Le minimum préconisé par les normes internationales en la matière est d'une heure par jour.

Selon les informations reçues, tous les patients auraient tous les jours accès à l'air libre, que ce soit de manière accompagnée ou seule. Il ne pourrait cependant pas être garanti que cette sortie soit toujours d'au moins une heure.

Un patient a rapporté à l'équipe de contrôle ne pas avoir bénéficié de sorties à l'air libre, ni seul, ni accompagné, pendant le premier mois de son séjour au CHNP. Après ce mois, il aurait alors obtenu l'autorisation d'avoir des sorties accompagnées.

Si les dires de ce mineur correspondaient à la vérité, ce serait inacceptable.

La Médiateure recommande aux membres du personnel et aux médecins-psychiatres d'accorder des sorties aux jeunes, au plus tard après quelques jours, lorsqu'une première évaluation de l'état de santé du jeune a pu être réalisée. Elle recommande en outre de tout mettre en œuvre pour que tous les jeunes puissent sortir au moins une heure par jour à l'air libre. Elle est d'avis que la cour extérieure sécurisée se trouvant derrière le bâtiment de l'Orangerie répond à tous les critères de sécurité nécessaires pour permettre à chaque patient, dont l'état de santé le permet, de sortir, sous surveillance, à l'air libre dès son admission.

(105) Plusieurs jeunes ont rapporté qu'une fouille est réalisée après chaque sortie, tandis que les responsables de l'unité ont fait savoir à l'équipe de contrôle que les fouilles et le cas échéant également des tests de dépistage, étaient toujours réalisés après les sorties sans accompagnement et les congés de fins de semaine et sinon, en cas de suspicion concrète.

La Médiateure note avec satisfaction que les fouilles sont toujours réalisées par une personne du même sexe.

Elle ne peut cependant pas approuver que des fouilles soient réalisées de manière systématique après chaque sortie et recommande de ne procéder à des fouilles qu'en cas de suspicion concrète.

(106) Pour la réalisation d'une fouille, les jeunes ont indiqué qu'ils devaient se déshabiller complètement pour permettre le contrôle de leurs vêtements aussi bien que de leurs sous-vêtements, alors que les instructions relatives à la réalisation d'une fouille indiquent pourtant que les mineurs peuvent garder leurs sous-vêtements.

En tout état de cause, la Médiateure voudrait rappeler les normes actuelles préconisées par le CPT en matière de réalisation d'une fouille.

Comme mentionné dans la section sur l'Hôpital Kirchberg, le CPT recommande actuellement de procéder à un déshabillage en deux temps, invitant le patient de déshabiller d'abord le haut de son corps pour permettre les contrôles qui s'imposent et ensuite, après avoir pu se rhabiller, de déshabiller la partie inférieure de son corps aux mêmes fins. Cette manière de procéder permet d'éviter à tout moment que la personne fouillée se trouve entièrement dévêtue devant les personnes procédant à la fouille.

La Médiateure recommande d'adopter les normes établies par le CPT relatives au déshabillage en deux temps.

(107) En ce qui concerne l'alimentation, l'équipe de contrôle a été informée qu'en cas de besoin, différents régimes alimentaires pouvaient être proposés. Sur demande, une diététicienne peut même établir des plans nutritionnels personnalisés.

Contrairement au constat dressé à l'unité du Kirchberg, l'unité OR3 fonctionne avec un rythme de 6 semaines en ce qui concerne les plats proposés avec deux cycles différents pour la saison estivale et hivernale.

Contrairement à la mission de contrôle réalisée en 2011, l'équipe de contrôle n'a reçu que peu de réclamations à cet égard.

La Médiateure apprécie le fait que le roulement se fasse à des intervalles de 6 semaines pour réduire la répétitivité des plats soit ainsi réduite.

Elle se rejoint à la recommandation formulée en 2011, qui reste toujours valable, même si l'équipe de contrôle n'a reçu que peu de réclamations concernant l'alimentation. Ainsi, elle encourage toujours les responsables concernés à porter une attention particulière à la variété de l'alimentation proposée et de prévoir la possibilité d'accorder un supplément si un patient en fait la demande, ceci dans les limites des restrictions médicales éventuellement imposées.

(108) En 2011, il avait été critiqué qu'il était impossible d'ouvrir les fenêtres de l'unité, celles-ci ayant été techniquement modifiées suite à une tentative de suicide.

Lors des entretiens avec les patients, l'équipe de contrôle n'a pas entendu de réclamations à cet égard, ce qui peut également être lié au fait que la mission de contrôle a été réalisée en hiver.

Selon les informations reçues, les patients ont la possibilité d'ouvrir partiellement la fenêtre et qu'ils peuvent, lorsqu'il fait chaud, demander aux membres du personnel d'ouvrir entièrement la fenêtre de leur chambre. Dans ce cas, le patient est invité à sortir de sa chambre et celle-ci est fermée à clé pour prévenir toute tentative de suicide.

Tout en comprenant ces considérations de sécurité imposent de prendre des précautions à cet égard, elle se demande si le risque concret ne devrait pas être évalué en fonction des patients hospitalisés au moment donné.

Elle apprécie toutefois qu'un arrangement ait pu être trouvé pour permettre une aération adéquate des chambres des patients.

(108) Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, les patients sont invités à venir le prendre dans le bureau des infirmiers. Ceux-ci contrôlent la prise des médicaments prescrits.

La Médiateure salue le fait qu'un contrôle de la prise effective des médicaments soit réalisé, permettant de réduire les risques d'abus ou d'usage à mauvais escient des médicaments prescrits.

(109) Tout comme c'était le cas en 2011, l'équipe de contrôle a été informée que l'équipe soignante procède à des contrôles réguliers des chambres à coucher pendant la nuit. Au cours de ces contrôles, les chambres sont éclairées avec une lampe de poche.

Contrairement aux informations reçues en 2011, la majorité des jeunes rencontrés a affirmé qu'ils ne se rendaient pas compte des contrôles réalisés.

Même si la Médiateure se réjouit que les jeunes rencontrés lors de cette mission affirment ne pas se réveiller à cause des contrôles réalisés, elle continue à s'interroger sur la nécessité de procéder à ces contrôles, alors que le risque de fuite pendant la nuit semble pratiquement inexistant du fait que les patients devraient passer devant le bureau des infirmiers avant de pouvoir sortir de l'unité dont la porte d'entrée est toujours fermée à clé.

Elle recommande de limiter les contrôles aux situations particulières exigeant de pareils contrôles pour des raisons médicales ou des considérations de sécurité.

(110) Le règlement d'ordre intérieur, aussi bien que le document distribué aux parents des patients renseigne sur les modalités de visite.

Les visites ne sont permises qu'après accord préalable d'un thérapeute ou d'un membre de l'équipe, les rendez-vous pouvant être pris par téléphone.

Les visites sont possibles, après concertation avec l'unité, les mardis et jeudis, entre 15h00 et 17h00, en dehors des heures de thérapie et les fins de semaine, selon des heures convenues préalablement avec les membres du personnel.

La Médiateure comprend qu'au début d'une mesure de placement, voire aussi d'un séjour volontaire, à l'unité, les contacts avec les parents ou les proches sont limités pendant quelques jours pour que le jeune puisse créer ses repères à l'unité.

Elle rappelle la très grande importance qu'elle accorde au maintien des liens familiaux indispensables pour ne pas détruire tout espoir d'un retour du jeune dans son milieu familial.

Comme dans la section sur le CHL, la Médiateure est consciente qu'après une visite de leurs parents, les mineurs soient perturbés et que l'atmosphère peut être plus tendue, que ce soit en raison de frustration de ne pas pouvoir partir avec les parents ou en raison de visites qui se seraient mal passées.

Il ne faut pas non plus oublier la situation spéciale des jeunes dont les parents sont séparés et pour lesquels les visites doivent alors encore être réparties entre les parents.

L'équipe de contrôle a été informée qu'en concertation avec le médecin-psychiatre, une autorisation de visite pouvait être accordée également au partenaire du mineur.

La Médiateure estime que le nombre autorisé de visites par semaine constitue un minimum absolu et qu'il ne faut, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, pas les réviser vers le bas.

Elle recommande en outre plus de flexibilité en ce qui concerne les heures de visite, afin de donner également la possibilité aux personnes exerçant une activité professionnelle de rendre visite à leurs enfants en dehors de leurs heures de travail.

Elle apprécie qu'une autorisation de visite puisse, en concertation avec le médecin-psychiatre, être accordée à d'autres personnes que les parents de l'entourage proche du jeune.

(111) Les mêmes documents règlent les contacts téléphoniques que les parents peuvent avoir avec leurs enfants les lundis, mercredis et vendredis, c'est-à-dire les jours où il ne peut y avoir de visites. Les parents peuvent, après concertation avec le médecin-psychiatre, appeler leurs enfants entre 20h00 et 21h00 pour un maximum de 10 minutes.

Ici également se pose la question comment la situation est gérée lorsque les parents sont séparés et qu'il faut accorder un droit égal à la mère et au père de maintenir le contact et donc d'appeler leur enfant.

Une autre question qui se pose est liée aux heures d'appel fixées qui peuvent éventuellement ne pas convenir à des personnes qui travaillent par tours et donc amenés à travailler pendant la soirée.

La Médiateure apprécie que, tout comme c'est le cas pour les autorisations de visite, les partenaires des patients puissent obtenir le droit de les appeler, après l'accord du médecin-psychiatre.

La Médiateure recommande de faire preuve d'une certaine flexibilité au sujet des heures et des durées d'appel et d'adapter cette réglementation en fonction de la situation et des possibilités des parents, sans évidemment que ces adaptations ne viennent perturber le déroulement du programme thérapeutique des patients.

iv. La gestion de situations de crise et moyens de contention

(112) Les procédures du CHNP relatives à la gestion des situations de crises et le recours à des moyens de contention prévoient des interventions graduelles, devenant de plus en plus invasives.

La Médiateure note avec satisfaction que le principe de subsidiarité est respecté par les procédures relatives au recours des moyens de contention.

(113) Les membres du personnel suivent régulièrement une formation en désescalade de situations à risque et de situations de crise.

La Médiateure rappelle l'importance d'une pareille formation continue qui permet d'appliquer toujours les standards les plus actuels en la matière. Elle félicite partant l'unité pour la mise en place d'une pareille formation continue.

(114) Selon les informations reçues, une mesure d'isolement, constituant la première intervention possible en situation de crise, peut durer entre 10 et 20 minutes. Elle se fait sur prescription médicale lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui, respectivement lorsqu'il fait état d'agressivité envers des membres du personnel et ne respecte pas leurs droits.

La Médiateure apprécie que la mesure soit réalisée sur prescription médicale et que la durée semble être limitée, en cas de mesure d'intervention de crise, à 20 minutes.

Elle constate néanmoins que dans les instructions de procédure en cas de contention ou d'isolement, il est mentionné que cette prescription médicale a une validité maximale de 48 heures.

La Médiateure se prononce contre une prescription médicale valable pendant 2 jours, alors que la mesure d'isolement n'est censée être qu'une mesure ponctuelle, ne dépassant pas 20 minutes.

Elle souhaite obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

(115) La chambre du « Time-Out » est équipée d'une caméra infra-rouge, de sorte que la lumière ne doit plus rester allumée pendant la nuit pour permettre une surveillance du patient isolé. Le moniteur est surveillé en permanence.

Un parlophone est installé dans la chambre, mais les membres du personnel ont affirmé qu'en cas de besoins, ils se déplaceraient à la chambre Time-Out pour parler en personne avec le mineur.

La Médiateure souligne qu'elle est d'avis qu'une surveillance en personne est toujours préférable à une surveillance par caméra. Comme à l'OR3, le recours à la vidéosurveillance est néanmoins privilégié, elle apprécie que la chambre ait été équipée d'une caméra infra-rouge qui permet une meilleure observation, même lorsque la lumière de la chambre est éteinte. Elle salue le fait que les membres du personnel se déplacent vers le mineur lorsque celui-ci essaie de prendre contact avec eux à travers le parlophone.

Elle rappelle que la mesure d'isolement, comme toute mesure de contention, doit être limitée à la durée strictement nécessaire.

(116) Après chaque mesure d'isolement, un protocole est rempli et conservé, avec une note spéciale dans le dossier médical du mineur.

La Médiateure approuve cette pratique de documentation qui est la condition *sine qua non* d'un système transparent.

(117) L'unité dispose de deux chambres d'accueil, équipées également de caméras infra-rouges, qui permettent de procéder à une observation pendant 24 heures en cas de risque suicidaire. Ces chambres seraient également utilisées en cas de besoin lorsque l'unité aurait atteint sa capacité maximale.

Des contrôles en personne seraient également réalisés et les membres du personnel ont précisé qu'il ne s'agit pas d'une mesure d'isolement.

La Médiateure approuve le fait que des contrôles en personne soient réalisés. Elle est d'avis que la vidéosurveillance ne peut remplacer ces contrôles physiques qui, surtout en situation de risque suicidaire, apportent un contact humain bénéfique et rassurant.

(118) L'équipe de contrôle a pris connaissance que, depuis plus d'un an, il n'y aurait pas eu de mesure de fixation à l'unité. En 2011, le rapport mentionnait des durées de fixation particulièrement élevées dans plusieurs cas.

La Médiateure félicite l'unité pour ce constat et encourage les membres du personnel à continuer à ne recourir à cette mesure contraignante qu'en cas de nécessité médicale absolue.

(119) Les instructions de service réglementant le recours à la contention remplissent de manière générale les exigences posées par les normes internationales en la matière.

La Médiateure apprécie que les instructions de service prévoient de rechercher, dans la mesure du possible, le consentement écrit, libre et éclairé du patient avant toute prescription ou exécution d'une mesure thérapeutique de contention légère.

