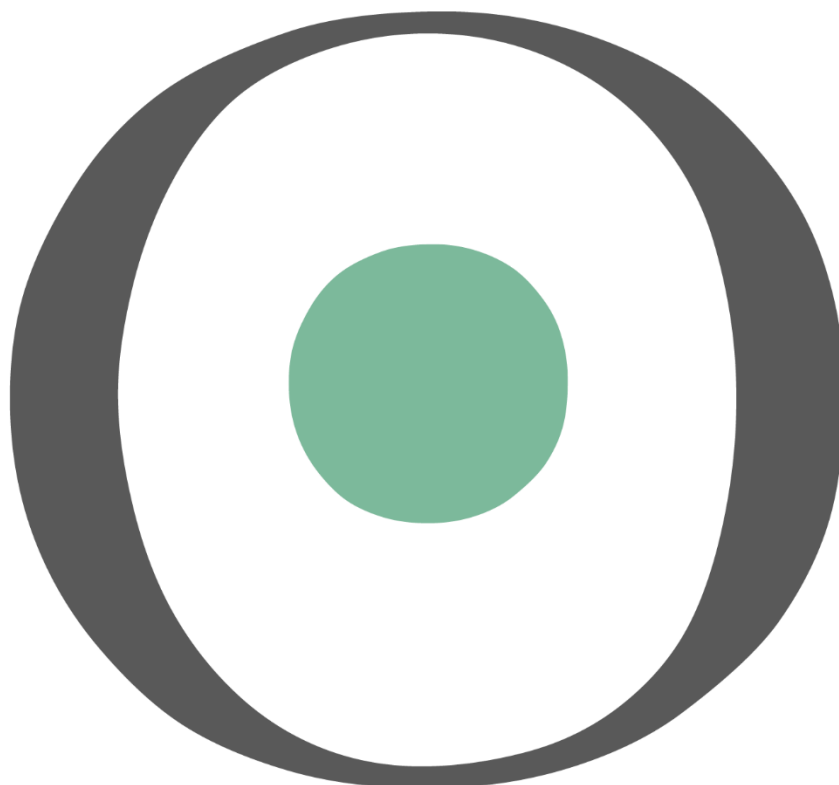


# Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté



## Psychiatrie infanto-juvénile

Rapport de suivi

Transmis aux autorités concernées en juillet 2023

## Résumé exécutif

Le Contrôleur externe des lieux privés de liberté (CELPL) a effectué une mission de suivi ciblant les unités fermées des hôpitaux psychiatriques accueillant des mineurs placés sur ordre judiciaire au Centre Hospitalier de Luxembourg, aux Hôpitaux Robert Schuman et au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (à « l'Orangerie 3 » ainsi qu'au Centre Thérapeutique de Putscheid). Cette mission, qui a débuté en juin 2022, visait à faire un examen des améliorations implémentées à la suite des missions de contrôle effectuées en 2011, 2014 et 2016 et, plus généralement, de réévaluer la situation actuelle quant au respect des droits de l'homme.

Les recommandations qui en découlent sont sommairement présentées sur les pages suivantes. A ces fins, l'équipe de contrôle a adopté une approche en deux temps : d'un côté 31 entretiens semi-structurés ont été menés, notamment avec le personnel des institutions en question, tout comme de l'autre côté avec les mineurs concernés.

S'il est vrai que les dysfonctionnements dramatiques sur le terrain sont rares, il n'en est pas moins que certains domaines et pratiques réclament une attention accrue :

Premièrement, il est demandé aux institutions hospitalières d'améliorer leur offre en matière de sortie à l'air libre, du droit de visite et plus généralement, d'instaurer un milieu plus propice à la thérapie.

Deuxièmement, le législateur est encouragé à avancer le plus rapidement possible en matière de la réforme de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse, afin de fournir enfin aux mineurs placés des garanties juridiques et procédurales accrues.

Troisièmement, le Contrôleur estime qu'un placement ne devrait avoir lieu qu'en cas d'avis en ce sens d'un médecin spécialiste en ce domaine, que les critères de placement, respectivement de maintien de ce placement soient fixés d'avance et que les dates de sortie soient communiquées au plus vite aux jeunes concernés.

Enfin, les décideurs politiques sont encouragés à mieux gérer les flux de patients et l'échange d'informations en cas de changement de prestataire de soins, et d'instaurer une plateforme nationale pour la psychiatrie juvénile.

Le Contrôleur externe tient à remercier les acteurs impliqués pour leur parfaite coopération et incite les destinataires de ce rapport à prendre position pour le 1<sup>er</sup> octobre 2023 en vue d'un respect renforcé des responsabilités découlant du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture.

*Claudia Monti*

Ombudsman

# Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté

ACP	- Administration communale de Putscheid	CTP	- Centre Thérapeutique Putscheid
AutJud	- Autorités judiciaires	HRS	- Hôpitaux Robert Schuman
CHD	- Chambre des Députés	MENJE	- Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
CHL	- Centre Hospitalier Luxembourg	MinSan	- Ministère de la Santé
CHNP	- Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	MinSecInt	- Ministère de la Sécurité intérieure

#	Recommandation	Domaine	Référence	ACP	AutJud	CHD	CHL	CHNP	CTP	HRS	MENJE	MinSan	MinSecInt
1	Faire avancer la réforme sur la protection de la jeunesse le plus rapidement possible.	Droit interne	p. 5			✓					✓		
2	Réviser la durée de validité de la mesure d'urgence vers le bas.	Droit interne	p. 7			✓					✓		
3	Profiter de la modification projetée dans le cadre de la réforme de la protection de la jeunesse pour réfléchir à une potentielle adaptation des critères d'application de la loi de 2009 concernant les patients adultes, afin de répondre utilement aux	Droit interne	p. 8			✓					✓	✓	
4	Clarifier par le cadre légal à créer les limitations d'application pour déterminer quelle loi sera appliquée dans des cas de figure qui pourraient, étant donné leurs faits, tomber dans le champ d'application de plusieurs lois.	Droit interne	p. 9			✓					✓		
5	Assurer qu'un placement en milieu psychiatrique n'intervienne uniquement qu'en cas d'avis en ce sens d'un médecin spécialiste en ce domaine.	Droit interne	p. 9			✓					✓	✓	
6	Confier à une seule et même instance (idéalement l'ONE) la gestion de l'autorité parentale dans l'intérêt de la qualité de la prise en charge	Droit interne	p. 10			✓					✓		
7	Modifier la loi de 2009 et y insérer les dispositions nécessaires à la réglementation des fouilles et ceci à l'égard tant des patients (placés et en séjour volontaire) que des chambres des patients et des visiteurs.	Droit interne	p. 11			✓					✓		
8	Procéder à une analyse des besoins du terrain au CHL et adapter au plus vite le nombre d'ETP à ces besoins	Pratique	p. 39				✓					✓	
9	S'assurer que les normes internationales, notamment en matière de sortie à l'air libre pendant au moins une heure par jour, mais aussi le principe de la restriction minimale et la création d'un milieu propice à la thérapie soient pleinement et tout le temps respectées.	Pratique	p. 40				✓						
10	Permettre aux enfants de vivre dans un environnement le moins restrictif possible et n'appliquer que les mesures sanitaires strictement nécessaires à protéger la santé des patients	Pratique	p. 41				✓						
11	Impliquer, dans toute la mesure du possible, les parents dès le début des démarches, même s'ils ne détiennent pas l'autorité parentale.	Pratique	p. 41				✓						
12	Intégrer les informations relatives aux voies de recours dans la documentation et y référer également aux services de l'Ombudsman et du CELPL avec leurs compétences respectives et mentionner la possibilité des patients et des parents de contacter ces deux services en cas de placement.	Pratique	p. 42				✓						
13	Assigner d'office un avocat aux mineurs qui font l'objet d'un placement en milieu psychiatrique, mais également de manière générale, d'une mesure de placement en dehors de leur environnement familial.	Droit interne Pratique	p. 42		✓		✓				✓		
14	Prendre en considération autant que possible les souhaits des enfants en ce qui concerne le partage des chambres et rendre la procédure de changement de chambre facile d'accès et rapide.	Pratique	p. 42				✓						
15	Modifier la procédure d'admission de sorte qu'un référent soit attribué aux patients, et que l'enfant et ses tuteurs obtiennent les informations indispensables au fonctionnement du service dès son hospitalisation.	Pratique	p. 43				✓						

#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
16	Développer la gestion des réclamations et désigner une personne externe à l'unité qui fait le lien entre les patients et les membres du personnel et qui analyse régulièrement si la situation des patients est satisfaisante.	Pratique	P. 43				✓						
17	Nommer ou recruter une personne qui serait chargée de réaliser un contrôle interne par rapport au respect des règles et des protocoles.	Pratique	P. 43				✓						
18	Établir une offre d'activités diversifiée pendant les fins de semaine pour les enfants qui n'ont pas la possibilité de retrouver leur domicile.	Pratique	P. 44				✓						
19	Veiller à respecter autant que possible le principe du consentement libre et éclairé, en fonction de l'âge et de la capacité de discernement des enfants hospitalisés.	Pratique	P. 44				✓						
20	Permettre aux personnes ayant des occupations professionnelles de pouvoir téléphoner pendant d'autres plages horaires à fixer en concertation avec les membres du personnel de l'unité	Pratique	P. 47				✓						
21	Créer un cadre agréable et à l'abri de l'écoute de tierces personnes pour réaliser ces appels afin de respecter l'intimité du jeune par rapport aux autres patients et par rapport aux membres du personnel de l'unité et également permettre à d'autres personnes de référence de pouvoir appeler l'enfant pendant son hospitalisation, si le maintien de cette relation est dans l'intérêt de l'enfant.	Pratique	P. 47				✓						
22	Prévoir et réglementer l'envoi ou la réception de courriers (par) des patients.	Pratique	P. 47				✓						
23	Réévaluer les modalités de visites trop strictes et limitatives.	Pratique	P. 48				✓						
24	Motiver tout refus qui pourrait être opposé aux parents ou tuteurs en matière de sortie de leur enfant et en expliquer les motifs à l'enfant, aux parents et tuteurs.	Pratique	P. 48				✓						
25	Mettre en place une formation dispensée aux agents de sécurité afin de les préparer au mieux à leurs interventions à l'unité pédopsychiatrique	Pratique	P. 49				✓						
26	Limitier la contention à la durée strictement nécessaire et s'assurer que la contention soit réévaluée par un médecin si elle dure plus que quelques heures.	Pratique	P. 49				✓						
27	Permettre aux patients de s'alimenter et de fréquenter les toilettes dans toute la mesure du possible pendant une mesure de contention.	Pratique	P. 50				✓						
28	S'assurer, dans la mesure du possible, que la chambre à côté de la chambre du time-out soit vide afin de ne pas traumatiser les autres patients.	Pratique	P. 50				✓						
29	Être particulièrement attentif aux signes précurseurs d'une situation de crise afin de pouvoir prévenir dans les meilleurs délais des personnes susceptibles d'aider pendant l'intervention.	Pratique	P. 51				✓						
30	Revoir les instructions de service quant à la prise de décision, de sorte à impliquer de manière obligatoire un médecin en matière de contention corporelle avec des draps.	Pratique	P. 52				✓						

#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
31	Rendre obligatoire le débriefing avec le patient ayant subi une mesure de fixation ainsi qu'avec les patients qui ont été confrontés à la situation.	Pratique	P. 52				✓						
32	Informers les parents du patient en cas de contention physique, même s'ils n'ont plus l'autorité parentale.	Pratique	P. 52				✓						
33	Prendre les mesures législatives nécessaires empêchant le transfert de l'autorité parentale à l'établissement responsable de la prise en charge médicale du patient.	Droit interne	P. 53			✓				✓			
34	Développer des procédures de communication claires à appliquer quand le CHL détient l'autorité parentale d'un patient et déterminer les charges revenant à la personne à qui l'autorité parentale est officiellement confiée.	Pratique	P. 53				✓						
35	Mettre en place une transition progressive évitant une rupture nette de l'accompagnement par un médecin spécialisé en psychiatrie infantile à cause de l'atteinte d'une certaine limite d'âge permettant aux jeunes de basculer dans leur nouveau milieu de vie avec plus de sérénité.	Pratique	P. 54				✓						
36	Développer la prise en charge ambulatoire ou semi-stationnaire après une hospitalisation.	Pratique	P. 54			✓						✓	
37	Analyser les possibilités pour développer les unités mère-enfant déjà en place à la Kannerklinik et de concevoir un ou plusieurs petit studios à cette fin.	Pratique	P. 54				✓					✓	
38	Elargir l'offre de prise en charge et de consultation pour les mères avec leurs bébés/enfants sur le plan national.	Pratique	P. 55									✓	
39	Développer des procédures de communication entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie pour systématiser la transmission des informations et mettre en place le plus rapidement possible le suivi adéquat.	Pratique	P. 55				✓						
40	Mettre en place une « médiation » entre le(s) éducateur(s) et le jeune concerné pendant son hospitalisation à l'unité	Pratique	P. 56				✓						
41	Réfléchir à une solution différente en termes d'ouverte de fenêtres	Pratique	P. 58							✓			
42	Revoir le système des sorties à un espace extérieur pour les patients ne disposant pas encore du droit de sortie.	Pratique	P. 58							✓			
43	Soutenir le service clearing considérant qu'il permet de contribuer à une meilleure organisation des soins psychiatriques et d'éviter des placements non indispensables.	Pratique	P. 59									✓	
44	Actualiser les brochures d'informations, non seulement les coordonnées des interlocuteurs, mais également en ce qui concerne le concept et le fonctionnement de l'unité. Veiller à ce que les brochures soient rédigées dans un langage simple et dans une langue que les principaux concernés comprennent.	Pratique	P. 59							✓			
45	Elaborer une fiche d'information relative aux droits des patients dans un langage simple et adapté aux enfants/jeunes.	Pratique	P. 59							✓			
46	Clarifier les procédures et responsabilités dans les cas où l'autorité parentale est transmise aux HRS, situation qui mérite en effet des garanties et précautions particulières.	Pratique	P. 59							✓			
47	Afficher une certaine flexibilité lorsqu'il s'avère que les relations entre les référents et les parents (ou le patient) ne sont pas bonnes. Dans ce cas, il devrait être possible de changer de référent, dans l'intérêt du patient et de la meilleure prise en charge possible	Pratique	P. 60							✓			
48	Développer le système de gestion des réclamations, mettre en place un moyen permettant aux patients d'exprimer de vive voix et alternativement /ou de manière anonyme les difficultés rencontrées à l'unité.	Pratique	P. 60							✓			
49	Désigner une personne qui est chargée de recevoir et d'analyser les réclamations des patients, de manière aussi informelle que possible, tout en assumant un rôle d'intermédiaire entre les patients et les responsables de l'unité, voire des HRS.	Pratique	P. 60							✓			
50	Proposer les repas, ou du moins le repas principal du midi sous forme de buffet et impliquer autant que possible les patients dans la conception des menus.	Pratique	P. 61							✓			

#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
51	Acquérir un minivan, réservé à l'unité de psychiatrie juvénile, avec le plus de places disponibles, conductible avec le "permis B », permettant à un plus grand nombre de patients de participer à des activités externes.	Pratique	P. 61							✓			
52	Libérer ou créer un espace accessible aux patients qui n'ont pas le droit de quitter l'unité ou de mettre en place un système de surveillance (en personne) et d'accompagnement qui permette à tous les patients de se rendre aux espaces	Pratique	P. 61							✓			
53	Etudier les possibilités de créer un espace extérieur sécurisé accessible par les patients de l'unité psychiatrique juvénile et qui pourrait également être utilisé pour y tenir des activités thérapeutiques.	Pratique	P. 61							✓			
54	Acquérir quelques vélos supplémentaires pour permettre à un plus grand nombre d'adolescents de participer à cette activité.	Pratique	P. 62							✓			
55	Inciter les responsables d'unité à clarifier pourquoi les jeunes ont le sentiment de ne pas être occupés pendant les périodes de repos en chambre. Il est intolérable 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	Pratique	P. 63							✓			
56	Donner un badge d'accès aux autres intervenants à l'aile de l'école pour garantir l'accès aux voies de secours en cas de besoin.	Pratique	P. 64							✓			
57	Trouver un accord pour que du moins le personnel puisse utiliser les toilettes se situant dans les locaux de l'école.	Pratique	P. 65							✓			
58	Déterminer si le fonctionnement actuel constitue la manière idéale de procéder ou si certaines restrictions pourraient être levées sans que cela n'ait une incidence sur le bon fonctionnement des activités scolaires.	Pratique	P. 65							✓	✓		
59	Clarifier, par note ministérielle, le comportement à adopter par tous les professionnels concernés, précisant les droits et obligations qui reviennent à chacun lorsqu'ils sont confrontés à des élèves hospitalisés pour une période prolongée (pour des raisons somatiques ou psychiatriques).	Pratique	P. 66								✓		
60	Adapter les procédures internes afin de permettre à tous les jeunes de fréquenter les cours, le cas échéant à l'unité.	Pratique	P. 66							✓	✓		
61	Analyser si certains locaux de l'hôpital de jour ne pourraient pas être utilisés par l'unité pour proposer des activités de groupes, permettant de proposer davantage de groupes thérapeutiques et/ou des activités en groupes plus réduits.	Pratique	P. 67							✓			
62	Porter une attention particulière aux informations et explications données au sujet des médicaments administrés et répéter ces informations en cas de besoin afin de gagner autant que possible la confiance du jeune en le traitement et par là son consentement éclairé	Pratique	P. 67							✓			
63	Elargir la possibilité de téléphoner à toutes les personnes qui sont inscrites sur la liste des visiteurs autorisés du mineur.	Pratique	P. 68							✓			
64	Prévoir une correspondance écrite échappant à tout contrôle (hormis le cas échéant un contrôle des destinataires),	Pratique	P. 68							✓			
65	Accorder une importance particulière à la transmission des éléments de réponse, surtout en provenance des juges de la jeunesse. En cas de demande, les jeunes devraient avoir la possibilité de lire/relire les courriers reçus et d'avoir des explications quant à leur contenu en cas de nécessité.	Pratique	P. 68							✓			
66	Analyser les demandes des patients et favoriser le maintien de contact avec des personnes, même hors du cadre familial, ayant un effet positif sur le patient.	Pratique	P. 69							✓			
67	Eviter d'utiliser la suppression des visites comme moyen de pression en cas de crise d'un patient.	Pratique	P. 69							✓			
68	Mettre en place une vérification de l'identité des visiteurs qui se présentent à l'unité.	Pratique	P. 69							✓			
69	Réduire le temps pendant lequel les jeunes ne disposent pas d'autorisation de sortie au strict minimum et faire participer les jeunes sans autorisation de sortie à un maximum d'activités à l'étage, toujours en respectant, évidemment, leurs capacités en fonction de leur état de santé.	Pratique	P. 70							✓			
70	Porter à connaissance des jeunes toute mesure disciplinaire afin de permettre à ces derniers d'évaluer les conséquences de leurs actes avec toutes les modalités et répercussions que cela implique (durées, conditions de levée, etc.).	Pratique	P. 71							✓			

#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
71	Assurer que toutes les mesures de fouille devraient trouver leur entrée en droit interne et faire l'objet d'une vraie réflexion quant à la nécessité de ces mesures et leur proportionnalité.	Droit interne	P. 72			✓						✓	
72	Rappeler les normes du CPT en matière de fouille en deux temps, permettant d'éviter à tout moment que la personne fouillée se trouve entièrement à nu devant les membres du personnel procédant à la fouille. Elaborer des procédures précises quant au déroulement des fouilles corporelles et y retenir ce principe de manière formelle.	Pratique	P. 72									✓	
73	Procéder, dans toute la mesure du possible, aux fouilles dans la chambre du time-out et ne les réaliser dans la chambre du patient que lorsque la chambre du time-out est occupée ou si le patient en fait la demande.	Pratique	P. 72									✓	
74	Garantir que la fouille soit toujours réalisée par une personne du même sexe et bien évaluer qui l'effectue vu son impact sur la relation patient-soignant.	Pratique	P. 73									✓	
75	Garantir que la mesure d'observation stricte ait lieu dans des circonstances aussi dignes que possible.	Pratique	P. 74									✓	
76	Revoir les procédures relatives aux mesures de contention et n'y procéder qu'après autorisation spéciale préalable du médecin psychiatre.	Pratique	P. 74									✓	
77	Modifier les procédures afin qu'il soit toujours déterminé au cas par cas, en fonction de la situation individuelle du mineur si la mesure de fixation peut être levée et sous quelles conditions ou modalités pour permettre au patient d'aller aux toilettes. La même considération vaut pour l'alimentation du patient.	Pratique	P. 75									✓	
78	Adopter une approche plus proactive en matière de débriefing avec les patients à la suite de l'application d'une fixation et thématiser le sujet avec les jeunes, même en l'absence de demande expresse de sa part. Ce débriefing devrait avoir lieu à très brève échéance avec les patients témoins et dès que l'état de santé et d'agitation le permet avec le patient ayant subi la	Pratique	P. 75									✓	
79	S'assurer qu'une mesure de contention soit aussi brève que possible.	Pratique	P. 76									✓	
80	Revoir les procédures de transport en cas de transfert d'un patient : les transferts réalisés par un membre du personnel de l'unité psychiatrique (d'origine ou de destination) seraient à privilégier. Dans le cas d'un transport réalisé par les agents de la Police grand-ducale, ceux-ci devraient dans toute la mesure du possible être habillés en civil et conduire une voiture banalisée. Dans tous les cas, le port de menottes est à proscrire.	Pratique	P. 76									✓	✓
81	Etablir des procédures de communication claires en concertation avec les responsables des foyers concernés pour arrêter qui est en droit de communiquer quelle information aux parents.	Pratique	P. 77									✓	
82	Chercher une alternative au mode de fonctionnement actuel en matière de diffusion d'images de vidéosurveillance sur les écrans de contrôle.	Pratique	P. 81						✓				
83	Apporter une attention particulière aux jeunes présentant des douleurs de dos, et veiller à ce que le département des achats attribue un focus accru au confort des patients lors de futurs achats de matelas.	Pratique	P. 81						✓				
84	Mettre en place des douches séparées (filles/garçons) lors d'une éventuelle rénovation.	Pratique	P. 81						✓				
85	Veiller à ce que toutes les machines nécessaires dans le cadre de la thérapie des patients soient en bon état de marche.	Pratique	P. 81						✓				
86	Donner librement accès aux toilettes à l'instituteur.	Pratique	P. 81						✓				
87	Mettre un moyen d'air conditionné à disposition de l'OR3 aussi vite que possible.	Pratique	P. 82						✓				
88	Mettre les droits du patient beaucoup plus en avant, non seulement au sein de la brochure, mais également lors des entretiens d'admission	Pratique	P. 82						✓				
89	Inclure les coordonnées de l'Ombudsman dans la brochure d'information et veiller à ce que le droit de contacter Ombudsman soit toujours respecté, idéalement sans aucun frais pour le jeune concerné.	Pratique	P. 82						✓				
90	Préciser dans la brochure que le jeune ne peut pas uniquement informer le juge de son opposition à son placement, mais peut pareillement demander une audience auprès de ce premier.	Pratique	P. 82						✓				

#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
71	Assurer que toutes les mesures de fouille devraient trouver leur entrée en droit interne et faire l'objet d'une vraie réflexion quant à la nécessité de ces mesures et leur proportionnalité.	Droit interne	P. 72			✓						✓	
91	Limitier à l'avance les passages dans la chambre caméra par une procédure interne dédiée et s'assurer qu'ils font l'objet d'une réévaluation régulière pour déterminer la nécessité de la continuité de la mesure.	Pratique	P. 83				✓						
92	Étendre l'offre de musicothérapie au sein de l'OR3	Pratique	P. 83				✓						
93	Intensifier les efforts de recrutement pour étendre l'offre en termes de psychomotricité.	Pratique	P. 83				✓						
94	Amplifier les efforts en matière de formation air tramp et s'assurer que les psychomotriciens et leurs patients bénéficient d'un accès facile aux infrastructures de la piscine.	Pratique	P. 84				✓						
95	Equiper les infrastructures sportives d'un système d'air conditionné surtout au vu de nombre élevé de patients prenant des neuroleptiques qui augmentent leur température, même sans activités sportives.	Pratique	P. 84				✓						
96	Réétudier sa position quant aux activités extérieures. Ainsi, si le Contrôleur se félicite des activités proposées (p.ex. promenade et vélo), il semble quand même opportun d'élargir l'offre en la matière, même si ce n'est que de manière	Pratique	P. 84				✓						
97	Mettre une alternative en place, si le hall sportif actuel ne peut plus être mis à disposition des patients.	Pratique	P. 85				✓					✓	
98	Amplifier les efforts en matière de synchronisation des cours avec les sessions thérapeutiques (p.ex. par l'introduction d'outils informatiques comme les outils de gestion de planning) afin de minimiser lesdits chevauchements dans la mesure	Pratique	P. 85				✓						
99	Etablir des règles claires et précises déterminant le(s) responsable(s) autorisé(s) ou chargé(s) de prendre les décisions concernant les patients sous sa garde du CHNP.	Pratique	P. 85				✓						
100	Renforcer les effectifs à l'unité et planifier le budget de l'année prochaine en conséquence pour permettre une dotation 4-4-2 ou du moins 3-4-2.	Pratique	P. 86				✓						
101	Revoir au plus vite l'approche quant aux contacts sociaux entre les patients.	Pratique	P. 86				✓						
102	Offrir des cours de langue française aux employés concernés à titre gratuit dans le cadre de leur formation continue.	Pratique	P. 87				✓						
103	Etoffer le SPAD avec des équipes plus multidisciplinaires puisque les défis d'aujourd'hui ne savent pas être résolus par une approche unidimensionnelle.	Pratique	P. 87				✓						
104	Proposer des réunions de supervision aux agents du SPAD et bloquer des créneaux pour instaurer un échange informel et régulier.	Pratique	P. 87				✓						
105	Analyser la possibilité de mettre en place un hôpital de jour pour mineurs géré par le CHNP.	Pratique	P. 87				✓					✓	
106	Diversifier et étendre l'offre et augmenter les effectifs, en créant des structures notamment pour personnes atteintes d'un trouble mental, d'un handicap mental et pour des personnes autistes.	Pratique	P. 87				✓						
107	Instaurer une UPSJ.	Pratique	P. 87				✓					✓	
108	Agir de bon sens et conformément aux normes sociétales actuelles dans l'application de la politique vestimentaire.	Pratique	P. 89				✓						
109	Procéder à des fouilles uniquement en cas de suspicion concrète.	Pratique	P. 89				✓						
110	Sensibiliser le personnel au sujet du respect du principe fondamental de la fouille en deux temps évitant au patient de se retrouver entièrement dévêtu devant un membre du personnel	Pratique	P. 89				✓						



#	Recommandation	Domaine	Référence	Concerné(s)									
111	Revoir sa position quant à la nécessité de la présence obligatoire d'un membre du staff lors des appels téléphoniques, et également la limitation de ces appels aux seuls représentants légaux, surtout compte tenu du fait que les visites ne sont pas limitées aux mêmes groupes de personnes.	Pratique	P. 90					✓					
112	Adapter le règlement d'ordre intérieur de sorte à clarifier, surtout dans le cadre d'un placement, que tout échange avec l'avocat, le juge et l'Ombudsman est explicitement exempt de la présence d'un membre du personnel.	Pratique	P. 90					✓					
113	Eviter de limiter les visites si le comportement inapproprié constaté n'est pas en lien direct avec ces visites.	Pratique	P. 90					✓					
114	Faire profiter le patient d'une offre thérapeutique en cas de "Zimmersetting".	Pratique	P. 90					✓					
115	Fixer un intervalle de contrôle de 15 minutes au maximum lors d'une mesure d'isolement d'un patient et effectuer ces contrôles en personne dans la mesure du possible (et donc de recourir le moins possible à la surveillance vidéo).	Pratique	P. 91					✓					
116	Mettre en place un entretien de sortie obligatoire au cours duquel le jeune est, entre autres, informé de son droit à obtenir une copie de son dossier médical.	Pratique	P. 92					✓					
117	Revoir la nécessité du "cloisonnement" entre professeurs détachés et staff de l'institution en termes de participation aux réunions internes.	Droit interne Pratique	P. 98						✓		✓		
118	Négocier les modalités d'un service navette pour conduire les patients aux écoles externes.	Pratique	P. 98	✓					✓				
119	Prévoir une augmentation substantielle du montant dédié aux activités pendant les périodes de vacances et une adaptation du montant hors périodes de vacances.	Pratique	P. 99						✓				
120	Revoir le montant d'argent de poche à la hausse compte tenu de la hausse générale des prix.	Pratique	P. 99						✓				
121	Adapter le règlement d'ordre intérieur de sorte à clarifier, surtout dans le cadre d'un placement, que tout échange avec l'avocat, le juge et l'Ombudsman ne soient pas soumis à un contrôle.	Pratique	P. 99						✓				
122	Mettre en œuvre une pratique selon laquelle un jeune qui est déjà connu par le service devrait pouvoir y être vu ou admis, sans devoir passer par les urgences.	Pratique	P. 101					✓	✓	✓	✓		✓
123	Etablir une plateforme d'échange entre les professionnels d'un même domaine et prenant en charge en partie les mêmes patients pour garantir un bon fonctionnement et une certaine cohérence de la prise en charge.	Pratique	P. 101					✓	✓	✓	✓		✓
124	Créer une entité organisationnelle à l'instar des réseaux de compétences prévus par l'article 28 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière pour gérer les transitions aux différents niveaux, à chaque fois que le mineur doit continuer sa prise en charge auprès d'un prestataire de soins différent.	Pratique	P. 102										✓
125	Créer un centre de santé mentale offrant une prise en charge ambulatoire et semi-stationnaire pluridisciplinaire. Selon les informations recueillies sur le terrain, une pareille institution devrait être conçue pour prendre en charge environ huit enfants.	Pratique	P. 103										✓
126	Fixer des délais dans lesquels la mesure de placement doit être réévaluée. Ces échéances doivent être communiquées aux mineurs et les responsables des unités psychiatriques doivent établir des critères d'évaluation permettant de se prononcer sur le maintien ou la levée de la mesure.	Pratique	P. 104		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓

1 2 10 33 38 8 41 14 15 1

## Table des matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Contexte et objectifs .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Méthodologie et groupe cible .....</b>	<b>1</b>
<b>1.3. Structure du document .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Analyse du cadre légal .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Constats sur place .....</b>	<b>38</b>
<b>a. Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) .....</b>	<b>38</b>
<b>b. Les Hôpitaux Robert Schuman Luxembourg (HRS) .....</b>	<b>57</b>
<b>c. Le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) .....</b>	<b>78</b>
<b>d. Le Centre Thérapeutique Putscheid (CTP) .....</b>	<b>93</b>
<b>4. Constats généraux .....</b>	<b>101</b>
<b>5. Remarques finales .....</b>	<b>106</b>
<b>Références .....</b>	<b>107</b>

## Liste des abréviations

CELPL	Contrôle externe des lieux privatifs de liberté
CHD	Chambre des députés
CHL	Centre Hospitalier Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CTP	Centre Thérapeutique Putscheid
DBT	« Dialectical-Behavioural Therapy »
DPO	« Data protection officer »
ETP	Equivalent temps plein
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
MENJE	Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
MNP	Mécanisme national de prévention
ONE	Office nationale de l'enfance
OR3	Orangerie 3 (l'unité de psychiatrie juvénile fermée du CHNP)
PED	« Pflege und Erziehungsdienst »
PI	Projet d'intervention
PRN	Projet de recherche en nursing
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SCAS	Service central d'assistance sociale
SPAD	Soins psychiatriques à domicile
UPSJ	Unité de psychiatrie socio-judiciaire

## Table des figures

FIGURE 1 – REPARTITION DU PERSONNEL A L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE DU CHL.....	38
FIGURE 2 – NOMBRE DE CAS (TOUT TYPE DE PATIENT) .....	39
FIGURE 3 – NOMBRE DE PLACEMENTS.....	39
FIGURE 4 – AGE MOYEN LORS DU PLACEMENT .....	39
FIGURE 5 – DUREE MOYENNE DE SEJOUR DES PATIENTS PLACES (EN JOURS) .....	46
FIGURE 6 – DESTINATION DES PATIENTS .....	46
FIGURE 7 – STATUT LEGAL DES PATIENTS A L'OR3 .....	78
FIGURE 8 – DUREE DE SEJOUR A L'OR3 (EN JOURS) .....	78
FIGURE 9 – PROVENANCE DES PATIENTS DE L'OR3 (N = 178) .....	79
FIGURE 10 – DESTINATION DES PATIENTS DE L'OR3 (N = 183).....	79
FIGURE 11 - REPARTITION DU PERSONNEL A L'OR3 .....	80
FIGURE 12 - STATISTIQUES SUR L'USAGE DU TIMEOUT A L'OR3 .....	91
FIGURE 13 – NOMBRE DE PLACEMENTS AU CTP ENTRE 2020 ET 2022.....	93
FIGURE 14 – PROVENANCE DES PATIENTS AU CTP .....	94
FIGURE 15 – DESTINATION DES PATIENTS DU CTP .....	94
FIGURE 16 - REPARTITION DU PERSONNEL AU CTP .....	95

## **1. Introduction**

### **1.1. Contexte et objectifs**

Le Contrôleur externe des lieux privés de liberté, agissant sur base de la loi du 11 avril 2010 portant notamment désignation du médiateur en tant que MNP et fixant ses attributions<sup>1</sup>, a effectué une mission de suivi portant sur les unités fermées des hôpitaux psychiatriques accueillant des mineurs placés sur ordre judiciaire au CHL, aux HRS et au CHNP. Les directions en question en ont été avisées préalablement par courrier.

Le déroulement pratique de cette mission, qui a débuté en juin 2022, était identique pour tous les établissements et avait non seulement pour but de déterminer les progrès réalisés à la suite des constatations faites en 2011<sup>2</sup>, 2015<sup>3</sup> et 2016<sup>4</sup>, mais aussi et surtout d'évaluer le respect du droit interne et international, et plus particulièrement des normes internationales en vigueur relatives aux droits de l'Homme.

Pour (ré)évaluer la situation, l'équipe de contrôle a donc, entre autres, analysé :

- Le respect du cadre légal interne ainsi que les changements qui pourraient s'imposer ;
- L'adhérence des acteurs concernés aux normes internationales en vigueur ;
- La qualité des outils mis en place pour intégrer et gérer les patients, ainsi que leurs conditions de séjour
- La pertinence des procédures relatives à la sortie ou à la transition des patients.

Les visites des unités psychiatriques par l'équipe de contrôle ont pris fin le 10 août 2022. De manière plus générale, le dernier entretien que l'équipe de contrôle a mené dans le cadre de cette mission a eu lieu avec le MENJE en date du 19 décembre 2022.

### **1.2. Méthodologie et groupe cible**

La mission a été menée à bien par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Alain Leclère, tous les deux contrôleurs externes des lieux privés de liberté. La méthodologie employée est celle des entretiens semi-directifs. Compte tenu du nombre relativement limité de mineurs placés et du grand intérêt montré par le personnel lors des précédentes missions, l'équipe de contrôle a renoncé à la pose préalable d'affiches invitant les personnes intéressées à s'entretenir avec elle.

Il importe également de préciser que le Contrôleur avait préalablement demandé aux institutions concernées de lui fournir des documents internes servant non seulement à des fins statistiques, mais aussi à enrichir ce rapport par des constats d'ordre plus général puisque les seuls entretiens ne sauront jamais satisfaire à ces besoins.

---

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

<sup>2</sup> CELPL (2011)

<sup>3</sup> CELPL (2015)

<sup>4</sup> Document de synthèse uniquement transmis aux hôpitaux concernés et non publié.

Finalement, 32 entretiens ont été menés au sein de ces trois établissements hospitaliers en toute confidentialité, et un avec le MENJE comme évoqué précédemment.

Plus précisément, les visites se sont déroulées de la manière suivante :

#### Au CHL

- Lundi, 13 juin 2022  
Entretien avec la directrice des soins du pôle psychiatrie.
- Lundi, 13 juin 2022  
Entretien(s) avec le cadre soignant chef des unités pédopsychiatrie.
- Lundi, 13 juin 2022  
Entretien avec l'institutrice détachée par le MENJE au CHL.
- Mardi, 14 juin 2022  
Entretien avec deux thérapeutes de famille.
- Mercredi, 15 juin 2022  
Entretien avec un médecin spécialiste en pédopsychiatrie.
- Mercredi, 15 juin 2022  
Entretien avec deux agents de sécurité.
- Mercredi, 15 juin 2022  
Entretien avec cinq infirmières.

#### Aux HRS

- Mardi, 21 juin 2022  
Entretien avec le médecin spécialiste responsable du Service national de psychiatrie juvénile.
- Mercredi, 22 juin 2022  
Entretien avec deux psychologues.
- Mercredi, 22 juin 2022  
Entretien avec le responsable adjoint du domaine ambulatoire.
- Mercredi, 22 juin 2022  
Entretien avec le thérapeute du sport.
- Lundi, 27 juin 2022  
Entretien avec un infirmier.
- Lundi, 27 juin 2022  
Entretien avec l'ergothérapeute.