Les mêmes instructions restent cependant muettes à cet égard quand il s'agit d'autres mesures de contention.

La Médiateure estime que ce principe devrait être valable pour l'application de n'importe quelle mesure de contention et recommande de rechercher activement, dans toute la mesure du possible, le consentement éclairé du patient chaque fois qu'une mesure de contention s'avère nécessaire.

(120) La fixation ne peut survenir que sur base de prescription médicale. Les procédures précisent qu'une pareille prescription médicale est valable pour un maximum de 24 heures, ce qui semble trop long à la Médiateure qui aimerait que la situation du jeune et la nécessité de maintenir une mesure de fixation soit réexaminée à des intervalles plus rapprochés.

La Médiateure note encore qu'il existe des mesures de « contention légère », comprenant notamment la contention à un fauteuil, l'utilisation d'une ceinture ventrale ou de barrières de lits. Ces dispositifs ne peuvent être appliqués eux aussi que sur prescription médicale, valable pendant une durée maximale de 7 jours.

La Médiateure recommande de revoir les délais de validité des différentes prescriptions médicales mentionnées vers la baisse et de procéder dans des délais plus rapprochés à une évaluation de la nécessité du maintien des mesures appliquées. Elle rappelle que les mesures de contention ne doivent être utilisées qu'en dernier recours et pendant la durée strictement nécessaire.

Elle renvoie également à ses observations faites au point (76) et souhaite que cette approche soit ancrée dans les textes législatifs applicables.

v. Autres constats

(121) Le personnel a informé l'équipe de contrôle qu'ils sont en contact régulier avec les juges de la jeunesse et qu'ils leur adressent environ toutes les 6 semaines un rapport. A part ces rapports intermédiaires, il y aurait un rapport d'entrée et un rapport de sortie.

La Médiateure salue le fait que l'unité soit en contact régulier avec les juges de la jeunesse. Elle renvoie néanmoins à ses observations faites à la section 2 et rappelle l'importance de régler les conditions minimales relatives aux contacts à entretenir entre le juge de la jeunesse et les acteurs de l'unité psychiatrique et entre le juge de la jeunesse et le mineur par la loi ainsi que de respecter le droit du mineur à être entendu dans les affaires qui le concernent.

(122) La Médiateure constate avec satisfaction que la majorité des jeunes ayant été pris en charge à l'OR3 retournent chez leurs parents à la fin de l'hospitalisation.

Lorsque des mineurs quittent l'unité pour rejoindre un foyer, les membres de l'équipe de l'OR3 ont informé l'équipe de contrôle que le CHNP établit régulièrement une collaboration avec le foyer concerné. En cas de situation de crise qui se présenterait au foyer, le jeune peut retourner au CHNP pour un bref séjour de quelques jours à une semaine, afin de permettre, aussi bien au jeune, qu'au personnel du foyer, de prendre un peu de recul par rapport à la situation de crise et de rétablir de bonnes bases pour le séjour futur. Il n'existerait cependant pas de collaboration préalable à une mesure de placement.

La Médiateure apprécie tout particulièrement cette possibilité d'apporter une aide aussi bien au personnel du foyer qu'au mineur.

Elle reviendra sur l'utilité d'une telle démarche dans le chapitre des constats généraux.

(123) Un autre constat que la Médiateure voudrait aborder concerne les permanences pendant le service de garde de l'hôpital. Il s'agit généralement de médecins-psychiatres

spécialisés dans le domaine de la psychiatrie adulte qui sont de garde et il n'arriverait que rarement qu'un psychiatre infanto-juvénile soit de garde.

Ce fait comporte pour la Médiateure des difficultés dans les deux sens, dans les cas où une prescription médicale s'avère nécessaire, alors que les posologies diffèrent de manière sensible entre les deux branches et que les médecins-psychiatres exerçant dans le domaine adulte n'ont pas nécessairement l'habitude des posologies indiquées pour des patients mineurs. La même problématique se pose lorsqu'un médecin-psychiatre spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile est appelé à intervenir et prescrire un traitement d'urgence aux unités pour adultes.

La Médiateure entend rendre attentif à un problème dont elle ne peut pas se prononcer sur l'ampleur. Elle recommande d'élaborer, en interne, une procédure qui permette d'instaurer sans délai un traitement médicamenteux d'urgence nécessaire en respect des posologies généralement applicables.

4. Constats généraux

(124) La Médiateure voudrait de nouveau soulever deux problèmes récurrents pour lesquels la situation n'a guère changé depuis 2011.

La première problématique concerne des problèmes relevant d'un point de vue strictement médical de la cohérence de la mesure de placement ou de garde provisoire prise par les juridictions de la jeunesse avec les missions des unités psychiatriques concernées.

Le second problème consistait en l'absence de concertation entre les autorités judiciaires et les responsables médicaux en amont d'une décision concernant un placement non urgent.

Il y a lieu de noter que les deux problèmes peuvent être très étroitement liés, alors qu'une concertation préalable pourrait éviter des mesures de placement de mineurs en milieu psychiatrique qui ne seraient pas conformes à la mission qui leur revient.

Il ne s'agit pas de mettre en question des décisions judiciaires, mais de dégager des pistes de solution pour des problèmes qui n'ont pas été résolus.

La Médiateure est consciente que les magistrats en charge de ces dossiers complexes et délicats ne peuvent baser leurs décisions que sur les informations dont ils disposent et qu'ils ne peuvent, de même, rendre leurs décisions qu'en application de la législation existante.

Quant aux placements décidés, il est évident que ces mesures de placement ne peuvent être réalisées que dans les institutions existantes qui sont, dans ce domaine spécialisé et sur le plan national, assez limitées.

La Médiateure rappelle ses recommandations faites au chapitre 2 concernant les adaptations qui devraient être réalisées dans les meilleurs délais en ce qui concerne le cadre légal appliqué.

Il semble indispensable à la Médiateure de prévoir une phase d'observation en milieu psychiatrique pendant laquelle le médecin-psychiatre de l'unité peut examiner le

patient et se prononcer sur la nécessité d'une hospitalisation, qui reste, malgré tout, une prise en charge médicale pour laquelle il doit exister une nécessité médicalement prouvée.

(125) Le problème de l'incohérence d'un point de vue médical de la mesure de placement décidée par rapport à la vocation d'une unité psychiatrique fermée concerne des placements non urgents de patients qui sont souvent déjà connus par les médecins concernés et/ou par les juridictions de la jeunesse.

Deux cas de figure avaient été distingués, à savoir celui du mineur placé qui, après un examen médical même sommaire ne présente aucune pathologie psychiatrique qui rendrait nécessaire un placement en milieu psychiatrique fermé et celui des patients placés en psychiatrie fermée qui, après des examens et analyses approfondis ne présentent pas de pathologie psychiatrique proprement dite nécessitant un séjour en milieu psychiatrique fermé, mais qui peuvent néanmoins présenter des troubles justifiant un placement dans une autre structure, plus adaptée au traitement de leur problème.

Le premier cas concerne souvent des enfants placés dans d'autres structures (Foyers, FADEP, etc.) qui y dérangent le groupe du fait de leur comportement inadapté. Il a été rapporté à l'équipe de contrôle qu'il arriverait fréquemment que ces mineurs soient alors, pour ces raisons, admis à l'unité psychiatrique.

Ce comportement inadapté en foyer ne justifierait cependant pas nécessairement une hospitalisation en milieu psychiatrique.

La Médiateure a déjà abordé les problèmes qui résultent par la suite de cette admission en unité psychiatrique qui est que le foyer d'origine n'est plus disposé à réadmettre le mineur concerné et que les médecins de l'unité sont alors obligés de garder le mineur à l'hôpital, même en absence d'indication médicale, parce qu'aucune autre structure, prête à accueillir le mineur, ne peut être déterminée. Il s'agit d'un constat qui est complètement inacceptable.

Pour remédier à cette problématique qui existe toujours, la Médiateure rappelle la recommandation formulée en 2011 qui suggère au législateur d'apporter des changements au dispositif législatif en prévoyant un système d'entraide entre institutions. La recommandation de 2011 prévoit en effet que :

« La loi devrait ainsi prévoir la possibilité d'extraire de l'institution, un enfant menaçant l'intégrité du groupe auquel il a été intégré pour le transférer pendant une période déterminée pouvant aller de deux semaines à un mois dans une autre institution du même genre, ou même dans une unité psychiatrique. Cela aurait pour effet de permettre au jeune de prendre conscience de ses gestes et faits dans un nouvel environnement plus neutre étant entendu que cette manière de procéder éviterait en même temps le développement possible de ressentiments inopportuns et nuisibles à une approche professionnelle par rapport à cet enfant de la part du personnel éducatif. »

Ce système d'entraide, offrant une pause et une possibilité de prendre du recul aussi bien au personnel du foyer qu'au patient, devrait permettre d'éviter un placement et une hospitalisation prolongée en milieu psychiatrique.

La Médiateure souhaite ajouter une autre démarche qui devrait être proposée par la loi, à savoir la possibilité pour le personnel des foyers ou des autres institutions

concernées, de saisir les membres du personnel des unités de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec un mineur placé.

Elle recommande aux responsables politiques de mettre à disposition des unités psychiatriques, les ressources humaines et financières nécessaires pour pouvoir réaliser dans de pareils cas une intervention sur place, un encadrement temporaire et ponctuel du mineur, mais aussi offrir un soutien et une certaine formation au personnel du foyer qui se sent débordé par le comportement affiché par le mineur.

A côté de cette formation et de ce soutien sur place, à réaliser par des personnes spécialisées dans le domaine psychiatrique, la Médiateure souligne que les foyers eux-mêmes doivent également obtenir les ressources humaines nécessaires pour assurer cette tâche de manière adéquate et de faire face à des situations qui nécessitent une prise en charge plus rapprochée demandant un nombre plus conséquent en personnel qualifié.

(126) En ce qui concerne l'absence de concertation préalable à une mesure de placement en milieu psychiatrique entre les autorités judiciaires et les responsables des unités psychiatriques concernées, il y a lieu de remarquer que certains médecins-psychiatres ont rapporté à l'équipe de contrôle qu'il y avait eu une légère amélioration par rapport à la situation de 2011, mais que la situation semble toujours être insatisfaisante.

Les considérations concernent de nouveau exclusivement les placements opérés en dehors d'un contexte de situation d'urgence.

Pour éviter une surcharge de travail aux trois unités médicales concernées, la bonne planification des admissions est primordiale. Il faut en tout cas veiller à éviter qu'il soit nécessaire de recourir à des lits supplémentaires pour faire face au nombre de patients admis à l'unité.

La Médiateure rappelle l'importance de la mise en œuvre de la recommandation formulée dans le rapport de 2011 :

« En s'inspirant de l'instance de clearing qui existe déjà auprès du CHK, le Contrôleur externe recommande avec toute l'insistance nécessaire d'apporter les changements nécessaires au dispositif législatif afin de créer, auprès de chaque unité de placement psychiatrique juvénile une commission, composée d'un magistrat du Tribunal de la Jeunesse compétent, d'un magistrat du Parquet compétent ainsi que d'un médecin-responsable qui aurait pour objet d'évaluer d'un commun accord, et au vu d'un examen médico-psychiatrique fondé, pouvant même être le résultat d'une observation de deux ou trois jours en milieu stationnaire, à la fois l'opportunité du placement et le moment à partir duquel le jeune patient devra entrer en milieu psychiatrique fermé.

Cette manière de procéder aurait l'avantage de mettre à la disposition de la magistrature une expertise scientifique et objective et elle permettra en même temps aux unités psychiatriques concernées une meilleure planification de l'occupation des lits en tenant notamment compte des priorités liées à la nature des pathologies ou des troubles dont souffrent les patients à admettre.

Le Contrôleur externe tient à souligner que la décision finale restera bien évidemment de la compétence unique des juridictions compétentes. »

(127) La Médiateure souhaite aborder un autre constat général qui est également dressé par certains acteurs du terrain et qui concerne la répartition des patients dans les unités de différents hôpitaux. Celle-ci se réalise en effet sur base d'un critère qui s'avère régulièrement inadapté, à savoir le critère de l'âge.

Ainsi, les patients âgés en-dessous de 14 ans sont généralement hospitalisés à l'unité du CHL, tandis que les patients âgés de plus de 14 ans sont hospitalisés ou bien à l'HK ou au CHNP.

Tous les acteurs concernés sont unanimes pour confirmer que cette répartition en fonction de l'âge n'est pas toujours adaptée, alors qu'un jeune peut être en avance ou en retard par rapport au développement correspondant à la norme établie pour un âge donné.

Ainsi, il pourrait être plus adapté dans certaines circonstances qu'un jeune de 13 ans soit hospitalisé avec des personnes plus âgées à l'HK, tandis qu'il peut également arriver qu'un jeune de 14 ans correspond plus au stade de développement émotionnel ou intellectuel des patients plus jeunes hospitalisés au CHL.

Cette répartition entre les patients en fonction de l'âge peut également entraîner d'autres inconvénients. Admettons qu'un mineur soit admis à l'âge de 13 ans à l'unité pédopsychiatrique, qu'il y établit des relations de confiance avec les thérapeutes responsables et qu'il y suit un travail thérapeutique.

Continuons l'exemple avec l'hypothèse que le mineur puisse rentrer à l'âge de 14 ans chez ses parents, mais que des problèmes resurgissent ultérieurement. Le mineur sera alors hospitalisé à l'âge de 14 ans à l'unité de psychiatrie juvénile et devra commencer le travail thérapeutique et le travail relationnel à partir de zéro.

Il s'ajoute à ce constat que les différentes unités, notamment celles du CHL et celle de l'HK fonctionnent sur base d'approches médicales différentes.

Si le CHL fonctionne davantage sur une approche systémique, l'HK adopte davantage une approche cognitivo-comportementale.