- Lundi, 27 juin 2022  
Entretien avec les coordinateurs en charge des activités scolaires.
- Lundi, 27 juin 2022  
Entretiens avec trois patients.
- Lundi, 27 juin 2022  
Entretien avec l'assistant social.

#### Au CHNP

- Lundi, 4 juillet 2022  
Entretien avec un médecin spécialiste en psychiatrie infantile et juvénile, un psychologue et le responsable des soins de l'OR3.
- Lundi, 11 juillet 2022  
Entretien avec trois thérapeutes du sport.
- Lundi, 11 juillet 2022  
Entretien avec le responsable d'unité adjoint.
- Lundi, 11 juillet 2022  
Entretien avec la musicothérapeute.
- Lundi, 11 juillet 2022  
Entretien avec le SPAD.
- Mercredi, 13 juillet 2022  
Entretiens avec cinq patients.
- Mercredi, 13 juillet 2022  
Entretien avec la psychomotricienne.
- Mercredi, 20 juillet 2022  
Entretien avec un médecin spécialiste en psychiatrie infantile & juvénile.
- Mercredi, 20 juillet 2022  
Entretien avec le DPO, la responsable des archives et le responsable d'unité adjoint de l'OR3.

#### Au CTP

- Mercredi, 3 août 2022  
Entretien avec le médecin-spécialiste en psychiatrie juvénile en charge du CTP, ainsi que la responsable soignante.
- Lundi, 8 août 2022  
Entretien avec une psychologue.

- Lundi, 8 août 2022  
Entretien avec une assistante sociale.
- Lundi, 10 août 2022  
Entretien avec une éducatrice graduée.
- Lundi, 10 août 2022  
Entretien avec une éducatrice.

#### Ministère

- Mardi, 19 décembre 2022  
Entretien avec le service de la scolarisation des élèves à besoins spécifique du MENJE.

Le Contrôleur externe tient à sincèrement remercier l'ensemble des patients et du personnel, ainsi que tous les autres acteurs rencontrés pour leur disponibilité et leur coopération exemplaire.

### **1.3. Structure du document**

Le deuxième chapitre fournit une vue d'ensemble de la conformité pratique et/ou juridique aux différentes sources de droit (droit interne, droit international, normes, etc.) en matière de psychiatrie juvénile. Le troisième chapitre présentera les constats faits lors des visites des lieux dans les différentes institutions et comportera également des conclusions basées sur l'étude de documents internes desdites institutions, tandis que le quatrième chapitre se penchera sur des constats d'ordre général. Les conclusions finales sont présentées dans le cinquième et dernier chapitre.

A noter que sauf indication contraire, le terme « patient » s'applique toujours aux deux sexes.



## 2. Analyse du cadre légal

Le tableau des normes, joint au présent rapport reprend une analyse de conformité du fonctionnement actuel par rapport aux normes internationales en la matière. Il soulève les éléments conformes à ces bonnes pratiques, de même que les différentes failles qui peuvent exister tant au niveau pratique qu'au niveau légal.

Comme les projets de loi visant une réforme en profondeur de la protection de la jeunesse ont été déposés, aspirant notamment à séparer le domaine de la protection de la jeunesse proprement dit et le droit pénal pour mineurs, le CELPL n'examinera plus en détail la législation actuelle, c'est-à-dire la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse (ci-après loi de 1992).

**(1) Le CELPL insiste sur le fait que la réforme doit avancer le plus rapidement possible, étant donné qu'elle est d'une importance capitale pour apporter les garanties juridiques aux mineurs qui sont défaillantes dans le cadre légal actuel.**

Le CELPL renvoie à ses nombreuses prises de position ayant trait à la réforme projetée du droit de la jeunesse. Dans le cadre du présent rapport, il se limitera à soulever encore une fois les principaux principes qui devront être respectés par les futures lois régissant le domaine.

### Les garanties procédurales

Certaines garanties procédurales doivent impérativement être respectées au profit des mineurs. Le CELPL souligne que les mineurs sont, du fait de leur nature, plus vulnérables que les majeurs et qu'il importe dès lors de leur offrir des garanties au moins aussi conséquentes que celles accordées aux majeurs.

#### Le droit d'être entendu

(2) Le droit d'être entendu doit absolument être accordé au mineur capable de discernement avant toute décision qui le concerne, sauf les cas d'urgence dûment constatés. Le CELPL approuve que cette obligation soit introduite par le projet de loi 7994 consacré à la loi portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes adultes et aux familles dans son article 47 qui prévoit comme dérogation à ce principe l'urgence ou les « situations exceptionnelles ».

Le CELPL insiste que le renvoi à une « situation exceptionnelle » doit être dûment et explicitement motivé et qu'en cas d'urgence, l'audition du mineur doit être réalisée dans un délai maximal de trois jours.

#### Le droit à un avocat

(3) Le droit à un avocat, incluant un véritable conseil avant et au cours de chaque comparution du mineur devant un juge doit être accordé au mineur indépendamment de la situation qui le mène à se prononcer devant un tribunal. Le CELPL se prononce en faveur du principe que le mineur doit obligatoirement être assisté par un avocat dans toute affaire le concernant et apprécie que ce principe soit introduit dans le projet de loi de la future loi portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes adultes et aux familles par l'article 58(2).

Le mineur doit en outre disposer de la liberté du choix de l'avocat, ainsi que du droit de changer d'avocat.

#### La prévisibilité de la mesure et de sa durée

(4) Les mesures prises à l'encontre des mineurs doivent être limitées dans le temps ou prévoir des délais après lesquels une réévaluation doit au plus tard obligatoirement avoir lieu.

Le CELPL s'est toujours prononcé en faveur d'une réévaluation de la mesure chaque fois qu'il y a des éléments nouveaux avérés ou au moins tous les trois mois, ainsi que d'un réexamen d'office qui devrait avoir lieu au minimum tous les 12 mois.

L'article 30 du projet de loi 7994 prévoit les possibilités de réévaluation et introduit notamment ce réexamen d'office au moins tous les 12 mois. Le CELPL apprécie qu'un réexamen puisse être demandé à tout moment par le mineur ou le jeune adulte.

L'alinéa 3 de cet article prévoit par ailleurs que le PI est réévalué lorsque l'ONE l'estime nécessaire ou d'office notamment lorsqu'il y a eu une absence de contact entre le mineur et sa famille depuis plus de 12 mois.

Le CELPL exprime ses réserves quant à la durée de cette période d'absence de contact entre le mineur et sa famille qui ne répond pas à l'intérêt supérieur de l'enfant. Le fait de réévaluer le PI en cas d'absence de contact montre que ce contact est souhaité, de sorte qu'il convient d'agir plus rapidement. Dans son avis sur ledit projet de loi, le CELPL avait recommandé de réduire ce délai à un maximum de six mois. Après de plus mûres réflexions, il estime que même ce délai est encore trop élevé, de sorte qu'il recommande de procéder à un réexamen après une absence de contact de deux mois.

Un renouvellement de la mesure ne doit pouvoir être décidé qu'après avoir entendu le mineur et le cas échéant d'autres personnes pouvant se prononcer utilement sur la situation du mineur.

La création d'un droit pénal pour mineurs a l'avantage que les mesures privatives de liberté des mineurs seront dorénavant d'office limitées dans le temps, ce qui offrira plus de prévisibilité et de transparence à ces mesures lourdes de conséquences.

Ceci n'est pas le cas en matière de protection de la jeunesse, où les mineurs ne sont pas fixés sur la durée de la mesure de placement en dehors du milieu familial. Cependant, les différentes dispositions relatives aux réévaluations procurent davantage de garanties aux mineurs et le CELPL recommande de fixer des délais dans lesquels ces demandes de réévaluation doivent être traitées.

#### La nature juridique et durée de la mesure de placement

(5) Actuellement, la majorité des mineurs sont placés sur base d'une mesure de garde provisoire.

Le projet de loi 7994 contient de nouvelles dispositions quant aux mesures prises en situation d'urgence et distingue deux cas de figure, à savoir les situations d'urgence dans lesquelles un mineur ou jeune adulte formule une demande de prise en charge stationnaire, et celles où la demande émane de l'Etat.

Les articles 66 et suivants du même projet de loi règlent la procédure en cas d'urgence, en l'absence de demande de la part du mineur. Cette mesure est prise sur ordonnance sans audition préalable des parties et sans que cette ordonnance ne soit susceptible d'appel.

Le CELPL est conscient qu'il existe des situations qui requièrent une action rapide et qu'une procédure d'urgence est dès lors indispensable. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les mesures qui sont susceptibles d'être prises peuvent être lourdes de conséquences et qu'il est dès lors primordial d'entourer cette procédure d'urgence des garanties minimales nécessaires.

En 2018, dans son rapport sur l'UNISEC, le CELPL avait procédé à une analyse du cadre légal en vigueur et du projet de loi élaboré à ce moment-là, censé réformer le droit de la jeunesse, à savoir le projet de loi 7276.

Ce projet de loi réformait les mesures de garde provisoire actuellement appliquées, mesures dont le CELPL a souvent critiqué les modalités à cause d'un manque de garanties et de sécurité juridique pour les mineurs.

A la lecture de l'article 66 du projet de loi 7994, le CELPL constate que les garanties entourant les mesures d'urgence, notamment en ce qui concerne leur durée de validité, sont moins importantes que celles projetées par le projet de loi 7276.

En 2018, le CELPL avait noté ce qui suit :

*« (...) L'actuel projet de loi 7276 prévoit en son article 28 un système appelé « mesure de placement d'urgence » qui est censé remplacer l'actuelle mesure de garde provisoire.*

*La mesure de placement d'urgence est notifiée dans les meilleurs délais aux personnes investies de l'autorité parentale et la notification contient une convocation à une entrevue avec le juge de la jeunesse qui a lieu au plus tard dix jours ouvrables à partir de la date de la mesure de placement d'urgence.*

*A cette entrevue peuvent assister le mineur et son avocat, les parents, tuteur ou toute autre personne titulaire de l'autorité parentale, le cas échéant assistés par leur avocat, le représentant de l'établissement, la famille d'accueil ou la personne à qui le mineur a été confié. Le juge de la jeunesse expose alors les motifs de la mesure prise et entend les avis des différents intervenants. Dans un délai de trois jours, le juge de la jeunesse prend ensuite une ordonnance par laquelle il peut rapporter la mesure de placement d'urgence, la confirmer pour une durée d'un mois à partir du jour de l'ordonnance, ou ordonner une mesure d'évaluation et de précaution pour une durée pouvant aller jusqu'à six mois.*

*Le Médiateur apprécie que des efforts considérables ont été faits pour améliorer la sécurité juridique des mineurs. En ce sens, une mesure de placement d'urgence peut, suivant le projet de loi 7276, être appliquée seulement pendant un délai maximal de 13 jours, avant que le juge, après consultation des personnes concernées, ne doive prendre une nouvelle décision.*

*Le Médiateur avait toujours recommandé qu'une mesure de garde provisoire ne puisse rester en vigueur que pour un délai maximal de 15 jours. Il se réjouit dès lors que le projet de loi, dans sa version actuelle, rencontre cette recommandation. »<sup>5</sup>.*

L'article 66(4) du projet de loi sous examen prévoit toutefois que la mesure d'urgence peut être valide pendant la durée maximale d'un mois. Le CELPL recommande de réviser ce délai vers le bas

---

<sup>5</sup> CELPL (2018, p. 3–4)

**afin de ne pas dépasser une durée de validité de 15 jours, tel qu'il avait été prévu dans le projet de loi 7276.**

#### Les placements en milieu psychiatrique après la réforme du droit de la jeunesse

(6) Actuellement, il est prévu que la réforme apportera une particularité en ce qui concerne les placements en milieu psychiatrique : ceux-ci seront dorénavant gérés non par la future loi portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes adultes et aux familles, mais par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux (ci-après loi de 2009) qui sera modifiée à cette fin.

Les principes évoqués *supra* doivent pourtant également s'appliquer à ce cas de figure.

Ce changement de la loi applicable comporte plusieurs avantages, considérant que la loi de 2009 comporte de nombreuses procédures et garanties légales au bénéfice des personnes placées contre leur volonté en milieu psychiatrique. Il n'en reste pas moins que ce changement crée également des questionnements qui doivent faire l'objet d'une analyse approfondie pour éviter des vides juridiques.

Ces questionnements concernent :

- Le champ d'application de la loi de 2009 ;
- Le sort de l'autorité parentale en cas de placement d'un mineur en milieu psychiatrique ;
- Les mesures de contrainte ;
- Les fouilles ;
- L'exécution pratique et la séquence des mesures de placement de mineurs en milieu psychiatrique.

#### Le champ d'application de la loi de 2009

(7) Les différents entretiens menés sur le terrain ont montré que l'application de la loi de 2009 aux mineurs susceptibles d'être placés en milieu psychiatrique n'est pas si aisée qu'elle ne pourrait paraître au premier abord.

Ainsi, la loi de 2009 prévoit deux conditions principales à son application : premièrement, la présence de troubles psychiques graves et deuxièmement la présence d'un danger pour la personne elle-même ou pour autrui (causé par ses troubles).

Or, les spécialistes du terrain ont rendu l'équipe de contrôle attentifs au fait que les pathologies psychiatriques des mineurs ne sont pas comparables à celles des adultes et que ces critères ne seraient guère pertinents pour procéder à une mesure de placement d'un mineur en milieu psychiatrique.

Le CELPL souhaite en outre rendre attentif au fait que ces critères d'application ont déjà souvent été remis en question par les acteurs du terrain, alors que la dangerosité, pour soi ou pour autrui, est un critère qui n'est souvent pas pertinent. Prenons l'exemple d'une personne qui présente des troubles psychiques et qui se balade nue dans les rues. Cette personne pourrait être arrêtée parce que son comportement est contraire aux bonnes mœurs, mais elle ne pourra pas être placée en milieu psychiatrique parce que son comportement ne constitue pas un comportement dangereux pour elle-même ou pour autrui, du moins pas de manière univoque.

**Le CELPL recommande dès lors de profiter de la modification projetée dans le cadre de la réforme de la protection de la jeunesse pour réfléchir à une potentielle adaptation des critères d'application concernant les patients adultes, afin de répondre utilement aux besoins du terrain.**

(8) Toujours en lien avec le champ d'application des différentes lois, le CELPL a été rendu attentif au fait que les profils des mineurs ne sont pas aussi différenciés que ceux des adultes, de sorte qu'il pourra être difficile de trancher s'il faut appliquer la loi de 2009 ou la future loi pénale pour mineurs, voire la future loi de protection de la jeunesse.

Prenons l'exemple d'un mineur qui refuse de fréquenter l'école et qui se livre à des actes répétés de vandalisme. Sera-t-il traité en fonction de la future loi relative à la protection de la jeunesse, de la loi pénale ou du placement en milieu psychiatrique, alors que son comportement peut être lié à des phobies scolaires ou sociales qui pourraient être traitées en milieu psychiatrique.

Il faudra par ailleurs clarifier si les placements en milieu psychiatrique pourraient exclusivement être basés sur la loi de 2009, à l'exclusion de la future loi portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes adultes et aux familles.

Il ne serait en effet pas souhaitable que différents mineurs puissent se retrouver au même endroit, sur base de législations différentes et bénéficiant dès lors de traitements différents en fonction de la loi applicable.

**Le CELPL fait un appel urgent aux responsables du MENJE de clarifier les limitations d'application par le cadre légal à créer pour déterminer quelle loi sera appliquée dans des cas de figure qui pourraient, étant donné leurs faits, tomber dans le champ d'application de plusieurs lois.**

(9) Il faudra également veiller à ce que les juges qui seront amenés à prononcer les placements en milieu psychiatrique bénéficient de l'expertise et, le cas échéant, de la formation nécessaire pour évaluer les dossiers qui leur sont soumis.

Le CELPL renvoie à cet endroit notamment aux articles 20.4, 20.5 et 21.2 de la recommandation REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux qui prévoient que les placements ou les traitements involontaires, ou leur prolongation, ne devraient être permis uniquement sur base d'un examen par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, et en accord avec des normes professionnelles valides et fiables et après consultation des proches de la personne concernée, sauf refus de cette dernière. Cette dernière exigence devrait, dans la mesure du possible, également être respectée en situation d'urgence.

**Le CELPL est d'avis qu'un placement en milieu psychiatrique devrait intervenir uniquement en cas d'un avis en ce sens d'un médecin spécialiste en ce domaine.**

#### Le sort de l'autorité parentale

(10) Actuellement, le projet de loi prévoit en son article 80 (1) le principe que l'autorité parentale reste auprès des parents, même en cas de placement stationnaire.

L'article 84(1) du projet de loi 7994 prévoit la possibilité de suspendre judiciairement l'exercice de l'autorité parentale, en cas de désintérêt manifeste, de non-respect réitéré des décisions des juridictions de la jeunesse ou en cas d'impossibilité des personnes titulaires de l'autorité parentale d'exercer toute ou partie de l'autorité parentale.

Cette suspension a une durée initiale de deux mois et peut être renouvelée.

Le CELPL a formulé plusieurs observations quant à la teneur actuelle de cet article qu'il a soumises au ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Il souhaite insister sur le fait que le renouvellement de cette mesure doit être entouré de garanties, notamment de réexamen, d'audition ou de limitation dans le temps.

Le CELPL souhaite rendre attentif au fait qu'il ne serait pas souhaitable que l'autorité parentale soit, comme c'est le cas actuellement, transférée à l'institution à laquelle le mineur est confié.

Dans un pareil cas, les conflits d'intérêt ne peuvent pas être exclus et il convient, avant tout dans le cas d'un accueil stationnaire, de veiller aux intérêts du mineur et de garantir ses droits. Si l'on prend l'exemple des mineurs placés en hôpital psychiatrique, il est clairement contre-indiqué de faire exercer l'autorité parentale par les professionnels qui sont amenés à thérapeutiquement prendre en charge le mineur.

Le CELPL propose que dans les situations visées par cet article, l'exercice de l'autorité parentale soit confié à un service de l'ONE.

La situation est légèrement différente en ce qui concerne les placements en milieu psychiatrique. L'article 130 du projet de loi 7994 prévoit que l'autorité parentale est maintenue auprès des parents, sans prévoir de dérogation à cet article en cas de nécessité.

Le CELPL soutient le principe que l'autorité parentale doit rester dans le chef des parents du mineur, même en cas de placement en dehors de son milieu de vie. Cependant, il n'ignore pas la réalité que, dans différentes situations, ce maintien n'est pas envisageable ou réalisable.

Il est dès lors indispensable de prévoir la possibilité de déroger à ce principe, également dans le cas d'un placement d'un mineur en milieu psychiatrique. Ce transfert de l'autorité parentale doit être entouré des garanties juridiques nécessaires et notamment être limité dans le temps, faire l'objet d'une réévaluation d'office à intervalles réguliers, fixés auparavant et n'être applicable que dans des conditions limitatives prévues par la loi.

La future loi devra alors également déterminer à qui l'autorité parentale sera transférée le cas échéant. Le CELPL se prononce contre un transfert de l'autorité parentale à l'hôpital psychiatrique qui prend en charge le mineur, tel que c'est le cas actuellement.

Cette pratique comporte de nombreuses incompatibilités et est à l'origine de conflits d'intérêt et de confusions de rôle manifestes qu'il convient de supprimer.

**Le CELPL est d'avis qu'il serait dans l'intérêt de la qualité de la prise en charge que la tâche de la gestion de l'autorité parentale soit confiée à une seule et même instance pour des raisons de continuité et de cohérence.**

**A son avis, cette tâche devrait revenir à l'ONE qui pourrait garantir un traitement spécialisé et impartial dans l'intérêt de tous les concernés. En cas de besoin, les effectifs de l'ONE seraient évidemment à réviser vers le haut afin de pouvoir accomplir cette tâche avec la diligence requise.**

#### Les mesures de contrainte

(11) La loi de 2009 contient de nombreuses dispositions sur le traitement contre la volonté des patients placés.

Le travail avec les mineurs s'avère souvent fondamentalement différent de la prise en charge réservée aux patients adultes, notamment parce que les troubles ne sont pas développés de la même manière. Chez les jeunes, il faudra davantage miser sur un travail de motivation, sans pouvoir compter sur les effets bénéfiques qu'un traitement par neuroleptiques peut le cas échéant avoir chez un patient psychotique adulte. Le CELPL est néanmoins d'avis que ces dispositions constituent également une certaine sécurité pour les patients mineurs.

Le CELPL souligne que le consentement du patient doit toujours être activement recherché<sup>6</sup>.

### Les fouilles

(12) Un volet qui échappe pourtant à toute réglementation en milieu hospitalier est celui de la réalisation de fouilles corporelles. Celles-ci ne sont pas prévues par la loi, même si elles font partie intégrante d'un séjour en milieu psychiatrique pour des raisons de sécurité, ce que le Contrôleur externe comprend.

Actuellement, les patients mineurs (comme les patients adultes) sont régulièrement fouillés, notamment après une sortie, sans que la possibilité de réaliser cet acte invasif, ni les modalités de son exécution ne soient précisées par la loi. Actuellement, les procédures relatives aux fouilles font exclusivement l'objet de réglementations internes aux unités psychiatriques.

**Le CELPL recommande de modifier la loi de 2009 et d'y insérer les dispositions nécessaires à la réglementation des fouilles et ceci à l'égard tant des patients (placés et en séjour volontaire) que des chambres des patients et des visiteurs).**

**Il s'agit d'une pratique très délicate qui mérite d'être entourée de la transparence et des garanties juridiques nécessaires pour harmoniser les procédures et éviter tout sentiment d'injustice ou d'impuissance.**

**En tout état de cause, la loi devrait préciser dans quels cas de figure et selon quelles modalités une fouille peut être réalisée (droits et interdits, personnes pouvant procéder à la fouille, locaux destinés à cette fin, etc.) afin de respecter la dignité des patients.**

**La loi devrait notamment prévoir que les fouilles doivent être réalisées en cas de suspicion concrète (et non de manière systématique, ce qui constitue actuellement une pratique répandue qui devrait être abandonnée), à l'abri de tierces personnes, par une personne du même sexe et par gradation, allant d'une simple palpation à une fouille intégrale.**

**Toute fouille corporelle, pendant laquelle le patient est invité à se dévêtir, doit avoir lieu en deux temps, de sorte que le patient ne se retrouve à aucun moment complètement à nu devant le membre du personnel réalisant la fouille.**

**(13) En ce qui concerne les inspections des chambres, la loi devrait notamment préciser qu'elles sont à réaliser en présence des patients, sauf si ceux-ci perturbent activement leur bon déroulement.**

---

<sup>6</sup> Conseil de l'Europe (2010, p. 45) et Conseil de l'Europe (2004, p. 5)

### L'exécution pratique et la séquence des mesures de placement de mineurs en milieu psychiatrique

(14) Si le projet de loi 7994 prévoit que les placements de mineurs en milieu psychiatrique devraient être régis par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes souffrant de troubles mentaux, il reste muet quant à l'exécution pratique et la séquence de ces mesures. Le critère géographique appliqué pour déterminer le lieu d'hospitalisation pour les majeurs ne sera pas pertinent. Il faudra par conséquent arrêter les critères applicables aux mineurs et préciser si la même séquence des mesures est envisagée, c'est-à-dire d'abord la phase d'observation en hôpital régional (dont la compétence est actuellement déterminée en fonction de l'âge) et le placement médical au CHNP.



#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	Concerné(s)				Degré de conformité				Explications relatives au degré de conformité	
1	Informier individuellement les personnes traitées ou placées en relation avec des troubles mentaux de leurs droits en tant que patients et assurer l'accès à une personne ou à une instance compétente, indépendante du service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans la compréhension et l'exercice de ces droits. (art. 6)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓				✓				insatisfaisant	Conformément à l'article 29 de la recommandation, celle-ci s'applique également aux mineurs. En pratique, les informations relatives aux droits des personnes ne sont données qu'aux représentants légaux de l'enfant, mais pas l'enfant lui-même.	
2	S'assurer de l'existence de mécanismes de protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles qui n'ont pas la capacité de consentir ou qui peuvent ne pas être capables de s'opposer à des violations des droits de l'homme dont elles feraient l'objet et introduire des mesures légalement prévues pour protéger, le cas échéant, les intérêts économiques des personnes atteintes de troubles mentaux. (art. 7)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓	✓		✓					partiel	Le CELPL assure partiellement cette mission, de même que les administrateurs <i>ad hoc</i> qui peuvent être nommés, mais il serait souhaitable de renforcer le système de protection interne au service.	
3	Soigner les personnes atteintes de troubles mentaux dans l'environnement et traitement disponibles les moins restrictifs possibles ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui. (art.8)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne Pratique	Généralités		✓					✓		✓			insatisfaisant	A cause d'un manque d'infrastructures spécialisées, la durée de l'hospitalisation peut être prolongée au-delà de la nécessité médicale.	
4	Offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte de leur état de santé et des exigences liées à la sécurité d'autrui, un environnement et des conditions de vie aussi proches que possible de ceux dont bénéficient dans la société les personnes d'âge, de sexe et de culture similaires et proposer des mesures de réadaptation professionnelle visant à faciliter l'insertion de ces personnes dans la société. (art. 9)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités							✓		✓			partiel	De manière générale, ce principe est respecté, sauf observation <i>supra</i> . Quelques réserves ponctuelles sont développées dans le rapport.	
5	Fournir des services de qualité appropriée afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte des différents besoins de ces diverses catégories de personnes, et assurer un accès équitable à de tels services. (art. 10, i)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓								partiel	Compte tenu des réserves émises dans d'autres domaines, le CELPL ne peut pas qualifier cette recommandation comme étant entièrement respectée.	
6	Mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives au placement et au traitement involontaires (art. 10, ii)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Généralités		✓					✓		✓			insatisfaisant	Le CELPL est d'avis que l'offre ambulatoire et l'offre post-hospitalière doit être élargie, ce qui permettrait de proposer des alternatives aux placements et traitements involontaires.	

- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
7	S'assurer que les soins de santé physiques que requièrent les personnes atteintes de troubles mentaux sont évalués, et que, pour répondre à de tels besoins, ces personnes bénéficient d'un accès équitable à des services d'une qualité appropriée. (art. 10, iv)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							total	
8	Garantir que les professionnels des services de santé mentale ont les qualifications et la formation appropriées, et bénéficient en particulier de formation en matière de: - protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux; - compréhension, prévention et contrôle de la violence; - mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement; - circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures. (art. 11)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							partiel	Cette exigence n'est que partiellement rencontrée, alors que la formation en matière de protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales devrait être renforcée, de même que dans une certaine mesure la sensibilisation et la formation pour éviter le recours aux mesures de contention.
9	Faire bénéficier les personnes atteintes de troubles mentaux de traitements et de soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, sur la base d'un plan de traitement personnalisé approprié, élaboré, dans la mesure du possible, après consultation de la personne concernée et prenant en compte son opinion et régulièrement réexaminé et modifié si nécessaire. (art. 12.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux		Généralités		✓	✓	✓							total	
10	Dispenser un traitement à une personne atteinte d'un trouble mental uniquement avec son consentement si elle a la capacité de consentir, ou lorsque la personne n'a pas cette capacité avec l'autorisation d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi, sauf certaines exceptions prévues par la recommandation. (art. 12.2) Lorsque, en raison d'une situation d'urgence, le consentement ou l'autorisation approprié ne peut être obtenu, tout traitement pour un trouble mental médicalement nécessaire pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne concernée, ou pour la sécurité d'autrui, pourra être effectué immédiatement. (art. 12.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Généralités	✓	✓	✓	✓		✓					insatisfaisant	Le principe en tant que tel est globalement respecté, si ce n'est que la loi actuelle ne traite pas les traitements involontaires des patients mineurs et ne désigne de ce fait pas le représentant, l'autorité, la personne ou l'instance qui pourrait donner son autorisation.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
11	Considérer toutes les données à caractère personnel concernant une personne atteinte d'un trouble mental comme confidentielles et ne les collecter, traiter ou communiquer que dans le respect des règles relatives au secret professionnel et à la protection des données à caractère personnel. (art. 13.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							total	
12	Etablir des dossiers médicaux et, le cas échéant, administratifs clairs et complets pour toutes les personnes atteintes de troubles mentaux placées ou traitées pour ces troubles et définir avec clarté et par la loi les conditions d'accès à ces informations. (art. 13.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							total	
13	Soumettre le placement involontaire d'une personne au respect des conditions suivantes: - la personne est atteinte d'un trouble mental ; - l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ; - le placement a notamment un but thérapeutique ; - aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ; - l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 17.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités	✓	✓	✓	✓		✓		✓			insatisfaisant	Trois conditions sont problématiques: - l'atteinte d'un trouble mental: la situation s'est améliorée notamment avec la mise en place du service clearing, mais souvent, il n'y a pas de diagnostic ou d'évaluation médicale préalable au placement en psychiatrie. - l'absence d'un autre moyen moins restrictif et la prise en considération de la personne concernée: il n'existe souvent pas d'autre moyen moins restrictif capable de fournir les soins appropriés, mais le CELPL recommande de changer cela en développant notamment les offres ambulatoires et les offres de suivi. - la prise en compte de l'avis de la personne concernée: cela impliquerait que le mineur ait rencontré son juge avant le placement, ou peu après, si le placement a eu lieu en urgence, ce qui n'est pas toujours le cas.
14	Prévoir par la loi qu'une personne peut exceptionnellement faire l'objet d'un placement involontaire durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si : - son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ; - son état semble présenter un tel risque ; - il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et - l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 17.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Généralités		✓	✓								total	Cette faculté est donnée actuellement par l'article 5 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. Si la législation devait être modifiée telle que projeté par le projet de loi 7994, elle sera couverte par l'instauration d'une période d'observation telle que prévue par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. Le seul bémol renvoie à l'observation <i>supra</i> relative à la prise en considération de l'avis du patient.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
15	Recourir à un traitement involontaire uniquement si les conditions suivantes sont réunies : - la personne est atteinte d'un trouble mental ; - l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ; - aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ; - l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 18)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓							total	Cette exigence est rencontrée à suffisance, même si l'avis de la personne concernée n'est pas (toujours) pris en compte.
16	Respecter les critères suivants pour tout traitement involontaire : - répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ; - être proportionné à l'état de santé de la personne ; - faire partie d'un plan de traitement écrit ; - être consigné par écrit ; - le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne. (art. 19.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓							total	
17	Elaborer, dans la mesure du possible, le traitement involontaire après consultation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée (art.19.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓	✓	✓	✓							partiel	Il serait opportun d'inclure davantage le patient et/ou son représentant légal dans l'élaboration du traitement involontaire. De plus, le principe du recours à une personne de confiance n'est pas encore instaurée.
18	Réexaminer le traitement involontaire à des intervalles appropriés et, si nécessaire, le modifier, chaque fois que cela est possible, après consultation de la personne concernée, et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée. (art. 19.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓							partiel	Il serait opportun d'inclure davantage le patient et/ou son représentant légal dans l'élaboration du traitement involontaire. De plus, le principe du recours à une personne de confiance n'est pas encore instaurée.
19	Effectuer les traitements involontaires dans un environnement approprié. (art. 19.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓	✓	✓								insatisfaisant	Globalement, cette exigence est rencontrée. Toutefois, aux HRS, il existe une mesure (1:1 strict) qui peut être considérée comme traitement involontaire qui est problématique. Les détails sont développés dans le rapport.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	Concerné(s)					Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
									MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT		
20	Faire prendre la décision de soumettre une personne à un placement involontaire par un tribunal ou une autre instance compétente qui: - prend en considération l'avis de la personne concernée ; - prend sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée. (art. 20.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓				✓	✓				insatisfaisant	Beaucoup de mineurs ne sont pas consultés, ni avant, ni peu après la mesure de placement. La nouvelle loi, si elle suit la version actuelle du projet de loi 7994, devrait changer cette situation, alors qu'elle prévoit le principe que le mineur doit être entendu avant toute prise de décision le concernant.
21	Faire prendre la décision de soumettre une personne à un traitement involontaire par un tribunal ou une autre instance compétente qui: - prend en considération l'avis de la personne concernée ; - prend sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée. La loi peut prévoir que cette tâche peut revenir à un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, après examen de la personne concernée, en prenant en considération l'avis de cette personne. (art. 20.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓		✓		insatisfaisant	Actuellement, aucune loi n'encadre le recours à des traitements involontaires à l'égard des mineurs. Si les projets de réforme se réalisent tels que prévus actuellement, il serait remédié à cette lacune, alors qu'il est prévu de soumettre les mineurs au régime fixé par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, qui contient les dispositions nécessaires en son article 43(3).
22	Consigner toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. (art. 20.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓		✓		partiel	Le CELPL qualifie le degré de conformité de partiel, considérant l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long.
23	Permettre le placement ou le traitement involontaires, ou leur prolongation uniquement sur la base d'un examen par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, et en accord avec des normes professionnelles valides et fiables et après consultation des proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose et respecter cette dernière exigence dans la mesure du possible également en situation d'urgence. (art. 20.4 et 5 et 21.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓				✓	✓		✓		insatisfaisant	Il n'est pas obligatoire de consulter un médecin avant le placement, et les proches ne sont pas consultés préalablement, ni au placement, ni au traitement involontaire.

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté

CHD - Chambre des Députés  
 CHL - Centre Hospitalier Luxembourg  
 CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique  
 HRS - Hôpitaux Robert Schuman

MENJE - Ministère de l'Education nationale,  
 de l'Enfance et de la Jeunesse  
 MINJUS - Ministère de la Justice  
 MINSAN - Ministère de la Santé  
 MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure  
 POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
24	Informier et consulter tout représentant de la personne concernée par un placement ou traitement involontaires, même en situation d'urgence, dans la mesure du possible. (20.6)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓	✓						total	
25	Recourir aux procédures d'urgence uniquement dans des situations d'urgence avérée. (art. 21.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental					✓						partiel	Le CELPL ne dispose pas des informations nécessaires pour vérifier le respect de cette disposition, la qualification de "partiel" est dans ce cas synonyme de neutre, parce que le CELPL ne peut pas se prononcer.
26	Informier rapidement les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires oralement et par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes ainsi que, de manière régulière et appropriée des raisons qui ont motivé la décision et des critères retenus pour sa prolongation ou son interruption éventuelle et continuer, le cas échéant, ces informations au représentant de la personne. (art. 22.1, 2 et 3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓	✓						insatisfaisant	Comme déjà mentionné, les patients eux-mêmes ne sont pas informés de leurs droits. Ces informations n'étant données qu'aux parents.
27	Permettre à la personne placée de communiquer sans restriction avec son avocat, son représentant ou toute autre autorité appropriée et de communiquer avec la personne de confiance qu'elle a désignée ou avec d'autres personnes sans limitation disproportionnée. (art. 23, i)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓	✓	✓	✓		✓		✓			partiel	Le droit interne ne prévoit pas le principe des personnes de confiance.
28	Permettre à la personne placée de recevoir des visites sans limitation déraisonnable, tout en tenant compte de la nécessité de protéger les personnes vulnérables ou les mineurs placés ou en visite dans un établissement psychiatrique. (art. 23, ii)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓							partiel	Le CELPL considère que le nombre d'heures de visites que les jeunes peuvent avoir constituent un minimum tolérable qui ne devrait en aucun cas être revu vers la baisse.  D'autant plus, le CELPL invite les institutions concernées à davantage tenir compte des obligations professionnelles des parents des patients (horaires, etc.).

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
29	Mettre fin au placement ou au traitement involontaires si l'un des critères justifiant cette mesure n'est plus rempli. (art. 24)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental		✓	✓	✓							partiel	Cette recommandation n'est pas toujours rencontrée faute de capacités d'accueil, profils particuliers, etc.
30	Garantir aux personnes placées l'exercice des droits suivants: - exercer un recours contre une décision, - obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien ; - être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel. (art. 25.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓		✓			partiel	Le CELPL qualifie le degré de conformité de partiel, considérant l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long.
31	Envisager la possibilité pour la personne placée d'être assistée d'un avocat dans toutes les procédures de ce type engagées devant un tribunal et lui donner droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite. (art. 25.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓		✓			total	Actuellement cette possibilité existe, mais le CELPL apprécie que le projet de loi 7994 prévoit d'élargir cette faculté et d'en faire un principe généralement applicable, même en l'absence d'une demande du mineur.
32	Donner accès à l'avocat à toutes les pièces en possession du tribunal, et lui donner le droit de contester les preuves devant le tribunal. (art. 25.4)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux		Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental					✓						total	L'avocat a accès aux pièces, mais doit les consulter sur place, ce qui complique la tâche de l'avocat inutilement.
33	Donner accès à la personne concernée à toutes les pièces en possession du tribunal, sous réserve du respect de la protection de la confidentialité et de la sûreté d'autrui, en accord avec la législation nationale. En absence d'un représentant, elle devrait pouvoir bénéficier de l'assistance d'une personne de confiance dans toutes les procédures engagées devant un tribunal. (art. 25.5)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓	✓				partiel	Le principe de la personne de confiance n'existe pas actuellement au Luxembourg, mais la réforme, telle que projetée notamment par le PL7994 prévoit de l'instaurer, ce que le CELPL apprécie.
34	Assurer que le tribunal prenne sa décision dans des délais brefs et garantir la possibilité de faire appel de la décision du tribunal. (art. 25.6)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental					✓						partiel	Les placements sont souvent prononcées par le biais de mesures de garde provisoires qui peuvent être rapidement prononcées, mais qui ne sont pas le moyen que le CELPL souhaiterait voir appliqué.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MEUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
35	S'assurer que des dispositions appropriées existent pour protéger une personne atteinte d'un trouble mental, qui n'a pas la capacité de consentir et qui, nécessitant un placement, n'exprime pas d'objection au placement. (art. 26)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne	Placement involontaire pour trouble mental dans des établissements psychiatriques, et traitement involontaire pour trouble mental	✓					✓		✓			insatisfaisant	Le droit interne ne contient pas de pareille disposition.
36	Recourir à l'isolement ou à la contention exclusivement dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels. (art. 27.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Isolement et contention		✓	✓	✓							total	
37	Soumettre le recours à de telles mesures au contrôle médical, et le consigner par écrit de façon appropriée. (art. 27.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Isolement et contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Comme mentionné dans le rapport, le CELPL souhaiterait que certaines mesures soient encadrées de manière plus stricte en ce qui concerne l'ordonnance et la réévaluation médicales de la mesure.
38	Faire bénéficier la personne soumise à une mesure d'isolement ou de contention d'un suivi régulier et consigner les raisons du recours à ces mesures et la durée de leur application dans son dossier médical et dans un registre. (art. 27.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Isolement et contention		✓	✓	✓							partiel	Si les mesures de contention sont introduites dans un registre, tel n'est pas nécessairement le cas pour les mesures d'isolement.
39	Appliquer les traitements les moins intrusifs possibles. (art. 28.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Traitement particulier		✓	✓	✓							total	
40	Eviter de recourir à un traitement pour un trouble mental qui vise à produire un effet physique irréversible dans le contexte d'un placement involontaire et le soumettre, le cas échéant au consentement libre, éclairé, spécifique et consigné par écrit de la personne concernée. (art. 28.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Traitement particulier		✓	✓	✓							total	



#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
41	Prendre en considération l'avis du mineur, lors des décisions concernant le placement et le traitement, qu'ils soient ou non involontaires, comme un facteur de plus en plus déterminant en fonction de son âge et de son degré de maturité. (art. 29.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	mineurs		✓	✓	✓	✓						insatisfaisant	Cette recommandation n'est souvent pas appliquée, alors que le mineur n'est pas consulté par le juge, en ce qui concerne les mesures appliquées, notamment à l'étranger.
42	Garantir au mineur le droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure. Un mineur faisant l'objet d'un placement involontaire devrait avoir droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure. (art. 29.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	mineurs		✓	✓	✓	✓						partiel	Le mineur a droit à l'assistance d'un représentant, et celui-ci est garanti s'il en fait la demande, mais le mineur n'est généralement pas informé de ce droit.
43	Eviter de placer un mineur dans un établissement qui accueille également des adultes, sauf si un tel placement est bénéfique pour lui. (art. 29.4)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	mineurs		✓	✓	✓							partiel	Les hôpitaux régionaux accueillent tous également des patients adultes, mais en règle générale, une séparation stricte effective est appliquée. Le CELPL a toutefois connaissance qu'il est déjà arrivé que des mineurs ont été hospitalisés provisoirement à l'unité pour adultes, il semblerait toutefois que cette pratique ait cessé.
44	Faire bénéficier le mineur placé d'un enseignement gratuit et d'une réintégration aussi rapide que possible dans le système scolaire général et, dans la mesure du possible, évaluer individuellement le mineur et le faire suivre un programme d'enseignement ou de formation individualisé. (art. 29.5)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	mineurs		✓	✓	✓		✓					total	
45	Ne pas porter atteinte de façon permanente aux capacités de procréation, ni interrompre une grossesse pour le seul fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental. (art. 30 et 31)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	procréation		✓	✓	✓							total	

- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
46	Coordonner les interventions de la police avec celles des services médicaux et sociaux, si possible avec le consentement de la personne concernée, lorsque le comportement de cette personne suggère fortement qu'elle est atteinte d'un trouble mental et représente un risque significatif de dommage pour elle-même ou pour autrui. (art. 32.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Implication du système de justice pénale		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	partiel	Le CELPL ne peut pas se prononcer sur le degré de conformité par rapport à cette disposition, par manque d'informations. La qualification de "partiel" est ici synonyme de "neutre".
47	Charger la police d'aider à transférer ou à reconduire les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire vers l'établissement dont elles relèvent, en absence d'alternatives. (art. 32.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Implication du système de justice pénale		✓	✓	✓	✓	✓					total	
48	Respecter la dignité et les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et souligner l'importance de cette obligation dans le cadre de la formation des agents de la Police. (art. 32.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Implication du système de justice pénale								✓	✓		partiel	Le CELPL ne peut pas se prononcer sur le degré de conformité par rapport à cette disposition, par manque d'informations. La qualification de "partiel" est ici synonyme de "neutre".
49	Dispenser une formation appropriée aux fonctionnaires de police en vue de l'évaluation et de la gestion des situations concernant des personnes atteintes de troubles mentaux, qui insiste sur la vulnérabilité de ces personnes dans les situations où la police est impliquée. (art. 32.4)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Implication du système de justice pénale								✓			partiel	Le CELPL ne peut pas se prononcer sur le degré de conformité par rapport à cette disposition, par manque d'informations. La qualification de "partiel" est ici synonyme de "neutre".
50	Permettre aux tribunaux d'imposer le placement ou le traitement pour un trouble mental que la personne concernée consente ou non à la mesure en question, tout en s'assurant que la personne puisse exercer effectivement le droit au réexamen par un tribunal, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien. (art. 34.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Droit interne	Implication du système de justice pénale	✓										total	
51	Prononcer le placement ou le traitement pour un trouble mental sur la base de normes d'expertise médicale valides et fiables, et en prenant en considération la nécessité pour les personnes atteintes de troubles mentaux d'être traitées dans un lieu adapté à leurs besoins de santé, sans préjudice de la faculté pour un tribunal d'imposer, conformément à la loi, une évaluation psychiatrique et un suivi psychiatrique ou psychologique comme alternative à l'emprisonnement ou au prononcé d'une décision définitive. (art. 34.2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique Droit interne	Implication du système de justice pénale	✓				✓	✓		✓			insatisfaisant	Les placements en psychiatrie infanto-juvénile ne doivent pas se baser sur des expertises médicales.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
52	Soumettre le respect des normes établies par la présente recommandation et par la loi sur la santé mentale à un contrôle approprié, portant sur le respect des normes légales, le respect des normes techniques et professionnelles et réalisé par des systèmes qui disposent de ressources financières et humaines adéquates pour assurer leurs fonctions, qui sont indépendants des autorités ou instances contrôlées, associent des professionnels de la santé mentale, des non-spécialistes, des personnes atteintes de troubles mentaux et des proches de ces dernières et sont coordonnés, le cas échéant, avec les autres systèmes d'audit et d'assurance de la qualité concernés. (art. 36.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Assurance qualité et contrôle Droit interne	✓					✓		✓			insatisfaisant	Le CELPL assure partiellement un pareil contrôle, mais ne remplit pas tous les critères énumérés. Le CELPL répond aux exigences d'indépendance, mais ne rencontre pas toutes les exigences notamment en termes de ressources humaines.
53	Inclure dans les contrôles des visites et des inspections des établissements de santé mentale, si nécessaire sans préavis, afin de s'assurer : - que les personnes ne font l'objet d'un placement involontaire que dans des établissements enregistrés par une autorité compétente, et que les établissements en question sont adaptés à cette fonction ; - que des alternatives totales au placement involontaire sont disponibles ; - le contrôle du respect des obligations et normes professionnelles ; - la vérification de la possibilité d'enquêter sur le décès des personnes faisant l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires, et de ce que de tels décès soient signalés à l'autorité appropriée et fassent l'objet d'une enquête indépendante ; - l'examen des situations où la communication a été restreinte ; - la vérification de l'existence de procédures pour le dépôt des plaintes et de leur traitement approprié et assurer un suivi approprié des résultats du contrôle. (art. 37.1 et 2)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Assurance qualité et contrôle	✓	✓	✓			✓		✓			total	

- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
54	Permettre aux personnes chargées du contrôle de : - rencontrer ces personnes en privé et, avec leur consentement ou celui de leurs représentants, avoir accès à tout moment à leur dossier médical ; - recevoir des plaintes confidentielles de la part de ces personnes ; - obtenir des autorités ou du personnel responsable du traitement ou des soins de telles personnes toute information qui puisse raisonnablement être tenue pour nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, y compris des données rendues anonymes issues des dossiers médicaux. (art. 37.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	Assurance qualité et contrôle		✓	✓	✓		✓		✓			total	
55	Collecter des données statistiques rendues anonymes, systématiques et fiables concernant l'application de la loi sur la santé mentale et les plaintes. (art. 38.1)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	statistiques, conseils et rapports		✓	✓	✓		✓		✓			insatisfaisant	Le CELPL s'est rendu compte que les services concernés collectent des données, mais que ceci n'est pas systématique et qu'il n'y a aucune consolidation des données.
56	Faire parvenir aux responsables des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux, de la part de ceux chargés de l'assurance qualité et du contrôle: - des rapports réguliers, dans la mesure du possible, publiés - des conseils sur les conditions et les établissements appropriés aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux. (art. 38.2.i)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	statistiques, conseils et rapports		✓	✓	✓		✓		✓			partiel	Comme déjà mentionné, le CELPL réalise partiellement le contrôle souhaité et fait part de ses recommandations et rapports, mais il ne répond pas aux besoins préconisés en termes de ressources humaines .
57	Faire répondre les responsables des soins aux questions, conseils et rapports émanant des systèmes d'assurance qualité et de contrôle. (art. 38.2, ii)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	statistiques, conseils et rapports		✓	✓	✓		✓					total	
58	Publier les informations relatives à la mise en œuvre de la loi sur la santé mentale et aux actions concernant le respect des normes. (art. 38.3)	RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux	Pratique	statistiques, conseils et rapports						✓		✓			total	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
59	Immobiliser exclusivement des patients psychiatriques violents, qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. (principe 1.1.)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	contention - principes généraux		✓	✓	✓							total	
60	Appliquer les moyens de contention conformément aux principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et de responsabilité. (principe 1.2.)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique Droit interne	contention - principes généraux	✓	✓	✓	✓		✓		✓			insatisfaisant	Les moyens de contention s'appliquant aux mineurs ne sont actuellement pas gérés par le droit interne. Il devrait aller de soi que les mineurs doivent bénéficier de garanties et d'une sécurité juridique du moins aussi importantes que celles accordées aux majeurs.
61	Régir tous les types de contention et les critères de leur utilisation par la loi. (Principe 1.3)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	contention - principes généraux	✓					✓		✓			insatisfaisant	Comme mentionné supra, la loi actuelle est muette à ce sujet.
62	Prendre la mesure de mise sous contention de patients en dernier ressort (ultimo ratio) afin d'empêcher qu'ils ne se blessent ou ne blessent autrui et ceci pour la durée la plus courte possible, libérant le patient immédiatement si la situation d'urgence ayant entraîné le recours aux moyens de contention cesse d'exister. (Principe 1.4)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
63	Appliquer les moyens de contention comme mesures de sécurité et non à des fins thérapeutiques. (principe 1.5)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention											total	
64	Ne pas appliquer les moyens de contention à titre de sanction, pour faciliter la tâche du personnel, en raison d'un manque d'effectifs, ou pour remplacer des soins ou une prise en charge adaptés. (Principe 1.6)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
65	Adopter une politique générale relative à la contention avec la participation et le soutien du personnel comme de la direction et portée à la connaissance des patients, qui vise, dans la mesure du possible, à prévenir le recours aux moyens de contention et indique clairement les moyens de contention, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention. (Principe 1.7)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓		✓					insatisfaisant	Les procédures existent, mais ne sont que partiellement approuvées par la Direction et elles ne sont pas communiquées aux patients. Le CELPL estime que ce point mériterait d'être changé.
66	Inclure dans la politique générale relative à la contention des dispositions sur: - la formation du personnel, - la consignation dans les registres, - les dispositifs de signalement interne et externe, - le « débriefing » - les procédures de plaintes. (Principe 1.7)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							partiel	Les procédures ne font pas référence à ces procédures de plainte, aspect qu'il convient d'améliorer et de développer de manière générale.
67	Appliquer les mesures de contention sur ordre exprès d'un médecin, après une évaluation individuelle du patient concerné, ou les porter immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation qui devrait examiner le patient concerné dès que possible. (Principe 2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Le CELPL critique l'autorisation générale préalable donnée par le médecin pour pouvoir procéder, en cas de crise, à une mesure de contention. Il estime également que le délai de réévaluation par le médecin peut, dans certaines hypothèses, être trop long.
68	Ne pas appliquer les moyens de contention sur base d'une autorisation inconditionnelle. (Principe 2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Le médecin donne une autorisation de principe, valable sans concertation spécifique obligatoire en situation de crise avant d'appliquer une mesure de contention.
69	Appliquer les moyens de contention avec toute les compétence et diligence requises pour réduire au minimum les risques de nuire ou de causer des souffrances au patient et de préserver, autant que possible, sa dignité. (Principe 3.1)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
70	Former de manière appropriée le personnel avant de participer à une mesure de contention. (Principe 3.1)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine		U	U	1	U	2	2	2	2	2	2	2	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
71	Former le personnel aux techniques d'immobilisation qui minimisent les risques de blessures et interdire les prises d'étranglement et les techniques susceptibles d'obstruer les voies respiratoires des patients ou d'infliger des douleurs. (Principe 3.2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									total	
72	Utiliser seulement des équipements conçus pour limiter les effets nuisibles (de préférence, des lanières en tissu rembourrées) pour réduire au minimum le risque de causer des blessures et/ou des souffrances au patient et bannir les menottes ou chaînes pour immobiliser un patient. (Principe 3.3)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									total	
73	Immobiliser les patients sur le dos les bras le long du corps.	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									total	
74	Appliquer les lanières sans trop serrer, de manière à permettre un maximum de mouvements sûrs des bras et des jambes et sans entraver les fonctions vitales du patient, comme la respiration et la capacité de communiquer. (Principe 3.3)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									partiel	Le CELPL ne dispose pas des informations nécessaires pour vérifier le respect de cette disposition. Aucune réclamation à cet égard n'a cependant été portée à sa connaissance. La qualification de "partiel" est ici synonyme de "neutre".
75	Habiller de manière appropriée les patients immobilisés. (Principe 3.3)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									partiel	Les patients sont fixés dans leurs propres vêtements qu'ils portent au moment de la situation de crise. Le CELPL n'a pas d'objection quant à cette pratique, mais recommande d'enlever les vêtements qui pourraient être inconfortables (p.ex. hoodie, ceinture, etc.)
76	Maintenir, dans la mesure du possible, la capacité des patients immobilisés de manger et de boire de manière autonome et de se rendre aux toilettes pour faire leurs besoins. (Principe 3.3)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓									partiel	Les fixations appliquées auprès des mineurs sont globalement très rares et assez courtes, de sorte que cette recommandation ne trouve pas vraiment application.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
77	Ne pas utiliser des lits à filets (ou de lits-cages) en toutes circonstances. (Principe 3.4)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
78	Eviter de mettre un patient sous contention au vu et au su des autres patients (sauf demande explicite contraire du patient concerné) et soumettre les visites d'autres patients au consentement exprès du patient placé sous contention. (Principe 3.5)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							partiel	Les contentions sont appliquées hors de la vue des autres patients. Au vu des circonstances, il n'est toutefois pas possible de les appliquer à l'insu des autres patients. Les visites d'autres patients ne sont pas possibles lors d'une mesure de contention, mais le CELPL émet également ses réserves quant à la mise en œuvre de cette possibilité.
79	Eviter l'implication d'autres patients dans l'application de moyens de contention à un patient. (Principe 3.6)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
80	Utiliser seulement des médicaments approuvés, correctement évalués et à effet de courte durée dans le cadre d'une contention chimique et évaluer les effets secondaires (potentiels). (Principe 3.7)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
81	Réaliser l'isolement dans une pièce spécialement conçue à cette fin et qui garantit la sécurité du patient et lui offre un environnement apaisant. (Principe 3.8)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	



- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducal

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	C	U	1	C	2	3	4	5	6	7	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
82	Limitier la durée du recours à des moyens de contention mécanique et à l'isolement à la durée la plus courte possible (elle se compte en général en minutes plutôt qu'en heures), et y mettre fin dès lors que la raison l'ayant motivé a cessé, une application de moyens de contention mécanique pendant des jours d'affilée ne saurait avoir de justification d'aucune sorte et pourrait s'apparenter, de l'avis du CPT, à des mauvais traitements. (Principe 4.1)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
83	Faire réexaminer, à intervalles brefs par un médecin une mesure de contention ou d'isolement, qui, exceptionnellement, pour des motifs impérieux, est appliquée pour une période plus longue que quelques heures. (Principe 4.2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	
84	Envisager dans le cas de mesure de contention ou d'isolement prolongée et en cas de recours répété à ces mesures, de faire intervenir un deuxième médecin et de transférer le patient concerné dans un établissement psychiatrique plus spécialisé. (Principe 4.2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique Droit interne	moyens de contention	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			partiel	Cette possibilité n'existe pas au Luxembourg. Il faut toutefois souligner que le recours aux contentions en psychiatrie infanto-juvénile est très rare et que la mise en application de cette recommandation ne représente pas une priorité.
85	Accorder la préférence à la mesure de contention la moins restrictive et la moins dangereuse et, lors du choix entre différentes mesures de contention possibles, prendre en compte des facteurs comme l'avis du patient (y compris les préférences qu'il aurait exprimées à l'avance) et l'expérience passée. (Principe 5)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							partiel	La préférence est donnée à la mesure de contention la moins restrictive, mais l'avis ou les préférences du patient, ainsi que ses expériences passées ne sont pas pris en compte. Si le CELPL comprend qu'il s'agit d'une pratique compliquée avec des mineurs, il soutient que la thématique des contentions devrait être abordée avec les patients hors situation de crise.
86	Combinaison l'isolement, la contention mécanique ou physique avec la contention chimique seulement si cela permet de limiter la durée de l'application de la contention ou si elle s'avère nécessaire pour éviter d'infliger de graves préjudices au patient ou à autrui. (Principe 6)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
87	Surveiller de manière continue tout patient soumis à une mesure de contention mécanique ou d'isolement: en cas de contention mécanique un membre qualifié du personnel devrait être présent en permanence dans la pièce afin de maintenir un lien thérapeutique avec le patient et de lui apporter son assistance et en cas de d'isolement, le membre du personnel peut se trouver hors de la pièce où se trouve le patient (ou dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante), à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. (Principe 7)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Les mesures de contention n'ont pas lieu sous surveillance continue par un membre du personnel.
88	Ne pas remplacer la surveillance continue d'un membre du personnel par la vidéosurveillance. (Principe 7)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Des contrôles réguliers sont effectués, mais il n'y a pas de surveillance permanente par un membre du personnel.
89	Organiser une séance de débriefing avec le patient lorsque les moyens de contention ont été ôtés et lui expliquer la raison pour laquelle la mesure de contention a été appliquée, réduire les traumatismes psychologiques de cette expérience et rétablir la relation médecin-patient. (Principe 8)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							insatisfaisant	Cette exigence n'est pas toujours rencontrée, alors que la réunion de débriefing est ou bien organisée exclusivement entre les membres du personnel, voire avec les représentants légaux, mais souvent seulement de manière très sommaire (ou pas du tout) avec le patient.
90	Mettre fin à une forme quelconque de contention dès que le patient le demande si la mesure de contention a été appliquée à sa demande (Principe 9)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	Le CELPL n'est pas en connaissance d'éléments en contradiction avec cette recommandation expliquant son appréciation.
91	Tenir un registre spécial pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention (y compris la contention chimique). (Principe 11.1)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
92	Signaler la fréquence et la durée des cas de contention de manière régulière à une autorité de contrôle et/ou à un organe extérieur de suivi attitré (par exemple, un organisme d'inspection sanitaire). (Principe 11.2)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							total	Un pareil échange est établi entre les hôpitaux et le CELPL pour toutes les unités psychiatriques.
93	Mettre en place des voies de recours au sein du système administratif des établissements et permettre aux patients d'adresser leurs plaintes – de manière confidentielle – à une autorité externe et indépendante par le biais de procédures de plaintes simples, efficaces et adaptées aux usagers, le cas échéant en ayant recours à des conseils juridiques pour les questions concernant les plaintes, tout en bénéficiant d'une aide juridictionnelle gratuite quand les intérêts de la justice l'exigent. (Principe 12)	CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes	Pratique	moyens de contention		✓	✓	✓							partiel	Tous les patients, ainsi que leurs familles ou représentants légaux peuvent s'adresser à l'Ombudsman, à l'OKAJU ou encore au Médiateur de la santé. Néanmoins, le CELPL recommande aux hôpitaux concernés de tout mettre en oeuvre afin que les patients soient informés de ces possibilités de contact et de renforcer procédures internes de gestion des plaintes qui constitue une garantie essentielle contre les mauvais traitements.
94	Donner au personnel auxiliaire une formation appropriée avant la prise de fonctions, assurer une formation continue, soumettre ce personnel à une supervision étroite et le placer sous l'autorité du personnel de santé qualifié. (Point III, B, 28, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	personnel		✓	✓	✓							partiel	Certains acteurs du terrain déplorent un manque en supervision.
95	Mettre en place des procédures appropriées destinées à protéger certains patients psychiatriques contre d'autres patients qui pourraient leur causer préjudice (p.ex. présence adéquate du personnel à tous moments, y compris la nuit et pendant les fins de semaines). (Point III, B, 30)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	personnel		✓	✓	✓							total	
96	Prendre des dispositions spécifiques en faveur de patients particulièrement vulnérables (p.ex. séparation d'adolescents handicapés mentaux et/ou atteints de troubles psychiatriques des adultes) (Point III, B, 30)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							partiel	En règle générale, une séparation stricte est appliquée entre les mineurs et les majeurs. Le CELPL a toutefois connaissance qu'il est déjà arrivé que des mineurs ont été hospitalisés provisoirement à l'unité pour adultes, il semblerait toutefois que cette pratique ait cessé.
97	Assurer un contrôle approprié de la direction sur toutes les catégories de personnel et délivrer le message que les mauvais traitements physiques ou psychologiques de patients sont inacceptables et sévèrement sanctionnés. (Point III, B, 31)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							total	Le CELPL n'a pas connaissance qu'un contrôle spécifique en la matière soit réalisé par les directions des hôpitaux, rendant une appréciation impossible.
98	Faire primer le rôle thérapeutique du personnel dans les établissements psychiatriques par rapport aux considérations de sécurité. (Point III, B, 31)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Généralités		✓	✓	✓							insatisfaisant	Certains patients sont privés d'activités parce qu'ils n'ont pas de sortie autorisée pour des raisons de sécurité. Les aspects de sécurité priment dans ce cas sur le volet thérapeutique.

- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
99	Offrir des conditions matérielles propices au traitement et au bien-être des patients (Point III, C, 32)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
100	Prodiguer un traitement et des soins adéquats, à la fois psychiatriques et somatiques aux patients (Point III, C, 32)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
101	Garantir l'équivalence des soins en dispensant un traitement médical et des soins infirmiers aux personnes placées involontairement comparables à ceux dont bénéficient les patients psychiatriques volontaires. (Point III, C, 32)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
102	Créer un environnement thérapeutique positif en assurant avant tout un espace de vie par patient suffisant, un éclairage, un chauffage et une aération adéquats, un état d'entretien total et se conformant aux normes d'hygiène hospitalières. (Point III, C, 34)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							partiel	Globalement, les conditions de séjour sont bonnes, mais, dans certains établissements, l'aération des chambres des patients semble insatisfaisante.
103	Accorder une attention particulière à la décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs afin de donner aux patients une stimulation visuelle. (Point III, C, 34, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							partiel	Les chambres peuvent être décorées individuellement, mais les parties communes des unités ou les salles de visite ne sont globalement pas décorées de manière particulièrement accueillante ou stimulante.
104	Mettre à disposition des patients des tables de chevet et des penderies ainsi qu'un endroit où ils peuvent entreposer leurs effets qu'ils peuvent fermer à clef. (Point III, C, 34, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							partiel	Les patients disposent des meubles nécessaires, mais n'ont pas toujours la possibilité de fermer un élément à clé.
105	Concevoir les installations sanitaires de manière à permettre aux patients de préserver une certaine intimité. (Point III, C, 34, al. 3)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
106	Soutenir l'individualisation de l'habillement en tant que partie intégrante du processus thérapeutique et éviter de vêtir les patients en permanence de pyjamas/chemises de nuit, non propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi. (Point III, C, 34, al. 4)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
107	Veiller à ce que la nourriture soit de quantité et qualité adéquates et servie aux patients dans des conditions totales, notamment servis à la température adéquate, présentés de manière soignée et prendre en compte les besoins particuliers de personnes handicapées physiques. (Point III, C, 35)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							partiel	Le CELPL ne critique ni la quantité, ni la qualité de la nourriture proposée, mais doit prendre en considération l'insatisfaction exprimée par les patients. Différentes propositions d'amélioration sont exposées dans le rapport.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
108	Faire en sorte que les patients puissent manger décemment et être conscient que l'aptitude à accomplir les gestes quotidiens de la vie - comme manger avec des couverts corrects en étant assis à une table - fait partie intégrante des programmes de réhabilitation psycho-sociale des patients. (Point III, C, 35)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							total	
109	Considérer la création de structures de vie prévues pour de petits groupes comme facteur essentiel de préservation/restauration de la dignité des patients et comme élément clé de toute politique de réhabilitation psychologique et sociale des patients. (Point III, C, 36)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement					✓		✓				insatisfaisant	Au Luxembourg, il manque des infrastructures aux concepts innovatifs permettant de prendre en charge un petit groupe de patients en unités de vie.
110	Autoriser les patients qui le souhaitent à accéder à leur chambre au cours de la journée, plutôt que de les contraindre à rester avec d'autres patients dans les aires communes. (Point III, C, 36, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	conditions de séjour et traitement		✓	✓	✓							partiel	Les patients affirment qu'ils sont contraints de participer aux activités proposées, mais les membres du personnel disent faire preuve de flexibilité en cas de besoin.
111	Fonder les traitements psychiatriques sur une approche individualisée qui implique l'élaboration d'un protocole de traitement pour chaque patient. (Point 37, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							total	
112	Inclure un large éventail d'activités de réhabilitation et thérapeutiques dans le traitement, incluant l'accès à l'ergothérapie, aux thérapies de groupe, psychothérapies individuelles, à l'art, au théâtre, à la musique, au sport. (Point 37, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							partiel	Globalement, la situation est totale, mais dans certains établissements, certaines offres thérapeutiques font défaut et dans d'autres, l'offre thérapeutique mériterait d'être développée (p.ex. après-midi) et adaptée aux présences des patients (notamment ceux fréquentant une école à l'extérieur)
113	Garantir l'accès régulier des patients à des salles de loisirs correctement équipées et l'accès quotidien à un exercice en plein air	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							insatisfaisant	L'accès à l'air libre pendant au moins une heure par jour n'est pas toujours garanti.
114	Proposer des activités éducatives et un travail approprié. (Point 37, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							total	
115	Mettre en place des procédures formelles pour assurer que les médicaments prescrits sont effectivement administrés et garantir un approvisionnement régulier en médicaments appropriés. (Point III, C, 38)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							total	
116	Veiller à ce que l'E.C.T s'insère dans le protocole de traitement du patient, et son administration doit être assortie de garanties appropriées. (Point III, C, 39)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							n/a	Ce traitement n'est pas appliqué.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	Concerné(s)	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
117	Effectuer régulièrement des bilans de santé des patients ainsi que des réexamens des médicaments prescrits, permettant en particulier d'adopter des décisions éclairées pour une éventuelle fin de placement du patient ou un transfert dans un environnement moins sécuritaire. (Point III, C, 40, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							total	
118	Ouvrir un dossier médical individuel et confidentiel pour chaque patient comportant des informations diagnostiques (y compris les résultats de tout examen spécial subi par le patient) comme des mises à jour permanentes sur l'état mental et somatique du patient ainsi que sur son traitement. (Point III, C, 40, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							total	
119	Autoriser le patient à consulter son dossier, à moins qu'il n'y ait une contre-indication d'ordre thérapeutique et à demander que les informations y figurant soient mises à la disposition de sa famille ou de son avocat. (Point III, C, 40, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							partiel	La situation mériterait d'être clarifiée davantage, en ce qui concerne l'accès aux informations de la part des parents qui sont déchus de l'autorité parentale.
120	Transmettre le dossier du patient aux médecins de l'établissement d'accueil en cas de transfert et - avec le consentement du patient - à un médecin traitant de la communauté extérieure en cas de fin de placement. (Point III, C, 40, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							insatisfaisant	Le dossier n'est pas transféré d'un hôpital à l'autre en cas de transfert.
121	Permettre au patient de donner un consentement libre et éclairé au traitement, considérant que l'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. (Point III, C, 41, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							insatisfaisant	Le CELPL admet que le principe du consentement libre et éclairé est plus difficilement applicable chez les mineurs. Toutefois le CELPL a eu des affirmations inquiétantes à ce sujet par certains professionnels qui sont développés plus amplement dans le rapport.
122	Permettre à tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale et veiller à ce que toute dérogation à ce principe fondamental ait une base légale et ne s'applique que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies. (Point III, C, 41, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique Droit interne	traitement	✓	✓	✓	✓		✓		✓			insatisfaisant	Aucune base légale ne prévoit actuellement les traitements non volontaires dans le chef de mineurs. La réforme du droit de la jeunesse doit veiller à régler cette problématique.
123	Permettre au patient de donner son consentement libre et éclairé à un traitement qui se fonde sur des informations complètes, exactes et compréhensibles sur son état de santé et le traitement qui lui est proposé. (Point III, C, 41, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	traitement		✓	✓	✓							partiel	Les professionnels affirment donner toutes les informations nécessaires, dans un langage adapté, aux patients. Ceux-ci se montrent toutefois insatisfaits des informations à leur disposition.
124	Garantir des ressources en personnel adéquates en nombre, en catégories professionnelles (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) et en termes d'expérience et de formation. (Point III, D, 42)	Normes du CPT, CPT/Int/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Personnel		✓	✓	✓		✓		✓			partiel	Pour plus de détails, le CELPL renvoi aux statistiques publiées.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
125	Veiller à un nombre suffisant d'infirmiers qualifiés en soins psychiatriques parmi le personnel soignant des établissements psychiatriques et de personnel qualifié pour mettre en œuvre les activités socio-thérapeutiques (notamment, les ergothérapeutes), développer la formation spécialisée en soins infirmiers psychiatriques et donner un poids plus important à la sociothérapie. (Point III, D, 43)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Personnel		✓	✓	✓				✓			partiel	Certaines unités ne disposent pas du tout d'infirmiers psychiatriques, mais le CELPL n'est pas en mesure d'apprécier si cette manière de fonctionner est préjudiciable à la prise en charge proposée.
126	Réunir régulièrement les différentes catégories professionnelles du personnel travaillant dans une unité psychiatrique formant une équipe placée sous l'autorité d'un médecin-cadre afin d'identifier les problèmes se présentant au quotidien, de les discuter et de prodiguer des conseils, ce qui permet d'éviter des sentiments de frustration parmi le personnel. (Point III, D, 45)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Personnel		✓	✓	✓							insatisfaisant	Au vu de motifs liés à la protection des données, notamment le personnel enseignant a été/continue d'être exclu des réunions interdisciplinaires.
127	Faire bénéficier le personnel des établissements psychiatriques de possibilités de formations à l'extérieur et de stages dans d'autres institutions et encourager la présence de personnes indépendantes (par exemple, étudiants et chercheurs) et d'organes externes dans les établissements psychiatriques. (Point III, D, 43)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique			✓	✓	✓							total	
128	Définir une politique claire concernant la contrainte physique de patients qui établit sans équivoque que les tentatives initiales de maîtrise de patients agités ou violents doivent, dans toute la mesure du possible, être d'une nature autre que physique (par exemple, instructions verbales) et que, lorsque la contrainte physique est nécessaire, celle-ci soit limitée à un contrôle manuel. (Point III, E, 47, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							total	
129	Former le personnel, dans les établissements psychiatriques, aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. (Point III, E, 47, al. 3)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							total	
130	Recourir aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) sur ordre exprès d'un médecin, soit porté immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation. (Point III, E, 48, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							insatisfaisant	Le CELPL critique que le médecin donne une autorisation de principe pour pouvoir procéder, en cas de crise, à une mesure de contention, même si la mesure est portée à sa connaissance dans les meilleurs délais.
131	Oter dès que possible les moyens de contention physique. (Point III, E, 48, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							total	Le CELPL n'est pas en connaissance d'éléments en contradiction avec cette recommandation expliquant son appréciation.

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	Concerné(s)										Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
					CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENUE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL		
132	Ne jamais appliquer ou prolonger l'application de moyens de contention physique à titre de sanction. (Point III, E, 48, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							total	Le CELPL n'est pas en connaissance d'éléments en contradiction avec cette recommandation expliquant son appréciation.
133	Etablir une politique détaillée relative à l'isolement, explicitant notamment : les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours ; les objectifs visés ; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée du personnel. (Point III, E, 49, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							total	
134	Ne pas utiliser l'isolement à titre de sanction (Point III, E, 49, al. 3)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							partiel	Les mesures disciplinaires appliquées comportent généralement également une forme d'isolement, qui n'est toutefois pas exécutée de la même manière qu'une mesure d'isolement en situation de crise.
135	Consigner chaque recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) dans un registre spécifiquement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient) et comprenant l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. (Point III, E, 50)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	moyens de contrainte		✓	✓	✓							partiel	Il n'y a pas de registre spécifique, les mesures sont renseignées dans le dossier des patients, toutefois comme les renseignements sont informatisés, le CELPL estime que cette manière de procéder n'entraîne pas d'inconvénients. Il devrait toutefois être veillé à ce que les données puissent être collectées et traitées à des fins statistiques.
136	Offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité, ainsi que d'expertise médicale objective dans la procédure de placement non volontaire. (Point III, F, 52)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique Droit interne	Garanties en cas de placement non volontaire	✓				✓	✓		✓			insatisfaisant	Les garanties d'indépendance et d'impartialité sont rencontrées, contrairement à l'expertise médicale objective qui n'est pas toujours garantie avant la décision de placement.
137	Distribuer une brochure de présentation exposant le fonctionnement de l'établissement et les droits des patients à chaque patient à son admission, ainsi qu'à sa famille et offrir une assistance appropriée aux patients qui ne seraient pas en mesure de comprendre cette brochure. (Point III, F, 53, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Garanties en cas de placement non volontaire		✓	✓	✓							partiel	Une pareille brochure est distribuée aux représentants légaux et aux parents, mais les jeunes n'en sont généralement pas informés. Evidemment, le degré de nécessité et d'utilité d'une pareille information varie en fonction de l'âge du patient, raison pour laquelle le CELPL qualifie le degré de conformité de neutre et non d'insatisfaisant.
138	Mettre en place des dispositions spéciales pour permettre aux patients de déposer plainte auprès d'un organe clairement désigné, et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée en dehors de l'établissement. (Point III, F, 53, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Garanties en cas de placement non volontaire		✓	✓	✓							insatisfaisant	Les patients ont la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman, à l'OKAJU ou encore au Médiateur de la santé, mais le CELPL est d'avis que les procédures de plaintes et l'information quant à la possibilité de prendre contact avec ces organismes ou des services internes compétents méritent d'être développées et promues.
139	Permettre aux patients d'envoyer et de recevoir des lettres, d'avoir accès au téléphone ainsi que recevoir des visites de leur famille et de leurs amis et garantir l'accès confidentiel à un avocat. (Point III, F, 54, al. 2)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) Rev. 2010 Français	1 - Pratique	Garanties en cas de placement non volontaire		✓	✓	✓							total	



# Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté

- CHD - Chambre des Députés
- CHL - Centre Hospitalier Luxembourg
- CHNP - Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
- HRS - Hôpitaux Robert Schuman

- MENUE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- MINJUS - Ministère de la Justice
- MINSAN - Ministère de la Santé
- MINSECINT - Ministère de la Sécurité intérieure
- POL - Police Grand-Ducale

#	Norme	Source	Pertinence	Domaine	CHD	CHL	HRS	CHNP	MAGISTRATURE	MENJE	MINJUS	MINSAN	MINSECINT	POL	Degré de conformité	Explications relatives au degré de conformité
140	Soumettre les établissements psychiatriques aux visites régulières par un organe indépendant (par exemple, un magistrat ou une commission de surveillance), responsable de l'inspection des soins prodigués aux patients, autorisé plus particulièrement, à s'entretenir en privé avec les patients, recueillir directement leurs plaintes et, le cas échéant, formuler les recommandations qui s'imposent. (Point III, F, 55)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Garanties en cas de placement non volontaire		✓	✓	✓							total	
141	Mettre fin au placement non volontaire dans un établissement psychiatrique dès lors que l'état de santé mentale du patient le permet, ce qui nécessite une révision de la nécessité du placement à intervalles réguliers. (Point III, F, 56, al. 1)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Garanties en cas de placement non volontaire		✓	✓	✓							total	
142	Accorder au patient le droit de demander, à intervalles raisonnables, que la nécessité du placement soit examinée par une autorité judiciaire. (Point III, F, 56, al. 3)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Droit interne	Garanties en cas de placement non volontaire	✓					✓		✓			partiel	Le CELPL qualifie le degré de conformité de partiel, considérant l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long.
143	Considérer la réduction du nombre de lits dans les grands hôpitaux psychiatriques et développer des unités de soins en milieu ouvert, à condition que de telles unités dispensent des soins de qualité totale. (Point III, F, 58)	Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français	Pratique	Généralités						✓		✓			insatisfaisant	Cette offre de prise en charge doit être développée au Luxembourg.
					24	117	117	116	13	36	2	31	1	3		

### 3. Constats sur place

#### a. Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

##### i. Personnel, infrastructures et procédure d'admission

(15) La pédopsychiatrie du CHL est composée de plusieurs unités : une unité de consultation, un centre de jour, une unité autisme et une unité d'hospitalisation, qui fait l'objet du présent rapport.