La Médiateure ne prétend pas se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre approche, la seule chose qui importe, c'est que des mineurs qui ont besoin d'aide sous forme d'une prise en charge psychiatrique l'obtiennent et qu'ils l'obtiennent dans les meilleures conditions possibles et dans la structure la mieux adaptée possible.

Le mineur ayant été suivi par les médecins-psychiatres au CHL et qui, quelque temps après est hospitalisé à l'HK doit partant non seulement développer de nouvelles relations de confiance avec les thérapeutes et commencer le travail thérapeutique et relationnel à partir de zéro, mais doit aussi s'adapter à une approche nouvelle, fonctionnant de manière très différente de celle qu'il a connue lors de sa précédente hospitalisation.

L'équipe de contrôle a pu noter que les médecins-responsables des unités respectives sont conscients de cette problématique et qu'ils ne semblent eux-mêmes pas satisfaits de l'état actuel des choses.

Elle a par ailleurs l'impression qu'il existe une certaine tension entre les acteurs des différentes unités concernées, qui peut, le cas échéant, résulter des approches différentes adoptées par les médecins-psychiatres des unités respectives.

La solution idéale à cette problématique serait évidemment de saisir le problème à la base et de créer un hôpital psychiatrique prenant en charge tous les mineurs

nécessitant un tel suivi, ce qui permettrait de mettre sur place une prise en charge cohérente et continue et d'opérer une séparation entre les patients en fonction de leurs besoins et en fonction de leurs pathologies.

La Médiateure, consciente que cette solution n'est guère envisageable en pratique voudrait susciter la recherche d'autres moyens pour remédier à cette défaillance du système actuel.

Elle estime qu'il est primordial d'améliorer la communication et la collaboration entre les différentes unités psychiatriques prenant en charge des mineurs.

La Médiateure est au courant que les équipes de soin des unités concernées se réunissent à des intervalles réguliers et qu'ils s'échangent sur les éventuels problèmes existant dans leur domaine de travail.

La Médiateure a également connaissance que les médecins-psychiatres spécialisés dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile se réunissent régulièrement dans le cadre de leur association professionnelle, regroupant l'ensemble des médecins spécialistes en psychiatrie infanto-juvénile.

Il n'existerait cependant aucune communication et collaboration directe et régulière entre les médecins-responsables des unités faisant l'objet du présent rapport.

La Médiateure est d'avis qu'un tel échange entre les professionnels d'un même domaine et prenant en charge en partie les mêmes patients est indispensable pour garantir un bon fonctionnement et une certaine cohérence de cette prise en charge, qui se présente, au vu des éléments présentés, d'autant plus compliquée.

Il serait en effet important de contrer cette séparation artificielle opérée sur base de l'âge des mineurs par une concertation sur le terrain, permettant de créer davantage de flexibilité et une prise en charge adaptée aux besoins des patients.

Comme il arrive régulièrement qu'un mineur est pris en charge successivement à plusieurs des unités concernées par le présent rapport, la Médiateure est d'avis que dans pareille situation, un échange d'informations entre les médecins-responsables devrait se faire. Elle convaincue qu'une collaboration systématique et une mise à disposition des informations essentielles permettant d'obtenir une vue plus complète du patient seraient dans l'intérêt de la qualité de la prise en charge du patient.

(128) La Médiateure a relevé à plusieurs endroits que les durées d'hospitalisation de patients placés étaient généralement plus longues que celles des patients en séjour volontaire.

Le mineur placé en milieu psychiatrique devrait rester à l'unité, même lorsqu'il n'y a plus d'indication médicale pour ce séjour en milieu hospitalier, parce qu'il serait difficile de trouver une instruction qui accepterait d'accueillir le mineur concerné.

La Médiateure estime ce point inacceptable, en premier lieu à l'égard du mineur, qui est soumis à une hospitalisation, une sorte de privation de liberté, sans que celle-ci ne soit objectivement justifiée et ensuite à l'égard des responsables médicaux qui sont obligés de prendre en charge un mineur qui ne nécessite plus une prise en charge dans un cadre hospitalier.

Par ailleurs, les unités psychiatriques sont souvent obligées d'instaurer une liste d'attente pour admettre des nouveaux patients et le délai d'attente pour une prise en charge de

mineurs nécessitant une prise en charge hospitalière est par conséquent inutilement augmenté par la prolongation de la mesure de placement qui ne serait en effet plus indiquée et plus nécessaire.

Même si les mineurs inscrits sur la liste d'attente ne sont pas tous à considérer en phase aiguë ou dans une situation de crise, il faut être conscient qu'ils ont besoin d'une prise en charge psychiatrique et qu'il importerait de réduire autant que possible le délai d'attente avant l'admission.

Contrairement à ce que la Médiateure avait pensé, il semble qu'il existe, au Luxembourg, un nombre suffisant d'institutions pouvant prendre en charge les enfants concernés.

Le problème serait plutôt que des structures existantes refuseraient à prendre en charge des enfants qui sont considérés comme étant plus susceptibles que d'autres de troubler l'harmonie du groupe.

La Médiateure ne peut accepter un tel état de chose. Elle est d'avis qu'une solution doit être trouvée sur le terrain avec tous les responsables concernés pour éviter que des mineurs soient obligés de rester dans un milieu hospitalier psychiatrique alors que leur état de santé ne le requiert pas et que des places adaptées existent et deuxièmement que des mineurs nécessitant des soins psychiatriques en soient privés en attendant leur admission pendant une durée inutilement prolongée.

La Médiateure renvoie à ses observations faites au chapitre 2, sur l'obligation des foyers d'admettre des mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement. Elle souligne encore une fois l'importance du suivi et de l'encadrement qui devraient être réalisés au sein du foyer par un personnel spécialisé dans le domaine psychiatrique pour offrir une aide et éventuellement une formation continue au personnel affecté aux foyers afin de leur permettre de gérer sereinement les éventuelles situations délicates.

Elle rappelle également qu'il est indispensable que les responsables politiques accordent, à toutes les structures concernées, les ressources en personnel nécessaires pour mettre en œuvre ces changements.

(129) La Médiateure a déjà développé que la répartition des patients en fonction de l'âge est une répartition artificielle non adaptée. Force est cependant de constater que, du moins à l'heure actuelle, le CHL dispose du centre de compétence national pour la pédopsychiatrie.

En principe, tous les mineurs âgés de moins de 14 ans, placés en milieu psychiatrique ou nécessitant une prise en charge psychiatrique devraient par conséquent être admis à l'unité pédopsychiatrique du CHL.

Comme déjà mentionné, il arriverait néanmoins que des admissions de jeunes patients soient refusées au CHL et que l'unité de l'HK soit alors amenée à prendre les enfants en charge.

L'équipe de contrôle s'est entretenue à ce sujet aussi bien avec les responsables médicaux de l'unité pédopsychiatrique qu'avec les responsables médicaux de l'unité de psychiatrie juvénile. Il semble que la divergence quant à l'appréciation de la nécessité d'une prise en charge psychiatrique soit de nouveau liée à la différence des approches adoptées dans les deux unités.

La Médiateure ne se prononce pas en faveur ou en défaveur de l'une ou de l'autre approche. Sa priorité est que des mineurs qui ont besoin de soins médicaux les obtiennent, et que des

mineurs qui n'ont pas besoin d'une prise en charge psychiatrique ne soient pas hospitalisés pour se soumettre tout de même à une thérapie.

La Médiatrice a sollicité des informations concernant les mineurs âgés de moins de 14 ans qui ont été pris en charge par l'unité de psychiatrie juvénile.

Ce volet sera traité plus amplement dans le rapport de l'expert.

5. Rapport d'expertise

PROF. DR. DR. MARTIN SCHMIDT

Facharzt für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

68159 Mannheim, Quadrat J 4 / J 5
68072 Mannheim, Postfach 122120

Telefon: 0621 / 1703 - 4929
Telefax: 0621 / 1703 - 4925
E-Mail: martin.schmidt@zi-mannheim.de

Dem Ombudsman des Großherzogtums Luxembourg,
36. rue du Marché aux herbes, L-1728 Luxembourg,
erstatte ich auf die dortige Einladung vom 07.07.2014
in Verbindung mit dem Dienstleistungsvertrag vom 06.10.2014
nachstehendes Gutachten

I. Der Auftrag

Das Gutachten soll berichten über

- die Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte in den geschlossenen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen des Großherzogtums und
- die Qualität der dortigen medizinischen, paramedizinischen sowie pflegerischen Versorgung im Hinblick auf die Einhaltung der internationalen in diesem Bereich üblichen „best practices.“

II. Quellen und Methodik

Das Gutachten stützt sich auf

- die mir überlassene deutsche Übersetzung des Rapports des Ombudsmannes des Großherzogtums Luxembourg aus dem Jahre 2011,
- den Besuch der Unité d'hospitalisation de Psychiatrie des Enfants im Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) am 06.10.2014,
- den Besuch des Service National de Psychiatrie juvénile in der Psychiatrischen Abteilung des Hôpital Kirchberg am 07.10.2014 und
- den Besuch der Unité Adolescents im Centre Hospitalier-Neuro-Psychiatrique (CHNP) in Ettelbruck am 13.10.2014,

- ein mit dem damals abwesenden leitenden Arzt der Abteilung OR3 im CHNP am 01.12.14 und 20.01.15 geführt Telefongespräche,
- die Kenntnis des Übereinkommens über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen vom 20.11.1989,
- das Fakultativprotokoll der Vereinten Nationen vom 18.12.2002 zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigte Behandlung oder Strafe,
- das Gesetz über den Jugendschutz in Luxemburg vom 10.08.1992,
- den Rapport „Psychiatrie Luxembourg, Planungsstudie 2005 - Bestandserhebungen und Empfehlungen“ von W. Rössler, 2009,
- die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen der drei deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften in der dritten Auflage von 2007 (Deutscher Ärzteverlag),
- die bis 2014 publizierten Practice Parameters der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ,
- die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland vom 18.12.1990 einschließlich der Änderung der Verordnung vom 26.09.1994.

Die Besuche in den klinischen Abteilungen fanden statt in Begleitung von Frau Lynn Bertrand und Herrn Serge Legil, Attachés im Sekretariat des Ombudsmans. Diese hatten die Besuchstermine vorbereitet und halfen bei Verständigungsproblemen mit Mitarbeitern und Patienten, die des Luxemburgischen und Französischen besser mächtig waren als des Deutschen. Ungehinderter Zugang zu den Abteilungen, den dort tätigen Personen und den Krankenakten der in den besagten Abteilungen durch richterlichen Beschluss zwangseingewiesenen Kindern und Jugendlichen war gegeben. Bei den Abteilungsbesuchen wurde darauf geachtet, den normalen Tagesablauf der betroffenen Einrichtungen so wenig als möglich zu stören.

Die Klinikbesuche dienten vor allem der Gewinnung von Informationen und Eindrücken

- zur räumlichen Unterbringung und personellen Ausstattung der Abteilungen,
- zu den Patienten und ihren Störungen,
- zur Praxis der gerichtlichen Unterbringung, der Rechtssituation der Patienten und deren Konsequenzen,
- zu den Behandlungskonzepten der Abteilungen, ihrer Umsetzung und Einbettung in eine Behandlungskette,
- zum Krisenmanagement bei selbst- und fremdgefährdetem Verhalten sowie bei Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Behandlung,
- zur Orientierung von Diagnose und psychopharmako- und familientherapeutischer Behandlung an aktuellen wissenschaftlichen Standards.

Dazu wurden zunächst anhand einer Kriterienliste Gespräche mit jeweils einer Gruppe von Mitarbeitern in zentralen Funktionen jeder Abteilung geführt. Es folgten die Begehungen der Abteilungen, Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern sowie Gespräche mit einzelnen gerichtlich untergebrachten Patienten, die sich jeweils freiwillig dafür zur Verfügung gestellt hatten, Einsichtnahmen in die Krankengeschichten mit speziellem Blick auf die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Krisen. Die Einzelgespräche konnten in vertraulicher Atmosphäre geführt werden, sodass es möglich war, auch kritische Aspekte anzusprechen. Bei dieser Gelegenheit wurde ebenfalls nach Überlegungen zur Verbesserung der Patientenversorgung aus der Sicht der beteiligten Mitarbeiter gefragt. Die befragten Mitarbeiter ebenso wie die Patienten waren mit ihrer Anhörung einverstanden. Bei den Patientenbefragungen ging es auch um den Abgleich von Befunden und

Behandlungsmaßnahmen mit den zuvor im Gruppengespräch erhaltenen Informationen. Die Gespräche erfolgten in einer freundlichen und offenen Atmosphäre. Die angesprochenen Mitarbeiter waren jeweils kooperativ und hilfreich bei der Beschaffung der erbetenen Informationen.

Im folgenden Text werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Geschlecht jeweils als Mitarbeiter bzw. Patienten bezeichnet.

III. Ergebnisse

1. Die Kinderpsychiatrische Abteilung am Centre Hospitalier de Luxembourg

1.1 Räumliche und personelle Ausstattung

Der Direktor der Kinderpsychiatrischen Abteilung Dr. Vervier, der als Facharzt die Station betreuende Dr. Pignoloni und der Leiter des Pflegedienstes, Herr Pereira (die beiden letzteren waren während der mehrstündigen Visite durchgehend anwesend), informierten über die 2008 gegründete stationäre Einheit. Sie ist in einem Flügel der Kinderklinik auf einer Etage untergebracht. Der lange Flur ist in einen Innen- und Außenraum unterteilt. Der Außenraum dient Besuchern und Mitarbeitern, ist quasi der Hausflur der Station, in dem sich auch die Patienten vor deren Verlassen umziehen. Die Eltern betreten den Innenraum, also die Privatsphäre der Kinder, nur in Begleitung. In diesem Bereich liegen auch Ess- und Spielzimmer sowie Räume für kreative und pädagogische Aktivitäten, auch die Zentrale der Pflegekräfte. Der innere Stationsteil kann vom äußeren durch die Glastür eingesehen werden. Die Kinder benutzen Sporthalle, Gymnastikraum, Schwimmbad und eine Hüpfburg für entsprechende Aktivitäten in anderweitig untergebrachten Gebäudeteilen, auch der Schulunterricht findet dort statt. Die Abteilung verfügt über keinen Garten oder direkten Zugang zu einer Grünfläche.

Für die acht stationären Behandlungsplätze stehen ein Facharzt und eine Weiterbildungsassistentin zu 50 % zur Verfügung, zwei 75%-Stellen bekleiden eine Psychologin und eine Familientherapeutin, zwei Teilzeitstellen für Psychomotorikerinnen ergeben ebenfalls insgesamt 75 %, eine Sozialarbeiterin arbeitet mit einem halben Stellenkontingent. Insgesamt 14 Mitarbeiter einschließlich zweier Pädagogen bestreiten den Pflege- und Erziehungsdienst und machen vormittags die Anwesenheit von zwei Mitarbeitern und nachmittags die von dreien möglich. Der Nachtdienst wird von einer Kraft versehen, die Pädagogen sind davon ausgenommen. In Krisenfällen springt der Stationsleiter ein oder es werden Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes zugezogen, die gerufen werden können, aber erhöhte Distanz zu den Patienten halten müssen und nicht verbal mit ihnen interagieren dürfen. Nachts kann ein ärztlicher Dienst telefonisch herbeigerufen werden.

1.2 Patienten und Störungsbilder

Zur Aufnahme kommen Kinder von fünf bis sechs Jahren bis zum Ende des 13. Lebensjahres, wobei die Obergrenze orientiert an der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale flexibel gehandhabt wird. Zur Zeit des Besuches wurden sechs Kinder in der Abteilung behandelt. Patienten mit Essstörungen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und psychosomatischen Störungsbildern sind eher weiblich, solche mit Hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens oder der Kombination aus beiden bzw. mit depressiven Symptomen eher männlichen Geschlechts. Durch richterlichen Beschluss eingewiesene Kinder bilden die Minderheit. Im Jahre 2012 wurden zwei solche Patienten behandelt, im Jahre 2013 drei, im

Jahre 2014 bislang zwei. Aktuell befindet sich ein richterlich platzierter Patient in der Station, und zwar seit Januar 2014. Das Heim, aus dem er aufgenommen wurde, weigert sich, ihn zurückzunehmen. Eine neue Weiterbetreuungsmöglichkeit sei noch nicht gefunden. Dieser Junge zeigt eine Mischsymptomatik aus Bindungsschwierigkeiten und mangelnder Impulskontrolle sowie Ängsten, aber auch aggressiven Impulsdurchbrüchen. Die mittlere Verweildauer der richterlich eingewiesenen Kinder wurde mit 90 bis 120 Tagen angegeben und liegt höher als die der durch Elternentscheidung aufgenommenen von 55 bis 85 Tagen. Patientenaufnahmen erfolgen in der Regel nach mehreren Vorgesprächen mit den Eltern.

1.3 Zuweisungsmodi und Rechtsfolgen

Richterlich angeordnete Unterbringungen werden in der Regel seitens des Gerichts vorbesprochen. Es gibt aber auch plötzliche Aufnahmen, die per Fax angekündigt werden. Die Elternrechte gehen mit der Aufnahme auf die Klinik über. Unbegleitete Ausgänge oder Beurlaubungen müssen mit dem Gericht abgesprochen werden, dem letztlich auch die Wiederaufhebung des Unterbringungsbeschlusses obliegt. Die generell in die Behandlung einbezogenen Eltern werden über die Besonderheiten der Rechtslage, die mit der Einweisung entsteht, seitens des Gerichts nicht schriftlich informiert. Auch die richterlich platzierten Patienten werden nicht spezifisch über ihren Rechtsstatus aufgeklärt. Die Aufenthaltsdauer richterlicher Unterbringung ist nicht von vornherein zeitlich begrenzt. Die Klinik ist berichtspflichtig gegenüber dem Jugendgericht. Die Häufigkeit der Berichte ist in ihr Ermessen gestellt. Der erste Bericht erfolgt in der Regel nach vierwöchigem Aufenthalt. Grundsätzlich sehen die Stationsregeln vor, dass dreimal wöchentlich mit den Eltern telefoniert werden darf und zweimal wöchentlich und am Wochenende Besuche möglich sind.

1.4 Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept der Klinik sieht vor, dass die Diagnostik vor der Aufnahme abgeschlossen ist und dann während der zwei oder drei Vorbereitungskontakte auch eine Therapieplanung erstellt wird. Das lässt sich für richterlich eingewiesene Patienten nicht so durchhalten. Zum Einsatz kommende psychodynamische Psychotherapien im Einzel- und Gruppensetting, systemische Familientherapie und zurückhaltend eingesetzte Pharmakotherapie werden in einer wöchentlichen Teamsitzung gemeinsam festgelegt. Neben der stationären Einheit gibt es eine Tagesklinik für Kinder mit Entwicklungsstörungen, also häufig autistischen Störungen, die in der Behandlungskette eine geringere Rolle spielt als die Ambulanz. Für die Nachbetreuung entlassener, zuvor richterlich platzierter Kinder besteht ein ambulantes Angebot, dessen Nutzung den Sorgepflichtigen aber freisteht. Ein aufsuchender Service für in Heimen untergebrachte Kinder existiert nicht. Für jeden Patienten wird ein individueller Tagesplan erstellt, mit dem er in das Rahmenprogramm der Station eingepasst wird, das morgens Schulunterricht von 10.00 bis 11.30 Uhr und von 15.00 bis 16.30 Uhr Gruppenaktivitäten vorsieht, parallel dazu erfolgen individuelle Behandlungen und Elterngespräche. Die Gruppenaktivitäten legen einen Akzent auf handwerkliches Arbeiten, Psychomotorik, Sport, Schwimmen und andere körperliche Aktivitäten. Das gesamte Zusammenleben ist durch einen festen Zeitplan geregelt. Statt des Unterrichts in der Klinikschule ist auch der Besuch externer Schulen möglich. Die Kompetenz für die Zeugniserteilung bleibt bei der Heimatschule, sodass der stationäre Aufenthalt diesbezüglich keine ungünstigen Konsequenzen haben kann.

1.5 Krisenmanagement

Für das Krisenmanagement besteht eine ausgefeilte Vorschrift, die ein stufenweises Vorgehen von möglichen Präventionsmaßnahmen über verbale Deeskalation, Isolation des Kindes und nur im Extremfall Time-out in einem eigens dafür eingerichteten Raum vorsieht. Im Krisenfall sind zwei Mitarbeiter für das betroffene Kind zuständig, gegebenenfalls muss der Ordnungsdienst hinzugerufen werden, damit die Versorgung der anderen Patienten nicht leidet. Verbringung in den Time-out-Raum muss vom Arzt verordnet sein. Alle Kriseninterventionsmaßnahmen müssen dokumentiert werden. Vorgesehen sind baldmöglichst Gespräche über die Vorgänge, deren Vorläufer Begleitaffekte und mögliche Alternativen; das diesbezügliche Vorgehen erinnert an Verhaltensanalysen. Diesbezüglich sind die Mitarbeiter durch schriftlich fixierte Regeln informiert, was im Einzelgespräch nachprüfbar war.

1.6 Orientierungshilfen für Diagnostik und Therapie

In der Abteilungskonzeption werden zwar die Begrifflichkeiten der französischen Nomenklatur für psychische Störungen bei Kindern benutzt, die Klassifikation folgt aber der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD-10). Wie für Diagnose und Therapie durch Elternwunsch aufgenommener Kinder, gibt es ein Ablaufschema für Diagnostik und Interventionen bei richterlich eingewiesenen. Da die einzelnen Therapieelemente nach dem Prinzip, was für den jeweiligen Patienten Sinn macht, anhand des Verständnisses seiner Störung kombiniert werden, sind Diagnostik und Therapie bislang keinen nationalen oder internationalen Leitlinien verpflichtet, sodass von einer störungsspezifischen Behandlung im üblichen heute gebrauchten Wortsinn wenig gesprochen werden kann. In groben Rahmenschemata für bestimmte Gruppen sind solche Vorgehensweisen aber abgebildet, werden jedoch im Einzelfall sehr individuell variiert.

1.7 Patientengespräch

Mit dem neunjährigen, richterlich untergebrachten Jungen konnte nur ein begrenzter Kontakt aufgenommen werden. Er war während der Mittagessenszeit in eine Krisensituation geraten und befand sich, als das Gespräch erfolgen sollte, im Time-out-Raum, einem Raum, der mit einer Matratze und einer Sitzbank ausgestattet ist. Er befand sich in Begleitung in diesem Raum, wie man merkte, nicht zum ersten Mal. Er sagte, es gehe ihm nicht gut, die Ursachen deutete er knapp an und berichtete dann, wie er die Zeit verbringe, dass ihn am Wochenende die Mutter besuchen kommen werde, sprach auch sonst etwas über das Leben in der Station, in der er sich seit zehn Monaten aufhielt. Seine Befindlichkeit erschien als Mischung aus Sich-wertgeschätzt-Fühlen, aber dennoch Wenig-Perspektive-Sehen. Die Dokumentation über den Time-out-Aufenthalt war noch nicht angefertigt als der Besuch der Abteilung abgeschlossen wurde, konnte also nicht eingesehen werden.

1.8 Mitarbeitergespräch

Im Einzelgespräch mit einer Mitarbeiterin des Pflegedienstes beschrieb diese als wesentliches Problem die Anwesenheit von nur zwei Pflegekräften in der Vormittagsschicht, die gegebenenfalls die Hinzuziehung von Mitarbeitern des Ordnungsdienstes des Klinikums notwendig mache. Als weiteres, viele Mitarbeiter belastendes Problem schilderte sie die Balance zwischen notwendiger Nähe zu den Patienten, aber auch der nötigen Distanz, letzteres auch, um bei vorzeitigen Abbrüchen von Behandlungen durch Eltern Beziehungsabbrüche zu vermeiden. Misslich sei, dass Notfälle in der Regel eher in den Abendstunden aufgenommen werden müssten. Von der Arbeitgeberseite her hätte sie es wünschenswert befunden, wenn die in zweimonatigen Abständen stattfindenden

Teamsupervisionen und die Mitarbeit in Themengruppen als Arbeitszeit gewertet würden. Auf wenig Gegenliebe stoße auch der Abzug von Mitarbeitern im Pflegedienst als Aushilfen in anderen Stationen, wenn die Station stark unterbelegt sei.

1.9 Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte

Bei Problemen der Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte in der Kinderpsychiatrischen Abteilung ergab sich als Hauptproblem, dass lange Behandlungsdauern - im Vergleich zur notwendigen Behandlungszeit - dadurch entstehen können, dass Anschlussbetreuung gerade für richterlich platzierte Patienten weder in Luxemburg noch im benachbarten Ausland zu finden sind. Die Vorstellung, dass Freiheitsentziehung auf die kürzest mögliche Dauer beschränkt werden muss, kann kollidieren. Die Betroffenen erleben sich aber durch die Unterbringung in der stationären Einheit nicht in einer Sondersituation, weil aufgrund der Aufsichtspflicht für alle Kinder Einschränkungen bestehen. Wenigstens jüngere Kinder haben auch keine vollständige Vorstellung davon, was für Konsequenzen der mit dem Freiheitsentzug verbundene juristische Status für sie hat. Was die Lebensumstände in der Kinderpsychiatrischen Abteilung angeht, sind sie ausgesprochen kinderfreundlich. Die Ausstattung der Räume ist hell, die Zweibettzimmer sind kindgerecht eingerichtet. Es bestehen ausreichende Kontakt- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Persönliche Zuwendung im Rahmen der Behandlung spielt im Konzept der Klinik eine wichtige Rolle. Da die Mehrzahl der Kinder die Station nicht unbegleitet verlassen darf, wird die Freiheitsbeschränkung durch die richterliche Unterbringung für die einzelnen wenig spürbar. Da Verlassen der Station ohne Begleitung für die meisten Kinder nicht möglich ist, spielt das Fehlen eines unmittelbaren Gartenzugangs nur für ältere eine Rolle.

Die Einbeziehung der Therapeuten und der Mitarbeiter des Pflegedienstes in die Behandlungsplanung mit den Ärzten fördert das gemeinsame Verantwortungsgefühl für die Patienten und erzeugt ein hohes Engagement und soweit beurteilbar eine professionelle Wahrnehmung der pflegerischen und erzieherischen Aufgaben. Durchgehender Schulbesuch ist gewährleistet. Nicht beurteilt werden konnte, wie Eltern die Rechtssituation ihrer richterlich untergebrachten Kinder empfinden. Soweit im Rahmen der Behandlung Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden, entspricht die diesbezügliche vorgegebene Systematik, die Dokumentationspflicht und die Einweisung aller Mitarbeiter in diese Systematik dem in der kinderpsychiatrischen Praxis unter ethischen Gesichtspunkten üblichen Standards des Faches. Bezüglich der Einhaltung und Wahrung der Menschenrechte erscheint nur für jüngere Kinder das Unterlassen einer schriftlichen Information über ihren Rechtsstatus vertretbar. Ein generelles Problem tritt hier wie in den beiden anderen besuchten Abteilungen dadurch auf, dass Gerichte keine bestimmte Dauer der Unterbringung anordnen bzw. keine Prüfungspflicht für das Fortbestehen von deren Notwendigkeit vorgeschrieben ist.