L'unité de pédopsychiatrie du CHL constitue le service national d'hospitalisation pédopsychiatrique qui est la structure de référence pour accueillir, diagnostiquer et traiter tout enfant, âgé entre 0 et 12 ans qui présente un trouble psychiatrique majeur et qui ne peut pas être pris en charge exclusivement en milieu ambulatoire.

Les conditions d'âge d'admission ont été modifiées depuis la dernière visite du CELPL. Il reviendra sur cette thématique dans la partie des constats généraux.

Les profils des enfants pris en charge reflètent majoritairement les troubles et problématiques suivants :

- Troubles comportementaux
- Dépressions
- Décrochage scolaire
- Maltraitements
- Négligences
- Obésité

Un séjour à l'unité pédopsychiatrique dure en général 6 semaines et se répartit en une phase d'accueil, une phase d'observation, puis de diagnostic et de réorientation.

#### Personnel

	ETP	Personnes
Assistant social	0,50	1
Chef d'unité	1,00	1
Educateur(ice)	2,00	2
Infirmier(ère) en pédiatrie	2,00	2
Infirmier(ière)	5,30	6
Infirmier(ière) psychiatrique	2,55	3
Pédopsychiatre	0,50	1
Psychologue	0,75	1
Psychomotricienne	0,75	1
Thérapeute familial	0,75	1
<b>TOTAL</b>	<b>16,10</b>	<b>19</b>

Figure 1 – Répartition du personnel à l'unité de pédopsychiatrie du CHL

(16) Comme illustré par le tableau ci-dessus, au moment des visites l'équipe de l'unité pédopsychiatrique est composée de 1 ETP de chef d'unité, 5,3 ETP d'infirmiers, 2,55 ETP d'infirmiers

psychiatriques, 2 ETP d'infirmiers en pédiatrie, 2 ETP d'éducateurs, 0,75 ETP de thérapeute familial, 0,75 ETP de psychologue, 0,75 ETP de psychomotricien, 0,5 ETP de pédopsychiatre et de 0,5 ETP d'assistant social, ce qui fait un total de 16,10 ETP.

Il est à noter que le CELPL a été informé qu'après les visites de l'équipe de contrôle, l'effectif a été renforcé par le recrutement d'un médecin-psychiatre et d'un psychomotricien supplémentaire.

L'équipe de contrôle a eu connaissance qu'il n'y a pas eu d'évolution considérable au niveau des ETP depuis 10 ans, effectif qui aurait été déterminé par le système PRN qui n'est guère pertinent pour prendre en compte les particularités du domaine psychiatrique.

Si l'on considère que la demande de prise en charge a quant à elle, fortement augmenté au cours des dernières années, selon les informations obtenues lors des visites sur place, ce constat semble difficilement conciliable avec les besoins du terrain.

**Le CELPL recommande aux responsables politiques de procéder à une analyse des besoins du terrain et d'adapter au plus vite le nombre d'ETP à ces besoins.**

(17) Il est à noter que l'augmentation de la demande ne concerne pas forcément les hospitalisations, ni les placements, qui eux, sont en baisse ou constants depuis quelques années, comme illustré par les tableaux ci-dessous, mais davantage les consultations et suivis ambulatoires.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de cas	109	113	91	89	86

Figure 2 – Nombre de cas (tout type de patient)

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de placements	2	1	0	2	1

Figure 3 – Nombre de placements

Au niveau de l'âge des enfants placés, la situation se présente comme suit :

	2018	2019	2020	2021	2022
Age moyen lors du placement	11	10	0	6	12

Figure 4 – Age moyen lors du placement

La moyenne de 6 ans en 2021 s'explique par le fait qu'un enfant de trois ans avait été placé à l'unité au cours de cette année. Autrement, l'âge des patients se situe plutôt à la limite supérieure de leur champ de compétence.

Le personnel rencontré a affirmé à l'équipe de contrôle que la formation continue était très développée et encouragée au CHL.

**Le CELPL souligne l'importance de la formation continue en ce domaine professionnel délicat et note avec satisfaction que le CHL n'ait pas changé de position dans le domaine.**

### Infrastructures

(18) Pour accueillir ces enfants, l'unité dispose d'une capacité totale d'accueil de huit lits (chambres doubles) pour des enfants en séjour volontaire et des enfants placés par le juge.

Le CHL connaît des plans de réaménagement, voire d'agrandissement substantiels qui concernent également l'unité de pédopsychiatrie.

Le CELPL a dès lors décidé de ne plus analyser en détail les infrastructures actuelles, mais d'insister sur certains aspects qui devraient être pris en compte lors de la conception ou construction de la nouvelle unité.

Les travaux se dérouleront en deux étapes, impliquant un déménagement de l'unité pédopsychiatrique dans une structure provisoire qui devrait intervenir en 2023, avant d'intégrer les locaux finaux, probablement vers 2035.

L'unité fonctionnera dès lors environ 12 ans dans une structure intermédiaire, avant la finalisation des infrastructures définitives et le Contrôleur externe insiste que ces infrastructures intermédiaires doivent répondre aux besoins du personnel, mais surtout des patients en respectant les normes internationales existant dans le domaine. Tous les droits des patients doivent être respectés et le Contrôleur externe y portera une attention toute particulière.

Il est prévu que les locaux de l'école restent à l'endroit actuel et que les patients de la pédopsychiatrie continueront d'utiliser la cour extérieure à laquelle ils ont accès pour l'instant. Ceci implique inévitablement des déplacements inutiles avec les patients, potentiellement dangereux et faisant face à un risque accru de fugue. Il se posera dès lors la question de la limitation des activités pour les patients pour lesquels la sortie est jugée contre-indiquée.

**Le CELPL souligne qu'une défaillance dans les infrastructures ne pourra légitimer une non-conformité avec les normes internationales, notamment la sortie à l'air libre pendant au moins une heure par jour, mais aussi le principe de la restriction minimale et la création d'un milieu propice à la thérapie. Tous les patients doivent avoir un accès illimité aux activités thérapeutiques proposées et propices à leur prise en charge. Il recommande dès lors d'élaborer des procédures spécifiques pour éviter des répercussions négatives sur la prise en charge des patients.**

Le CELPL souhaite soulever plusieurs éléments que les nouvelles infrastructures devraient rencontrer :

- Disposer d'espaces extérieurs permettant de créer un projet de jardinage (potager, etc.) ;
- Prévoir l'unité au rez-de-chaussée avec espace extérieur adjacent ;
- Veiller à ne pas construire la chambre de time-out à côté d'une chambre de patient ou alors veiller à l'isoler de manière à ce que les bruits de la chambre de time-out ne soient pas audibles dans la chambre du patient ;
- Construire un hall sportif et une piscine.

Actuellement, l'unité de pédopsychiatrie dépend de la logopédie pour organiser des activités de natation. Il est ressorti des différents entretiens menés sur place que les responsables du centre de logopédie ne seraient pas intéressés à formaliser les usages par une convention, ce qui rend la situation particulièrement précaire et indésirable pour le CHL. Le hall sportif et la piscine pourraient évidemment être utilisés par tous les patients dont l'état de santé le permet ou le requiert.

(19) Le CELPL souhaite soulever également les limites de capacité de l'unité pédopsychiatrique et se demande si le service pédopsychiatrique ne mériterait pas d'être élargi. Il ne s'agit pas forcément d'augmenter les places stationnaires, mais la conception d'un hôpital de jour pédopsychiatrique au CHL pourrait représenter une offre pertinente.

**Le CELPL recommande aux responsables politiques et aux responsables du CHL d'analyser la pertinence et la faisabilité d'un pareil projet.**

(20) Au moment des visites, différentes précautions étaient prises pour prévenir la propagation du COVID-19 au sein de l'unité.

Ainsi, les enfants devaient se soumettre une fois par semaine à un test PCR, le port de masques était obligatoire à l'unité, mais pas dans les chambres et une distance plus importante entre les tables dans la salle à manger avait été établie.

Le CELPL peut comprendre ces mesures, mais recommande aux responsables de les limiter à un strict minimum. S'il est vrai que les enfants passent une grande partie de la journée dans un espace limité et fermé, il n'en reste pas moins que ces infrastructures constituent leur domicile pour une période donnée et que les conditions de vie ont un impact direct sur l'environnement et l'adhésion thérapeutiques.

Il est également à soulever qu'au moment des visites, les différentes mesures avaient déjà été levées en milieu extra-hospitalier. Le CELPL aurait pu comprendre que les enfants soient obligés de porter un masque à partir du moment où ils quittent l'unité pédopsychiatrique, mais estime que les autres mesures mises en place dépassent les mesures strictement nécessaires.

**Le CELPL recommande d'adapter les mesures et de permettre aux enfants de vivre dans un environnement le moins restrictif possible et de n'appliquer que les mesures sanitaires strictement nécessaires à protéger la santé des patients.**

#### Procédure d'admission

(21) L'équipe de contrôle a été informée que la majorité des admissions étaient programmées. La baisse du nombre de placements contribue également à ce constat.

Afin de préparer une admission, le pédopsychiatre et le thérapeute de famille organisent des entretiens de pré-admission dans le but de favoriser l'alliance thérapeutique par la mise en place d'un accord commun sur le sens et les objectifs du projet d'hospitalisation. En cas d'accord, un entretien entre les tuteurs, l'enfant et un soignant aura lieu, généralement un mardi. L'admission se fera ensuite le lundi suivant à 15h. Les informations pertinentes quant au fonctionnement de l'unité, aux activités et aux droits du patient sont distribuées aux concernés.

Si cette manière de procéder n'appelle pas d'observations particulières du CELPL, l'équipe de contrôle a toutefois été informée que le ROI existe actuellement uniquement en français. Si le document a été traduit dans d'autres langues, ces versions n'auraient pas encore été validées, de sorte qu'elles ne puissent pas être distribuées. Il semblerait que ce délai soit dû au fait que les personnes en charge de la validation des documents ne disposeraient pas des connaissances linguistiques nécessaires pour ce faire.

**Le CELPL apprécie que les admissions puissent être gérées de la sorte et que tous les concernés soient préparés à l'hospitalisation de l'enfant. Il recommande d'impliquer, dans toute la mesure du possible, les parents dès le début des démarches, même s'ils ne détiennent pas l'autorité parentale. Il insiste sur l'importance de mettre à disposition des patients et de leurs parents et tuteurs des informations dans une langue qu'ils comprennent et recommande aux responsables du CHL de tout mettre en œuvre pour que les documents préparés puissent être validés et distribués aux concernés au plus vite.**

(22) En cas de placement, les informations relatives aux droits sont données au cours de l'entretien de pré-admission, mais il n'y a pas d'information par écrit.

**Le CELPL recommande aux responsables du CHL d'intégrer les informations relatives aux voies de recours dans leur documentation et d'y référer également aux services de l'Ombudsman et du CELPL avec leurs compétences respectives et la possibilité des patients et des parents de contacter ces deux services en cas de placement.**

(23) L'information des droits du patient (placé) est un élément important dans la procédure d'admission.

Il ressort des entretiens menés que ces informations ne sont toutefois données qu'aux parents et non à l'enfant. Il est évident que les informations à communiquer devraient être adaptées en fonction de l'âge de l'enfant et de sa capacité de discernement.

Le CELPL estime que le respect des droits des patients de manière générale et plus particulièrement le respect de ces droits dans un contexte de placement constituent un volet important dans la prise en charge des mineurs, malgré ou justement à cause de leur jeune âge.

**Le CELPL recommande dès lors d'assigner d'office un avocat aux mineurs qui font l'objet d'un placement en milieu psychiatrique, mais également de manière générale, d'une mesure de placement en dehors de leur environnement familial.**

(24) La réforme du droit de la jeunesse compte introduire ce principe, notamment par l'article 58 (2) du projet de loi 7994, créant une nouvelle loi portant aide, soutien et protection aux mineurs, aux jeunes et aux familles, ce que le CELPL apprécie.

**Il se féliciterait si cet exemple de bonne pratique pouvait d'ores-et-déjà être appliqué.**

En cas d'admission programmée, la constellation des chambres est discutée au cours de la réunion du staff. Si un jeune souhaite changer de chambre ultérieurement, il a la possibilité de se manifester via la « boîte à thèmes ».

**Le CELPL recommande de prendre en considération autant que possible les souhaits des enfants en ce qui concerne le partage des chambres étant donné que le fait de partager une chambre avec une personne avec qui le patient a une bonne entente peut sensiblement contribuer au sentiment de bien-être de l'enfant, de la même manière que la situation inverse peut nuire de manière considérable au travail thérapeutique. Il importe que la procédure de changement de chambre soit facile d'accès et qu'elle permette de réagir rapidement lorsqu'un enfant rencontre des difficultés avec l'enfant avec qui il doit partager la chambre.**

(25) Lorsqu'une admission a lieu de manière non programmée, l'enfant est admis aux urgences, par le médecin de garde. Le CELPL reviendra sur la problématique des admissions des jeunes via le service des urgences des hôpitaux dans sa section sur les constats généraux.

Le CELPL apprécie le fait que la majorité des admissions se fasse de manière programmée, que l'enfant et son entourage puissent visiter l'unité avant l'admission et que tous les concernés aient les informations élémentaires avant l'hospitalisation de l'enfant.

Or, l'équipe de contrôle a été informée que lorsqu'une admission a lieu le vendredi soir, de manière non programmée, l'enfant n'est vu qu'après le weekend par un médecin psychiatre de l'unité, de même que par son référent ou encore l'assistant social.

**Le CELPL recommande de modifier cette procédure et de garantir qu'un référent lui soit attribué, que l'enfant et ses tuteurs obtiennent les informations indispensables au fonctionnement du service dès son hospitalisation.**

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

(26) Le CELPL souhaite souligner que les constats dressés ci-dessous ne se basent que sur les informations théoriques (instructions de service, documentation reçue par le CHL) et sur les renseignements obtenus lors des entretiens avec le personnel. Aucun enfant n'était placé au moment des visites de l'équipe de contrôle, de sorte qu'aucun entretien avec un patient n'a pu être réalisé.

En ce qui concerne le programme d'activités, le CELPL voudrait soulever les éléments suivants :

Tous les lundis, l'équipe des soins organise le « Méindeskrees », un groupe de parole où les enfants ont la possibilité de thématiser des problèmes, respectivement où les problèmes « dénoncés » dans la boîte à thème peuvent être abordés.

Le CELPL considère qu'il s'agit d'une activité très importante.

Il estime toutefois que la gestion des réclamations n'est pas assez développée. La boîte à thèmes est certainement un outil intéressant, mais il semble irréaliste qu'il s'agisse d'un outil accessible à tous les enfants de la même manière. Il est important de créer une possibilité pour les enfants d'exprimer leurs craintes, leurs questions et aussi leurs critiques de manière informelle et facilement accessible aux enfants, sans se limiter à la voie écrite, surtout au vu du jeune âge des patients.

**Le CELPL recommande de développer la gestion des réclamations et de désigner une personne externe à l'unité qui fait le lien entre les patients et les membres du personnel et qui analyse régulièrement si la situation des patients est satisfaisante.**

(27) Le CELPL apprécie que le CHL ait élaboré une charte des droits de l'enfant hospitalisé qui est applicable au patient hospitalisé, indépendamment de son âge, de sa maladie et de son état, ceci de jour comme de nuit.

**Il encourage les responsables du CHL à nommer ou recruter une personne qui serait chargée de réaliser un contrôle interne par rapport au respect des règles et droits.**

(28) Il ressort du planning communiqué que les enfants vont jouer à l'extérieur tous les jours ouvrables, sauf le jeudi et ceci pour une durée de 40 minutes. Une sortie à l'air libre semble en effet être réalisée tous les matins, sauf le jeudi matin, où se tient la réunion du staff. Il est avancé que ce jour-là, les patients sortent généralement avec leurs parents [si parents il y a].

**Le CELPL estime que ceci n'est pas suffisant, qu'une sortie à l'air libre d'au moins une heure par jour (fractionnée si nécessaire) doit être garantie à chaque patient et ceci tous les jours de la semaine, sans exception aucune.**

(29) Selon les informations dont dispose le CELPL, aucun programme spécifique n'est élaboré pour les fins de semaine. Certains enfants peuvent rentrer à leur domicile, mais ceci n'est pas le cas pour tous les patients et il est dès lors d'autant plus important de proposer des activités thérapeutiques et/ou occupationnelles aux enfants. Le travail avec un nombre réduit d'enfants peut par ailleurs renforcer le lien de confiance et augmenter l'adhésion à la thérapie.

**Le CELPL recommande d'établir une offre d'activités diversifiée pendant les fins de semaine pour les enfants qui n'ont pas la possibilité de retrouver leur domicile.**

(30) En ce qui concerne les traitements, l'équipe de contrôle a été informée que les traitements involontaires sont évités, ce que le CELPL apprécie.

L'équipe de contrôle doit toutefois soulever des propos préoccupants tenus par un membre du personnel rencontré lors des entretiens menés sur place qui affirmait que cette recherche du consentement n'était pas nécessaire chez les patients placés.

Il est évident que l'âge des enfants hospitalisés à l'unité pédopsychiatrique rend le principe du consentement libre et éclairé plus difficilement applicable, mais il devrait être essayé d'obtenir le consentement des jeunes patients, de manière adaptée à leur âge, notamment en lui donnant, dans un langage adapté, les explications élémentaires quant à son séjour, ses activités thérapeutiques et ses traitements.

En aucun cas, le fait que le jeune ait été placé à l'unité pédopsychiatrique peut être avancé pour ne pas rechercher son consentement.

L'article 6 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo) que le Luxembourg a signé en 1997, mais malheureusement pas ratifié, prévoit lorsqu'un enfant n'a pas la capacité juridique de consentir à une intervention médicale, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, sauf situation d'urgence. Le paragraphe 2 du même article prévoit que *« l'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité. »*<sup>7</sup>.

Les normes internationales, notamment les normes du CPT<sup>8</sup>, prévoient qu'il faut permettre au patient de donner un consentement libre et éclairé au traitement, considérant que l'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement.

**Le CELPL recommande aux membres du personnel et avant tout aux médecins pédopsychiatres de veiller à respecter autant que possible le principe du consentement libre et éclairé, en fonction de l'âge et de la capacité de discernement des enfants hospitalisés.**

(31) Si une médication est prescrite par le médecin, les médicaments sont pris devant les infirmiers. Un contrôle plus poussé quant à la prise effective n'est réalisé qu'en cas de soupçons et est réalisé de manière discrète, p.ex. en parlant encore un peu avec le patient. Dans la mesure du possible, les médicaments sont administrés sous forme liquide pour réduire le risque qu'ils ne soient pas correctement ou complètement avalés.

**Le CELPL apprécie le fait qu'un contrôle de la prise effective soit réalisé de manière discrète en cas de soupçons ainsi que le recours à des médicaments sous forme liquide. Il rappelle l'importance de la prise effective des médicaments, premièrement évidemment pour des raisons de santé du patient concerné et deuxièmement également pour des raisons de prévention d'abus de médicaments.**

(32) Après le séjour à l'unité pédopsychiatrique, une structure adaptée doit être trouvée pour les enfants qui ne peuvent pas réintégrer leur domicile. Les séjours à l'étranger constituent l'une des destinations possibles si une prise en charge s'impose après l'hospitalisation.

---

<sup>7</sup> Conseil de l'Europe (1997, p. 3)

<sup>8</sup> Conseil de l'Europe (2010, p. 10)



Le recours à des mesures à l'étranger est un phénomène qui concerne toutes les unités psychiatriques infanto-juvéniles. Le CELPL traitera ce sujet dans la rubrique des constats généraux.

A part les différentes activités thérapeutiques qui sont proposées, il y a lieu de noter que les enfants hospitalisés à l'unité pédopsychiatrique sont soumis à l'obligation scolaire.

Le service de l'école dispose de six ETP pour l'école interne du CHL qui accueille les enfants hospitalisés au CHL et au Rehazenter, dont deux sont affectés exclusivement à la pédopsychiatrie.

Conformément à la convention établie entre le CHL et le MENJE, le CHL met à disposition de chaque enseignant un ordinateur avec accès à internet et à l'intranet du CHL avec les restrictions d'accès adaptées aux besoins de leur fonction.

**Le CELPL apprécie cette manière de procéder étant donné que la mise à disposition du matériel du CHL aux enseignants détachés augmente la probabilité d'un accès et fonctionnement corrects du matériel.**

(33) Les membres du personnel de l'école participent aux réunions multidisciplinaires de l'équipe, ce que le CELPL apprécie.

Le CELPL souhaite souligner qu'il est important de bien mettre en balance l'obligation scolaire et les besoins thérapeutiques de l'enfant. Ainsi, il apprécie que le personnel enseignant soit impliqué dans les réunions du staff. Il est responsable de l'enfant le temps de la fréquentation des cours et doit savoir où sont les difficultés de l'enfant et le cas échéant aussi si des médicaments peuvent avoir une influence sur son comportement, voire sa capacité de concentration et de travail. Il est indispensable que le personnel enseignant dispose de ces informations.

Les cours ne sont pas dispensés en groupes fixes, ce qui est censé contribuer à l'entraînement des compétences sociales. Les programmes sont adaptés d'une semaine à l'autre en fonction des besoins et capacités des enfants. Généralement, le personnel travaille par groupes de deux enseignants pour un maximum de quatre enfants.

La constellation des groupes appartient aux enseignants qui se basent sur les informations obtenues dans les réunions du staff et ont la possibilité de consulter les dossiers des patients.

Selon les informations reçues, la motivation des enfants pour aller à l'école est généralement bonne. Plusieurs rituels réalisés avant le début des cours (réveil, petit-déjeuner, se brosser les dents, etc.) feraient en sorte que les enfants sont prêts au moment de fréquenter l'école.

**Le CELPL n'a pas pu s'entretenir avec un patient, mais il apprécie les déclarations faites par les membres du personnel et le fait qu'il ne semble pas y avoir de problèmes en ce qui concerne la motivation et la capacité des enfants à fréquenter l'école.**

(34) L'école interne du CHL n'est pas liée par les programmes d'études officiels, mais les utilisent néanmoins comme base de travail. Les enseignants n'établissent pas de bilans, mais ils organisent une réunion de concertation ou de feedback au moment de la transition vers l'école externe après l'hospitalisation de l'enfant.

**Il est à saluer que le CHL affiche une grande flexibilité pour permettre aux enseignants de l'école interne d'accompagner les enfants aux écoles externes afin de garantir au mieux la transition**

(35) La durée des placements à l'unité pédopsychiatrique est globalement relativement courte.

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Durée moyenne de séjour des placés</b>	7	18	0	51	9

Figure 5 – Durée moyenne de séjour des patients placés (en jours)

Après cette hospitalisation, il importe de proposer un suivi adéquat pour stabiliser les biens-faits acquis au cours du séjour stationnaire, ceci en fonction de la destination du jeune patient.

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Foyer</b>	1	-	-	2	-
<b>Famille d'accueil</b>	-	1	-	1	-
<b>Famille</b>	-	1	-	-	-

Figure 6 – Destination des patients

A la fin de l'hospitalisation, si l'enfant n'est pas suivi par un médecin-psychiatre à l'extérieur, deux consultations sont programmées, la première à six semaines de la sortie et la deuxième à 12 semaines. Si l'enfant est suivi par un médecin-psychiatre à l'extérieur, il se voit remettre un rapport avec les conclusions du médecin et le cas échéant du psychologue, du psychomotricien, du thérapeute familial et de l'école.

**Le CELPL apprécie l'organisation de ces consultations de suivi ainsi que la mise à disposition systématique d'un pareil rapport qui est indispensable pour assurer un suivi adapté à la sortie de l'hôpital.**

### iii. Les liens vers l'extérieur

(36) Les liens vers l'extérieur, c'est-à-dire en premier lieu les relations de l'enfant avec ses parents, voire les personnes investies de l'autorité parentale avant le placement en psychiatrie, sont un élément clé dans la prise en charge des mineurs.

Dans toute la mesure du possible, l'objectif du séjour devrait être que l'enfant puisse réintégrer son milieu familial, voire son milieu de vie avant l'hospitalisation.

A cette fin, le maintien ou le cas échéant le renforcement ou l'amélioration des liens avec ces personnes est primordial et doit être encouragé pendant le séjour.

Hormis la participation de ces personnes au travail thérapeutique réalisé avec les professionnels, ceci peut se faire notamment par les appels téléphoniques, le courrier, les visites et les sorties.

#### Les appels téléphoniques

(37) Les enfants peuvent être appelés par leurs parents les jours où ils ne peuvent pas recevoir de la visite, c'est-à-dire les lundis, mercredis et vendredis. Ces appels téléphoniques de 10 minutes ou 2x5 minutes si les parents de l'enfant sont séparés, peuvent être réalisés entre 17h00 et 18h00.

**Cette procédure est inchangée depuis les dernières visites du CELPL qui insiste sur la flexibilité pour permettre aux personnes ayant des occupations professionnelles de pouvoir téléphoner pendant d'autres plages horaires à fixer en concertation avec les membres du personnel de l'unité.**

(38) Le CELPL ne dispose pas d'informations précises quant au déroulement pratique de ces appels téléphoniques, à part le fait que les téléphones portables sont mis à disposition.

**Il fait toutefois un appel aux membres du personnel pour créer un cadre agréable et à l'abri de l'écoute de tierces personnes pour réaliser ces appels afin de respecter l'intimité du jeune par rapport aux autres patients et par rapport aux membres du personnel de l'unité.**

(39) Actuellement, seulement les parents ou tuteurs peuvent appeler leur enfant.

**Le CELPL apprécierait si des dérogations à ce principe pouvaient être faits pour permettre également à d'autres personnes de référence de pouvoir appeler l'enfant pendant son hospitalisation, si le maintien de cette relation est dans l'intérêt de l'enfant.**

(40) Un problème récurrent au niveau des appels téléphoniques qui ne s'est pas amélioré avec les nouvelles infrastructures de l'unité psychiatrique juvénile est le manque, voire l'absence d'intimité lors des appels téléphoniques. Les autres patients ou les membres du personnel sont susceptibles d'écouter les conversations, ce qui n'est pas souhaitable.

**Le CELPL recommande d'autoriser les patients à téléphoner hors de l'écoute des autres patients et dans la mesure du possible, hors de l'écoute des membres du personnel.**

**Si ces contacts devaient être surveillés temporairement pour des raisons thérapeutiques, le CELPL invite les médecins-traitants à formuler une demande auprès du juge qui pourrait alors prendre une décision en ce sens.**

#### Le courrier

(41) Aucune procédure officielle ne régit l'envoi ou la réception de courriers de/par les patients.

**Même si cette voie de communication est certainement moins fréquente et que les enfants hospitalisés à l'unité pédopsychiatrique sont encore jeunes et ne savent pas forcément bien écrire, le CELPL estime qu'il s'agit d'un moyen de contact qui ne devrait pas être exclu d'office. Le cas échéant, un membre du personnel devrait aider les patients à rédiger, respectivement à lire les courriers. Le matériel nécessaire devrait être mis à disposition des patients.**

#### Les visites

(42) Les modalités de visites sont clairement établies par les dispositions internes.

En semaine, les jeunes peuvent recevoir de la visite les mardis et les jeudis, entre 16h30 et 18h00 pour une durée maximale d'une heure. La première semaine de l'hospitalisation, les visites se déroulent à l'unité, après, les patients ont la possibilité de quitter l'unité, voire l'hôpital pendant la durée des visites.

Le CELPL constate avec regret qu'aucun changement n'est intervenu en la matière. Lors des derniers rapports, il avait en effet été insisté que les visites accordées constituaient un minimum absolu qu'il ne faudrait, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles pas réviser vers le bas.

**Comme les horaires de visite n'ont pas changé non plus, le CELPL maintient sa recommandation de faire preuve de flexibilité pour permettre aux personnes exerçant une activité professionnelle de rendre visite à leurs enfants. Malheureusement, aucune information de la part d'un patient n'a pu être récoltée. Lors des entretiens menés par l'équipe de contrôle, les membres du personnel ont toutefois affirmé qu'il était possible d'adapter les heures de visite en fonction des contraintes professionnelles des parents ou autres membres de la famille rendant visite au patient.**

(43) En fin de semaine, cinq possibilités se présentent graduellement en ce qui concerne les visites, voire les sorties, après discussion en équipe pluridisciplinaire et après validation du médecin.

La première semaine de l'hospitalisation, le jeune peut avoir une visite à l'unité pour une durée de deux heures, la semaine suivante, la visite peut se dérouler dans l'enceinte de l'hôpital pour une durée maximale de trois heures, toujours entre 13h30 et 17h00.

**Le CELPL estime que ces modalités entourant les visites sont très strictes et limitatives. Il peut comprendre que les visites doivent être entourées de règles précises et que la visite d'un parent peut être un élément de stress pour tous les concernés. Néanmoins, il réitère son opinion que le maintien et le renforcement des liens avec les parents constitue un élément clé dans la prise en charge du mineur (du moins dans les situations où un retour en milieu familial est envisagé).**

**Il insiste que ces droits de visite ne doivent pas être révisés vers le bas et rappelle que les normes internationales en la matière stipulent que les personnes placées devraient pouvoir recevoir des visites sans limitation déraisonnable<sup>9</sup>.**

(44) Si un enfant est placé à l'unité pédopsychiatrique en provenance d'un foyer, les membres du personnel du foyer pourraient lui rendre visite quatre fois par semaine. Selon les informations recueillies, il est cependant très rare que quelqu'un du foyer vienne rendre visite à un enfant.

Le CELPL regrette ce constat. Les référents du foyer ont été présents près du jeune avant son transfert à la pédopsychiatrie et sont très vraisemblablement les personnes avec qui le jeune a été le plus en contact les mois précédents.

**Le CELPL fait un appel urgent aux responsables des foyers de maintenir autant que possible les liens avec le jeune placé à la pédopsychiatrie, ceci d'autant plus s'il est envisagé que le jeune réintègre le foyer après son hospitalisation.**

### Les sorties

(45) Des sorties de journée sont possibles à partir de la troisième semaine d'hospitalisation : l'enfant peut alors quitter l'hôpital entre 11h00 et 17h00 pour se rendre à son domicile. Les sorties de weekends complets, comprenant une nuit, et les sorties de weekends prolongés (deux nuits) sont possibles à partir de la quatrième, respectivement cinquième semaine.

**Le CELPL n'a pas d'objections quant à ce mode de fonctionnement. Il recommande toutefois de motiver tout refus qui pourrait être opposé aux parents ou tuteurs<sup>10</sup> en matière de sortie de leur enfant et d'en expliquer les motifs à l'enfant, aux parents et tuteurs.**

---

<sup>9</sup> Conseil de l'Europe (2004, p. 8)

<sup>10</sup> Le CELPL vise à cet endroit les tuteurs autres que ceux d'un foyer où l'enfant est placé et qui détient l'autorité parentale, tels que p.ex. d'autres membres de la famille à qui l'autorité parentale aurait été confiée.

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

(46) La gestion de crise est réglée dans le concept de l'unité de pédopsychiatrie et détermine dans quelle situation une contention peut être envisagée.

Ainsi, les dispositions internes distinguent entre les débordements des enfants et les crises d'agitation avec un passage à l'acte envers les autres, envers soi ou envers les objets.

La contention n'est envisageable que dans le cas des crises d'agitation avec passage à l'acte si les mesures antérieures, moins invasives, se sont montrées inefficaces.

Ainsi, le personnel est appelé à procéder en premier lieu à un isolement du groupe, un retour en chambre en se concentrant sur une relation d'aide et une écoute active. Si cette démarche ne réussit pas à désamorcer la situation, il peut être procédé à un isolement en chambre de surveillance ou au time-out. Si cette étape s'avère également insuffisante, une contention corporelle avec ou sans médication peut être appliquée.

En cas de nécessité, les agents de sécurité affectés au CHL peuvent être appelés à aider le personnel soignant. Les compétences respectives sont clairement déterminées et n'appellent pas d'observations particulières. Le CELPL regrette toutefois que les agents de sécurité ne profitent pas d'une formation particulière qui les sensibiliserait au travail en milieu psychiatrique et au travail avec de jeunes enfants.

**Le CELPL recommande aux responsables du CHL de mettre en place une formation dispensée aux agents de sécurité afin de les préparer au mieux à leurs interventions à l'unité pédopsychiatrique.**

(47) Dans les cas où la contention corporelle n'est pas adaptée ou n'apporte pas le résultat souhaité, le personnel peut alors procéder, en dernier recours, à une contention physique/mécanique avec médication d'office.

Avant de procéder à une pareille mesure, le personnel essaie généralement de calmer la situation par la parole, la triangulation, la consultation avec le médecin, le fait d'ignorer le jeune, de l'écarter du groupe ou à l'inverse, de l'intégrer dans le groupe, de lui proposer de retrouver son calme dans le hamac, voire par le sac de boxe ou la technique du bûcheron (yoga).

**Le CELPL apprécie que les étapes d'intervention sont clairement arrêtées par écrit, que le principe de subsidiarité soit respecté et que la contention physique soit utilisée en tant que mesure de dernier recours.**

(48) La décision de mettre fin à une mesure de contention mécanique est une décision commune de l'équipe et du médecin qui affirment « essayer de ne pas dépasser les 24 heures ». Un contrôle régulier (au début toutes les 15 minutes, puis toutes les heures) est effectué par un membre du personnel soignant. Le patient a par ailleurs une sonnette à sa disposition avec laquelle il peut appeler un membre du personnel.

**Le CELPL apprécie qu'un contrôle physique ait régulièrement lieu pendant une contention mécanique. Il souligne toutefois que la durée d'une pareille mesure devrait se limiter à la durée strictement nécessaire et se compter en minutes, plutôt qu'en heures<sup>11</sup>. Si une mesure de contention dure plus de quelques heures, il est recommandé de faire réévaluer sa nécessité par un médecin.**

---

<sup>11</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 4)

**Le patient doit en tout état de cause profiter à échéances régulières d'un réexamen de la mesure et d'une réévaluation de sa nécessité<sup>12</sup>.**

(49) Pendant la mesure de contention mécanique, le patient n'est pas autorisé à boire, le personnel humidifie la bouche en cas de demande. Lorsque les patients doivent aller aux toilettes, un pot de chambre est amené.

**Le CELPL voit ces règles d'un œil critique et rappelle que les facultés des patients à s'alimenter et à fréquenter les toilettes doivent être maintenues dans toute la mesure du possible, tel que préconisé par les normes internationales en la matière<sup>13</sup>. Il est conscient que les contentions mécaniques sont rares et que les cas échéant leur durée est très limitée, mais, en cas de survenue d'une pareille situation, il insiste sur le respect de cette norme internationale.**

(50) Au moment de l'admission, le médecin donne son accord pour procéder à une contention corporelle ou contention mécanique en situation de crise qui reste valable pour la durée du séjour de l'enfant. La décision est réévaluée régulièrement avec l'équipe.

Le CELPL remet en question le principe de l'approbation générale pour l'application de mesures de contrainte et rappelle que les mesures de contention devraient être appliquées sur ordre exprès d'un médecin, après une évaluation individuelle du patient concerné, ou qu'il faut les porter immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation qui devrait examiner le patient concerné dès que possible<sup>14</sup>.