1.10 Behandlungsorientierung, Qualität der medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Versorgung

Die Individualisierung störungsspezifischer Schemata folgt psychodynamischen Vorstellungen und solchen der systemischen Familientherapie, für das Konzepte der störungsspezifischen Behandlung keine wesentliche Rolle spielen. Für einen Teil der in der Station häufig behandelten Störungsbilder - zum Beispiel Generalisierte Angststörungen oder Bindungsstörungen - ist das unkritisch, für die bei platzierten Patienten vermutlich häufigen Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen trotz der üblichen langen Behandlungsdauer wenig erfolgsträchtig; es müsste stärker auf kürzere Interventionen und

leitliniengerechtes störungsspezifisches Vorgehen gesetzt werden. Auch die in der Praxis offensichtliche Beschränkung der oberen Altersgrenze auf den Beginn der Pubertät ist mit dem gehandhabten Konzept besser verträglich als die Behandlung älterer Kinder mit für ihr Alter typischen Störungen, die aber offensichtlich weitgehend im Hôpital Kirchberg aufgenommen werden müssen. Unterbringung, Personalschlüssel und die Einbeziehung der Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes in die Behandlung der Kinder entspricht internationalen Standards, ebenso der geübte Umgang mit Krisen und diesbezügliche verpflichtende Regelung für alle Mitarbeiter. Der sogenannte Facharztstandard, also die Möglichkeit ein neu aufgenommenes Kind binnen 24 Stunden einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzustellen, ist gewährleistet. Die Kontinuität und Einheitlichkeit im Behandlungsteam ist durch Supervision sichergestellt.

2. Nationaler jugendpsychiatrischer Dienst im Hôpital Kirchberg

2.1 Räumliche und personelle Ausstattung

Beim Besuch in der Abteilung im Hôpital Kirchberg erläuterten die leitenden Ärzte Dr. Göpel und Dr. Ristow das Konzept und die aktuelle Situation der Abteilung. Bei dem Gespräch waren die Pflegedienstleitung, eine Psychologin und eine Therapeutin durchgehend anwesend, außer den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes. Seit dem letzten Bericht war die Abteilung durch einen Anbau im Containersystem auf Stelzenbauweise von 12 auf 18 stationären Behandlungsplätzen erweitert worden, und zwar so, dass die Erweiterung sich auf der gleichen Ebene wie die bisherige Abteilung befindet und mit ihr unmittelbar verbunden ist. Dadurch ist eine gewisse räumliche Entzerrung eingetreten, dennoch sind die drei Patientengruppen nicht voneinander trennbar. Das Behandlungsteam bemüht sich, der Patientendichte durch tagesstrukturierende Maßnahmen entgegenzuwirken. Die alten wie die neuen Räume sind jugendgerecht eingerichtet. Im Containeranbau gibt es Klagen über die Fensterfunktionen und teilweise über die Türabdichtungen. Die gesamte geschlossene Einheit kann nur nach Öffnung der Türen durch Mitarbeiter verlassen werden. Die Schulräume befinden sich in der Einheit. Sportsaal, Basketballfeld, Schwimmbad und Kletterwand werden in naheliegenden Gebäuden genutzt, zu denen die Patienten begleitet werden.

Personell ist die Klinik in mit 1,5 Arztstellen, 2,25 Psychologenstellen und 3,25 weiteren Stellen für Therapeuten ausgestattet. Im Pflege- und Erziehungsdienst waren 2013 im Schnitt 23,4 Mitarbeiter tätig. Von 24 aktuellen Mitarbeitern in diesem Bereich sind 7 Pädagogen. Die durch ihre frühere Tätigkeit mit der in Deutschland gültigen Psychiatrie-Personal-Verordnung vertrauten Ärzte haben berechnet, dass die personelle Ausstattung etwa 70 % der dort niedergelegten Sollzahlen entspricht. Die Krankenkassen in Deutschland gewähren in der Regel 85 %. Das Zurechtkommen mit diesem Budget erfordert eine sehr gute, aber auch sehr straffe Organisation der täglichen Abläufe. Für den Schulunterricht stehen drei Lehrer zur Verfügung.

2.2 Patienten und Störungsbilder

Bei 252 Patienten im Jahre 2012 und 278 in 2013 ist für 2014 nach der bisherigen Belegung eine höhere Patientenzahl zu erwarten. Da die Klinik aufnahmepflichtig ist, kann sie dieser Aufgabe nur mit sinkenden Verweildauern gerecht werden. In 2012 betrug die mittlere Verweildauer 32 Tage, in 2013 30 Tage, in 2014 bisher 23 Tage und dürfte noch sinken, wobei die aufgenommenen Notfälle kürzere Aufenthalte haben, wodurch die Behandlungsdauer für die geplant Aufgenommenen also nicht proportional beeinträchtigt

wird. Der Anteil der weiblichen Patientinnen beträgt zwischen 45 und 50 %. Das Aufnahmealter begann 2013 bei 11 Jahren. Unter den Aufgenommenen sind also 11-, 12- und 13-jährige Kinder mit einem Anteil von 10 bis 15 % zu finden. Die obere Altersgrenze wird bei Patienten mit Psychosen oder geistigen Behinderungen flexibel gehandhabt. 2012 waren 39 % der Aufnahmen Notaufnahmen, 2013 44 %, 2014 bislang 125, was 48 % und mehr als an jedem dritten Tag einer Notaufnahme entspricht. Das Störungsspektrum umfasst den gesamten Bereich jugendpsychiatrischer Erkrankungen, mit einem der Epidemiologie entsprechenden Anteil unruhiger, aggressiver oder dissozialer Jugendlicher von ca. 40 %..

2.3 Zuweisungsmodi und Rechtsfolgen

Der Anteil der durch Jugendrichter zugewiesenen Patienten betrug 2012 12,3 %, 2013 13,7 %, 2014 bislang 10,9 %. Ihre Verweildauer lag mit 47 Tagen in 2012, 54 Tagen in 2013 und 38 Tagen in 2014 jeweils etwa zwei Wochen höher als die der planmäßig Aufgenommenen. Der Mädchenanteil schwankte zwischen 36 und 45 %. Durchschnittlich standen die platzierten Patienten im 16. Lebensjahr und glichen damit den planmäßig aufgenommenen. Der Anteil der Notaufnahmen unter ihnen beträgt im Schnitt ein Drittel, der Anteil aggressiv-dissozialer Störungen ist unter den Platzierten deutlich höher als unter den planmäßig Aufgenommenen, in der Regel kombiniert mit Cannabiskonsum. Mehr als die Hälfte von ihnen stammt aus Heimen. Absprachen mit dem Jugendgericht über geplante Unterbringungen werden nach Auskunft der Ärzte jetzt häufiger als früher getroffen.

Aktuell wurden in der Klinik sieben platzierte Jugendliche behandelt, belegten also fast ein Drittel der Betten. Die Eltern und die Jugendlichen werden bei Aufnahme über ihren durch die Platzierung entstandenen Rechtsstatus aufgeklärt. Beschwerden gegen diesen sind über einen Anwalt möglich, haben aber keine aufschiebende Wirkung. Zur Klärung kann der Jugendrichter in die Klinik kommen oder der Jugendliche ihm vorgestellt werden. Die platzierten Jugendlichen sind in der Regel entwicklungsgefährdet oder entziehen sich pädagogischen Maßnahmen. Verlaufsberichte über sie liegen im Ermessen der Klinik. Beurlaubungen und die Aufhebung der Platzierung müssen beim Gericht beantragt werden, für Beurlaubungen geht das auch telefonisch. Anhörungen vor der Platzierung sind nicht vorgeschrieben, lediglich bei geplanten Auslandsaufenthalten als Anschlussmaßnahme sind sie üblich.

2.4 Behandlungskonzept

In der Behandlungskette stehen eine Tagesklinik und Möglichkeiten der ambulanten Nachbetreuung zur Verfügung; letztere stehen ohne dafür zugewiesenes Budget im Ermessen der Klinik. Platzierte Jugendliche können vom Gericht auf eine Nachbetreuung verwiesen werden. Es gibt eine feste Tagesstruktur. Das Stationsreglement wird allen aufgenommenen Jugendlichen bei Beginn der Behandlung schriftlich ausgehändigt. Für jeden Einzelnen besteht ein Wochenplan. Die Eltern auch der platzierten Jugendlichen werden in die Behandlung einbezogen; gegebenenfalls sind Hausbesuche in den Herkunftsfamilien möglich. Platzierte können auf Weisung des Gerichts nach fehlgeschlagenen Entlassungen wieder aufgenommen werden. Die Mehrheit der Platzierten wird nicht nach Hause entlassen, sondern geht in Heime in Luxemburg oder im benachbarten Ausland, teilweise in die Weiterbehandlung in Ettelbruck.

Neben dem Schulbesuch gehören zum Behandlungskonzept individuelle Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie. Dabei wird verhaltenstherapeutisch gearbeitet, überwiegend mit den Vorgehensweisen der kognitiven Verhaltenstherapie. Jeder Patient wird täglich visitiert. Inhalte der Gruppentherapie sind die dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen, soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining, Psychoedukation, Rückfallprophylaxe. Zu den pädagogischen Aktivitäten gehören Konzentrationsübungen, Selbständigkeitstraining, Dienste bei den Mahlzeiten und Sport in verschiedenen Varianten. Täglicher Ausgang für jeden Patienten ist vorgesehen, erfolgt in Einzelbegleitung oder in Gruppen bis zu fünf Patienten. Die Behandlungskonzepte für die platzierten und nichtplatzierten Jugendlichen unterscheiden sich nicht. Externer Schulunterricht ist möglich. Dabei kommen Schulwege bis zu einer Stunde infrage. Bei internem Schulbesuch sind an den Werktagen vier Unterrichtsstunden vorgesehen.

2.5 Krisenmanagement

Angesichts der hohen Patientendichte und der zahlreichen Aufnahmen, speziell der häufigen Notaufnahmen, liegt ein schriftlich verfasstes, ausführliches Konzept vor, in dem ein schrittweises Vorgehen ausgewiesen ist. Sowohl in der zweijährigen Zusatzausbildung zur psychiatrischen Fachpflegekraft wie auch in der Weiterbildung in der Klinik werden die Elemente des Krisenmanagements vermittelt. Das beginnt mit dem Erkennen und präventiven Eingreifen bei drohenden Krisen. Die zweite Stufe besteht in Deeskalationsmaßnahmen, die dritte auf schriftlicher Anordnung, darin, dass der Patient im Zimmer verbleiben muss. Gelingt das nicht, kommen Time-out-Maßnahmen in einem besonderen Raum infrage, ebenfalls nur auf Anordnung. Ein Facharzt ist ständig erreichbar und kann in spätestens 20 Minuten in der Klinik anwesend sein, wenn er gerufen wird. In diesem Stadium kann, wenn die individuelle Verordnung für den Patienten das vorsieht, eine Bedarfsmedikation gegeben werden. Dieses Vorgehen hat Vorrang vor restriktiven Maßnahmen. Schon während des Time-outs muss eine Schwester vor dem Raum stehen, der durch ein hohes Fenster einsehbar ist. Fixierte Patienten werden dauernd durch eine anwesende Person überwacht. Für die Fünf-Punkt-Fixierung gibt es eine genaue Anweisung. Über ein Alarmsystem kann der Sicherheitsdienst hinzugerufen werden. Die Defixierung erfolgt schrittweise.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt dreizehnmal Time-out-Maßnahmen durchgeführt und siebenmal Fixierungen. Die Time-out-Maßnahmen dauerten im Mittel dreieinhalb Stunden, maximal elf Stunden. Entsprechende Maßnahmen dürfen erst durchgeführt werden, wenn genügend Mitarbeiter vorhanden und der Schutz der anderen Patienten sichergestellt ist. Sie kommen nicht infrage bei psychotischen Patienten wegen der Gefahr einer psychotischen Dekompensation. Während des Aufenthalts im Time-out- (Cool-down)-Raum sind Gürtel, Schuhe, Halsketten und dergleichen nicht erlaubt. Nach solchen Maßnahmen muss der Jugendliche in seinem Zimmer einen Reflexionsbogen ausfüllen, ehe er sein Zimmer wieder verlassen darf. Formulare dafür liegen in deutscher und französischer Sprache vor. Die Maßnahmen sind zu dokumentieren. Für die Fixierung gibt es eine spezielle Dokumentation. Anschließend werden die Eltern mit einem vorgeschriebenen Text, der die wesentlichen Begründungen enthält, über die Isolierung und deren Dauer informiert. Ein Fixierbett steht ständig bereit und wird kontinuierlich kontrolliert. Wie über die Isolation müssen die Eltern nach Fixierungen oder Zwangsmedikation mit einem vorgeschriebenen Text informiert werden. Fixierungen werden im wöchentlichen Team nachbesprochen. Abweichungen vom vorgesehenen Vorgehen bedürfen ausdrücklich der ärztlichen Anordnung. Die Klinik reicht für das Jahr 2013 eine Liste über durchgeführte Maßnahmen nach: Fixierungen sind siebenmal durchgeführt worden, dabei an sechs Patienten, viermal zur Nachtzeit, zweimal tags. Ihre Störungen verteilen sich auf zwei Psychosen, eine Borderline-Störung und drei

aggressiv-dissoziale Krisen. Die Zeitdauer reichte von einer Stunde fünfzig Minuten bis siebzehn Stunden 45 Minuten, bei einem Median von sechseinhalb Stunden.