L'équipe de contrôle a été informée que la chambre qui se situe à côté du local de time-out, dans lequel sont réalisées les mesures d'isolement et de contention n'est pas assez isolée, de sorte que l'enfant présent dans cette chambre entend notamment s'il y a des cris en situation de crise dans ce local de time-out.

**Une pareille situation peut être particulièrement traumatisante pour un enfant et doit absolument être évitée.**

**Si une pareille situation se présente, tout doit être fait pour que la chambre actuelle à côté de la chambre de time-out soit inoccupée, si tel est impossible et qu'un enfant est témoin de la scène, un débriefing doit obligatoirement être réalisé avec l'enfant témoin.**

**Le CELPL recommande de veiller à éviter une pareille conception de chambre lors de la construction de la nouvelle unité de pédopsychiatrie.**

(51) Si les procédures réglant la gestion de crise ne donnent *a priori* pas lieu à des critiques, le CELPL souhaite s'attarder sur un volet qui a pris de l'ampleur par rapport aux dernières visites : la contention corporelle.

Lors des dernières visites, en 2011, 2014 et 2016, la contention corporelle était évoquée comme mesure, consistant en une tenue ferme de l'enfant, afin de lui donner une protection et lui permettre de se calmer.

Au fil des années, cette mesure semble pourtant avoir évolué de manière considérable : Premièrement, le patient n'est plus tenu avec les bras du médecin ou du soignant, mais est enveloppé

---

<sup>12</sup> Conseil de l'Europe (2004, p. 10) et Conseil de l'Europe (2017, p. 4)

<sup>13</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 3)

<sup>14</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 3)

dans des draps, en position allongée sur le ventre. Deuxièmement la fréquence d'application de cette mesure a nettement augmenté.

La note précise que l'expérience professionnelle au sein de l'unité a montré qu'une mesure de contention corporelle dure de 30 à 45 min. avec deux à trois pics d'agitation.

En cas de recours à une contention corporelle, une note en est faite dans le dossier.

Avant la fin de la mesure, trois questions sont posées au mineur :

- Pourquoi es-tu au time-out ?
- Qu'est-ce que tu pourrais faire autrement la prochaine fois ?
- Quelle(s) démarches dois-tu faire maintenant (p.ex. s'excuser, se reposer, se dépenser, etc.)

La décision de procéder à une contention corporelle est prise par deux membres du personnel soignant et l'intervention est réalisée à trois, à savoir deux soignants, dont l'un a une fonction de leader et un troisième intervenant doit être présent avec le groupe d'enfants.

Comme déjà mentionné, le personnel travaille par tours à raison de 2-3-1. Un problème organisationnel peut dès lors se poser les matins en cas de crise d'agitation, comme il n'y a que deux infirmiers à l'unité. Il existe la possibilité d'actionner le bouton d'alarme faisant en sorte que le personnel disponible se déplace à l'unité. Les vigiles assurent toujours un rôle passif et prennent la place au niveau des pieds s'ils doivent intervenir.

**Le CELPL recommande au personnel d'être particulièrement attentif aux signes précurseurs d'une situation de crise afin de pouvoir prévenir dans les meilleurs délais des personnes susceptibles d'aider pendant l'intervention. Il est primordial qu'une mesure de contention se déroule dans des circonstances optimales pour l'enfant concerné, mais également pour les autres enfants présents à l'unité qui doivent en tout état de cause être hors de vue et d'écoute de la situation de contention.**

(52) Le CELPL souhaite émettre ses doutes quant à la pratique de réserver la décision de procéder à une contention corporelle à deux membres du personnel soignant.

Il a en effet eu l'impression que cette pratique est très banalisée, qu'elle est très régulièrement appliquée et que les bienfaits ou méfaits de cette contention ne sont pas remis en question. Ceci est appuyé notamment par le fait que la contention corporelle, contrairement à la contention physique, n'est pas immédiatement portée à la connaissance des parents, mais seulement au cours de la prochaine visite ou à l'occasion du prochain appel téléphonique et qu'il n'y ait pas de prise de contact avec le médecin.

Malheureusement, les données communiquées au CELPL ne permettent pas de ressortir le nombre d'application de cette mesure.

Le CELPL n'est pas doté de médecins et ne peut dès lors pas se prononcer sur la pertinence scientifique de cette méthode de contention.

Cependant, il voudrait souligner que ses recherches n'ont pas permis de tirer des conclusions sur l'applicabilité de cette mesure aux situations décrites à l'unité de pédopsychiatrie. En effet, les documents de recherche scientifique que le CELPL a pu consulter ne parlent que d'une application de la contention corporelle avec des draps dans le cas d'enfants relevant du spectre de l'autisme, situation dans laquelle sont utilisés des draps froids, facteur qui a une importance capitale dans le fonctionnement de cette méthode.

**Le CELPL souhaite obtenir de plus amples renseignements sur cette méthode et sa fréquence d'application. Il recommande de revoir les instructions de service quant à la prise de décision, de sorte à impliquer de manière obligatoire un médecin. Il exprime par ailleurs ses doutes quant au maintien adéquat des capacités respiratoires pendant la mesure de contention, réalisée sur un enfant couché sur le ventre.**

**Il s'agit d'une méthode très invasive qui, même si les enfants finissent par se calmer, peut être vécue comme traumatisante. Cette mesure ne doit de ce fait en aucun cas être banalisée et être considérée comme faisant partie du quotidien.**

**Le CELPL a en outre décidé de se pencher prochainement de manière plus approfondie sur la thématique des mesures de contention en milieu psychiatrique et aura à cette fin recours à des experts en la matière pour analyser les considérations médicales et éthiques.**

(53) Pour les patients qui sont plus âgés ou pour lesquels une contention corporelle ne peut pas être appliquée pour des raisons de santé, voire si la contention corporelle n'a pas apporté le soulagement espéré, une mesure de contention physique (fixation) peut être appliquée.

Cette mesure est toujours accompagnée d'une médication et dans tous les cas suivie d'un débriefing avec les soignants.

**Le CELPL insiste sur l'importance d'un pareil débriefing, autant en équipe professionnelle, qu'avec le ou les patients impliqué(s) ou concerné(s). Le débriefing devrait être obligatoire avec le patient qui a subi la mesure de fixation, de même qu'avec les patients qui ont été confrontés à la situation, notamment parce qu'ils ont entendu des cris ou qu'ils étaient présents au moment de la situation de crise. Il rappelle également qu'une médication forcée ne devrait être administrée qu'en tant que mesure de dernier ressort.**

(54) Indépendamment de la mesure appliquée, les parents, voire les personnes investies de l'autorité parentale, sont informées dès qu'une médication est administrée (donc également qu'une contention physique a été appliquée) et dans tous les cas dans les 24 heures et un entretien leur est proposé « le plus vite possible », ce qui revient généralement à la prochaine visite ou au prochain entretien programmé.

Si l'enfant est placé en provenance d'un foyer détenteur de l'autorité parentale, ce sont les responsables du foyer qui sont informés de la mesure.

**En pareil cas, le CELPL recommande aux responsables du CHL d'informer également les parents du patient. Si l'information ne doit, selon les circonstances, pas être communiquée immédiatement, le sujet devrait être abordé au plus tard lors de la prochaine visite ou consultation.**

**Le CELPL ne partage pas l'avis qu'il revient (exclusivement) au foyer de continuer cette information aux parents, alors que les parents méritent également d'obtenir des informations « de première main », de personnes qui étaient sur place et qui ont assisté à la crise et à la mise en œuvre de la mesure pour pouvoir répondre à d'éventuelles questions. Il importe de continuer à impliquer et à responsabiliser les parents, surtout qu'une réintégration en milieu familial doit, à terme, être le but visé.**

(55) Si l'enfant est directement placé au CHL, donc sans avoir été préalablement placé dans un foyer, l'autorité parentale est transférée au CHL. Dans cette situation, les membres du personnel n'étaient



pas en mesure de répondre à la question si l'information de l'application de la mesure de contention était transférée à un membre du personnel ou de la Direction du CHL.

**Comme beaucoup d'acteurs sur le terrain, le CELPL critique le fait que l'autorité parentale soit transférée à l'hôpital (ou de manière générale à l'institution à laquelle le mineur est confié) alors qu'une pareille constellation est nuisible à la relation de confiance entre le patient et le médecin traitant. Le CELPL est d'avis qu'il s'agit d'une situation qui mérite d'autant plus de vigilance pour garantir les droits du patient. Le fait que le détenteur de l'autorité parentale décide, plus ou moins directement, d'appliquer une mesure de contrainte, demande plutôt une procédure de contrôle supplémentaire qu'une en moins.**

**Le CELPL recommande aux responsables du CHL de développer des procédures de communication claires à appliquer dans des situations pareilles et de déterminer les charges revenant à la personne à qui l'autorité parentale est officiellement confiée.**

**De manière générale, les charges, droits et responsabilités liées à la détention de l'autorité parentale devraient être clairement arrêtés par les procédures internes.**

(56) Il ne peut pas être exclu qu'une médication forcée ait lieu. Dans ces cas, les médicaments ne sont pas administrés par voie intraveineuse, mais la médication est prise par voie orale.

**Le CELPL recommande aux responsables concernés d'être très vigilants à cet égard. Les traitements médicamenteux involontaires, de même que les mesures de contention ne sont actuellement ni réglementés, ni légalement autorisés pour les mineurs, de sorte qu'il convient d'autant plus de limiter ces mesures au strict minimum et aux situations particulièrement dangereuses pour le patient ou pour autrui et de porter le plus grand soin à un déroulement respectant la dignité des patients.**

#### *Autres constats*

(57) L'équipe de contrôle a constaté que l'unité ne dispose pas d'un ergothérapeute. Cette activité est généralement valorisée au sein des autres unités psychiatriques visitées par le CELPL et représente globalement une activité thérapeutique très appréciée par les patients.

**Le CELPL demande à obtenir de plus amples explications quant au choix de renoncer volontairement aux services d'un ergothérapeute au sein de l'unité pédopsychiatrique.**

(58) Un aspect important concernant la prise en charge au CHL est le fait que les patients sont plus susceptibles d'être transférés vers une autre unité psychiatrique, en fonction de l'âge du patient, voire que le jeune âge des patients pris en charge au CHL rend ce transfert plus difficile.

Pendant le séjour à l'unité pédopsychiatrique, l'enfant construit des relations de confiance, commence à intégrer le fonctionnement du service, voire de la vie en milieu hospitalier et le cas échéant à modifier son comportement grâce au travail accompli avec ses personnes référentes.

La transition vers une autre unité est dès lors un moment délicat dans le parcours du jeune patient qui mérite une attention toute particulière.

L'équipe de contrôle a eu connaissance d'un concept de transition, mis en place au CHL dans certaines unités somatiques, comme en endocrinologie ou au service prenant en charge les jeunes souffrant de maladies rares. Lorsque l'enfant atteint l'âge à ne plus être suivi par les médecins-spécialistes intervenant en pédiatrie, ce concept prévoit que les consultations ont lieu, dans une première phase,

en présence des infirmiers et médecins des deux services (adultes et pédiatrie) avant que le patient ne soit suivi exclusivement par les médecins pour adultes.

**Le CELPL estime qu'un pareil mode de fonctionnement devrait être appliqué dans le domaine de la psychiatrie, permettant aux jeunes une transition progressive vers leur nouveau milieu de vie avec les nouveaux intervenants et concepts.**

En l'occurrence, il n'est pas important de savoir si les médecins ou les membres du personnel adoptent la même orientation thérapeutique ou non, il s'agit uniquement d'une transition sur le plan humain, permettant au patient de nouer plus facilement des relations de confiance et de se familiariser progressivement avec ce nouveau cadre thérapeutique. Le CELPL invite les responsables concernés de se concerter afin de discuter des modalités pour établir une pareille collaboration en milieu psychiatrique.

**Il reviendra sur la problématique des transitions dans la rubrique des constats généraux.**

(59) Le suivi après une hospitalisation est toujours un moment délicat dans la prise en charge d'un patient. Après un séjour à l'unité de pédopsychiatrie, qui dure généralement environ six semaines, le CHL étant un hôpital pour soins aigus, le suivi peut notamment être réalisé par « Initiativ Liewensufank » ou « Luxbébé » qui constituent des offres gratuites, mais qui n'offrent pas de suivi à long terme.

Il a été mis en avant que la prise en charge psychologique est très compliquée après la fin de l'hospitalisation, notamment parce que les services proposant des suivis gratuits sont surchargés et n'ont plus de disponibilités et que les autres services proposent un suivi qui devrait être pris en charge par les concernés, parce qu'il n'est pas remboursé par la CNS.

**Le CELPL recommande de développer la prise en charge ambulatoire ou semi-stationnaire après une hospitalisation. Cette situation illustre qu'il est urgent de trouver rapidement un accord pour le remboursement de la psychothérapie. Il fait un appel insistant aux responsables politiques d'implémenter un accord pour que ce suivi puisse être prise en charge par la CNS.**

(60) En cas de placements, le suivi est généralement réalisé via l'ONE et le SCAS. La manière de procéder a cependant été décrite comme étant problématique, dans le sens où ces services réalisent des visites à domicile, mais que ces visites en famille sont généralement annoncées à l'avance. Il est indéniable que cette manière de procéder peut empêcher d'obtenir une image fidèle à la réalité.

Le CELPL estime que ce travail de suivi, le travail en ambulatoire, permettant d'évaluer correctement les circonstances de vie, est un élément clé dans la prévention de la ré-hospitalisation. Il est toutefois d'avis, au vu des éléments obtenus lors de ses entretiens, que ce travail ne peut, à l'heure actuelle, pas être réalisé dans des conditions optimales.

Il donne à considérer qu'il serait primordial de pouvoir observer le fonctionnement de la famille dans des conditions réelles. A cette fin, il serait intéressant de pouvoir hospitaliser une mère et/ou un père avec son enfant afin de pouvoir observer les interactions.

**Le CELPL recommande au ministère de la Santé d'analyser les possibilités pour développer les unités mère-enfant déjà en place à la *Kannerklinik* et de concevoir un ou plusieurs studios à cette fin. Cette offre serait primordialement intéressante pour les familles avec des enfants en bas âge, qui seraient/ont été hospitalisés au CHL, étant donné que ces enfants ne peuvent pas exprimer les problèmes rencontrés de la même manière qu'un adolescent pourrait le faire.**

**Un pareil studio permettrait également d'héberger un parent avec son nouveau-né, ce qui pourrait également contribuer à une détection précoce de difficultés relationnelles et comportementales, permettant de répondre le plus rapidement possible si la santé ou le développement de l'enfant est compromis et d'apporter un réel soutien à l'enfant et aux parents.**

**Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent d'élargir l'offre de prise en charge et de consultation pour les mères avec leurs bébés/enfants sur le plan national.**

(61) Le CELPL a eu connaissance que des enfants en bas âge étaient placés à la *Kannerklinik*.

Il s'agit principalement d'enfants chez lesquels il existe des soupçons de maltraitance déclarés par le CHL pour donner suite à une admission de l'enfant pour d'autres raisons ou de nouveau-nés dont les parents ne sont pas aptes à prendre soin correctement ou pour lesquels il est indiqué d'observer leurs interactions.

**Le CELPL apprécie que les professionnels au CHL réagissent à la suite de soupçons de maltraitance ou de négligence et encourage les responsables du CHL à développer des procédures de communication entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie pour systématiser la transmission des informations et mettre en place le plus rapidement possible le suivi adéquat.**

(62) Le CELPL admet qu'il y a des situations où une pareille observation s'avère indiquée, mais il remet en question la pertinence du lieu de placement. Aucun encadrement particulier n'est proposé aux enfants placés à la *Kannerklinik* et la durée du placement dépasse souvent la durée médicalement indiquée. Un pareil séjour ne peut *in fine* pas être considéré comme étant dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Celui-ci peut, le cas échéant, échapper aux maltraitements et/ou négligences auxquelles il serait exposé à domicile, mais l'apport bénéfique du séjour s'arrête là, évidemment une fois que d'éventuels soins somatiques auront été dispensés. A part ceci, l'enfant se trouve majoritairement isolé sans activités, ni occupationnelles, ni thérapeutiques.

**La conception du studio décrit *supra*, voire le développement des offres de prise en charge et de consultation pour les mères avec leurs bébés ou enfants en bas âge pourraient également s'avérer utiles pour ces cas de figure.**

(63) Le CHL propose des mesures de « time-out » aux foyers, lorsque les membres du personnel du foyer ont atteint leurs limites dans la gestion du jeune. Dans ce cas, le jeune peut être admis pour une période de quatre semaines à l'unité pédopsychiatrique.

**Le CELPL avait lui-même préconisé une pareille offre d'entraide<sup>15</sup> et soutient en son principe la manière de procéder.**

(64) Actuellement, ces mesures fonctionnent de manière informelle et il semblerait que jusqu'à présent, cette manière de procéder n'ait pas posé de problèmes. Le CELPL souhaite toutefois mettre en garde contre les difficultés qui pourraient découler si les modalités pratiques de ces prises en charge temporaires ne sont pas officialisées.

Il en va de même pour des questions de responsabilité, mais aussi de garanties, notamment en ce qui concerne la réintégration de l'enfant au foyer après la durée de séjour déterminée. Le CELPL apprécie que cette offre puisse fonctionner sur base de la confiance mutuelle, mais invite les responsables à

---

<sup>15</sup> CELPL (2011, p. 48)

réfléchir sur l'opportunité et la pertinence de régler ces transferts par des contrats (dans tous les cas où la décision de ce transfert temporaire n'est pas prise par le juge).

Parallèlement à ces considérations pratiques, le CELPL est d'avis que cette mesure ne doit pas se limiter au fait de sortir pour une durée déterminée le jeune de son environnement habituel afin d'accorder un « time-out » aussi bien au jeune qu'aux membres du personnel du foyer avec qui il peut y avoir eu des situations conflictuelles. Ce temps doit être mis à profit pour réparer de manière active les liens qui ont été mis à l'épreuve de part et d'autre et qui ne guériront pas uniquement par la distanciation temporaire.

**Le CELPL recommande de mettre en place une « médiation » entre le(s) éducateur(s) et le jeune concerné pendant son hospitalisation à l'unité pédopsychiatrique. Même si la mesure a certainement permis de prendre du recul par rapport aux situations vécues, il est très improbable que les problèmes soient réellement résolus au moment du retour du jeune surtout s'il s'agit d'un comportement répété.**

## **b. Les Hôpitaux Robert Schuman Luxembourg (HRS)**

### *i. Personnel, infrastructures et procédure d'admission*

(65) Depuis le dernier rapport relatif aux unités psychiatriques infanto-juvéniles du CELPL, l'unité des HRS a intégré de nouveaux locaux.

Le Service national de psychiatrie juvénile (SNPJ) traite les adolescents (13 à 18 ans) atteints de troubles mentaux et est composé :

- d'une unité d'hospitalisation aiguë (15 lits) à l'Hôpital Kirchberg
- d'une unité d'hospitalisation psychothérapeutique (15 lits) à l'Hôpital Kirchberg
- d'un hôpital de jour (20 places) à l'Hôpital Kirchberg
- d'un hôpital de jour (12 places) à la Clinique Sainte Marie (Esch-sur-Alzette)
- d'un Service de détection et d'intervention précoce (SDIP) à Luxembourg-Gare

L'unité d'hospitalisation du Service national de psychiatrie juvénile (SNPJ) des HRS dispose donc désormais de 30 lits et est une unité de psychiatrie aiguë, de garde 7/24 et assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux (tels que p.ex. troubles émotionnels (troubles anxieux, états dépressifs, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles dissociatifs), troubles alimentaires (anorexie nerveuse, boulimie, autres) ou crises suicidaires) ou de problèmes liés à l'abus de substances.

L'unité dispose de 16,31 ETP, affectés à l'unité stationnaire, composés de médecins-psychiatres, psychologues, ergothérapeute, assistant social et personnel éducatif et soignant.

L'équipe soignante travaille par tours, trois personnes pendant la matinée et la journée et deux pendant la nuit.

Les contrôleurs ont noté qu'il n'y a pas d'infirmier psychiatrique dans l'équipe. Ils sont d'avis qu'il s'agit d'un groupe professionnel qui peut apporter une contribution précieuse dans une pareille unité et s'interrogent sur les raisons d'absence d'un pareil profil.

**Le CELPL demande à obtenir de plus amples explications quant aux raisons d'absence d'un infirmier psychiatrique à l'unité.**

(66) L'unité d'hospitalisation aiguë, donc l'unité stationnaire dispose de 15 lits, répartis en six chambres doubles et trois chambres simples.

Dans les nouvelles infrastructures, les chambres individuelles disposent de salles de bain sécurisées et toutes les chambres ont été aménagées de façon « anti-suicide ».

**Le CELPL apprécie que d'un côté architectural et infrastructurel, tout a été mis en œuvre pour réduire le risque d'un suicide au minimum.**

(67) Toujours dans une optique de minimalisation des risques en matière de suicide, les fenêtres ne peuvent pas être ouvertes complètement. Ceci entraîne que l'aération des chambres est très réduite.

**Le CELPL est d'avis qu'une solution différente aurait pu être trouvée en ce qui concerne l'ouverture des fenêtres et regrette que son avis n'ait pas été consulté lors de la conception de la nouvelle unité.**

(68) L'unité dispose d'une terrasse couverte, accessible directement à partir de l'unité et qui peut être utilisée notamment par les patients qui ne disposent pas encore d'autorisation de sortie.

Il s'agit d'un espace qui est aménagé de manière conviviale et accueillante qui peut être un réel atout pour les patients, surtout lorsqu'il fait beau et qu'ils ont libre accès à un espace à l'extérieur.

Le CELPL exprime cependant ses réserves quant à l'utilisation de cet espace comme seul accès à l'air libre dont disposent les patients qui n'ont pas encore le droit de sortie. L'espace est d'une surface réduite et n'offre pas de vue dégagée, ce qui est toutefois indispensable pour avoir un réel sentiment de « sortie ».

**Le CELPL recommande aux responsables de revoir le système des sorties à un espace extérieur pour les patients ne disposant pas encore du droit de sortie. A cette fin, il recommande de concevoir un espace extérieur sécurisé que les patients pourraient utiliser. Idéalement, cet espace serait conçu de manière à pouvoir être utilisé également pour d'autres activités thérapeutiques, p.ex. pour faire des activités physiques à l'extérieur ou des activités de jardinage.**

(69) D'une manière générale, il convient de souligner que la nouvelle unité a l'avantage d'être plus lumineuse et que les patients disposent d'une plus grande liberté au niveau de la circulation, parce que les lieux peuvent être surveillés plus facilement.

Il s'agit ici toutefois également du désavantage majeur de l'unité, alors qu'elle ne dispose pas d'endroit qui permettrait aux patients de se retirer (à part le cas échéant dans leur chambre, qu'ils partagent cependant majoritairement avec un autre patient).

Ceci rend également la gestion des crises plus compliquée. Le patient concerné ne peut pas échapper aux bruits et divers stimuli de l'unité, ne peut pas s'éclipser brièvement de la vie de groupe et si une crise se déclenche, celle-ci a lieu à la vue de tous. Une première intervention des membres du personnel visant à désamorcer la situation aura également lieu au sein du groupe, de sorte que les autres patients peuvent voir et le cas échéant entendre les événements.

Il est également à soulever que le nombre de placements à l'unité de psychiatrie juvénile a sensiblement diminué depuis le dernier rapport du CELPL.

Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que les HRS ont développé leur service de « clearing », service que le CELPL souhaite tout particulièrement mettre en avant comme exemple de bonne pratique.

Le clearing fonctionne avec un médecin et une assistante sociale. Un professionnel du secteur (p.ex. SCAS ou juges de la jeunesse avec qui il existe une très bonne collaboration) doit faire une demande auprès du service, le rendez-vous est alors fixé dans la semaine. À la suite de cette consultation, les responsables du clearing déterminent si une prise en charge est nécessaire et si oui, laquelle : hôpital de jour ou séjour stationnaire, volontaire ou avec placement. Si un placement est nécessaire, il est programmé à quelques jours.

En moyenne, ce service réalise sept à huit clearings par mois, avec des rendez-vous de chaque fois une heure.

Actuellement, ce service opère parallèlement au fonctionnement normal de l'unité. Selon les informations obtenues, une demande pour l'obtention d'un financement spécial pour ce service est en cours auprès de l'ONE.

**Le CELPL estime qu'un pareil service mérite d'être promu et soutenu considérant qu'il permet de contribuer à une meilleure organisation des soins psychiatriques, d'éviter des placements non indispensables, tout en proposant une alternative adaptée, permettant de réserver les places hospitalières disponibles aux patients nécessitant une telle prise en charge. Il soutient dès lors officiellement la demande de financement introduite auprès de l'ONE.**

(70) Lorsqu'un patient est admis à l'unité, une brochure sur le fonctionnement de l'unité lui est distribué.

Selon les informations des contrôleurs, cette brochure a été actualisée pour la dernière fois en 2017, de sorte que les informations données aux concernés, notamment relatives aux personnes de contact peuvent être erronées.

**Le CELPL estime qu'il est primordial de redresser cette faille et recommande d'actualiser les brochures d'informations, non seulement en ce qui concerne les coordonnées des interlocuteurs, mais également en ce qui concerne le concept et le fonctionnement de l'unité. Il doit en outre être veillé à ce que les brochures soient rédigées dans un langage simple et dans une langue que les principaux concernés comprennent.**

(71) Les parents obtiennent en outre une fiche concernant les répercussions du placement de leur enfant et sont informés qu'ils peuvent faire un recours contre cette décision.

Le CELPL salue cette démarche, qu'il avait recommandée dans le passé. Il est toutefois d'avis que les informations sur les droits devraient également être données aux patients, qu'il s'agisse de droits de recours et/ou d'assistance juridique en cas de placement, ou d'informations sur les droits des patients.

**Le CELPL recommande d'élaborer une pareille fiche d'information à destination des patients qui sont les premiers concernés et de la compléter par les informations relatives aux droits des patients dans un langage simple et adapté aux enfants/jeunes.**

(72) Lors des différents entretiens menés sur place, il est ressorti que les membres du personnel s'efforcent à analyser davantage leurs actions lorsque l'autorité parentale est transférée aux HRS quant à leur conformité avec les droits et attentes des différents acteurs. Ils affirment s'impliquer pour qu'un avocat soit nommé pour le patient, de sorte que celui-ci puisse opérer comme intermédiaire.

A part cette différence, le travail réalisé avec les parents serait le même, indépendamment du fait que l'autorité parentale soit transmise aux HRS ou non.

Globalement, la collaboration avec les parents serait bonne. Des entretiens entre les parents et le médecin-psychiatre auraient lieu, notamment pour les informer du diagnostic, d'une éventuelle médication et des perspectives.

Le CELPL salue cette approche de collaboration avec les parents et la prudence affichée lorsque l'autorité parentale est transférée aux HRS.

**En attendant la finalisation de la nouvelle loi relative à la protection de la jeunesse et réformant le régime des placements entraînant le maintien de l'autorité parentale auprès des parents, le CELPL estime qu'il serait indiqué de clarifier les procédures et responsabilités dans les cas où l'autorité**

**parentale est transmise aux HRS, situation qui mérite en effet des garanties et précautions particulières.**

(73) Dès leur admission, les patients ont leurs assistant social et psychologue de référence qui s'occupent d'eux pendant toute la durée de leur séjour. De la même façon, les contacts avec les parents se font toujours par la même personne, de sorte qu'ils n'aient qu'un seul interlocuteur.

Généralement, cette manière de procéder constitue une bonne approche, susceptible de faciliter les contacts et de favoriser une bonne collaboration.

**Le CELPL recommande toutefois d'afficher une certaine flexibilité lorsqu'il s'avère que les relations entre les référents et les parents (ou le patient) ne sont pas bonnes. Dans ce cas, il devrait être possible de changer de référent, dans l'intérêt du patient et de la meilleure prise en charge possible.**

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

(74) Le CELPL accorde une attention toute particulière à la gestion des réclamations ou doléances des patients.

Les contrôleurs ont noté que le seul moyen pour les patients d'exprimer leurs « réclamations » est à l'occasion du tour de table en fin de journée. Ceci constitue une activité intéressante, mais d'un point de vue de gestion des doléances, elle a l'inconvénient premièrement d'avoir lieu en présence de tous les patients et deuxièmement, d'être axée sur la journée écoulée, sans prendre en compte des problèmes éventuellement plus fondamentaux et récurrents.

A l'hôpital du jour, les responsables ont mis en place un « Kummerkasten », permettant aux patients de s'exprimer. Il serait souhaitable de le mettre en place également à l'unité d'hospitalisation où une gestion adaptée des réclamations s'avère encore plus importante qu'à l'hôpital de jour.

**Le CELPL recommande de développer le système de gestion des réclamations, de mettre en place un moyen permettant aux patients d'exprimer de vive voix et alternativement de manière anonyme les difficultés rencontrées à l'unité. Il faut veiller à accorder ce droit de s'exprimer à tous les patients de manière égale et de prévoir également un moyen pour ce faire pour les patients qui ne savent pas écrire.**

**Dans cet ordre d'idée, le CELPL estime qu'il pourrait être intéressant de désigner une personne qui est chargée de recevoir et d'analyser les réclamations des patients, de manière aussi informelle que possible, tout en assumant un rôle d'intermédiaire entre les patients et les responsables de l'unité, voire des HRS.**

(75) Un autre aspect qui n'est pas négligeable quand il s'agit d'évaluer le bien-être ou la satisfaction des jeunes patients est l'alimentation.

Les contrôleurs ont reçu de très nombreuses réclamations quant aux repas proposés. Ils n'ignorent pas que les goûts des jeunes sont certainement très variés et qu'il est difficile de proposer des mets qui plaisent à tous.

Néanmoins, ils souhaitent souligner que les autres unités fonctionnent avec un buffet, sauf l'unité d'hospitalisation. Ceci crée inévitablement des tensions supplémentaires qui seraient facilement évitables. Le CELPL ne voit pas de raisons qui pourraient justifier de ne pas proposer le même système de repas sous forme de buffet à l'unité d'hospitalisation.



**Le CELPL recommande de proposer les repas, ou du moins le repas principal du midi sous forme de buffet également à l'unité d'hospitalisation et d'impliquer autant que possible les patients dans la conception des menus.**

(76) En ce qui concerne les activités thérapeutiques proposées, le CELPL aimerait particulièrement soulever l'ergothérapie et la thérapie par le sport.

#### Ergothérapie

(77) Les patients de l'unité ont la possibilité de participer à des séances d'ergothérapie lors desquelles ils peuvent travailler le bois, la céramique, la pierre ollaire, la laine, le cuir ou réaliser des travaux de dessin ou d'impression. Les patients sont libres de choisir l'activité qu'ils préfèrent et y participent en groupes de quatre à six personnes, constitués par l'ergothérapeute.

En cas de besoin, des activités individuelles peuvent également être proposées, notamment des tests d'orientation professionnelle, des tests psychométriques, d'études scolaires ou le « cogpack », un outil informatique de rééducation cognitive spécialement développé pour le milieu psychiatrique.

Chaque vendredi, une sortie en forêt est organisée, ce qui permet d'observer le comportement des jeunes dans un cadre extra-hospitalier. De manière générale, l'ergothérapeute propose régulièrement des sorties à l'extérieur et offre des activités telles que le SUP, le canoë, l'escalade, les randonnées ou encore le tir à l'arc. L'organisation des activités est parfois compromise par les moyens de transport à disposition du personnel et des patients.

**Le CELPL souhaite expressément saluer ces initiatives et offres thérapeutiques et encourage l'ergothérapeute et plus généralement les membres du personnel à persévérer dans ces démarches. Il recommande aux responsables des HRS d'acquérir un minivan, réservé à l'unité de psychiatrie juvénile, avec le plus de places disponibles, conducteur avec le "permis B », permettant à un plus grand nombre de patients de participer à ces activités. Evidemment, ce véhicule ne serait pas réservé aux activités d'ergothérapie, mais pourrait être utilisé pour d'autres sorties également.**

(78) L'offre en ergothérapie est très conséquente et appréciée par les patients. Il est dès lors regrettable que l'accès soit réservé aux patients disposant d'une autorisation de sortie. Le CELPL estime que l'ergothérapie constitue un élément important dans la prise en charge des patients et l'accès à cette thérapie ne devrait pas être restreint par des considérations pratiques.

**Le CELPL recommande de libérer ou de créer un espace accessible aux patients qui n'ont pas le droit de quitter l'unité ou de mettre en place un système de surveillance (en personne) et d'accompagnement qui permette à tous les patients de se rendre aux espaces thérapeutiques.**

(79) L'accès à l'ergothérapie pourrait également être favorisé par la création d'un espace extérieur sécurisé, accessible également aux patients ne disposant pas encore d'une autorisation de sortie, tel que déjà développé antérieurement.

**Le CELPL recommande aux responsables des HRS d'étudier les possibilités de créer un espace extérieur sécurisé accessible par les patients de l'unité psychiatrique juvénile et qui pourrait également être utilisé pour y tenir des activités thérapeutiques.**

(80) L'accès aux salles d'ergothérapie est en outre rendu compliqué par un autre état de cause, lié au fonctionnement de l'école. Le CELPL y reviendra dans la partie consacrée à l'école.

### Thérapie par le sport

(81) Le CELPL considère que la thérapie par le sport est un élément important dans la prise en charge thérapeutique des jeunes, même si de plus en plus de jeunes semblent ne pas avoir l'habitude de pratiquer du sport à rythme régulier, constat qui s'est amplifié au cours de la crise sanitaire. De nombreux jeunes afficheraient des déficits dans les bases de la coordination physique.

La thérapeute de sport propose des activités variées, majoritairement à l'extérieur, en groupe et individuellement.

Théoriquement, les jeunes patients auraient la possibilité de pratiquer du sport quotidiennement. Normalement, les séances leur sont proposées à raison de trois à quatre fois par semaine.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il est prévu de construire un hall sportif qui devrait être terminé fin 2023.

**Le CELPL salue ce développement, étant donné que les infrastructures sportives actuelles ne répondent pas aux besoins des patients.**

(82) Au niveau de l'équipement à disposition du thérapeute de sport, il manque avant tout de moyens de transport, permettant de réaliser des activités sportives à l'extérieur avec un plus grand nombre de patients.

Le même constat vaut pour le nombre de vélos à disposition.

**Le CELPL renvoie à sa recommandation visant l'acquisition d'un véhicule multiplaces pouvant être utilisée par le personnel thérapeutique de la psychiatrie juvénile pour les différentes activités externes.**

**Il recommande en outre d'acquérir quelques vélos supplémentaires pour permettre à un plus grand nombre d'adolescents de participer à cette activité.**

### Déroulement de la journée :

(83) En ce qui concerne le déroulement de la journée, les responsables de l'unité ont instauré des « temps de chambre » que le CELPL a déjà thématisés dans ses précédents rapports.

La journée type à l'unité est structurée de la manière suivante :

7h15 :	réveil
8h00 :	petit-déjeuner
8h30 – 9h00 :	temps de chambre, pour ranger
9h00 – 11h30 :	activités
11h30 – 12h15 :	temps de chambre
12h15 – 12h45 :	repas
13h15 – 14h45 :	temps de chambre (3x/semaine)
14h45 – 16h15 :	activités
16h15 – 17h00 :	temps de chambre

17h00 – 18h00 : temps en groupe, possibilité de regarder la télévision

18h00 – 18h30 : temps de chambre

18h30 – 19h15 : repas

19h15 – 19h45 : temps de chambre

19h45 – 20h15 : possibilité de téléphoner

20h15 – 21h00 : télévision

21h00 : coucher

Depuis sa dernière visite, il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne les « temps de chambre ». Les patients affirment « ne rien faire » pendant ces temps et aucun patient n'a affirmé aux contrôleurs travailler pour l'école, réfléchir sur ses projets ou faire un travail de réflexion dans le contexte d'une activité thérapeutique.

Le fait de ne pas être occupé, voire l'ennui, peut sans aucun doute être bénéfique pour un jeune, mais le CELPL est d'avis que ces temps de repos en chambre sont trop nombreux et trop longs, respectivement qu'ils ne sont pas utilisés de manière bénéfique.

Le CELPL renvoie à ses propos tenus dans son rapport de 2014 :

*« 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.*

*(...)*

*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. »*

**Le CELPL doit réitérer ces critiques et recommandations. Il a du mal à s'imaginer qu'au fil des années, tous les patients qu'il rencontre ne comprennent systématiquement pas qu'ils sont censés effectuer différents travaux scolaires ou thérapeutiques ou qu'ils oublient de rapporter que pendant les heures indiquées, ils participent régulièrement à diverses activités.**

## Ecole

(84) Parallèlement aux activités thérapeutiques, les enfants hospitalisés à l'unité de psychiatrie juvénile fréquentent également l'école. L'offre est individualisée et les enfants peuvent participer aux cours en fonction de leurs capacités, jusqu'à deux heures par jour et entre cinq et dix heures par semaine.