Dieser hohe Mittelwert kommt durch einen Ausreißer nach oben zustande. Nachgeprüft wurde die Fixierung eines 15-Jährigen über 6 h 26 min am dritten Tag nach Aufnahme: Es bestand Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens mit Cannabismissbrauch. Erregungszustand und Gewaltandrohungen sowie Aggression gegen Sachen traten im Zusammenhang mit Aufklärung über die Verbleibensdauer auf. Die niedrigschwelligsten Maßnahmen aus dem üblichen Procedere konnte der Patient nicht mehr annehmen. Bei zunehmender Erregung kam es zu Tätlichkeiten gegen Mitarbeiter, danach zur Entscheidung der Fixierung zur Abwendung weiterer Fremd- und Eigengefährdung. Der Betroffene wurde situationsangemessen über das Vorgehen informiert. Er erhielt die ärztlich angeordnete Notfallmedikation. Verordnet war zustandsabhängige progressive Defixierung. Die Eltern wurden umgehend informiert, eine Sitzwache installiert und Vitalparameter regelmäßig erhoben. Trotz der Maßnahmen blieb es über einen längeren Zeitraum bei Drohungen und Forderungen, sodass die Bedingungen einer Defixierung mit ihm noch nicht erörtert werden konnten. Erst nach einer kürzeren Schlafphase kam es zur deutlichen Beruhigung, verbalen Erreichbarkeit und Besprechung der schrittweisen Defixierung, die im weiteren Verlauf schrittweise erfolgte. Der Verlauf ist typisch für einen Erregungszustand in der Initialphase einer Behandlung, ohne dass eine wahnhaftige Situationsverkenntnis besteht. Das Vorgehen ist als korrekt zu betrachten und folgt dem schriftlich niedergelegten Reglement.

2.6 Orientierungshilfen für Diagnostik und Therapie

Das diagnostische, therapeutische und pädagogische Vorgehen der Klinik ist von verhaltenstherapeutischen Überlegungen bestimmt, die mit familientherapeutischen Vorgehensweisen kombiniert werden. Bei letzteren kommen am ehesten Prinzipien der strukturellen Familientherapie zum Tragen. Elemente der – vor allem kognitiven – Verhaltenstherapie und der Verhaltensmodifikation werden beim Patienten wie seinen Familienmitgliedern eingesetzt. Das geht nicht ohne Nutzung psychodynamischer und systemischer Handwerkszeuge. Die Kombination der einzelnen Methoden erfolgt nach den Prinzipien störungsspezifischer Behandlung. Die individuellen Behandlungspläne werden im Rahmen der Visiten fortgeschrieben, jeweils in Orientierung an den Leitlinien der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, teils an französischen oder englischsprachigen Leitlinien, die nur mäßig Raum für Variationen lassen. So kommt es zur dialektisch-behavioralen Gruppentherapie für Borderline-Störungen, zur gestuften Exposition bei Angst- und Zwangsstörungen sowie zu operanten Verfahren und Modelllernen bei dissozialem Verhalten. Pharmakotherapie wird leitliniengebunden eingesetzt. Eltern und Patienten – auch platzierte Patienten – werden über eine vorgesehene Medikation aufgeklärt, um möglichst informierten Konsens zu erreichen. Jeder Patient hat täglich die Gelegenheit, mit einem Sozialarbeiter zu reden. Pädagogische Arbeit im Einzel- und Gruppensetting dient zum Teil dem Transfer gewonnener Therapieeffekte in den Alltag. Dabei wird auf die Selbstwirksamkeit der Patienten Wert gelegt. Arbeit in Elterngruppen ist wegen der jeweils geringen Anzahl von Patienten mit gleichen Störungen nicht möglich. Es erfolgt eine breite Einbeziehung paramedizinischer Mitarbeiter und Pfleger und Pädagogen in die Behandlung, was der Verschränkung von Therapie und Pädagogik zugute kommt. Dienstags und donnerstags finden kurze Fallbesprechungen statt, mittwochs eine dreistündige Klinikversammlung. Externe Supervision werde wegen möglicher Differenzen mit dem Klinikkonzept als problematisch betrachtet und durch längere Fallbesprechungen ersetzt.

2.7 Mitarbeitergespräche

Im anschließenden Gespräch mit den Herren Schlim und Kirwel vom Pflegedienst wurden Probleme und Belastungen aus der täglichen Arbeit erörtert. Die Mitarbeiter bestätigten ihre Kenntnisse von den Vorschriften für das Krisenmanagement. Als wesentliches Problem der Arbeit erschien ihnen, dass vor allem notfallmäßig aufgenommene und gerichtlich platzierte Patienten während der Diagnostik- und Eingewöhnungsphase nicht von den planmäßig zur Behandlung aufgenommenen Patienten getrennt werden können, sodass Unruheherde, die von ersteren ausgehen das Klima in der Abteilung teilweise ungünstig beeinflussten, so weit, dass es dadurch auch zu Behandlungsabbrüchen komme, weil planmäßig aufgenommene Patienten sich nicht wohlfühlten und das ihren Eltern vermittelten. Besonders in der Anfangszeit seien platzierte Patienten häufig frustriert und uneinsichtig. Als zweite Sorge wurde das Bedauern darüber zum Ausdruck gebracht, dass für eine regelhafte Nachbetreuung stationär behandelter Patienten keine Finanzierung zur Verfügung steht und entsprechende Maßnahmen im Ermessen des Office National de l'Enfance liegen. Belastend fanden die Mitarbeiter die große Altersspanne, die gerade bei der Aufnahme unter 14-Jähriger im Alltagshandeln schwer zu überbrücken sei. 12- und 13-Jährige mit Störungen des Sozialverhaltens würden von der Kinderpsychiatrischen Abteilung oft nicht aufgenommen und müssten deswegen in der hiesigen Abteilung mit wesentlich Älteren zusammen betreut werden. Für die zusätzliche Betreuung dieser besonders auf Beziehung angewiesenen Kinder fehle sowohl in der Früh- wie in der Nachmittagsschicht eine Kraft, die jeweils in der entsprechenden Gruppe aushelfen könne. Als wünschenswert wurde schließlich die intensivere psychiatrische Beratung der pädagogischen Heime in Luxemburg betrachtet, da durch deren Überforderung und daraus folgende Anrufungen des Jugendgerichts Krisen und Notaufnahmen zustande kämen.

Separat gesprochen wurde mit dem Sporttherapeuten der Klinik. Er berichtete zunächst über die Angebote: Schwimmen, gegebenenfalls im Freibad, Basketball, Klettern, Mountainbikefahren und Bogenschießen. Vormittags bestehe das Gruppenangebot in zwei aufeinanderfolgenden Terminen, nachmittags ebenfalls. Die Patienten nähmen die Angebote gern an, weil damit auch die Möglichkeit verbunden sei, die Station zeitweise zu verlassen. Natürlich bedürfe es für die Teilnahme der Absprache mit dem Behandlungsteam. Sportliches Training diene auch zur Entflechtung der Patientendichte in der Abteilung und habe einen positiven Ventileffekt für die Patienten, insbesondere für die älteren männlichen Jugendlichen. Es nähmen aber auch beispielsweise Jugendliche mit Essstörungen im Rahmen der Körpertherapie an den sportlichen Angeboten teil.

2.8 Patientengespräche

Beim Durchgang durch die Station bestätigten Patienten die Beliebtheit der Sporttermine. Mit zwei platzierten Patienten wurden längere Einzelgespräche geführt. Ein 15-Jähriger berichtete als Platzierungsanlass durch das Jugendgericht Probleme in Schule und Familie. Er habe bereits als 13-Jähriger eine dreimonatige stationäre Behandlung erfahren, dann an einer Auslandsmaßnahme teilgenommen. Er stehe vor der Entlassung nach Hause, werde medikamentös behandelt, wolle den Schulbesuch fortsetzen, weil das seine „letzte Chance“ sei. Bis zum Abschluss müsse er noch ein Schuljahr absolvieren. Während der ersten drei Wochen der stationären Behandlung habe es Konflikte gegeben. Er habe die Mitarbeiter als geduldig erlebt, keine großen Schwierigkeiten gehabt. Für ihn sei es wichtig gewesen, dass seine Mutter die Notwendigkeit der stationären Behandlung erkannt habe, das habe auch zu seiner Einsicht beigetragen. Er sei am 30. Juli 2014 in die Einrichtung aufgenommen worden.

Der zweite Patient - in der Klinik seit dem 19. Mai 2014 - berichtete von einem fünfjährigen Heimaufenthalt. Seine Mutter sei erkrankt, er besuche sie vierzehntägig. Zwei Monate habe

er gebraucht, bis er die Maßnahme habe verstehen können und mitgearbeitet habe. Wegen seines Berufswunsches benötige er den Schulabschluss, wolle sich also dafür einsetzen. Er finde es bedauerlich, dass manche Patienten nicht besucht würden und fände es gut, wenn dafür ein Ersatz geschaffen werden könnte. Er werde in seine Ursprungsfamilie zurückkehren, die Klinik werde aber für seine Nachbetreuung zuständig bleiben.

2.9 Einsichtnahme in Krankenakten

Abschließend erfolgte die Einsichtnahme in Krankenakten. Die Krankengeschichten werden elektronisch geführt. Es ging um Behandlungspläne, die Wahrnehmung von sportlichen Aktivitäten, die Dokumentation von Testergebnissen, insbesondere aber um die Protokollierung von Kriseninterventionen, die in Fixierungen mündeten. Ein Fixierungsprotokoll reichte von 17.55 bis 19.30 Uhr, also über 95 Minuten, bis zum Beginn der Defixierung, die sich über 105 Minuten erstreckte. In einer zweiten Krankengeschichte wurde eine Fixierung von 17.15 bis 19.00 Uhr dokumentiert, neun Tage später, bei dem gleichen Patienten, eine von 17.30 bis 22.00 Uhr. Dabei war die telefonische Information des zuständigen Arztes während des Nachtdienstes vermerkt.

2.10 Einhaltung der Wahrung der Menschenrechte

Die höhere Verweildauer der platzierten Jugendlichen in der Abteilung am Hôpital Kirchberg dürfte durch die komplexere Psychopathologie bedingt sein. Nicht auszuschließen ist, dass die längere Verweildauer auf Engpässe bei Folgeplätzen zurückzuführen ist. Das wäre kritisch im Hinblick darauf, dass Freiheitsentziehung so kurz wie möglich stattfinden soll. Unter dem gleichen Aspekt sollte die Abteilung nach weiteren Strategien zum Krisenmanagement suchen, um die zeitliche Dauer von Fixierungen möglichst zu verkürzen. Die platzierten Patienten erfahren von den Standards her die gleiche Behandlung wie die planvoll aufgenommenen. Ihnen stehen - richterliche Genehmigung vorausgesetzt - die gleichen Telefon-, Besuchs- und Beurlaubungsmöglichkeiten zu. Sie werden nicht von den planvoll aufgenommenen Patienten separiert und haben wie diese Anspruch auf einmal tägliches Verlassen der Abteilung, sei es zum – gegebenenfalls begleiteten - Ausgang oder zu sportlichen Aktivitäten. Dass das eingehalten wird, zeigt, dass Entweichungen vorkommen (insgesamt 10 im Jahr 2013), was ohne Verlassen der Abteilung nicht möglich wäre. Das Krisenmanagement auch für die platzierten Jugendlichen ist abgestuft; Medikation rangiert vor körperlichen Restriktionen.

2.11 Behandlungsorientierung, Qualität der medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Versorgung

Bezüglich dieser Parameter entspricht die Versorgungsqualität denen für vergleichbare Länder (Großbritannien, mitteleuropäische und skandinavische Länder) den dort üblichen best practices, ausgenommen die personelle Ausstattung des Pflege- und Erziehungsdienstes. Sie ist knapp, was zu Lasten der individuellen Zuwendung gehen kann und verlangt wie erwähnt ein hohes Organisationsniveau. Die verhaltenstherapeutische Orientierung der Abteilung entspricht der Zusammensetzung der Patienten und lässt nicht nur effektive, sondern auch effiziente Behandlung erwarten. Die gemeinsame Unterbringung von platzierten und planvoll aufgenommenen Patienten mutet letzteren durch die erhöhte Krisenanfälligkeit der ersteren höhere Belastungen zu, die nicht durch eine Trennung zwischen platzierten und nichtplatzierten, aber zwischen neu aufgenommenen in der Diagnostikphase und denen in der Behandlungsphase auszuräumen wären; das scheitert an der räumlichen Struktur der Abteilung. Wünschenswert wäre die Ausdehnung der

Behandlungskette für die Platzierten durch eine garantierte jugendpsychiatrische Nachbetreuung. Mit guten Standards schlecht verträglich ist die gemeinsame Unterbringung von 11-, 12- und 13-Jährigen, die, auch wenn pubertär, entwicklungspsychologisch ja Kinder sind, mit Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren, die platzierte wie planvoll aufgenommene betreffen kann und soweit erkennbar durch die restriktive Aufnahmepolitik der Kinderpsychiatrischen Abteilung bedingt ist.

3. Unité Adolescence im Centre Hospitalier-Neuro-Psychiatrique

Die Besucher wurden vom Leiter des Gesamtzentrums begrüßt, der die Positionen der Abteilung im Rahmen der Gesamtklinik erläuterte, in ihre Funktion einführte und Überlegungen bezüglich eines Neubaus mitteilte. Er begleitete die Besucher zur Abteilung, wo Frau Dr. Schmidt zusammen mit dem Pflegedienstleiter der Gesamtklinik, Herrn Verwaest, und der Pflegedienstleiterin der Abteilung, Frau Wagner, sowie einer der beiden dort tätigen Psychologinnen ausführlich gesprochen werden konnte. Urlaubsbedingt abwesend war der für die Abteilung jetzt verantwortliche Facharzt Dr. Karst.

3.1 Räumliche und personelle Ausstattung

Die Abteilung nimmt die gesamte dritte Etage eines separaten Gebäudes ein. Sie ist durch einen Aufzug erreichbar. Die Abteilungstüren sind geschlossen und öffnen sich im Brandfall elektronisch. Die Patientenzimmer sind geräumig, die Flure breit. Es gibt großzügige Räume für Essen, Freizeitaktivitäten und Ergotherapie. Die Zweibettzimmer sind hell und freundlich sowie jugendgemäß eingerichtet. In den Freizeiträumen finden sich altersgemäße Spielgeräte, ein Fitnessraum steht im unteren Geschoss des Gebäudes zur Verfügung, eine Turnhalle auf dem Gelände, ebenso ein Garten. Um diese Möglichkeiten zu nutzen, muss die Abteilung verlassen werden. Es gibt zwei Beobachtungsräume mit interner Waschgelegenheit und Überwachung durch Infrarotkameras. Die Monitore befinden sich in der Pflegezentrale. Die Kameraüberwachung wird bei Neuaufnahmen während der ersten 24 Stunden benutzt. Danach bleiben die Jugendlichen eine Woche ohne Überwachung in den Beobachtungsräumen, ehe ihnen ein Zimmer zugewiesen wird. Der Gemeinschaftsraum verfügt über eine Klimaanlage, die Patientenzimmer nicht. In ihnen können die Patienten die Oberlichter öffnen; wenn zum Lüften die sonst gesicherten Fensterflügel geöffnet werden, müssen sie ihre Zimmer verlassen. Insgesamt ist die räumliche Ausstattung großzügiger als die heutigen Standards bei Klinikneubauten entsprechen. Auf die zwölf Behandlungsplätze entfallen anderthalb Ärzte-, zwei halbe Psychologenstellen und eine dreiviertel Stelle für einen Sozialarbeiter. Zwei Lehrer stehen mit insgesamt 32 Wochenstunden für den Unterricht zur Verfügung. Der Pflege- und Erziehungsdienst ist mit 15,5 Stellen (Aufstockung zum 01.11.14 auf 16,5 Stellen war zugesagt) besetzt, das entspricht gut 90 % der Regelung nach der Psychiatrie-Personal-Verordnung in Deutschland und wird als gut auskömmliche Besetzung verstanden. Analoges gilt für die Besetzung mit akademischen Kräften. Zusätzlich stehen sieben Wochenstunden für Kunsttherapie, Ergotherapie und Psychomotorik in Einzel- und Gruppenbehandlung zur Verfügung; auf ärztliche Verordnung können der Sporttherapeut und die Krankengymnastik des Zentrums in Anspruch genommen werden.

3.2 Die Patienten und ihre Störungen

2013 wurden elf weibliche und dreizehn männliche Jugendliche behandelt. Da gerichtlich zugewiesene Patienten nach der Entlassung in der Obhut der Klinik bleiben, sind – wenn auch kurzfristige – Wiederaufnahmen bei Verstößen gegen die gerichtlichen Auflagen häufig notwendig. 81 % der 2013 Aufgenommenen waren luxemburgischer Nationalität, ihre mittlere

Aufenthaltsdauer betrug 103 Tage, das Durchschnittsalter lag etwas über 16 Jahren. In der Regel waren ein Viertel bis ein Drittel der Aufgenommenen zuvor in der Abteilung Kirchberg.

3.3 Zuweisungsmodi und Rechtsfolgen

Zum Zeitpunkt des Besuchs waren der Abteilung elf richterlich platzierte Patienten (drei Mädchen und acht Jungen) zugewiesen; eine Patientin davon war abgängig, fünf Patienten waren 17 Jahre alt. Die mittlere Verweildauer betrug 180 Tage, allerdings mit einer schiefen Verteilung zugunsten längerer Aufenthalte. Der mittlere Patient war 120 Tage anwesend. Drogengebrauch, überwiegend kombiniert mit Störung des Sozialverhaltens, war der häufigste Unterbringungsanlass, bei einem Patienten eine psychotische Symptomatik, bei zwei weiteren sexuelle Übergriffe. Die lange Verweildauer erklärte der leitende Arzt mit dem Warten auf geeignete Heimplätze zur Weiterbetreuung. Teilweise bemühte man sich, Patienten nach Hause zu vermitteln, um die Unterbringung in einem der beiden geschlossenen Heime Luxemburgs zu vermeiden. Teilweise sei vorheriges Kennenlernen der Patienten möglich. Wartezeiten für die Aufnahme platzierter Jugendlicher bestünden, oft zwischen vier und sechs Wochen. Insgesamt habe der Druck durch die Einrichtung therapeutischer Heime aber etwas nachgelassen.

Das Aufnahmeerklärungsformular wird vorgelegt. Darin ist vermerkt, ob der Jugendliche gerichtlich eingewiesen ist, ob ihm eine Kopie des Beschlusses des Jugendgerichts ausgehändigt wurde und ob ihm die Stationsordnung ausgehändigt wurde. Im Aufnahmeformular kann der Jugendliche Ziele angeben, an denen er arbeiten möchte. Für gerichtlich platzierte Jugendliche gibt es ein weiteres Formular, in dem das Vorgehen bis zur Therapieplanung beschrieben wird, auch die Möglichkeiten der probeweisen Beurteilung nach Rücksprache mit dem Gericht. Weiter werden die Möglichkeiten aufgezählt, die dem Jugendlichen offenstehen, falls er mit der Platzierung nicht einverstanden ist (Gespräche mit den Eltern, Schreiben an das Jugendgericht, Vertretung durch einen Anwalt). Nach Therapieplanung werde über die Jugendlichen an das Gericht berichtet, später in etwa sechswöchigen Abständen; das stehe im Ermessen der Abteilung. Nach allein durchgeführten externen Aktivitäten und Beurlaubungen werden die Jugendlichen beim Wiederbetreten der Station durchsucht. Bei Substanzkonsum werden Urinkontrollen durchgeführt. Zur Entlassungsvorbereitung wird ein schriftlicher Bericht an das Gericht vorgelegt.

3.4 Behandlungskonzept

Für platzierte Jugendliche gibt es in der Behandlungskette eine ambulante Nachbetreuung, für die ein Budget seitens des Gerichts bereitsteht. Die Nachbetreuung kann in der Ambulanz oder während eines Heimaufenthalts erfolgen. Die Maßnahmen können bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres verlängert werden, wenn das bei der Betreuung im Rahmen der Jugendpsychiatrie angezeigt ist, sonst gehen die Patienten an die Erwachsenenpsychiatrie über. Die Aktivitäten folgen einem festen Tagesplan. Die etwa 40 % der Patienten, die Außenschulen besuchen, müssen wegen der Schulwege früher aufstehen als die anderen und kommen erst nachmittags zurück. Für die übrigen fallen neben dem Schulvormittag Therapien oder pädagogische Aktivitäten an. Die Nachmittage sind mit Sport, Hausaufgaben, Visiten und pädagogischen Aktivitäten belegt. Es gibt einen Wochenrückblick und eine Feedbackgruppe; Freizeitaktivitäten sind auf den Abend verschoben. Täglicher Ausgang von einer halben bis einer Stunde ist vorgesehen, in den ersten Wochen in der

Regel in Begleitung, später je nach Zuverlässigkeit allein. Die Beurlaubungen beginnen etwa sechs Wochen nach der Aufnahme. Das Behandlungskonzept unterscheidet sich für gerichtlich platzierte und qua Elternrecht aufgenommene Patienten nicht; etwa die Hälfte auch der platzierten werden in einem Vorgespräch in der Ambulanz gesehen. Etablierte Kooperation mit Heimen zur Krisenprävention gibt es nicht, sie wird aber für wünschenswert gehalten. Für Beschwerden steht ein Briefkasten zur Verfügung, der wenig genutzt wird; gegebenenfalls werden Jugendliche auf die Funktion des Ombudsmans hingewiesen.

3.5 Krisenmanagement

Für die Bewältigung von Krisen in der Abteilung besteht keine schriftliche Anweisung. Das wird damit begründet, dass jeweils individuelle Entscheidungen notwendig sind. Das Pflegepersonal werde dafür regelmäßig trainiert. Initial wird auf die Eskalation hingearbeitet. Gelingt das nicht, folgt die Isolierung im eigenen Zimmer. Dies geschieht ohne Begleitung. Als dritte Stufe kommt Time-out infrage. In dem dafür vorgesehenen Raum gibt es eine Sitzbank. Die Wände sind hart. Überwachung erfolgt durch eine Infrarotkamera und durch Funkkontakt. Voraussetzung für die Nutzung des Time-out-Raumes sind Selbst- oder Fremdgefährdung. Während der Isolierung muss zwingend jemand am Monitor in der Zentrale anwesend sein. Gespräche mit dem Isolierten werden zunächst durch die Tür geführt, später im Raum, meistens nach 15-minütigem Aufenthalt. Die Time-out-Prozedur bedarf einer ärztlichen Verordnung. Erst wenn sie zur Beruhigung nicht ausreicht, kommt Fixierung des Patienten infrage, die ebenfalls individuell angeordnet sein muss. Dafür ist der Dienstarzt zuständig, der entweder im Haus anwesend ist oder bei einer Anfahrtszeit von maximal 15 Minuten gerufen werden kann. Über Time-out-Prozeduren und Fixierungen müssen Protokolle angefertigt werden. Die Inanspruchnahme dieser Dienste sei selten, häufe sich eher am Wochenende. Während des gesamten Jahres 2014 sei kein Patient fixiert worden. Selbstverletzungen kämen nicht häufig vor; ihre chirurgische Versorgung sei möglich.

3.6 Orientierungshilfen für Diagnostik und Therapie

Diagnose und Therapie folgen den Leitlinien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Fachgesellschaften, für die auf unterschiedlichen Niveaus bestimmte Qualitätskriterien verlangt werden. Diagnosen werden nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen aus dem Kapitel F der ICD-10 gestellt. Das therapeutische Vorgehen ist entsprechend der Klientel der Klinik verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die zwei- bis dreimal wöchentlich stattfindenden Elterngespräche zielen auf starke Einbeziehung des Elternhauses - unabhängig vom Rechtsstatus der Eltern - und des häuslichen Umfeldes, in das nach Möglichkeit die Rückführung angestrebt wird. Dem entspricht, dass das diesbezügliche Vorgehen sich an systemischer Familientherapie orientiert. So wird die Mitverursachung der Störungen durch defizitäre Elternhäuser auszugleichen versucht. Nach Möglichkeit wird schon während der stationären Behandlung die bisherige bzw. künftige Heimatschule besucht. Insgesamt erinnert das Vorgehen an den multisystemischen Ansatz von Henggeler. Die Klinik legt Wert auf die Gewinnung der Mitarbeit der Jugendlichen. Alle Pflegekräfte arbeiten an der Erhöhung von deren Selbstwirksamkeit mit. Die sechsmal jährliche Supervision für alle Mitarbeiter – ausgenommen eine Notdienstbesetzung – soll das sicherstellen. Neben der zweimal wöchentlichen einstündigen Fallbesprechungen gibt es einmal monatlich ein großes Team zu generellen Themen der Behandlung. Im letzten Jahr wurde eine zweimal zweitägige Fortbildung in Traumapädagogik durchgeführt. Einmal wöchentlich werden in einer Visite ohne die Jugendlichen deren Entwicklungen besprochen. Für alle Jugendlichen bestehen wöchentliche Zielpläne, die in der Station ausgehängt sind. Medikamentöse Behandlung wird soweit notwendig eingesetzt und erstreckt sich

hauptsächlich auf Stimulanzen wegen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Risperdal wegen aggressiven Unruhezuständen und Benzodiazepinen im Rahmen von Entzugsbehandlungen.

3.7 Mitarbeitergespräche

Im Rahmen der Stationsbegehung gab es Gelegenheit zu kurzen Einzelgesprächen mit Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes. Diese fanden die mögliche Besetzung mit drei Mitarbeitern morgens, dreien nachmittags und zwei nachts, ausgenommen in Krisensituationen, als auskömmlich. Es bleibe Zeit für individuelle Zuwendung zu den Patienten im Rahmen der pädagogischen Aktivitäten. Die Mitarbeiter fühlten sich einbezogen, wirkten engagiert und berichteten über ein positives Betriebsklima. Im Rahmen möglicher baulicher Veränderungen konnte man sich eine bessere Unterbringung der Station als auf der dritten Etage vorstellen, wenn nötig auch eine begrenzte Erweiterung der Platzzahlen. Wünschenswert erschien die Vermeidung akuter Aufnahmen aufgrund von Krisen in Heimen. Bevorzugt werde in Krisen die Einbeziehung von Mitarbeitern der Abteilung gegenüber zugezogenen Kräften. Beklagt wurde der hohe Zeitaufwand für die vorgeschriebene Dokumentation, die nach dem Eindruck der Mitarbeiter vielfach ökonomischen Aspekten diene. Vor jeder Übergabe müsse eine dreiviertel Stunde am Computer zugebracht werden. Teilweise erledige man die Dokumentationsarbeit deswegen während des Nachtdienstes. Die rechtliche Situation der Eltern der platzierten Patienten, deren Rechte während der Unterbringung ja auf die Klinik übergehen, bereite den Mitarbeitern keine Probleme.

3.8 Patientengespräche

Mit drei Patienten wurden längere Gespräche geführt. Ein 17-Jähriger sagt, er sei zum zweiten Mal in der Abteilung, jetzt für 30 Tage. Nach seiner versuchsweisen Entlassung nach Hause habe es einen Rückfall in altes Verhalten gegeben. Spannungen zwischen seinen getrennt lebenden Eltern bestünden seit seinem 9. Lebensjahr, hinzu sei Alkoholkonsum gekommen. Er werde jetzt an Wochenenden und während der halben Ferienzeiten in seine Herkunftsfamilie beurlaubt, strebe den weiteren Schulbesuch in einer Sonderklasse zur Berufsvorbereitung an. Anfangs sei es ihm nur um eine rasche Entlassung gegangen, er habe die Familienthemen gemieden. Die Unterstützung beim Schulbesuch empfinde er als hilfreich. Eineinhalb Stunden Fitnesstraining in der Woche nutze er, wünsche sich längere Ausgangszeiten.