Avec les nouveaux locaux, le fonctionnement de l'école a fondamentalement changé. Celle-ci fonctionne désormais par le biais d'une coopération avec le MENJE, réglée par une convention, qui gère les locaux par le biais d'un contrat de bail. Les représentants du MENJE avancent qu'ils ont voulu

créer un espace dédié exclusivement à l'école pour que les patients identifient ces lieux davantage comme un lieu « externe », consacré à l'enseignement. Il s'ensuit que non seulement les patients, mais également les autres membres du personnel, non affectés à l'école, n'y ont pas librement accès.

Cette séparation stricte des compétences qui s'étend au niveau des infrastructures, entraîne des problématiques sur le terrain qui n'existaient pas auparavant et qui méritent d'être résolus au plus vite. Ceci implique dans un premier temps des problèmes d'ordre technique : le matériel nécessaire est sur place, mais ne peut être utilisé parce que le personnel enseignant ne fait pas partie du personnel des HRS (p.ex. la machine à copier) ou bien le matériel sur place nécessite la connexion à un réseau qui ne peut être le réseau de l'hôpital, mais le réseau n'a pas encore pu être installé par les services étatiques (p.ex. tableau connecté).

Dans un deuxième temps, ce fonctionnement cause des problèmes d'ordre professionnel, liés à la protection des données qui est avancée pour exclure les membres du corps enseignant des réunions du staff.

En effet, les enseignants détachés aux HRS ne peuvent pas assister aux réunions du staff, mais un éducateur, coordinateur de l'école interne, engagé par les HRS y assiste et transmet bi-directionnellement les informations pertinentes. Cette manière de procéder crée des frustrations et tensions et contribue à la communication d'informations biaisées, filtrées et incomplètes.

Lors d'une réunion qui a eu lieu avec les représentants du MENJE, bien après les visites initiales sur place, l'équipe de contrôle a été informée que ces procédures avaient été modifiées.

Désormais, l'enseignant référent du patient peut participer aux réunions du staff au moment où des questions touchant le domaine de l'école ou entraînant potentiellement des répercussions sur la fréquentation de l'école sont discutées.

**Le CELPL souhaite être informé si cette manière de procéder est toujours appliquée et si elle rencontre les besoins et attentes des membres du personnel.**

(85) Finalement, les contrôleurs du CELPL ont eu l'impression que le fonctionnement actuel de séparation « séparatiste » crée des tensions entre les différents intervenants, notamment pour des considérations liées à la sécurité, au bon déroulement des activités, mais aussi au confort personnel.

Au niveau de la sécurité, il est à mentionner que pour utiliser les voies de secours de l'étage, il faut passer par les locaux de l'école. Il est avancé que cette circonstance ne causerait pas préjudice parce qu'en cas de nécessité, les portes donnant accès à l'espace scolaire, s'ouvriraient automatiquement.

**Le CELPL émet toutefois ses doutes quant à cette argumentation et estime qu'il serait plus prudent de donner le badge nécessaire également à d'autres personnes pour garantir l'accès aux voies de secours en cas de besoin.**

(86) En ce qui concerne le bon déroulement des activités, il est à mentionner qu'il faut passer les locaux réservés à l'école pour accéder aux salles d'ergothérapie. Comme l'accès à l'école est réservé au personnel affecté à ce service, l'ergothérapeute est obligé de sonner et d'attendre qu'un membre du personnel enseignant vienne lui ouvrir la porte pour qu'il puisse accéder à ses locaux avec les patients.

Le CELPL est d'avis qu'il s'agit d'une situation quelque peu absurde, qui complique inutilement l'accès aux salles et compromet les bonnes relations entre les différents professionnels.

**Il recommande d'autoriser l'ergothérapeute à accéder librement à ses locaux sans dépendre d'un membre du corps enseignant.**

(87) Au niveau du confort du personnel, il est à souligner que les infrastructures de l'école sont, contrairement au reste des locaux de l'étage, dotées de toilettes séparées pour les patients et le personnel. Les autres bureaux situés à l'étage n'ont accès qu'à une toilette pour personnes à mobilité réduite, accessible aux membres du personnel et aux patients.

**Pour des raisons d'hygiène, mais aussi de confort, le CELPL encourage les concernés à trouver un accord pour que du moins le personnel puisse utiliser les toilettes se situant dans les locaux de l'école.**

**De manière générale, le CELPL invite les concernés à réévaluer la situation afin de déterminer si le fonctionnement actuel constitue la manière idéale de procéder ou si certaines restrictions pourraient être levées sans que cela n'ait une incidence sur le bon fonctionnement des activités scolaires.**

(88) En ce qui concerne le personnel enseignant, les contrôleurs du CELPL ont cru noter une certaine frustration liée à la sensation que l'enseignement scolaire ne soit pas apprécié à sa juste valeur.

Deux visions semblent s'affronter : L'école comme activité permettant de remplir l'obligation scolaire à laquelle les patients sont soumis, même au cours de leur hospitalisation ou l'école comme volet intégrant de la prise en charge thérapeutique.

Le CELPL est d'avis que la vérité se situe en fait au milieu de ces considérations et se présente différemment en fonction du passé et des troubles des jeunes. Il importe de reconnaître la complémentarité des deux volets de prise en charge.

La fréquentation de l'école interne de l'unité psychiatrique peut avoir un réel apport thérapeutique surtout pour les jeunes qui ont rencontré des problèmes en milieu scolaire (phobie scolaire, harcèlement, difficultés d'apprentissage, exclusion, etc.). Le jeune peut construire un nouveau rapport avec l'enseignement et l'apprentissage, dans un cadre plus sécurisé, tout en entraînant ses compétences relationnelles.

Le CELPL est toutefois également d'avis que pour d'autres jeunes, la fréquentation de l'école et les compétences sociales ou matérielles qu'ils peuvent y acquérir ou entraîner n'est pas la priorité. En tout état de cause, une période d'adaptation devrait être accordée à chaque patient nouvellement admis pour trouver ses repères à l'unité, se familiariser avec le nouvel environnement et accepter, tant que possible, le fait d'être placé à l'unité qui constituera son milieu de vie pour les semaines ou mois à venir.

Après cette période d'adaptation, l'offre scolaire devrait être mise en place.

**Le CELPL souligne l'importance du dialogue en la matière entre les professionnels respectifs. Il renvoie à cet égard également à ses développements antérieurs quant à la problématique de l'échange d'informations et de la protection des données.**

**La fréquentation de l'école et ses modalités pratiques doivent être une décision commune entre les professionnels de santé mentale et les professionnels de l'enseignement, adaptée aux capacités et besoins individuels des jeunes, susceptible d'être modifiée en cas de nécessité.**

(89) Parallèlement à la communication interprofessionnelle aux HRS, il semble exister des difficultés d'échange avec les professionnels des écoles externes que les jeunes fréquentaient avant leur hospitalisation.

L'école interne des HRS dispose certes d'enseignants qualifiés, capables de proposer un programme scolaire adapté, mais ceux-ci essaient de s'inspirer autant que possible du programme d'études proposé par les professeurs que le jeune avait à l'extérieur afin de rendre la réintégration au lycée d'origine la plus aisée possible.

A cette fin, des supports de cours, des copies de devoirs, etc. sont occasionnellement demandés. La qualité de cet échange dépend toutefois de la bonne volonté des enseignants contactés et il n'existe pas de procédure formelle qui réglerait cet échange. Certains professeurs avanceraient l'argument que le jeune est hospitalisé et malade et qu'il ne doit de ce fait pas travailler pour l'école, refusant de communiquer des devoirs.

Lors d'une réunion avec des représentants du MENJE, ceux-ci ont affirmé que cette collaboration, voire le comportement à adopter en cas de maladie d'un mineur, soumis à l'obligation scolaire, était clarifié par le droit interne.

Le CELPL a inspecté la loi du 25 juin 2004 portant organisation des lycées et lycées techniques<sup>16</sup> et le règlement grand-ducal du 23 décembre 2004 concernant l'ordre intérieur et la discipline dans les lycées et lycées techniques<sup>17</sup>, sans pour autant trouver d'éléments qui régleraient cette collaboration.

L'article 40 de la loi précitée prévoit toutefois que « le directeur veille que des élèves en situation exceptionnelle entraînant une absence prolongée dûment excusée ou une incapacité dûment certifiée, notamment des élèves atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période, (...) puissent poursuivre leur scolarité ».

Le premier contact devrait dans cette logique passer par le directeur du lycée qui devrait donner les instructions nécessaires aux professeurs de la classe que le jeune a fréquentée avant son hospitalisation.

**Le CELPL recommande aux responsables du MENJE de clarifier, par note ministérielle, le comportement à adopter par tous les professionnels concernés, précisant les droits et obligations qui reviennent à chacun lorsqu'ils sont confrontés à des élèves hospitalisés pour une période prolongée (pour des raisons somatiques ou psychiatriques).**

(90) Actuellement, les enfants ne peuvent suivre des cours que lorsqu'ils disposent d'une autorisation de sortie leur permettant de se rendre aux salles de classe.

**Le CELPL se pose la question s'il est possible que des mineurs soient aptes à suivre les cours, tout en représentant un risque accru de fugue après une certaine période d'adaptation.**

**Si tel est le cas, les procédures internes devraient être adaptées de sorte à permettre à tous les jeunes de fréquenter les cours, le cas échéant à l'unité.**

(91) De manière générale, le CELPL est d'avis que les activités proposées aux patients sont assez diversifiées. Cependant, comme déjà mentionné, le volet de la gestion des réclamations pourrait être développé et les temps de repos dans les chambres devraient être réduits.

Les contrôleurs ont remarqué que l'hôpital de jour n'est plus occupé à partir de 15h00, de même que les fins de semaine ou les jours fériés.

---

<sup>16</sup> Legilux (2004a)

<sup>17</sup> Legilux (2004b)

**Le CELPL recommande d'analyser si ces lieux ne pourraient pas être utilisés par l'unité pour proposer des activités de groupes, permettant de proposer davantage de groupes thérapeutiques et/ou des activités en groupes plus réduits.**

(92) Parallèlement aux activités thérapeutiques, certains patients reçoivent des traitements médicamenteux pour accompagner leur prise en charge.

Dans ce contexte, il y a deux volets principaux qui intéressent le CELPL, qui n'est pas doté de médecin et qui ne se prononce de ce fait pas sur la pertinence des traitements administrés.

Les volets que le CELPL examine sont le consentement du patient quant au traitement administré et le contrôle de la prise effective des médicaments.

En ce qui concerne le consentement, l'équipe de contrôle a constaté que des efforts sont employés pour rechercher le consentement du jeune. Les patients rencontrés ont affirmé avoir obtenu des informations sur les médicaments prescrits, mais ont globalement avancé qu'ils aimeraient avoir plus d'explications, surtout lorsque les médicaments ont des effets indésirables et qu'ils ne peuvent pas directement détecter leurs bienfaits.

**Le CELPL recommande aux membres du personnel de porter une attention particulière aux informations et explications données au sujet des médicaments administrés et de répéter ces informations en cas de besoin afin de gagner autant que possible la confiance du jeune en le traitement et par là son consentement éclairé qui représenterait sans aucun doute une plus-value thérapeutique.**

(93) En ce qui concerne le contrôle de la prise effective des médicaments, les membres du personnel ont affirmé le réaliser et le CELPL n'a pas connaissance d'incidents qui seraient en lien avec l'absence de prise de la médication prescrite ou avec l'accumulation de médicaments ou de surdosage.

**Le CELPL apprécie le fait que le contrôle de la prise effective des médicaments semble être réalisé de manière consciencieuse et qu'il ne semble pas exister de difficultés dans ce domaine.**

### *iii. Les liens vers l'extérieur*

#### Appels téléphoniques

(94) Pendant leur séjour à l'unité psychiatrique juvénile, les jeunes ont la possibilité de téléphoner, sous certaines conditions.

Ainsi, le médecin doit donner son accord préalable et les appels ne peuvent être effectués que pendant des plages horaires fixes par un téléphone portable mis à disposition par l'unité, moyennant paiement d'une caution. Lorsque les patients bénéficient de sorties, ils sont autorisés à prendre leur téléphone portable avec eux.

De manière générale, il n'est permis aux jeunes que de téléphoner avec leurs parents. D'autres personnes peuvent toutefois être autorisées par le médecin sur demande spécifique.

Selon les informations obtenues, ces demandes ne seraient toutefois pas traitées de manière satisfaisante, les jeunes n'obtenant pas de réponse ou uniquement un refus non motivé.

Le CELPL souligne l'importance qui peut revenir aux appels téléphoniques et au maintien des relations avec des personnes de référence. Dans son dernier rapport, il avait été rapporté que les jeunes avaient la possibilité d'appeler leurs « proches », sans pour autant préciser la portée exacte de ce terme.

**Comme les patients ont globalement affirmé ne pouvoir appeler que leurs parents, mis à part pendant les sorties, le CELPL réitère sa recommandation publiée dans son dernier rapport suivant laquelle la possibilité de téléphoner devrait être élargie à toutes les personnes qui sont inscrites sur la liste des visiteurs autorisés du mineur.**

#### Courrier

(95) Les normes internationales prévoient que les patients doivent avoir le droit d'envoyer et de recevoir des lettres.

Le CELPL admet qu'il s'agit d'un droit qui ne constitue pas le premier choix des jeunes quand il s'agit de communiquer avec leurs proches. Néanmoins, le CELPL estime que ce droit doit être respecté.

**Le CELPL invite les responsables de l'unité à considérer la possibilité d'interpréter ce droit en fonction des moyens de communication actuels, en accordant le droit aux patients de correspondre par mail ou par sms, évidemment en appliquant les précautions nécessaires au niveau des correspondants.**

(96) Les patients rencontrés ont mis en cause l'exercice de ce droit, respectivement le respect de la confidentialité des correspondances.

Selon eux, tous les courriers seraient contrôlés par l'assistant social, le psychologue et le médecin.

Si ces affirmations sont exactes, le CELPL se pose des questions quant à la légitimité de procéder de cette manière.

Chaque patient devrait avoir le droit de communiquer, hors contrôle, avec ses proches, et évidemment aussi avec le juge de la jeunesse ou son avocat. Si des courriers sont adressés à l'Ombudsman, ceux-ci doivent également échapper à tout contrôle.

**Le CELPL recommande aux responsables de prévoir une correspondance écrite échappant à tout contrôle (hormis le cas échéant des destinataires), sauf si un pareil contrôle est imposé par décision judiciaire.**

**S'il est jugé nécessaire de surveiller ces correspondances temporairement pour des raisons thérapeutiques, le CELPL invite les médecins-traitants à formuler une demande auprès du juge qui pourrait alors prendre une décision en ce sens.**

(97) Certains patients ont également exprimé leurs doutes quant à l'envoi des courriers préparés, alors que les courriers resteraient souvent sans réponse. L'équipe de contrôle a vérifié ces dires et des contrôles ponctuels dans les dossiers ont démontré un très grand soin apporté à la documentation des envois/réceptions des courriers, du moins en ce qui concerne la correspondance avec les juges de la jeunesse.

Evidemment, l'équipe de contrôle n'a pas pu vérifier tous les courriers de tous les patients et il n'est pas possible de vérifier si tous les courriers qui ne sont pas envoyés par voie recommandée avec accusé de réception ont effectivement été envoyés.

**Le CELPL invite les membres du personnel à accorder une importance particulière à la transmission des éléments de réponse, surtout en provenance des juges de la jeunesse. En cas de demande, les**



**jeunes devraient avoir la possibilité de lire/relire les courriers reçus et d’avoir des explications quant à leur contenu en cas de nécessité.**

### Visites

(98) Les visites constituent sans aucun doute l’un des moyens les plus importants pour maintenir les contacts et les liens avec les parents ou autres personnes de référence.

De manière générale, les patients ont la possibilité de recevoir de la visite entre 16h00 et 18h50, lorsqu’ils ne suivent pas d’activité thérapeutique à ce moment-là et les fins de semaine entre 14h00 et 18h00 s’ils n’ont pas la possibilité de rentrer chez eux.

**Le Contrôleur externe fait un appel aux responsables de l’unité de faire preuve d’une certaine flexibilité quant aux heures de visite pour permettre aux parents ayant des obligations professionnelles aux heures indiquées de visiter leur enfant. Il insiste sur l’importance qui revient aux visites pour favoriser le maintien des relations nécessaires à un éventuel retour en famille.**

(99) Ce droit de visite devrait être accordé aux personnes qui sont identifiées comme ayant une relation bénéfique avec le jeune et inclure également, le cas échéant, des amis<sup>18</sup>.

**Le CELPL recommande aux responsables d’analyser les demandes des patients et de favoriser le maintien de contact avec des personnes, même hors du cadre familial, ayant un effet positif sur le jeune patient.**

(100) Le droit de visite devrait être accordé « sans limitation déraisonnable<sup>19</sup> » et ne devrait faire l’objet de restrictions qu’en cas de nécessité absolue, notamment pour des raisons de sécurité, lorsque des incidents ont eu lieu au cours des visites. Dans ces cas, toute restriction devrait être limitée au strict nécessaire.

**Les contrôleurs ont été informés que certains membres du personnel utilisent la suppression des visites comme moyen de pression en cas de crise d’un patient. Ceci est une pratique déplacée qui doit être abandonnée, surtout lorsque le comportement déplacé du jeune n’est pas en lien direct avec les visites.**

(101) Les personnes qui rendent visite aux patients doivent y avoir été autorisées préalablement par le médecin traitant.

Il semblerait qu’aucun contrôle d’identité ne soit réalisé auprès des personnes qui rendent visite aux patients de sorte que des personnes puissent se présenter p.ex. comme étant un membre de la famille du patient, sans que cela ne soit le cas.

**Afin de s’assurer que les personnes qui se présentent à la visite sont réellement les personnes disposant d’une autorisation de visite, le CELPL recommande aux responsables de l’unité de mettre en place une vérification de l’identité des personnes qui se présentent à l’unité.**

---

<sup>18</sup> Conseil de l'Europe (2010, p. 49)

<sup>19</sup> Conseil de l'Europe (2004, p. 8)

## Sorties

(102) Le médecin traitant décide du moment à partir duquel les sorties du patient sont autorisées, ce qui implique les sorties pour les différentes activités thérapeutiques et pour les sorties dans le cadre des visites.

Le CELPL comprend la nécessité d'évaluer l'état de santé du jeune et le risque de fugue avant de lui accorder l'autorisation de sortie.

Les répercussions de ce délai d'évaluation doivent cependant être réduites au minimum et ne pas avoir comme conséquence de priver un jeune d'activités thérapeutiques (ou d'autres activités) qui pourraient déjà lui être bénéfiques.

**Le CELPL recommande de réduire le temps pendant lequel les jeunes ne disposent pas d'autorisation de sortie au strict minimum et de faire participer les jeunes sans autorisation de sortie à un maximum d'activités à l'étage, toujours en respectant, évidemment, leurs capacités en fonction de leur état de santé.**

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

(103) Comme dans chaque établissement où des personnes peuvent être placées, il existe également à l'unité de psychiatrie juvénile un ROI comprenant les règles principales de fonctionnement de l'unité, précisant notamment les règles principales de comportement à respecter, les sanctions qui pourraient être appliquées en cas de non-respect, mais aussi les principales mesures de sécurité mises en place.

Les instructions de service distinguent entre les crises pédagogiques et les crises psychiatriques et contiennent une fiche d'évaluation qui est à remplir après chaque crise.

**Le CELPL apprécie ces procédures internes claires et systématiques qui permettent d'évaluer et par là d'améliorer constamment la gestion des crises qui font malheureusement partie intégrante d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.**

## Mesures disciplinaires

(104) Comme mentionné, le CELPL apprécie les précisions contenues dans les instructions de service relevant du domaine de la gestion de crise et salue également la mise à disposition d'un ROI aux jeunes, rappelant les principales règles de conduite.

Dans les documents mis à disposition du CELPL, il n'y a cependant aucune référence vers des mesures disciplinaires. Il est un fait que les mesures de contrainte ne doivent en aucun cas être utilisées à de telles fins, mais il serait hypocrite de prétendre que certaines mesures, notamment en cas de crise pédagogique, ne soient pas appliquées en guise de sanction.

Cependant, le ROI n'y fait aucune allusion. Aucune conséquence d'un manquement aux règles de comportement qui y sont énumérées n'est mentionnée.

Le CELPL estime qu'il s'agit ici d'un manque de transparence qui rendra en plus la compréhension et l'acceptation d'une mesure disciplinaire (ou de toute conséquence à un manquement ou comportement inapproprié) d'autant plus difficile pour le jeune.

Evidemment, les conséquences aux actes doivent être individuelles, voire individualisées, mais une mention des différentes mesures susceptibles d'être prises, avec une description des principales modalités (décideur, durée, règles à respecter pendant la mesure, etc.) devrait être clairement communiquée aux patients.

En ce qui concerne les mesures disciplinaires, le CELPL souhaiterait soulever les mesures du « Zimmersetting » et du « Zimmeraufenthalt ».

Le « Zimmersetting » est présenté comme conséquence d'un comportement agressif, susceptible d'aider à gérer les situations de crise aiguë, et demandant au jeune de réfléchir sur la situation, tout en restant dans sa chambre. La levée de la mesure est décidée individuellement. Si le jeune est âgé de plus de 14 ans, la mesure dure généralement jusqu'à 24 heures, lorsqu'il est plus jeune, la mesure est appliquée pour le restant de la journée.

Le « Zimmeraufenthalt » est décrit comme une mesure pouvant durer entre 12 heures et trois jours, le jeune devant être vu par le médecin pour que la mesure puisse être levée.

**Le CELPL souhaite tout d'abord insister que même pendant une pareille mesure disciplinaire, le patient garde le droit de contacter l'Ombudsman et le cas échéant son avocat et qu'une pareille mesure ne peut pas compromettre le droit du jeune à sortir à l'air libre pendant au moins une heure par jour.**

**Le CELPL est ensuite d'avis qu'il manque de clarté en ce qui concerne les mesures disciplinaires qui devraient être clairement portées à connaissance des jeunes, pour qu'ils connaissent les conséquences que leurs comportements peuvent engendrer avec toutes les modalités et répercussions que cela implique (durées, conditions pour que la mesure soit levée, répercussions sur les visites, les contacts avec les patients, les appels téléphoniques, les sorties, etc.).**

#### Mesures de sécurité

(105) Parmi les mesures de sécurité, il y a lieu de mentionner les fouilles de chambres et les fouilles corporelles.

#### Fouilles de chambre

(106) Les chambres des patients, ainsi que tous les locaux auxquels les patients ont accès, y compris le couloir, sont fouillées de manière aléatoire à intervalles irréguliers, au moins 1 fois par mois.

Les instructions de service précisent de manière détaillée le déroulement d'une pareille fouille et les éléments à vérifier. Les fouilles des chambres sont réalisées en présence des patients.

**Le CELPL n'a pas d'objection quant aux modalités des fouilles des chambres. Il rappelle toutefois que toutes ces mesures devraient trouver leur entrée en droit interne et faire l'objet d'une vraie réflexion quant à la nécessité de ces mesures et leur proportionnalité. Le CELPL renvoie à deux jurisprudences françaises récentes avec des solutions opposées, ce qui illustre que la problématique n'est pas anodine ou simple à trancher.**

**Ainsi, la Cour administrative d'appel de Nantes a décidé en date du 25 mars 2022 que l'absence de fouille était une faute. Une patiente s'était pendue avec une ceinture qu'elle détenait dans sa chambre, même après avoir exprimé des idées suicidaires. La Cour a retenu que le fait que la patiente**

« ait pu rester seule avec une ceinture dont l'usage pouvait être détourné constitue une faute de surveillance ou de vigilance du service de nature à engager la responsabilité du CHU de Nantes »<sup>20</sup>.

**La Cour de cassation a quant à elle statué le 6 avril 2022 que l'absence de fouille n'était pas une faute susceptible d'engager la responsabilité de l'hôpital, du moins dans un cas d'hospitalisation libre**<sup>21</sup>.

#### Fouilles corporelles

(107) Parallèlement aux fouilles des chambres, les fouilles corporelles peuvent s'avérer nécessaires afin de garantir la sécurité des patients et des tiers au sein de l'unité.

Lors d'une pareille fouille, les patients sont invités à se déshabiller jusqu'aux sous-vêtements et en cas de suspicion concrète, il est possible d'examiner également les sous-vêtements. Les vêtements, chaussures et sacs sont contrôlés. Les fouilles sont réalisées dans la chambre du patient.

Selon les informations obtenues, il semble exister des divergences quant au déroulement des fouilles en fonction de la personne qui la réalise.

Si les HRS avaient fait savoir au CELPL que le principe du déshabillage en deux temps faisait depuis longtemps partie intégrante des procédures appliquées, force est de constater qu'il semble toujours exister des écarts à cette pratique qui ne semble par ailleurs pas figurer dans les instructions de service.

**Le CELPL recommande aux responsables de l'unité de rappeler les normes du CPT en matière de fouille en deux temps, permettant d'éviter à tout moment que la personne fouillée se trouve entièrement à nu devant les membres du personnel procédant à la fouille. Il recommande d'élaborer des procédures précises quant au déroulement des fouilles corporelles et d'y retenir ce principe de manière formelle.**

**Le CELPL est d'avis que la chambre du patient ne constitue pas l'endroit idéal pour procéder à une fouille, la chambre étant ou devant être un lieu de refuge et de sécurité pour le jeune. En cas de chambre double, il doit être veillé à ce qu'aucun autre patient ne soit présent, ni ne puisse observer le déroulement de la fouille.**

**Il recommande de procéder, dans la mesure du possible, aux fouilles dans la chambre du time-out et de ne les réaliser dans la chambre du patient que lorsque la chambre du time-out est occupée ou si le patient en fait la demande.**

(108) Les instructions de service mises à disposition du CELPL ne précisent pas dans quelles circonstances ou hypothèses, une pareille fouille est réalisée.

Selon les informations obtenues sur place, il semblerait que les fouilles sont réalisées à l'admission, en cas de suspicion concrète, sur prescription médicale préalable et après chaque sortie du patient.

**Le CELPL peut comprendre le désir de sécuriser au maximum l'unité. Il émet toutefois ses réserves quant à la réalisation systématique d'une fouille corporelle après chaque sortie et recommande de les limiter au strict minimum et aux cas de suspicions concrètes. Il recommande d'analyser de manière générale la politique en matière de fouille en milieu psychiatrique et demande également au législateur de se pencher sur cette question qui mériterait d'être clarifiée par la loi.**

---

<sup>20</sup> Dalloz (2022)

<sup>21</sup> Cour de Cassation (2022)

(109) Selon les informations reçues, il n'est pas toujours veillé à ce que la fouille soit réalisée par un membre du personnel du même sexe et potentiellement tous les membres du personnel peuvent être amenés à réaliser la fouille (infirmière, éducatrice, médecin...).

**Le CELPL estime que cette manière de procéder doit être modifiée et que la fouille doit être réalisée par une personne du même sexe**

**Le CELPL recommande également de porter une attention particulière à la personne qui réalise la fouille, étant donné qu'une pareille procédure peut exercer une influence non négligeable sur la relation de confiance qui peut exister entre le patient et le membre du personnel.**

#### Gestion de crise

(110) Tous les membres du personnel ont suivi une formation en matière de résolution de situations de crises.

Les instructions de service énumèrent schématiquement les différentes mesures qui peuvent être prises par le personnel face à une situation de crise.

Les différentes mesures sont présentées et il est précisé que la fixation n'est envisageable qu'en tant que mesure de dernier recours, ce que le CELPL apprécie expressément.

Lorsqu'une situation de crise se dessine, les membres du personnel peuvent recourir à un système d'alarme, alertant les autres professionnels, ainsi que la société de sécurité. En peu de temps, une vingtaine de personnes peut être sur place, ce qui peut évidemment aider à gérer la situation au niveau pratique, mais qui peut également contribuer à désamorcer la situation en ayant, le cas échéant, un effet dissuasif.

**Le CELPL apprécie cet outil qui permet de prévenir des actes indésirables ou bien de gérer utilement une situation de crise.**

Différentes mesures méritent d'être soulevées :

#### Les mesures d'observation

(111) Les mesures d'observation ne constituent pas des moyens de gestion de crise proprement dits, mais sont appliquées dans des situations où un événement indésirable est à craindre ou a eu lieu récemment.

Les procédures distinguent entre une observation « 1 :1 strict », souvent mise en place après une tentative de suicide, consistant en une observation permanente du patient qui est séparé des autres patients et une observation « 1 :1 pédagogique », pendant laquelle le patient est toujours dans le champ visuel du personnel, mais reste ensemble avec les autres patients.

Le CELPL peut comprendre la nécessité et l'utilité de procéder à une pareille mesure. L'équipe de contrôle a cependant constaté, pendant les visites sur place que la mesure d'observation stricte peut faire en sorte que le patient soit placé sur le lit dans le couloir devant le bureau des infirmiers.

Ceci expose le patient aux regards de tous les patients et de toute personne entrant à l'unité.

Le CELPL est d'avis que l'exposition au regard de tous dans une situation de vulnérabilité accrue constitue une pratique à abandonner, alors qu'elle est stigmatisante et peut avoir des effets contre-productifs. Les considérations pratiques liées à la mise en œuvre d'une pareille mesure d'observation ne peuvent pas justifier une telle approche. Lorsqu'un patient doit être surveillé de manière constante,

il faut être conscient qu'un membre du personnel est alors effectivement détaché de ses fonctions ordinaires pour accomplir cette tâche, nécessaire pour des raisons médicales.

**Le CELPL recommande aux responsables de tout mettre en œuvre pour qu'une mesure d'observation stricte ait lieu dans des circonstances aussi dignes que possible.**

#### Le cool-down

(112) Le « cool-down » consiste en un placement temporaire du patient dans une chambre spécialement dédiée à cette fin afin d'éviter une mise en danger du patient lui-même ou d'autrui en lui permettant de retrouver son calme dans un environnement pauvre en stimuli et non irritant.

Cette décision peut être prise par les membres du personnel soignant, le médecin en est informé le jour-même.

D'après les informations obtenues sur place, le patient est observé en permanence lorsqu'il se trouve en « cool-down ».

Cette mesure dure généralement environ 15 minutes. Si elle n'apporte pas les effets souhaités, un autre moyen de gestion de crise est essayé.

**Le CELPL n'a pas d'objection quant à la manière de procéder.**

#### La contention mécanique

(113) Si les autres mesures n'ont pas apporté l'effet souhaité, une fixation peut être réalisée. Le CELPL apprécie que les instructions de service contiennent des informations précises quant au déroulement et surtout quant aux responsabilités et compétences de chaque intervenant.

Dans les situations où une contention mécanique est nécessaire, le lit de fixation est amené vers le patient pour l'y fixer et l'emmener vers la chambre de cool-down. A ce moment, les autres patients sont dans leur chambre afin qu'ils n'assistent pas à la mesure.

La contention mécanique est en principe appliquée sur ordre médical, mais d'après informations récoltées sur place, une validation a posteriori par le médecin est possible. Il semble que le médecin émette une autorisation générale préalable pour procéder à une fixation chez un patient.

Le CELPL critique cette manière de procéder. Il est important que l'autorisation de procéder à une fixation soit donnée par le médecin, individuellement pour chaque patient et en fonction des circonstances de l'espèce.

Les normes internationales prévoient également qu'une mesure de contention ne devrait pas être appliquée sur base d'une autorisation inconditionnelle<sup>22</sup>.

**Le CELPL recommande aux responsables de revoir les procédures relatives aux mesures de contention et de n'y procéder qu'après autorisation spéciale préalable du médecin psychiatre.**

(114) Pendant l'application de la mesure, l'état du patient est documenté toutes les 15 minutes et s'accompagne toujours d'une mesure d'observation stricte du patient au-delà de la mesure de fixation.

---

<sup>22</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 3)

En cas de mesure de fixation, une médication est administrée par voie orale ou par injection. Dans la mesure du possible, l'avis ou le souhait du patient à ce sujet est suivi.

**Le CELPL n'a pas d'objections quant à cette manière de procéder.**

(115) Pendant la fixation, les patients ne sont pas détachés pour aller aux toilettes (selon les informations obtenues, ceci serait à cause des effets des médicaments). Un pot leur est amené, en veillant que ce soit un membre du personnel du même sexe qui s'en occupe. Il revient au médecin de décider quand la mesure peut être levée.

Le CELPL rappelle que les normes internationales en la matière prévoient que, dans la mesure du possible, la capacité des patients immobilisés de manger et de boire de manière autonome et de se rendre aux toilettes pour faire leurs besoins doit être maintenue<sup>23</sup>.

**Le CELPL recommande aux responsables de modifier leurs procédures afin qu'il soit toujours déterminé au cas par cas, en fonction de la situation individuelle du mineur si la mesure de fixation peut être levée et sous quelles conditions ou modalités pour permettre au patient d'aller aux toilettes. La même considération vaut pour l'alimentation du patient.**

(116) Lorsqu'une mesure de contention a dû être appliquée, un débriefing avec le staff, avec le patient et avec les autres patients s'ils ont été témoins de la situation est organisé.

Selon les informations obtenues de la part des patients, ceci ne semble cependant pas être toujours le cas, respectivement semble ne pas satisfaire les besoins ou attentes des patients qui se disent globalement plutôt anxieux face à cette mesure.

A titre d'exemple, le CELPL aimerait reproduire les affirmations d'un patient rencontré lors de ses visites qui avait subi une fixation environ trois semaines auparavant, pour donner suite à une discussion mouvementée avec une infirmière où il aurait refusé de prendre la médication qui lui a été proposée en situation de crise qui s'est terminée par une mesure de fixation. A la prochaine consultation avec le médecin-psychiatre, celui-ci lui aurait dit qu'il « était déçu de lui » et que cette action aurait été « inutile ».

Après ces mots, ils auraient parlé d'un projet à l'étranger. Aucune information sur l'injection qu'il aurait reçue ne lui aurait été donnée.

Le CELPL est d'avis que le débriefing, neutre, sans émotions de la part du professionnel, après une mesure de fixation constitue une démarche importante qui mérite une place particulière dans le travail avec le jeune. Celui-ci doit pouvoir se sentir écouté et libre d'exprimer ses questions, ses craintes et ses différentes émotions suite à sa confrontation avec cette mesure qui peut être particulièrement anxiogène, que ce soit en tant que patient faisant objet de la mesure ou en tant que témoin direct ou indirect.

**Le CELPL encourage le personnel de l'unité à adopter une approche plus proactive en matière de débriefing avec les patients à la suite de l'application d'une fixation et de thématiser le sujet avec les jeunes, même en l'absence de demande expresse de sa part. Ce débriefing devrait avoir lieu à très brève échéance avec les patients témoins et dès que l'état de santé et d'agitation le permet avec le patient ayant subi la mesure.**

(117) L'équipe de contrôle a été informée qu'une fixation dure généralement quelques heures, sans dépasser les trois heures.

---

<sup>23</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 3)

**Le CELPL rappelle qu'une mesure de contention doit être aussi brève que possible et se limiter à la durée strictement nécessaire.**

(118) Si une mesure de fixation est appliquée, les parents du mineur sont informés, sauf si une interdiction de communiquer a été prononcée par le juge.

**Le CELPL apprécie cette manière de procéder et d'informer les parents du jeune, même s'ils sont déchus de l'autorité parentale.**

v. *Autres constats*

(119) Selon les informations obtenues sur place, lorsqu'un mineur est transféré des HRS au CHNP, celui-ci est menotté, si le juge a marqué qu'il existe un risque de fugue. Les policiers chargés de ce transfert ne seraient pas toujours en civil. Toutefois, un pareil transfert serait réalisé pendant un moment de repos en chambre, donc à l'abri des regards des autres patients.

Le CELPL n'est pas d'avis que ces transferts devraient être réalisés par les agents de la Police grand-ducale et se demande s'il n'est pas possible de réaliser ce transfert par des membres du personnel de l'unité des HRS ou du CHNP.

Il serait préférable de faire accompagner le jeune par un membre du personnel qu'il connaît ou avec qui il sera en contact au cours des mois à suivre. Le CELPL donne à considérer que les mineurs, même si un juge a renseigné qu'il existe un risque de fugue, ne représentent de ce seul fait pas un danger pour l'ordre public et que le port de menottes n'est pas indiqué dans ce cas.

Si le transfert des jeunes est réalisé par des agents de police, le CELPL recommande d'accompagner les jeunes, dans toute la mesure du possible, par des agents en civil et dans une voiture banalisée.

**Le CELPL recommande de revoir les procédures de transport en cas d'un transfert d'un patient : les transferts réalisés par un membre du personnel de l'unité psychiatrique (d'origine ou de destination) seraient à privilégier. Dans le cas d'un transport réalisé par les agents de la Police grand-ducale, ceux-ci devraient être habillés en civil et conduire une voiture banalisée. Dans tous les cas, le port de menottes est à proscrire.**

(120) Il existe une autre problématique que le CELPL doit soulever. Plusieurs patients rencontrés par l'équipe de contrôle ont rapporté des faits de comportement inapproprié de la part d'un infirmier<sup>24</sup> à l'égard de patientes.