Der zweite Patient, ein 12-Jähriger, erklärte, er habe sich anfangs einsam gefühlt, ungern von der Mutter weggewollt, die ihn aber zweimal wöchentlich besuchen könne, außerdem am Wochenende. Ein schlechtes Verhältnis habe er zum Vater. Er sei jetzt zwei Monate in der Abteilung, besuche eine externe Schule. Vom behandelnden Arzt und seiner Therapeutin sei er angetan, bedauere, dass er wegen des Schulbesuchs nicht an der Ergotherapie teilnehmen könne. Er wünsche sich mehr Sport und mehr pädagogische Aktivitäten, mehr Ausgang in der Gruppe: der falle für eine Woche weg, wenn man sich Fehlverhalten zuschulden kommen lasse; solches könne auch mit eintägigem Zimmeraufenthalt sanktioniert werden, vor allem mit Wegfall des auswärtigen Schulbesuches. Bislang finde er die Stationsordnung „etwas übertrieben“, sei aber noch nicht wegen Verstößen sanktioniert worden, obwohl er in den ersten Wochen hektisch und aufgeregter gewesen sei.

Als dritter wurde ein kurz vor der Entlassung stehender 17-Jähriger gesprochen. Nach einer Behandlung von anderthalb Jahren Dauer habe sich sein Gefühl, dass er für sich verantwortlich sei, gebildet. Früher sei er der Erörterung seiner Probleme ausgewichen, jetzt

fühle er sich bei seinen Bemühungen von den Therapeuten unterstützt. Er könne sich vorstellen, Krankenpfleger zu werden, habe aber noch keinen Schulabschluss. Seine Mutter, zu der er entlassen werde, empfinde er als Hilfe, mit dem Vater beständen Spannungen. Anfangs habe er nicht verstanden, warum er habe behandelt werden müssen und drei bis vier Monate gebraucht, um das einzusehen. Hier „müsse man sich hochschaffen“. Bei Alkohol- und Drogenscreenings sei er dreimal aufgefallen. Das bedeute, dass man nach der Schule sofort zur Abteilung zurückkommen müsse und nur eine Stunde Ausgang habe. Die geltenden Regeln seien hilfreich, weil man sich auf sie einstelle. Die sportlichen Möglichkeiten schätze er und versuche sie nicht zu verlieren.

3.9 Einsichtnahme in Krankengeschichten

Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Frau Dr. Schmidt lud zu den ausgewählten Patienten deren Verlaufsgeschichten auf den Bildschirm, aus denen sich die wöchentlichen Aktivitäten entnehmen ließen. Die Dokumentation gab die Zeitabläufe detailliert wieder, auch die im Rahmen operanter Verfahren eingesetzten Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation. Protokolle in Time-out-Prozeduren oder Fixierungen konnten nicht eingesehen werden, weil sie in 2014 nicht genutzt worden seien. Der Time-out-Raum diene aktuell lediglich der Durchsichtung von Patienten nach Ausgängen und Beurlaubungen.

3.10 Zur Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte

Die Information der Jugendlichen über ihren Status und ihre Rechte bei fehlendem Einverständnis mit der Unterbringung sind nicht zu beanstanden. Die automatische Entriegelung der Stationstüren bestätigt, dass Sicherheit höher rangiert als die Unterbringungsbeschlüsse. Auch für die Patienten, die keine externen Schulen besuchen, ist täglicher Ausgang, gegebenenfalls in Begleitung, nach den erhaltenen Informationen sichergestellt. Der externe Schulbesuch sichert die Anbindung an das Regelschulsystem schon während der Behandlung. Begrenzte Freizeit-, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten sind im Rahmen der Wochenpläne gegeben. Die Stationsleitung betonte, dass sportliche Aktivitäten selten ausfielen. Ein Patient bestätigte, dass wegen Abwesenheit des Sporttherapeuten eine Vertretung eingesetzt sei. Die sonstigen Lebensumstände der Patienten sind altersgerecht und angemessen. Die großzügige räumliche Ausstattung trägt zur Konfliktvermeidung bei. Die Überwachung durch Infrarotkameras, die im Bedarfsfall eingesetzt wird, garantiert, dass der Nachtschlaf nicht durch Beleuchtung beeinträchtigt wird. Die Vorschrift, dass unter diesen Umständen ein Mitarbeiter am Monitor anwesend sein muss, bietet hinreichende Sicherheit.

3.11 Behandlungsorientierung, Qualität der medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Versorgung

Anhand der Leitlinien für Diagnostik und Therapie, auf die zurückgegriffen wird, ist eine adäquate Behandlung zu erwarten. Das Behandlungskonzept entspricht den schwerpunktmäßig zu behandelnden Störungen. Medikation wird zurückhaltend, aber leitliniengerecht eingesetzt. Durch die Einbindung von Eltern und Schule ist gesichert, dass auf das Optimalziel der Rückführung in das Herkunftsmilieu hingearbeitet werden kann. Die personellen Ressourcen im Pflege- und Erziehungsdienst sind als gut zu bezeichnen, die mit paramedizinischem Personal als zu eng. Deswegen müssen therapeutische Aktivitäten auf den Pflege- und Erziehungsdienst verlagert werden, was die Gefahr birgt, dass sie bei hoher Belastung ausfallen oder pädagogische Aktivitäten zeitlich einschränken. Das Arbeitsklima ist von sachlichem Engagement geprägt. Dank der kleinen Einheit und der hohen Verweildauer der Patienten ist ein stabiler, zielorientierter und einheitlicher Behandlungsverlauf möglich. Die ursprüngliche Information, es bestehe keine schriftliche

Anweisung für das Krisenmanagement, wurde in einem Telefonat mit dem leitenden Arzt der Abteilung OR3 im CHNP, Herrn Dr. Karst, am 20.01.15 geführten Telefongespräch dahingehend korrigiert, dass eine klinikübergreifende Anweisung vorliege, der im Bedarfsfall gefolgt werde.

IV. Abgleich mit den Empfehlungen des Vorgutachtens

1. Erwägungen des Vorgutachtens zur Gesetzeslage

Zwei grundsätzliche Erwägungen des Vorgutachtens haben weiter Gültigkeit. Sie betreffen das Gesetz über den Jugendschutz im Großherzogtum Luxemburg, im Detail

- den Entzug der Elternrechte für die Zeit der Unterbringung eines Minderjährigen und
- die unbefristete Unterbringung, ohne dass eine Überprüfung der weiteren Notwendigkeit vorgesehen ist.

Mit der Aussetzung der Elternrechte verbunden ist die Gefahr einer pauschalen Verursachungszuschreibung für psychische Störungen an die Eltern, die nach der derzeitigen Forschungslage nur begrenzt oder nur verstärkend gegeben ist. Der Entzug der Elternrechte betrifft gleichzeitig das Eltern-Kind-Verhältnis der platzierten Patienten; denn den Eltern obliegt es im Fall der Unterbringung diesen falschen Eindruck bei ihren Kindern zu korrigieren, um unnötige und den Behandlungsverlauf störende Spannungen zu vermeiden.

Zweitens greift die unbefristete Unterbringung verschärfend in die Position der Eltern ein, erscheint außerdem mit dem Gebot einer möglichst kurzfristigen Trennung von Eltern und Kind schwer vereinbar, solange keine Überprüfungsregelung besteht, die das anordnende Gericht oder die behandelnde Klinik terminlich verpflichtet.

Ein dritter Aspekt dieser Regelung ist die Belastung der behandelnden Institution, auf die die Elternrechte übergehen. Die Pflicht zur Übernahme dieser Rechte erschwert die Trennung zwischen elterlichen Rechten und Pflichten und Behandlungsaufgaben. Es gibt keinen „Anwalt des Kindes“, der die Minderjährigen bei Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen könnte.

Ginge die Platzierung von den Eltern aus, und würde sie lediglich richterlich kontrolliert, wären Eingriffe in die Elternrechte nur notwendig, falls Eltern ihre Fürsorgepflicht im Fall notwendiger Behandlung vernachlässigen. Die sich aus der bestehenden gesetzlichen Regelung ergebenden Probleme müssen derzeit durch die behandelnden Kliniken aufgefangen werden, die sich bemühen, die Eltern unabhängig von deren Rechtsstatus in die Behandlung ihrer Kinder intensiv einzubeziehen.

2. Zur Umsetzung einzelner Empfehlungen

Nur teilweise behoben erscheinen Verlängerungen der Aufenthaltsdauer aufgrund fehlender Weiterbetreuungsmöglichkeiten. Das betrifft sämtliche geschlossenen Abteilungen für Kinder und Jugendliche.

Im CHNP ist die vorher fehlende schriftliche Aufklärung der untergebrachten Jugendlichen über ihre Rechte und diesbezügliche Beschwerdemöglichkeiten eingeführt worden.

Behoben wurden dort auch die Risiken, die sich aus der bei Erstellung des Vorgutachtens unbesetzten Arztstelle ergaben. Verbessert wurde die Beeinträchtigung des Schlafes überwachungsbedürftiger Jugendlicher durch den Einsatz von Infrarotkameras. Das Risiko des Wegfalls sportlicher Betätigung scheint aufgrund der knappen Ausstattung mit paramedizinischem Personal weiter zu bestehen. Den Problemen bei der Belüftung der Patientenzimmer wird durch eine hilfswise Regelung abgeholfen. Unverändert ist das Fehlen einer schriftlichen Anweisung für das Krisenmanagement.

In der Kinderpsychiatrischen Abteilung gibt es keine schriftliche Information für ältere Kinder über ihre rechtliche Situation, die vorgelegt werden sollte, sobald die Untergebrachten sie verstehen können. Bei den dort - wenn auch selten – gerichtlich untergebrachten Kindern ist die Verlängerung des Aufenthalts wegen fehlender Weiterbetreuungsmöglichkeiten besonders kritisch zu betrachten.

Unverändert besteht das Problem der ausschließlichen Orientierung der Arbeit der Kinderpsychiatrischen Abteilung an psychodynamisch-systemischen Konzepten ohne Rückgriff auf international wissenschaftlich begründete störungsspezifische Standards.

Aus dem Fortbestehen dieser Orientierung ergibt sich ein Vorgehen, das gegen das Recht auf altersadäquate Behandlung verstößt, wie sie gemäß Artikel 25 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes zu überprüfen ist. Dieser Verstoß taucht aber nicht in der Kinderpsychiatrischen Abteilung des CHL auf, sondern als Folge im Hôpital Kirchberg. Dort werden 11- bis 13-Jährige aufgenommen, die die Kinderpsychiatrische Abteilung nicht betreut. Sie sind, auch falls körperlich bereits pubertär entwickelt, entwicklungspsychologisch Kinder, für die der Umgang mit 14- bis fast 18-Jährigen unangemessen ist. Zudem sind es häufig Minderjährige, die durch ihre Symptomatik und die von ihnen ungerechtfertigt erkämpften bzw. ihnen ungerechtfertigt von ihrem Milieu zugestandenen Freiräume ein Stück der Kindheit und damit Zeit für notwendige Entwicklung verloren haben bzw. zu verlieren drohen. Sie werden im Hôpital Kirchberg aufgenommen, wo eine Gruppierung nach Altersstufen nicht möglich ist, und dort mit Themen, Vorbildern und Risiken konfrontiert, denen sie nicht gewachsen sind, vor denen sie aber geschützt werden müssen. Es handelt sich fast ausschließlich um männliche Patienten. Die Kinderpsychiatrische Abteilung übernimmt sie nicht, weil ihr Verhalten deren Rahmen sprengt bzw. mit dem vorherrschenden Konzept nicht effektiv beeinflusst werden kann, sondern klare verhaltenstherapeutische Interventionen in Kombination mit familientherapeutischem Vorgehen verlangt. Waren das in früheren Jahren nach den vorgelegten Zahlen Ausnahmen, so scheinen sich die nicht abweisbaren Aufnahmen von unter 14-Jährigen im Hôpital Kirchberg einzubürgern, das ohnehin die Hauptlast der Versorgung Minderjähriger im Großherzogtum trägt. 2010 waren zwei solche Platzierungen verzeichnet, 2011 eine, 2012 drei, 2013 bereits fünf und 2014 schon acht. Sie hatten 2014 ein Durchschnittsalter von 12;9 Jahren, sind also vom Maximum der körperlichen Pubertätsentwicklung gut zwei Jahre entfernt. Dieses Vorgehen wird den Betroffenen nicht gerecht, so lange die Abteilung im Hôpital Kirchberg dafür keine geeigneteren Bedingungen schaffen kann (vgl. 2.2).

6. Remarques finales

La Médiatrice voudrait remercier tous les intervenants médicaux ainsi que les membres du personnel paramédical pour leur grande disponibilité et leur collaboration efficace avec l'équipe de contrôle.

Elle souhaite également remercier les mineurs placés pour leur disponibilité, leur honnêteté et leur ouverture lors des entretiens menés.

Sans la coopération efficace des deux côtés, le rapport n'aurait pas pu être réalisé sous cette forme.

La Médiateure souligne que les conditions de séjour aux différentes unités visitées sont généralement très bonnes et que les problèmes qui existent sont beaucoup plus fondamentaux et nécessitent des modifications importantes qui doivent en tout état de cause être soutenues par le cadre législatif applicable aux placements des mineurs.

Il est urgent de procéder aux modifications nécessaires de la loi relative à la protection de la jeunesse afin de garantir le respect des droits des mineurs placés, droits qui leurs sont réservés aussi bien en tant que mineurs qu'en tant que patients.

Luxembourg, le 10 février 2015

Lydie Err
Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg,
Chargée du Contrôle externe des lieux privatifs de liberté