Ceci aurait été signalé à différents membres du personnel, de manière orale et écrite, et il s'avérerait que l'infirmier en question travaillerait moins souvent à l'unité, sans qu'il n'en soit pour autant totalement écarté.

**Le CELPL demande aux responsables des HRS de prendre position par rapport à ces accusations et de renseigner les démarches internes qui ont été entreprises suite aux dénonciations des patientes.**

---

<sup>24</sup> Le prénom de l'infirmier, ainsi que les reproches formulés à son égard ont été communiqués dans le rapport provisoire confidentiel. Le CELPL a toutefois décidé de supprimer ces accusations dans sa version publique pour des raisons de protection de données et de présomption d'innocence.



(121) A travers les différents entretiens menés sur place, que ce soit avec les patients placés ou avec les membres du personnel, une volonté d'inclure les parents dans le processus de prise en charge s'est dégagée.

Néanmoins, le CELPL a été informée qu'en pratique cette collaboration ne se déroule pas toujours de manière satisfaisante pour les deux côtés.

Le CELPL a l'impression qu'il existe un flou important sur les droits et obligations des médecins et membres du personnel en ce qui concerne la communication et la transmission d'informations aux parents, déchus de leur autorité parentale, surtout si l'autorité parentale n'est pas transférée aux HRS, mais reste auprès d'un foyer. Il s'agit notamment d'informations sur les traitements médicamenteux administrés, mais aussi sur les projets ou activités thérapeutiques ou incidents survenus lors du séjour.

**Le CELPL recommande aux responsables des HRS d'établir des procédures de communication claires en concertation avec les responsables des foyers concernés pour arrêter qui est en droit de communiquer quelle information aux parents. Le CELPL estime que, sauf indication du juge, les parents ne devraient pas être exclus des procédures de communication.**

### c. Le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

(122) L'unité de réhabilitation « Orangerie 3 » (OR3) est une station fermée disposant de 12 lits, qui accueille des jeunes âgés entre 12 et 18 ans affichant des troubles psychologiques aigus. Ainsi, elle reçoit des jeunes présentant des comportements auto-, voire hétéro-agressifs, qui ne peuvent plus être atteints avec des traitements à bas seuil. Le principe fondamental à la base des traitements proposés par le CHNP est d'atteindre un niveau de stabilité suffisant pour pouvoir suivre un traitement ambulatoire ou en milieu ouvert (p.ex. au CTP).

En premier lieu et au vu de ce qui précède, il importe d'analyser davantage les statuts légaux des patients hospitalisés à l'OR3.

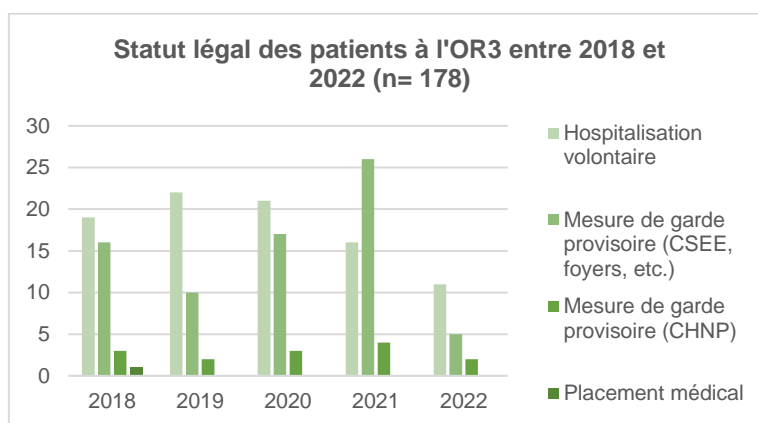


Figure 7 – Statut légal des patients à l'OR3

Si ces derniers divergent nettement (figure 7), il est néanmoins apparent que les hospitalisations volontaires sont, à une exception près, le motif d'admission le plus répandu. Suivent les mesures de garde provisoire et, très rarement, le placement médical basé sur la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. Lors des visites, plus d'une dizaine de patients étaient en traitement à l'OR3, dont quatre en séjour volontaire et trois placés. Un patient se trouvait en fugue lors de ces mêmes visites.

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Durée moyenne de séjour</b>	109	113	91	89	86
<b>Durée minimale</b>	4	8	4	1	2
<b>Durée maximale</b>	388	292	311	216	239

Figure 8 – Durée de séjour à l'OR3 (en jours)

(123) Quant aux durées moyennes de séjour (figure 8), ces dernières ont baissé sur ces trois dernières années, surtout en temps de pandémie. Si le même constat peut généralement être fait pour les durées minimales, il n'en est pas de même pour les durées maximales qui ont connu un pic en 2020, donc durant l'année de déclenchement de la pandémie. Néanmoins, elles ont également baissé depuis pour atteindre un niveau même inférieur à celui de l'avant-crise.

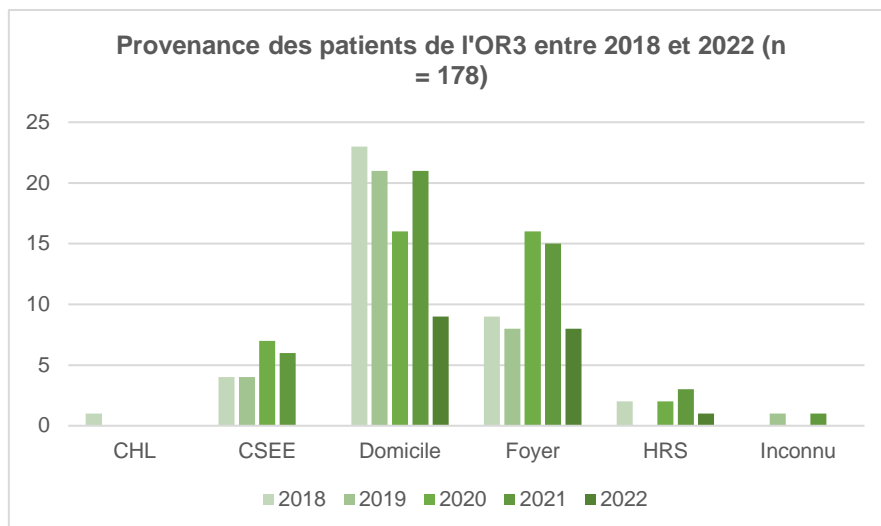


Figure 9 – Provenance des patients de l'OR3 (n = 178)

(124) L'analyse de la provenance des patients (figure 9) démontre que les transferts d'autres psychiatries juvéniles sont très rares (un cas en près de cinq ans pour le CHL), voire peu commun (zéro à trois cas au maximum par an pour les HRS). Le domicile familial du patient, respectivement le foyer, constituent de très loin les premières sources de provenance avec, à elles seules, 82% des cas. Le CSEE quant à lui joue un rôle moindre, mais non négligeable avec près de 12%.

	2018	2019	2020	2021	2022
Autre	0	1	2	1	0
CHNP	-	-	1	1	1
CPL	-	-	-	1	-
CSEE	-	-	-	3	-
Domicile/Famille	25	21	19	20	6
Foyer	15	12	19	15	6
Etranger	1	4	1	1	0
Fuite	-	-	-	4	2
HRS	-	-	-	1	-
<b>Somme</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>15</b>

Figure 10 – Destination des patients de l'OR3 (n = 183)

(125) Quant à la destination finale des patients (figure 10), un constat similaire à la précédente catégorie peut être fait. En effet, les transferts vers des psychiatries juvéniles hors CHNP sont très limités (1,0%). Il en est de même pour les transferts intra-CHNP à raison de 1,6% ou encore le CPL avec un cas en cinq ans.

Sur 183 cas analysés, trois transferts ont eu lieu vers le CSEE, ce qui est comparativement peu par rapport aux jeunes accueillis en provenance du CSEE (21 sur 178). Si les retours au foyer sont certes nombreux (67 sur 183 cas), le retour au domicile, respectivement en famille, constitue de loin la première destination avec 91 cas.

i. *Personnel, infrastructures et procédure d'admission*

Personnel et infrastructures

Fonction	#	ETP	Fonction	#	ETP
Aide-soignant	2	2.00	Infirmier psychiatrique	8	7.00
Art-thérapeute	1	0.05	Kinésithérapeute	1	0.25
Assistant social	1	1.00	Médecin psychiatre	2	1.25
Educateur diplômé	1	0.75	Physiothérapeute	1	0.50
Educateur gradué	2	2.00	Psychologue	2	1.00
Ergothérapeute	1	0.50	Psychomotricien	1	0.08
Infirmier	7	5.50	Professeur <sup>25</sup>	1	0.75
			<b>Somme</b>	<b>31</b>	<b>22.63</b>

Figure 11 - Répartition du personnel à l'OR3

(126) Le CHNP est doté de près de 23 ETP, dont 0.75 ressource externe détachée par le MENJE. Pour les ressources internes, le CHNP est doté d'1,25 ETP en médecin psychiatre, de 14,5 ETP en personnel de soins (aides-soignants, infirmiers et infirmiers psychiatriques) ainsi que de près de 6,2 ETP en personnel de support (art-thérapeute, ergothérapeute, assistant social, éducateurs, physiothérapeute, psychologues et psychomotricien).

Les médecins généralistes interviennent à plusieurs unités du CHNP et ne sont pas affectés à une unité en particulier, raison pour laquelle ils ne sont pas répertoriés dans les répartitions du personnel. La tâche de médecin-généraliste à l'OR3 revient à environ 0.05-0.1 ETP<sup>26</sup>.

(127) Quant aux infrastructures : L'OR3 couvre le troisième et dernier étage d'un bâtiment à part qui est uniquement accessible par ascenseur (hormis chemins de secours). L'étage abrite, entre autres, des chambres individuelles/doubles, un espace repas, une salle de douches, deux salles visiteurs (dont une est également équipée pour accueillir des enfants en bas âge), une salle pour l'ergothérapie, deux chambres d'observation (et « time-out ») équipées de caméras infrarouges, un bureau pour le personnel, permettant le contact visuel vers l'unité et des espaces réservés aux autres activités de loisirs. En dessous se trouvent l'OR2 où séjournent les patients Korsakoff (personnes atteintes de troubles cognitifs sévères liés à l'abus d'alcool) et l'OR1 où sont hébergés les patients souffrant d'une psychose. Le rez-de-chaussée abrite les infrastructures dédiées aux activités sportives. Aucune plainte concernant un potentiel amalgame de patients ou de répercussions négatives de cette cohabitation dans le même immeuble n'a été remontée au Contrôleur.

A l'extérieur du bâtiment se trouvent entre autres une cour permettant aux patients de faire des sorties à l'air libre, les infrastructures dédiées à la musicothérapie et à la psychomotricité se situent dans le bâtiment principal du CHNP.

Si la vétusté générale du bâtiment n'est guère surprenante compte tenu de son âge, il n'en est pas moins que certaines constatations méritent une analyse approfondie :

<sup>25</sup> Détachée par le MENJE

<sup>26</sup> Information intégrée après l'obtention de la prise de position du CHNP

(128) Premièrement, l'emplacement des écrans de vidéosurveillance dans « l'aquarium ». Celui-ci est inopportun puisque les jeunes de l'OR3 ont une vue très claire sur ces premiers quand ils sollicitent le personnel à l'intérieur de « l'aquarium », voire rien qu'en traversant les couloirs. Si les images diffusées ne sont évidemment pas dans tous les cas de nature à poser un réel risque au bon fonctionnement au sein de l'unité, qu'en est-il des images couvrant par exemple un patient qui est sujet d'une mesure « time-out », voire de contention ? Le CHNP lui-même indique dans sa brochure d'admission que « *la vidéosurveillance vise uniquement les espaces de haute sécurité* », il n'est donc pas déraisonnable de voir un certain risque quant au contenu de ces images qui pourraient déstabiliser davantage des jeunes déjà fragilisés. Il est par ailleurs primordial également de préserver la dignité du jeune visé par la mesure.

**Le CELPL demande aux responsables du CHNP de chercher une alternative au mode de fonctionnement actuel en matière de diffusion d'images de vidéosurveillance sur les écrans de contrôle.**

(129) Deuxièmement, le niveau de confort des matelas. Ainsi, certains patients se sont plaints de la dureté des matelas. Le Contrôleur ne demande bien évidemment pas aux responsables de changer tous les matelas.

**Le CELPL souhaite toutefois qu'une attention particulière soit accordée aux jeunes présentant des douleurs de dos, et demande également que le département des achats du CHNP attribue un focus accru au confort des patients lors de futurs achats.**

(130) Troisièmement, puisque toutes les chambres ne sont pas équipées de douches, certains patients, nonobstant leur sexe, sont obligés de prendre leur douche dans un local dédié. Cependant, dans une logique de séparation des sexes, il peut arriver que les garçons soient obligés d'attendre relativement longtemps avant que les lieux ne soient libérés.

**Le CELPL est tout à fait conscient qu'aucune solution « miracle » à court terme n'existe à ce sujet, mais demande à la direction de remédier à ce défi lors d'une potentielle rénovation future.**

(131) Quatrièmement, l'équipe de contrôle a été informée que, pour des raisons variées, des problèmes de réapprovisionnement en pièces d'échange existent pour maintes machines de fitness, rendant ainsi potentiellement impossible leur utilisation.

**Le CELPL demande aux responsables du CHNP de veiller à ce que toutes les machines nécessaires dans le cadre de la thérapie des patients soient en bon état de marche. Si tel n'est pas le cas, il est demandé à la direction de se réapprovisionner et de tenir compte de la disponibilité future desdites pièces afin d'éviter qu'un tel problème ne se pose à nouveau.**

(132) Cinquièmement, l'équipe de contrôle a été informée que la ressource externe au CHNP en charge des activités scolaires n'a pas d'accès aux toilettes sans solliciter le personnel du CHNP sur place.

**Le CELPL demande à la direction d'y remédier aussi vite que possible et de donner librement accès aux toilettes à l'instituteur.**

(133) Finalement, l'équipe de contrôle a constaté qu'il faisait très chaud à l'unité et a remarqué qu'aucun moyen d'air conditionné ne soit mis à disposition du personnel en période estivale, ce qui rend les conditions de travail compliquées.

**Le CELPL demande à la direction de mettre un moyen d'air conditionné à disposition de l'OR3 aussi vite que possible.**

#### Procédure d'admission

(134) Afin d'être admis à l'OR3, le jeune doit remplir trois critères : Premièrement, il affiche une maladie couverte par la CIM-10<sup>27</sup>, à savoir d'un trouble psychotique résiduel, -de comportement, -affectif ou encore des troubles liés à l'abus de substances psychotropes. Deuxièmement, il représente un danger pour soi et/ou pour autrui. Finalement, le séjour permet l'amélioration de sa situation.

A noter que le CHNP affiche une nette préférence pour les patients non placés, car hormis des efforts administratifs supplémentaires inhérents à un placement, il estime que le traitement d'un patient et le fait de détenir l'autorité parentale sur ce même patient sont difficilement compatibles.

Quoi qu'il en soit, lors d'une admission, le patient reçoit des informations générales concernant le déroulement de son nouveau quotidien (coordonnées des médecins traitants, règles relatives à l'utilisation du téléphone, horaires de visite, argent de poche, tenue vestimentaire, sorties, activités et ainsi de suite).

Qui plus est, la brochure d'admission contient également une rubrique « placement ».

**Si le CELPL salue bien évidemment la mise à disposition d'éléments éclairant les droits du jeune en cas de placement, il demande aux responsables de mettre ces droits plus en avant, non seulement au sein de la brochure, mais également lors des entretiens d'admission. En effet, beaucoup de jeunes placés ont indiqué à l'équipe de contrôleur qu'aucune information liée à leurs droits leur aurait été transmise. Il doit en outre être veillé à rédiger cette brochure dans un langage adapté aux jeunes et dans une langue qu'ils comprennent.**

**En outre, le CELPL demande aux responsables d'inclure les coordonnées de l'Ombudsman dans cette brochure et de veiller à ce que le droit de contacter l'Ombudsman soit toujours respecté, idéalement sans aucun frais pour le jeune concerné. En même temps, vu la sensibilité potentielle des propos tenus, il convient évidemment aux responsables d'instaurer un niveau minimum de confidentialité. Finalement, l'équipe demande au CHNP de préciser dans sa brochure que le jeune ne peut pas uniquement informer le juge de son opposition à son placement, mais peut pareillement demander une audience auprès de ce premier.**

(135) Selon le personnel, les jeunes se verraient également remettre une brochure d'accueil de la « Patientevertriebung » qui informerait davantage les patients sur leurs droits, ce que le Contrôleur externe salue.

---

<sup>27</sup> La CIM-10 désigne la classification internationale des maladies, 10e révision, publiée par l'Organisation mondiale de la santé et qui représente une classification statistique non exclusivement médicale codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures.

Dans le cadre d'un placement, il est à noter que selon le personnel en charge, près de 90% des admissions seraient planifiées. D'une manière très générale, lors de l'admission, une entrevue est planifiée entre le jeune placé et le médecin traitant, le psychologue, l'assistant social, et le foyer, respectivement les parents. Ensuite, le jeune se voit proposer une présentation du quotidien au sein de l'unité et un screening volontaire à l'alcool et aux stupéfiants.

Pour conclure, il convient de préciser que l'équipe de contrôle a été informée qu'un jeune aurait non seulement passé deux semaines en chambre d'observation par manque de place (ce qui est certainement le moindre mal comparé à une situation où le jeune est livré à lui-même), mais aurait également passé trois mois sous caméra.

**Si le Contrôleur peut tout à fait comprendre que le passage par la chambre caméra peut, selon la situation, s'avérer nécessaire afin de pouvoir mieux évaluer un patient, il demande que ces passages soient d'office et à l'avance limités dans le temps par une procédure interne dédiée et fassent l'objet d'une réévaluation régulière pour déterminer la nécessité de la continuité de la mesure qui doit être limitée au strict nécessaire.**

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

(136) Les plans thérapeutiques au sein de l'OR3 sont adaptés en fonction des besoins individuels de chaque patient et chaque patient est tenu de les respecter. L'offre thérapeutique est à ce jour très diversifiée et comprend notamment des séances « airtramp », de cuisine thérapeutique, de psychomotricité, de sport, de musique, de jardinage, d'un groupe de rencontre (matin et soir), d'un groupe « zen » ainsi que des activités d'ergothérapie.

L'équipe de contrôle n'a malheureusement pas eu l'occasion de parler à tous les responsables d'activités, mais aimerait néanmoins fournir plus de détails sur les domaines de la psychomotricité, de la musicothérapie et de la thérapie sportive.

Quant à la/aux

- (137) Musicothérapie, il convient de préciser que cette première ne sert aucunement qu'à des fins de divertissement. Tout au contraire, elle vise à fournir une aide afin de mieux s'exprimer, de se détendre, d'acquérir une estime de soi et, en même temps, d'aider le patient à surmonter ses traumatismes. Somme toute, elle soutient donc le patient dans son acquisition de certaines compétences qui lui seront également utiles à l'extérieur.

**Le Contrôleur est tout à fait convaincu des bienfaits de cette forme de thérapie et encourage les responsables à étendre l'offre de musicothérapie au sein de l'OR3 où, jusqu'à maintenant, uniquement deux patients en profitent. Ainsi, le Contrôleur externe est convaincu que la direction devrait recruter une seconde thérapeute afin de pouvoir intensifier la prise en charge à l'OR3.**

- (138) Psychomotricité (thérapie notamment par la danse et le mouvement), l'équipe de contrôle souhaite féliciter la direction non seulement pour la qualité des équipements mis à disposition dans le bâtiment principal, mais aussi pour la simplicité affichée en matière de participation. Ainsi, aucune prescription médicale n'est nécessaire, le staff peut donc en décider à lui seul. Il a également été remonté à l'équipe de contrôle que, depuis le dernier changement de directeur, les psychomotriciens sont également invités aux réunions du personnel, ce que le Contrôleur externe ne peut qu'apprécier.

**Au vu de la popularité de cette forme de thérapie et compte tenu de l'indisponibilité partielle des employés intervenant également à d'autres endroits appartenant au CHNP, le CELPL propose ici aussi d'intensifier les efforts en termes de recrutement puisqu'il juge que les quatre heures hebdomadaires actuellement proposées sont insuffisantes.**

(139) A noter aussi que « l'airtramp » n'est actuellement plus proposé par manque de personnel formé et disponible.

**Le Contrôleur demande donc à la direction d'amplifier ses efforts en matière de formation.**

**Actuellement, aucune activité thérapeutique régulière en piscine ne peut être proposée.**

**La piscine du Pontalize n'étant plus accessible, le CELPL demande au CHNP d'élaborer des collaborations avec des piscines à proximité pour que cette activité puisse être intégrée notamment dans la prise en charge proposée par les psychomotriciens.**

- (140) Activités sportives, il convient d'abord de préciser que celles-ci ne constituent aucunement une finalité en soi, mais plutôt un moyen d'augmenter l'autonomie du patient pour *in fine* accroître sa qualité de vie. Ainsi, si pour les sessions individuelles une prescription médicale est requise, cela n'est pas vrai pour les sessions en groupe. En revanche, les activités en groupe entraînent évidemment une limitation en termes d'activités puisqu'il faudra toujours s'arranger au plus petit dénominateur commun pour trouver quelque chose qui convient à tout le monde et qui ne porte pas nécessairement atteinte à l'harmonie de groupe. Contrairement au reste des patients du CHNP, les entraînements sont beaucoup moins axés sur les capacités proprioceptives, mais plutôt sur la condition, la musculation et le respect des règles.

(141) Hormis les défis liés à un manque apparent en approvisionnement de pièces d'échange, quelques autres défis persistent aujourd'hui :

Premièrement, un certain manque de communication de la part de la direction envers le staff sportif a été remonté à l'équipe de contrôle.

**Si le Contrôleur ne peut s'exprimer sur le sujet par manque d'informations, il demande quand même à la direction de se montrer plus à l'écoute de son staff sportif.**

(142) Deuxièmement, les conditions d'entraînement semblent compromises par l'absence de climatisation.

**Le CELPL est d'avis que les infrastructures sportives devraient être équipées d'un système d'air conditionné surtout au vu de nombre élevé de patients prenant des neuroleptiques qui augmentent leur température, même sans activités sportives.**

**Troisièmement, le CELPL estime que les activités sportives à l'extérieur sont sous-développées.**

**Le CELPL demande à la direction de réétudier sa position quant aux activités extérieures. Ainsi, si le Contrôleur se félicite des activités proposées (p.ex. promenade et vélo), il recommande quand même d'élargir son offre en la matière, même si ce n'est que de manière sporadique (p.ex. en réinstallant la « journée du sport » qui, selon les dires du personnel, a connu un franc succès).**



(143) Finalement, l'équipe de contrôle a été informée que le hall sportif était inaccessible aux patients à cause des mesures sanitaires prises pendant la pandémie.

**Au vu de la fin des mesures anti-Covid, le CELPL insiste à ce que le hall sportif soit remis à disposition des patients dans les meilleurs délais.**

**Le CELPL a fait une visite du CHNP au moment de l'élaboration du présent rapport et a été informé que le hall sportif ne serait plus accessible aux patients. Au vu de l'importance qui revient aux activités sportives aussi bien pour les patients de l'OR 3 que pour les autres patients ayant bénéficié de l'accès à ce hall sportif, le CELPL a adressé un courrier à Madame le ministre de la Santé pour obtenir de plus amples renseignements. Il suivra l'évolution de cette problématique de près et insiste qu'une alternative doit être mise en place, si le hall sportif actuel ne peut plus être mis à disposition des patients.**

(144) Il n'en est pas moins que certaines critiques déjà émises dans le rapport du Contrôleur externe en 2015 restent toujours d'actualité.

Ainsi, de nombreux patients ont exprimé leur mécontentement quant aux horaires des cours et sessions thérapeutiques proposées (qui ont souvent lieu le matin, ou alors concentrés sur un ou deux jours, entraînant ainsi des vides sur les autres journées) et/ou de leur chevauchement avec d'autres sessions thérapeutiques. Le Contrôleur externe est bien évidemment conscient des défis inhérents à un staff qui est parfois tenu de travailler à plusieurs emplacements (par exemple au CHNP et au CTP), ou d'autres limitations engendrées par le fait de ne pas avoir assez d'ETP dédiés à une activité.

**Le CELPL demande néanmoins aux responsables d'unité d'amplifier leurs efforts en la matière (p.ex. par l'introduction d'outils informatiques comme les outils de gestion de planning) afin de minimiser lesdits chevauchements dans la mesure du possible.**

(145) Concernant la médication, les patients avec lesquels l'équipe de contrôle s'est entretenue ont confirmé que les effets de cette première leur étaient généralement expliqués, son administration surveillée et que les traitements commencés à l'extérieur bien continués, ce que le Contrôleur salue bien évidemment.

(146) Pour ce qui en est de l'implication des parents, le Contrôleur félicite la direction pour le fait de traiter les parents comme tels, même s'ils n'ont plus l'autorité parentale. En effet, l'équipe de contrôle est fermement convaincue qu'une telle approche peut contribuer à désamorcer une situation naturellement tendue, qui pourrait à son tour avoir des effets négatifs évitables sur le traitement du patient. Cette approche n'est bien évidemment pas d'application si le jeune s'oppose à une immixtion quelconque de ses parents ou s'il existe une décision judiciaire contraire.

**Le CELPL approuve les principes quant à l'implication des parents et encourage le personnel du CHNP à perdurer dans cette voie.**

(147) Concernant l'autorité parentale en soi, si elle n'est plus du ressort des parents biologiques, mais du CHNP, le Contrôleur externe s'interroge sur la gestion actuelle de cette première. En effet, s'il partage tout à fait l'opinion selon laquelle le responsable du traitement ne devrait pas simultanément être détenteur de l'autorité parentale à cause de potentiels conflits d'intérêts il demande quand même d'adapter une certaine cohérence dans ses agissements.

**Ainsi, si l'autorité parentale est transférée à l'établissement, le CELPL recommande aux responsables du CHNP d'établir des règles claires et précises déterminant le(s) responsable(s) autorisé(s) ou**

**chargé(s) de prendre les décisions concernant les patients sous sa garde, non pas le personnel soignant et encore moins uniquement une seule personne.**

(148) Au sujet de l'alimentation, il convient de préciser qu'aucune plainte concernant la qualité n'a été transmise à l'équipe de contrôle. La seule réclamation concerne le choix du menu, qui ne serait sporadiquement pas respecté.

**Le CELPL se montre satisfait de ce constat.**

(149) Pour ce qui est de l'encadrement, le personnel a adapté le système du 3/3/2 ce qui entraîne quelques défis au niveau organisationnel. Ainsi, certains interlocuteurs nous indiquaient qu'un système 3/4/2 serait plus approprié compte tenu des réalités du terrain, sachant qu'un plus grand nombre de patients se trouve à l'unité en après-midi (moins d'activités l'après-midi, pas d'école, etc.).

**Le CELPL soutient l'idée de renforcer les effectifs à l'unité et encourage la direction de planifier le budget de l'année prochaine en conséquence pour permettre une dotation 4-4-2 ou du moins 3-4-2.**

(150) Concernant la vie sociale, il a été remonté à l'équipe de contrôle que le personnel de l'OR3 veillerait à ce qu'une nette séparation physique entre garçons et filles soit faite en permanence et qu'aucun contact corporel n'ait lieu. En supposant que ces affirmations soient correctes, le Contrôleur a de très grandes difficultés à suivre ce mode de fonctionnement qui est contraire au principe de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux dans un environnement le moins restrictif possible, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui<sup>28</sup>.

Par ailleurs, cela ne correspond pas aux normes sociales actuelles et une telle approche n'est pas médicalement justifiable, encore moins dans un établissement fermé. En effet, selon des études scientifiques<sup>29</sup>, le contact physique est une condition préalable à une vie saine et à la cohésion sociale.

De même, la stricte séparation "spatiale" (canapé, etc.) entre les garçons et les filles est dénuée de tout fondement, car elle repose sur une norme binaire qui n'est aujourd'hui plus adaptée aux évolutions sociétales.

**Le CELPL demande aux équipes de revoir au plus vite leur approche quant aux contacts sociaux entre les patients.**

(151) Dans le contexte de la psychiatrie juvénile, le suivi après l'hospitalisation est bien évidemment un élément clé. L'approche du CHNP qui a, déjà en 2001, mis en place un service de soins psychiatriques à domicile qu'il a étendu aux adolescents en 2008 est tout à fait exemplaire. En effet, le Contrôleur externe est d'avis qu'un tel service représente un vrai atout pour minimiser substantiellement le risque de ré-hospitalisation dans un milieu hospitalier actuellement débordé, notamment en raison des effets néfastes de la pandémie, combiné à un taux relativement faible en termes de lits en psychiatrie par 100.000 habitants.

Le SPAD dispose aujourd'hui de 14 ETP, dont 10 s'occupent uniquement de mineurs (au nombre de 44 au moment de l'entretien). Parmi ses équipes, presque tous sont infirmiers ou infirmiers psychiatriques et ont suivi une formation DBT. Afin d'atteindre ses objectifs, le SPAD mise sur une collaboration entre son staff, le pédopsychiatre, la famille et le mineur en question. Si un foyer est détenteur de l'autorité parentale, ce dernier est bien évidemment intégré dans le processus. A noter qu'aucune limite temporelle ou géographique ne joue tant que le traitement s'effectue au Luxembourg

---

<sup>28</sup> Conseil de l'Europe (2004, p. 4)

<sup>29</sup> Wüllenkemper (2019)

et que tous les frais afférents au traitement sont pris en charge par la CNS, ce que le CELPL salue fortement. Il en est de même pour la disponibilité des services, même après la fin formelle d'une mission.

(152) Néanmoins, quelques améliorations sont de mise.

Premièrement, si le SPAD est suffisamment équipé en termes de ressources humaines, le CHNP reste un hôpital majoritairement germanophone. Il peut donc arriver que l'attribution d'un employé à un mineur devienne compliquée s'il existe des problèmes linguistiques.

**Le CELPL encourage le CHNP à offrir des cours de langue française aux employés concernés qui pourraient en profiter à titre gratuit dans le cadre de leur formation continue.**

(153) Deuxièmement, les effectifs du SPAD sont exclusivement composés d'infirmiers et d'infirmiers psychiatriques.

**Le CELPL recommande d'étoffer le SPAD avec des équipes plus multidisciplinaires puisque les défis d'aujourd'hui ne savent pas être résolus par une approche unidimensionnelle.**

(154) Troisièmement, les employés ont indiqué vouloir bénéficier de réunions de supervision.

**Le CELPL est convaincu de la nécessité de proposer des réunions de supervision aux agents du SPAD et demande aux responsables de bloquer des créneaux pour instaurer un échange informel et régulier.**

(155) Troisièmement, le Contrôleur externe a constaté un manque de communication et de concertation entre les différents acteurs dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile.

Pour finaliser cette section, le Contrôleur externe aimerait revenir à des défis d'ordre plutôt général.

En premier lieu, si le CELPL est bien évidemment conscient de l'existence de l'hôpital de jour du Service national de psychiatrie juvénile et de son service de garde<sup>30</sup>, il est convaincu que l'instauration d'un tel service au sein du CHNP serait un vrai atout, surtout en matière d'accessibilité et en termes de dépistage précoce de certains troubles.

**Le CELPL recommande aux responsables du CHNP d'analyser la possibilité de mettre en place un hôpital de jour pour mineurs géré par le CHNP.**

(156) En deuxième lieu, le CELPL estime qu'il convient de diversifier l'offre de prise en charge. Ainsi, il nous a été confié qu'au moment des entretiens, un patient autiste se trouvait à l'OR3 depuis plus d'un an par manque de structure spécialisée pouvant l'accueillir. Pour rappel : le CHNP a une mission réhabilitative, les patients ne remplissant pas ce critère devraient donc être placés dans une structure spécialisée.

**En se référant sur sa recommandation intitulée « La prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique », le CELPL réitère sa demande de « diversifier et étendre l'offre et augmenter les effectifs, en créant des structures notamment pour personnes atteintes d'un trouble mental, d'un handicap mental et pour des personnes autistes » qui sont tout aussi vraies pour la psychiatrie juvénile<sup>31</sup>.**

(157) Finalement, le CELPL est absolument convaincu de la nécessité d'instaurer une UPSJ. Si les constats faits en 2015 faisaient allusion aux adultes, il n'en est pas moins qu'ils sont également

---

<sup>30</sup> Le Quotidien (2021a)

<sup>31</sup> CELPL (2021)

applicables aux mineurs. Plus précisément, dans son rapport de 2015 sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux<sup>32</sup>, le CELPL recommandait

**« [...] de réorganiser la filière socio-judiciaire en plusieurs niveaux. Le premier niveau d'intervention, auquel les patients seront d'office hospitalisés au sein de l'UPS est réservé aux patients placés judiciaires dont le critère de dangerosité pour eux-mêmes et/ou pour autrui n'a pas encore pu être évalué ainsi qu'aux patients qui continuent à représenter une menace pour eux-mêmes et pour autrui. Pour ces derniers, l'intervention thérapeutique devrait déjà commencer à ce niveau. Les patients non encore évalués devraient faire l'objet d'une évaluation selon les critères scientifiques en vigueur dans les meilleurs délais.**

**Le deuxième niveau d'intervention pourrait avoir lieu au sein des infrastructures sur le site du CHNP. Il s'adresse aux patients placés judiciaires stabilisés qui ne représentent plus un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Il s'agirait d'une phase de réhabilitation et de consolidation pendant laquelle les mesures de sécurité peuvent être allégées graduellement.**

**Enfin, au troisième niveau, qui serait un niveau d'entretien, les patients stabilisés pourraient intégrer d'autres institutions protégées adaptées à leur état de santé mentale. Il est évident qu'il existe également un grand manque en infrastructures plus ou moins protégées ou en logements encadrés capables d'accueillir durablement ce type de patients. »**

### iii. Les liens vers l'extérieur

(158) Les modalités quant aux liens vers l'extérieur sont définies dans le règlement d'ordre intérieur distribué aux jeunes lors de leur d'admission. Ces liens peuvent évidemment prendre différentes formes : les sorties (sortie seule, sortie de jour, sortie le weekend, sortie accompagnée), les visites par des tiers à l'OR3 (visites parentales, du partenaire, etc.), ou alors, par le biais de moyens de télécommunication.

#### Visites

(159) Ledit règlement prévoit, après accord préalable d'un thérapeute ou d'un autre membre de l'équipe, des visites jusqu'à quatre fois par semaine, dans un local aménagé à cette fin au sein de l'unité, puisque les jeunes ne bénéficient pas toujours d'un droit de sortie. Le CELPL salue les efforts entamés par les équipes de l'OR3 quant à l'organisation de ces visites, surtout quant à leur flexibilité en termes d'accueil en ne limitant par exemple pas les visites aux seuls parents biologiques.

**Le CELPL souligne l'importance des visites et encourage les membres du personnel à persévérer dans leurs efforts et leur flexibilité.**

(160) Étant donné que ces visites se prêtent idéalement pour remettre de l'argent aux patients placés, il n'en est pas moins que la remise d'argent en espèces lors de ces visites est strictement prohibée. Toutefois, les jeunes ont la possibilité de se faire virer de l'argent sur un compte du CHNP ou alternativement, de se faire verser de l'argent sur ce compte en espèces qui leur sera crédité,

---

<sup>32</sup> CELPL (2015, p. 90)

respectivement remis par la suite. Qui plus est, ils peuvent se procurer des vêtements et des articles d'hygiène via leurs parents.

Toutefois, l'équipe de contrôle a également été informée que lors de ces visites, un tri qui serait effectué par le personnel quant aux vêtements potentiellement remis aux placés. Si le CELPL ne peut, comme énoncé dans le règlement d'ordre intérieur, évidemment que saluer l'interdiction du port de vêtements faisant l'apologie aux stupéfiants ou à la violence, il se montre tout de même étonné que le personnel aurait confisqué des vêtements jugés trop « excitants ». A titre d'exemple, une jeune fille se serait fait confisquer son « haut » puisque ce dernier ne cacherait pas assez ses épaules.

**Le CELPL demande à l'équipe d'agir de bon sens et conformément aux normes sociétales actuelles dans l'application de leur politique vestimentaire.**

#### Les sorties

(161) Après accord d'un membre de l'équipe ou du médecin traitant, et le cas échéant du juge, le patient placé a la possibilité de quitter l'enceinte du CHNP pour des :

- Sorties seules (p.ex. pour fréquenter son établissement scolaire), des sorties de jour ou de weekend pour rendre visite aux parents, ainsi de suite. A noter que les patients placés ne sont pas autorisés à fréquenter un club de sport, etc.
- Sorties accompagnées. Les sorties accompagnées se font généralement à la cour intérieure du CHNP, une à deux fois par jour, pour un maximum de 60 minutes ou encore pour des sorties où les jeunes sont accompagnés par leurs parents (promenade, etc.).

Si, plus généralement, le CELPL salue que le CHNP ne demande pas seulement l'autorisation du détenteur de l'autorité parentale avant toute sortie, mais également que le CHNP informe le détenteur en cas d'un retrait de l'autorisation de sortie, quelques critiques doivent être soulevées dans le cadre de ces sorties :

(162) Premièrement, l'équipe de contrôle a été informée que les fouilles corporelles se font d'office après chaque sortie/après les weekends. Le CELPL a du mal à accepter ce mode de fonctionnement, d'autant plus que ce constat déjà été fermement critiqué lors de visites antérieures. Cependant, contrairement aux affirmations faites par des jeunes lors de ces visites antérieures, ce reproche est aujourd'hui confirmé par un responsable ce qui confère d'autant plus de crédibilité à ces dires.

**Le Contrôleur externe réitère donc sa demande de 2014 et demande aux responsables de ne procéder à ces fouilles qu'en cas de suspicion concrète.**

(163) Deuxièmement, dans le même contexte, force est de constater que des reproches quant au respect de la fouille en deux temps sont toujours d'actualité. En effet, plusieurs jeunes ont affirmé que le principe de la fouille en deux temps ne serait pas respecté dans tous les cas. Même si le règlement d'ordre intérieur y fait clairement référence, ce que le Contrôleur externe salue, il n'en est pas moins qu'un rappel des procédures à certains membres du personnel semble être de mise.

**Compte tenu de l'importance du respect de ce principe fondamental évitant au patient de se retrouver entièrement dévêtu devant un membre du personnel, le Contrôleur demande à la direction de sensibiliser son personnel à ce sujet.**

(164) Troisièmement, s'il est procédé à des fouilles de chambre, après une sortie ou non, le Contrôleur externe insiste sur la nécessité de la présence de l'occupant lors de cette fouille. Le Contrôleur est convaincu que les effets bénéfiques (décroissement de doutes sur le respect de la vie privée, etc.)

résultant de la mise en place d'une procédure respectant ce principe dépasseraient de très loin les risques qui pourraient en découler (excitation du patient, etc.).

**Le CELPL revendique depuis longtemps le respect de ce principe essentiel dans le milieu carcéral, conformément aux normes internationales en la matière et ne voit aucunement en quoi ce principe ne devrait pas également être d'application en cas de placement en psychiatrie juvénile. Il recommande que le contrôle de chambre soit exclusivement réalisé en présence du patient, sauf si son comportement compromet activement le bon déroulement de celui-ci.**

#### Les moyens de télécommunications

(165) Si l'utilisation de téléphones portables ou d'ordinateurs est strictement interdite, le patient placé peut téléphoner, sous réserve d'accord d'un thérapeute et en présence d'un membre du personnel. Toutefois, il est demandé aux interlocuteurs de respecter les horaires (lundi-mercredi et le vendredi de 20 à 21h et de limiter leur appel à dix minutes.

Deux remarques s'imposent : d'un côté, le Contrôleur externe est ravi de constater que la possibilité de mener des appels téléphoniques est maintenue en cas de sanction, nonobstant du niveau de cette dernière. De l'autre côté, les appels sont soumis à l'obligation de présence d'un membre du personnel et ne sont autorisés qu'aux représentants légaux du mineur.

**Le Contrôleur demande à la direction de revoir sa position quant à la nécessité de la présence obligatoire d'un membre du staff lors de ces appels, et également la limitation de ces appels aux seuls représentants légaux, surtout compte tenu du fait que les visites ne sont pas limitées aux mêmes groupes de personnes. Il demande également au CHNP d'adapter son règlement d'ordre intérieur de sorte à clarifier, surtout dans le cadre d'un placement, que tout échange avec l'avocat, le juge et l'Ombudsman soit explicitement exempt de la présence d'un membre du personnel.**

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

(166) La gestion de situations de crise peut être subdivisée en deux grandes catégories : premièrement, les sanctions résultant de comportements non appropriés en termes de discipline, et deuxièmement, celles résultant d'un comportement auto-, voire hétéro-agressif.

Quant au premier scénario, l'OR3 différencie entre les cas de figure suivants :

- Le « Null-setting », appliqué en cas de détection de stupéfiants, d'abus d'alcool, de fugue ou de violence physique. Cette mesure s'étend sur 8 jours et prive les patients, entre autres, de sorties accompagnées avec des membres de la famille/du foyer, et de « sortie seule ». Toutefois, les jeunes peuvent sortir avec le service de soins et d'éducation (« PED »), continuent à bénéficier d'entretiens téléphoniques avec leurs parents et peuvent toujours participer aux activités thérapeutiques.
- Le « Zimmersetting » qui est notamment appliqué lors d'un retour de fugue et qui est de loin le plus restrictif. En effet, dans le cadre d'une telle mesure, le patient doit rester à l'étage, sans aucune sortie, sans même pouvoir fréquenter l'école, et sans pouvoir participer à des activités thérapeutiques en dehors de l'OR3.

**Le CELPL estime que les visites ne devraient pas être limitées si le comportement inapproprié constaté n'est pas en lien direct avec ces visites. Il rappelle l'importance du maintien des liens avec les proches pour favoriser la réussite d'un retour au domicile.**

**Dans le cas d'un « Zimmersetting », le patient devrait pouvoir profiter d'une offre thérapeutique à l'étage.**

(167) De manière générale, trois différents moyens de gestion de crise sont d'application à l'OR3 : l'isolement, la fixation et la contention avec médicaments. A noter que ces trois mesures peuvent être appliquées sans en informer les représentants légaux afin d'éviter tout danger imminent aux dépens du patient. Toutefois, les responsables ont informé l'équipe de contrôle que l'OR3 contacte systématiquement les représentants légaux dans les meilleurs délais après l'application d'une telle mesure, ce que l'équipe de contrôle salue.

Comme tous les autres établissements couverts par ce rapport, le CHNP adopte une stratégie selon laquelle, en situation de crise, la priorité est toujours donnée à la mesure la moins contraignante. Cette dernière devient, en fonction de la situation, progressivement plus invasive afin de gérer au mieux la situation de crise.

Si la situation le requiert et qu'un ou plusieurs entretien(s) de soutien n'aboutissent pas, le jeune peut être isolé du groupe. En fonction de la situation, il peut être isolé en chambre avec ou sans accompagnement. Si cette isolation ne porte pas ses fruits et si le jeune en question continue à représenter un risque pour soi-même ou pour autrui, il pourra être placé en chambre « time-out ». Ladite mesure est généralement décidée par le psychiatre traitant et la situation est réévaluée toutes les 30 minutes. Cependant, si aucun médecin n'est de garde (nuit, weekend), une telle décision peut également être prise par les infirmiers. Concernant intervalles de réévaluation de la situation, l'équipe de contrôle a reçu des informations contradictoires : si les procédures mentionnent clairement 30 minutes d'intervalle, un responsable nous informait que la durée prévue était de 15 minutes.

**Compte tenu de l'âge des patients concernés, le CELPL recommande vivement de fixer un intervalle de contrôle de 15 minutes au maximum et d'effectuer ces contrôles en personne dans la mesure du possible (et donc de recourir le moins possible à la surveillance vidéo).**

Chambre timeout	2020	2021
Nombre de cas	6	26
Moyenne	151	282
Min	35	30
Max	468	1440
Médian	103	88

Figure 12 - Statistiques sur l'usage du timeout à l'OR3

(168) Si le CHNP n'a fait parvenir au CELPL que les chiffres afférents aux années 2020 et 2021, il ressort de l'analyse que le recours à la chambre de timeout est relativement limité avec 26 passages en 2021 et uniquement 6 sur toute l'année 2020. Toutefois, les durées minimales et maximales sont relativement élevées, en particulier pour ce qui en est d'un passage répertorié à raison de 60 heures<sup>33</sup>. Pour rappel, les normes internationales recommandent que « La durée du recours à des moyens de

<sup>33</sup> A noter que cette valeur aberrante peut tout à fait être liée à une potentielle infection au Covid-19

*contention mécanique et à l'isolement devrait être la plus courte possible (elle se compte en général en minutes plutôt qu'en heures), et il faut y mettre fin dès lors que la raison l'ayant motivé a cessé. »<sup>34</sup>*

**Le CELPL demande aux responsables du CHNP d'obtenir de plus amples renseignements sur les durées de time-out appliquées.**

(169) Pour la seconde mesure, la contention corporelle, l'application est bien plus encadrée. Ici, il faut non seulement que l'attitude non adaptée du jeune soit caractérisée par une hétéro-agressive persistante, mais aussi que la mesure soit explicitement prescrite par le médecin psychiatrie traitant.

**Le CELPL salue le fait que la mesure de contention corporelle soit plus amplement encadrée.**

(170) La troisième mesure, la médication, peut être proposée, voire infligée au patient selon son degré d'excès et ce tout aussi bien lors de son passage au timeout, que lors d'une mesure d'isolement.

S'il n'existe aucune statistique au sujet des deuxième et troisième mesures, elles seraient néanmoins extrêmement rares. Ainsi, concernant la troisième mesure, aucune médication forcée n'aurait été infligée depuis des années.

#### *v. Autres constats*

Sauf les constatations faites ci-dessus, le Contrôleur externe a relevé quelques défis supplémentaires :

#### Autorité parentale et consultation du détenteur de l'autorité parentale

(170) Le staff de l'OR3 a informé l'équipe de contrôle qu'aucune consultation du directeur du CHNP, détenteur de l'autorité parentale d'un jeune placé, n'a lieu dans le cas où une telle consultation est nécessaire à l'égard de la loi, voire pour toutes les autres situations où une telle consultation pourrait s'avérer nécessaire. Si ce constat n'est pas uniquement valable pour le CHNP, une telle approche vis-à-vis de l'exécution pratique de l'autorité parentale semble tout de même totalement inadéquate. En effet, dans une telle constellation, la séparation entre les soignants et le détenteur de l'autorité parentale est encore plus floue qu'elle ne l'est déjà.

**S'il est tout à fait conscient que le « problème » de l'autorité parentale sera résolu dès la mise en vigueur de la loi sur la protection de la jeunesse, le Contrôleur externe renvoie à sa recommandation antérieure afin d'établir des procédures internes claires en la matière et demande en attendant ces procédures, au directeur du CHNP d'intervenir personnellement dans tous les cas où l'exercice de l'autorité parentale s'avère nécessaire. S'il ne peut le faire lui-même faute de temps, l'équipe de contrôle le prie d'au moins déléguer cette tâche à un tiers ne faisant pas partie de l'équipe soignante de l'OR3.**

#### Remise du dossier médical

(171) Si le Contrôleur externe se félicite qu'aucun accès au dossier médical n'est accordé au staff n'étant pas impliqué dans le traitement du jeune placé, il déplore quand même que jusqu'à présent, aucun jeune n'ait jamais demandé accès à son propre dossier médical.

---

<sup>34</sup> Conseil de l'Europe (2017, p. 4)



**L'équipe de contrôle attribue ce manque à une inconscience de la part des jeunes et demande à la direction de mettre en place un entretien de sortie obligatoire au cours duquel le jeune est, entre autres, informé de son droit à obtenir une copie de son dossier médical.**

#### Protection des données

(172) Les principes appliqués en matière de protection de données sont les mêmes pour l'OR3 que pour le reste du CHNP. Comme décrit auparavant, aucun intervenant externe à l'OR3, hormis ceux qui interviennent activement dans le traitement, n'a accès aux données des patients de l'OR3, ce que le Contrôleur externe salue explicitement. De manière plus générale, les données des patients sont conservées jusqu'à ses 28 ans ou, alternativement, 10 ans après son départ. Les données y afférentes sont conservées (et archivées après son départ) sous forme papier.

#### **d. Le Centre Thérapeutique Putscheid (CTP)**

(173) En octobre 2020, en ligne avec ses efforts de décentralisation, l'offre de service du CHNP a été étendue avec l'inauguration du CTP. Ce dernier fournit aux jeunes souffrant de troubles du comportement social ou émotionnel, de troubles hyperkinétiques, de la personnalité ou encore de stress post-traumatique une prise en charge psychothérapeutique en milieu ouvert en vue de leur réinsertion sociale, scolaire et professionnelle.

Si l'ouverture de cet établissement satellite du CHNP permet évidemment un « désengorgement » plus accentué de l'OR3, voire des autres unités de psychiatrie juvénile du pays, elle s'adresse explicitement à des jeunes n'ayant jamais bénéficié d'une prise en charge en milieu hospitalier.

L'emplacement du CTP, qui offre un nouveau cadre de vie à maximum 16 patients âgés entre 12 et 17 ans, au milieu des champs dans le nord du pays n'est guère une coïncidence, puisqu'il vise à leur fournir un certain isolement bénéfique aux initiatives psychothérapeutiques et favorisant donc, *in fine*, leur réinsertion.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de placements	-	-	2	1	2

Figure 13 – Nombre de placements au CTP entre 2020 et 2022

(174) Si aujourd'hui le CELPL ne dispose pas de statistiques exactes sur le nombre total des patients traités au CTP depuis son inauguration, il n'en est pas moins que la somme des placements au CTP par les autorités judiciaires semble extrêmement limitée. En effet, depuis l'ouverture du CTP, seulement cinq patients (deux filles et trois garçons) y furent placés. Ce nombre très restreint de placements pourrait s'expliquer notamment par le caractère « ouvert » des infrastructures du CTP qui est souvent contradictoire avec le concept même d'un placement.

	2018	2019	2020	2021	2022
CHNP (OR3)	-	-	2	1	-
HRS	-	-	-	-	1
Volontaire	-	-	-	-	1
<b>Somme</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Figure 14 – Provenance des patients au CTP

(175) Quant à la provenance des patients, la plupart provient - sans surprise aucune - de l'OR3 avec trois patients. Les HRS et le séjour volontaire sont à égalité avec un patient chacun. Si la prise en charge de patients provenant de l'OR3 et des HRS n'est guère surprenante, le séjour volontaire auquel il est fait référence ci-dessus peut, quant à lui, sembler plus insolite. Il s'agit ici en effet d'une constellation assez rare, ayant ses origines dans le décès d'un titulaire de l'autorité parentale suivi d'une demande de séjour volontaire par le jeune en question. A noter que le placement n'est pas automatiquement levé quand le jeune quitte le CTP, par exemple quand il part en famille d'accueil.

La durée moyenne de séjour des patients placés en 2021 était de 176 jours, tandis que pour ceux ayant quitté l'établissement en 2022, elle était de 110 jours<sup>35</sup>.

	2018	2019	2020	2021	2022
Famille d'accueil	-	-	-	-	1
Foyer	-	-	-	3	-
HRS	-	-	-	-	1
<b>Somme</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Figure 15 – Destination des patients du CTP

(176) Quant à leur destination : le patient en séjour volontaire a rejoint sa famille d'accueil en 2022, tandis que deux patients étaient réintégrés dans des foyers et les deux autres dans l'unité de psychiatrie juvénile des HRS. Puisque les deux patients placés en 2022 avaient déjà quitté les lieux lors de notre intervention, l'équipe de contrôle n'a malheureusement pas été en mesure de s'entretenir avec des patients.

<sup>35</sup> Ces moyennes sont basées sur l'année calendaire où leur sortie définitive a eu lieu.

i. *Personnel, infrastructures et procédure d'admission*

Personnel et infrastructures

Fonction	#	ETP
Aide-soignant	2	1.75
Art-thérapeute	1	0.08
Assistant social	1	1.00
Éducateur diplômé	2	1.75
Éducateur gradué	1	1.00
Ergothérapeute	1	0.50
Infirmier	10	8.50

Fonction	#	ETP
Infirmier psychiatrique	4	3.50
Kinésithérapeute <sup>36</sup>		
Médecin généraliste	1	0.05
Médecin psychiatre	2	1.80
Psychologue	3	1.70
Psychomotricien	1	0.15
Professeur <sup>37</sup>	2	2
Thérapeute du sport	1	0.15
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>23.93</b>

Figure 16 - Répartition du personnel au CTP

(177) Le CTP est doté de près de 24 ETP, dont deux ressources externes détachées par le MENJE. Pour ce qui en est des ressources internes, le CTP est doté d'1,8 ETP en médecin psychiatre, de 0,05 ETP en médecin généraliste, de 13,75 ETP en personnel de soins (aides-soignants, infirmiers et infirmiers psychiatriques) ainsi que de près de 6,4 ETP en personnel de support (art-thérapeute, ergothérapeute, assistant social, éducateurs, psychologues, psychomotricien et thérapeute du sport).

L'équipe de contrôle n'a à aucun moment été informée d'un quelconque manque de personnel affecté au CTP. Bien au contraire, les intervenants ont à plusieurs fois mis en avant la disponibilité de chacun de leurs collègues, ainsi que la cohésion de groupe au sein du personnel.

**Le Contrôleur externe s'en félicite, puisqu'il juge que la satisfaction du personnel est un élément clé pour un travail thérapeutique réussi et pour la réhabilitation du patient.**

(178) Concernant les infrastructures, le CTP a été érigé sur un terrain de près de 43a. Si le terrain peut sembler assez vaste d'un point de vue superficie, il n'en est malheureusement pas de même pour le bâtiment puisque ce dernier ne dispose par exemple pas assez d'espace pour l'implémentation de certains ateliers qui pourraient potentiellement favoriser la vie sociale, voire la réintégration des jeunes dans le monde professionnel. Ainsi, s'il est en théorie tout à fait concevable d'instaurer un atelier vélo ou une menuiserie, les circonstances pratiques en termes d'espace ne le permettent tout simplement pas. En outre, l'utilisation d'une des plus grandes salles théoriquement à disposition est très limitée vu qu'elle ne satisfait pas aux normes actuelles de sécurité incendie, et ce même après transformation complète et très récente de cette ancienne ferme. Si le Contrôleur externe est tout à fait conscient que la direction ne saura y remédier, il n'en est pas moins qu'il regrette ces limitations.

Quoi qu'il en soit, les locaux existants permettent la pratique d'activités sportives, d'ergothérapie, d'art thérapie, d'activités culinaires et scolaires, du « snoezelen » et de vie en groupe. D'autre part, l'infrastructure actuelle permet également le déroulement de consultations auprès du médecin psychiatre, généraliste ou psychologue en toute confidentialité, mais aussi des visites qui peuvent avoir

<sup>36</sup> Selon besoin

<sup>37</sup> Détachés par le MENJE

lieu avec l'accord préalable du médecin traitant ou d'un membre du personnel. Une chambre de « time-out » existe également sur place mais n'a encore jamais été utilisée.

### Procédure d'admission

(179) Comme suggéré dans la section précédente, la provenance des jeunes est très variée : ils peuvent être transférés au CTP par l'OR3, les HRS, le CHL, des psychologues libéraux, des acteurs scolaires<sup>38</sup> et, ce qui nous importe le plus dans le cadre de notre mission de contrôle, par le biais de placements.

Quant à l'admission en elle-même, c'est le médecin spécialiste qui se charge d'établir le premier contact avec le patient (seul) afin de déterminer si les attentes et la motivation du patient et l'offre du CTP convergent, et de déterminer des objectifs thérapeutiques. Cela vaut également dans le cadre d'un placement, où le CTP reprend, pour la majeure partie des cas, l'autorité parentale de l'OR3 ou d'un autre hôpital psychiatrique détenteur de l'autorité parentale. Dans l'affirmative, un second rendez-vous est normalement fixé avec le patient et ses parents avant que ne se matérialise l'admission. Après ladite admission, le jeune profite d'une phase d'orientation d'une semaine environ pour qu'il puisse gagner ses repères. A noter que pour les adolescents placés, c'est le thérapeute en charge qui maintient le contact (rapports, etc.) avec le juge responsable de l'affaire et que les jeunes ont accès au rapport envoyé au juge, ce que le Contrôleur externe salue explicitement.

**La procédure d'admission ne donne pas lieu à une quelconque critique de la part du contrôleur externe.**

(180) Après son admission, chaque jeune occupe une chambre individuelle<sup>39</sup>. Dans leurs chambres, les adolescents peuvent, après accord, embellir les lieux en plaçant des posters p.ex. afin de rendre leur séjour plus agréable. Si les chambres sont équipées d'une douche séparée, elles ne sont pas équipées d'un frigo. Toutefois, un frigo commun est mis à disposition des jeunes dans la cuisine commune, ce que le CELPL juge suffisant. A noter que les appareils électroniques et les objets représentant un potentiel danger sont prohibés et que les objets de valeur pouvant attirer l'attention de voleurs à la tire sont placés en lieu sûr par le personnel. Nonobstant, les jeunes ont le droit de fermer leur porte à clé de l'intérieur.

Ils sont soumis à des tests de dépistage de stupéfiants et à des tests d'alcool à des intervalles réguliers. La consommation de tabac leur est strictement interdite, peu importe leur âge.

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

### Le traitement et l'offre thérapeutique

(181) Avant de rentrer davantage dans les détails du traitement, il importe d'abord de rappeler l'objectif d'une potentielle thérapie au CTP. En premier lieu, le CTP vise à réintégrer le jeune dans un cadre de vie adapté à son âge, favorisant ainsi son développement en vue d'une réintégration. Cet objectif engendre donc inéluctablement un traitement de la maladie psychique à la base des souffrances du jeune, vise un retour en famille ou du moins dans un foyer spécialisé, et le cas échéant, une reprise de la formation scolaire et/ou professionnelle, l'abandon d'abus de substances psychoactives, ainsi que la renonciation à un comportement potentiellement délinquant. D'un point

---

<sup>38</sup> Le Quotidien (2021b)

<sup>39</sup> Il existe une seule chambre qui peut, le cas échéant, être réaménagé de sorte à pouvoir accueillir deux adolescents.

de vue général, le concept thérapeutique est, à quelques exceptions près, identique à celui de l'OR3 du CHNP. A noter que le CTP mise très peu sur l'utilisation de médicaments, puisqu'en général, seulement 60% des patients se font administrer des médicaments psychotropes ce qui est relativement peu en milieu psychiatrique.

Plus précisément, le CTP a recours à un modèle thérapeutique basé sur quatre grands axes :

1. (182) **Les mesures individuelles** : celles-ci sont élaborées par le médecin spécialiste ou un psychologue sur base des symptômes diagnostiqués et propres à chaque patient. Le patient bénéficie d'une session thérapeutique individuelle d'une heure par semaine qui est complémentée par des thérapies individuelles adaptées à son profil. Le choix de ces sessions additionnelles dépend évidemment des troubles identifiés, il s'agit notamment de sessions de thérapie comportementale, de pharmacothérapie, d'hypnothérapie, de thérapie comportementale dialectique ou encore de thérapie familiale. A ces mesures individuelles peuvent s'ajouter des mesures en groupe, telles que l'ergothérapie, l'art-thérapie, des thérapies basées sur le sport ou la psychomotricité.

L'organisation de ces activités, donc desdites sessions individuelles ainsi que des mesures proposées en groupe, est gérée par le responsable du dossier du patient. Le progrès de ce dernier est discuté lors de la réunion du personnel qui a lieu une fois par semaine et porte sur tous les éléments importants, sauf sur les activités scolaires. Le CELPL redirige l'attention du lecteur à la partie « [4. Constats généraux](#) », qui rentre davantage dans les détails au sujet de la communication intra-institutionnelle dans le domaine scolaire.

**Le CELPL apprécie la réévaluation hebdomadaire de la situation du jeune et l'adaptation continue de sa prise en charge en fonction de ses progrès.**

2. (183) **L'implication de la famille**, p.ex. via le biais de thérapies familiales. Celles-ci ont lieu environ toutes les deux semaines pour une durée d'environ 90 minutes. Comme souvent, les horaires de travail des parents sont un défi puisqu'ils se chevauchent avec ceux des collaborateurs du CTP. Toutefois, le Contrôleur a été informé que les services n'accordent pas trop d'importance à leurs horaires fixes, mais s'adaptent, bien évidemment dans la mesure du raisonnable, à l'agenda des parents.

**Le Contrôleur externe félicite explicitement les équipes pour leur flexibilité dans l'intérêt du mineur qui permet une collaboration positive avec les parents.**

3. (184) **La thérapie par le milieu de vie** : cette démarche met l'accent sur la vie en communauté, au sein du CTP ou à l'extérieur. Il s'agit ici non seulement de participer aux thérapies de groupe, mais aussi et surtout de faire usage des processus quotidiens pour aider le jeune à acquérir les compétences nécessaires à sa réintégration. Cette approche permet de refléter les situations problématiques auxquelles le jeune a pu être confronté par le passé, mais en l'encadrant par des professionnels afin de permettre au jeune de faire, dans le futur, sereinement face à des situations « déclencheurs » dans un milieu sécurisé, sans pour autant constituer un danger pour lui ou pour autrui. Le patient apprend ainsi à devenir plus autonome et à gérer son quotidien. La vie en communauté joue ici un rôle capital.

Le programme du CTP distingue clairement entre patients scolarisés en interne et ceux scolarisés à l'extérieur. Ainsi, ceux qui sont scolarisés en interne participent généralement à ces sessions le

matin ou en début d'après-midi, tandis que ceux scolarisés à l'extérieur y participent après leur retour d'école qui est prévu pour 16h.

**Le CELPL apprécie cette méthodologie et salue la prise en compte des horaires scolaires et le fait que la fréquentation d'une école externe ne prive pas les jeunes d'une partie de l'offre thérapeutique proposée.**

4. (185) **La réintégration du jeune par l'élaboration et mise en œuvre d'un concept scolaire** coordonné afin de favoriser sa réintégration dans le milieu familial/du foyer. Cela va de pair avec un suivi ambulatoire après sa sortie, même si ce dernier peut se révéler difficile compte tenu de la disponibilité limitée des intervenants et des distances à parcourir étant donné l'emplacement du CTP. Toutefois, le SPAD, bien plus nombreux en termes de personnel et bénéficiant également d'une situation géographique plus centrale et donc plus favorable pour ce qui est des trajets, peut prendre en charge ce suivi, ce que l'équipe de contrôle salue explicitement.

**Le CELPL rappelle l'importance du suivi réalisé après une prise en charge stationnaire et renvoie à ses observations faites préalablement au sujet du SPAD.**

(186) A noter que selon les dires du personnel, les foyers afficheraient une grande empathie pour la situation des jeunes du CTP et offriraient souvent des périodes d'essai au sein de leur institution pouvant aller jusqu'à deux semaines.

**Le Contrôleur externe tient à féliciter les foyers pour leur flexibilité à l'encontre de ces jeunes en situation de détresse et encourage les responsables des foyers à développer ce concept.**

(187) Les mesures à l'étranger sont quant à elles coordonnées avec le ONE. Selon le personnel, la collaboration serait là encore caractérisée par son efficacité.

**Le Contrôleur se félicite de la bonne collaboration avec l'ONE en matière de mesures à l'étranger, mais souhaite souligner les répercussions négatives qu'une prise en charge à l'étranger peut entraîner (barrière linguistiques, perte de repères, difficultés de (ré)adaptation) et recommande de miser davantage sur une diversification des offres des prises en charge au niveau national et de réserver les prises en charge à l'étranger aux cas de figure exceptionnels**

### Les activités

(188) Comme le nombre et la diversité du staff laissent pressentir, les activités sur place sont très variées (cuisine, art, école, ergothérapie, sport, diététicienne, etc.). De potentiels vides dans la journée sont comblés par une coordination accrue de la part du personnel.

Concernant les activités scolaires, l'équipe de contrôle a été informée que les professeurs détachés n'avaient pas le droit de participer aux réunions internes, à l'instar des autres psychiatries fermées.

**Le Contrôleur demande encore une fois les raisons motivant ce « cloisonnement » et invite le MENJE et les directions des psychiatries respectives de revoir leur position dans l'immédiat. Il semble en effet logique qu'un échange doit avoir lieu entre ces acteurs, surtout quand les activités scolaires font partie de la thérapie.**

(189) Si ces activités internes ne donnent autrement pas lieu à des commentaires quelconques, il n'en est pas de même pour les activités externes. En effet, même si leur diversité semble raisonnable (par exemple excursions au « leselshaff » ou au « jardin des papillons », randonnées, VTT, activités aquatiques, cinéma, etc.) et que des moyens logistiques suffisants sont mis à disposition (navettes et voitures), il existe trois exceptions notables :

1. Vu son emplacement géographique, compte tenu du fait que le CTP présente une offre unique en son genre au Luxembourg et qu'il est donc au cas par cas sans alternative aucune, il peut être extrêmement fastidieux pour un jeune de rejoindre son établissement scolaire. Ainsi, s'il est vrai qu'un jeune fréquentant le lycée à Ettelbrück mettra « seulement » une heure pour rejoindre son établissement, un jeune fréquentant p.ex. le Lycée Technique du Centre mettra 1h41 à rejoindre son lycée et celui fréquentant le Lycée Technique Matthias Adam à Lamadelaine même 2h27 et le tout en présumant qu'il ne rencontre aucun problème en chemin.

Le Contrôleur externe a été informé qu'un projet initial du CHNP à mettre en place une navette pour conduire les jeunes à l'école a dû être abandonnée pour des raisons budgétaires.

**Le CELPL recommande d'analyser communément avec les autorités communales les possibilités de mise en place d'un service navette pouvant transporter les jeunes directement à l'école, voire au moins à une gare de proximité, pour cause de non-inscription en tant que résident de la commune.**

2. (190) Le budget accordé aux activités : En effet, le CTP ne dispose pas de budget global pour les activités, à l'opposé des foyers. L'argent nécessaire lui est par alloué par le CHNP en fonction du nombre de patients et est fixé à 15€/semaine par patient. Outre les hausses vertigineuses en raison de l'inflation, ce montant semble particulièrement déraisonnable compte tenu du fait que beaucoup de jeunes restent au CTP pendant les périodes de vacances, période pendant laquelle ont, de par leur nature, évidemment lieu le plus d'activités.

**Le CELPL demande à la direction de prévoir une augmentation substantielle de ce montant pendant les périodes de vacances et une adaptation du montant hors périodes de vacances.**

3. (191) Le montant de l'argent de poche. Celui-ci a été fixé à 8€/semaine pour les moins de 16 ans et à 10€/semaine pour les autres.

**Le Contrôleur demande à la direction de revoir également le montant d'argent de poche à la hausse compte tenu de la hausse générale des prix.**

### *iii. Les liens vers l'extérieur*

(192) Le règlement d'ordre intérieur du CTP renseigne d'une part sur les modalités de visite et d'autre part sur les autres formes de communication (courrier, conversations téléphoniques).

Concernant les visites, elles ne sont permises qu'après accord préalable du médecin traitant ou d'un autre membre du personnel, les rendez-vous pouvant être organisés par téléphone.

S'il est vrai que les téléphones portables sont interdits en chambre individuelle, les jeunes ont tout de même la possibilité de téléphoner à leurs proches après l'accord du personnel, sous condition que le

membre du personnel soit présent pendant toute la conversation et que la durée de l'appel se limite à dix minutes au maximum.

Les jeunes peuvent également communiquer par courrier, sous réserve d'un contrôle dudit courrier (entrant ou sortant) par le personnel.

**Si le Contrôleur peut comprendre cette manière de procéder, il demande néanmoins au CTP d'adapter son règlement d'ordre intérieur de sorte à clarifier, surtout dans le cadre d'un placement, que tout échange avec l'avocat, le juge et l'Ombudsman ne soient pas soumis à ce contrôle.**

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

(193) Les procédures de gestion de crises affichent des interventions graduelles en conformité avec les lignes directrices de la psychiatrie en milieu ouvert. En cas d'urgence psychiatrique, le personnel est tenu de contacter le médecin de garde du CHNP, qui lui ne peut se déplacer sur place et reste limité à la prescription de médicaments. Si le patient affiche un comportement psychiatrique aigu et ne peut plus être soigné sur place (tendances suicidaires, etc.), le patient est transféré aux HRS<sup>40</sup>. La chambre de timeout pourra alors également être utilisée comme mesure de sécurité de dernier recours jusqu'à l'arrivée des secours. A noter que la mise en œuvre d'une telle mesure entraînerait inévitablement l'expulsion du jeune, puisque la condition *sine qua non* de stabilité psychique ne serait plus remplie.

**Le Contrôleur externe félicite les responsables de l'unité pour cette approche graduelle et les encourage à continuer dans le même esprit. Il incite toutefois le CTP à incorporer sa procédure de timeout dans son concept de gestion de crise de sorte à refléter ce qui précède, puisque cette première reflète actuellement les mesures en vigueur au CHNP qui ne s'appliquent pas de la même manière au CTP pour autant.**

(194) Le personnel du CTP suit de façon régulière des formations afin de rappeler ses procédures mais aussi afin de pouvoir les adapter en fonction des standards scientifiques les plus actuelles en la matière.

**Le CELPL félicite la direction du CTP pour son approche en matière de formation continue.**

---

<sup>40</sup> Cela s'explique par le fait que les transferts de patients aigus vers l'OR3 sont explicitement exclus à court terme, mais peuvent en revanche se matérialiser à moyen terme en fonction des indications du patient.



#### 4. Constats généraux

(195) Dans cette rubrique, le CELPL souhaite aborder plusieurs thématiques qui concernent toutes les unités faisant l'objet du présent rapport.

Comme il a été souligné, la majorité des hospitalisations en milieu psychiatrique de mineurs se réalise désormais de manière programmée, ce que le CELPL apprécie. Il ne peut toutefois pas être évité totalement que des admissions d'urgence aient lieu. Dans cette situation, les mineurs passent par le service des urgences pour être admis. Le CELPL se demande si le passage par les urgences de l'hôpital est une procédure adaptée à la situation du jeune. Il renvoie à sa recommandation relative à la prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique et ses propositions quant à la réorganisation des urgences qui s'avèrent pertinentes également dans le cadre des mineurs hospitalisés<sup>41</sup>. Il se prononce en effet pour une réorganisation du fonctionnement des urgences, notamment en y renforçant et diversifiant les intervenants médico-psychiatriques, le cas échéant avec un fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire, sous forme d'« ambulance psychiatrique ».

**Le CELPL recommande de prendre en considération ces éléments également pour les jeunes. Dans toute la mesure du possible, un jeune qui est déjà connu par le service devrait pouvoir y être vu ou admis, sans devoir passer par les urgences.**

(196) Le CELPL a constaté que la communication entre les différents professionnels du domaine est presque inexistante. Déjà dans ses derniers rapports, le CELPL avait souligné l'importance d'un échange et avait recommandé d'améliorer la communication et la collaboration entre les différentes unités psychiatriques prenant en charge des mineurs.

**Le CELPL maintient cette recommandation qui est toujours d'actualité et recommande d'établir une plateforme d'échange entre les professionnels d'un même domaine et prenant en charge en partie les mêmes patients pour garantir un bon fonctionnement et une certaine cohérence de cette prise en charge. Il demande en outre à être tenu informé des éventuelles démarches et progrès déjà entamés en la matière.**

(197) Le CELPL a noté que l'âge d'admission au CHL, respectivement aux HRS et CHNP a été modifié depuis sa dernière visite et que celui-ci a désormais été fixé à 12 ans, contrairement à 14 ans, auparavant.

Le CELPL est d'avis que cette baisse de l'âge de répartition est pertinente, dans le sens où les jeunes se développent de manière de plus en plus précoce et que l'écart au niveau de la maturité entre un patient de six ans et un patient de 13 ans pourrait être trop important et perturber le bon déroulement thérapeutique.

Néanmoins, le développement de chaque jeune est différent et il est difficile de tirer des conclusions globalement valables pour chaque mineur, raison pour laquelle le CELPL estime qu'une répartition des patients en fonction de l'âge est inadaptée.

Le CELPL souhaite dès lors réitérer ses observations formulées en 2014, notamment en ce qui concerne la continuité dans la prise en charge lorsqu'un enfant, hospitalisé, admettons à 11 ans, devrait être hospitalisé de nouveau à 13 ans. Les relations de confiance, ainsi que le travail thérapeutique réalisé devraient être reprises à partir de zéro alors que l'enfant serait admis à une autre unité et suivi par

---

<sup>41</sup> CELPL (2021, p. 17–18)

d'autres professionnels, fonctionnant pour le surplus sur base d'approches médicales scientifiques différentes.

Comme en 2014, le CELPL estime que la solution idéale à cette problématique serait de saisir le problème à sa racine et de créer un hôpital psychiatrique compétent pour la prise en charge de tous les mineurs, garantissant ainsi une prise en charge cohérente et continue et opérant une répartition des patients en fonction de leurs besoins et de leurs pathologies.

Comme cette solution n'est guère envisageable en pratique, le CELPL souhaite reprendre certaines de ses propositions formulées en 2014.

Le CELPL a déjà souligné qu'il n'existe actuellement pas d'échange régulier entre les différents professionnels concernés. En 2014, il notait encore que les équipes de soin des unités concernées se réunissaient à intervalles réguliers pour échanger sur les éventuels défis de leur domaine de travail. Les médecins-psychiatres spécialisés dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile se réunissaient régulièrement dans le cadre de leur association professionnelle.

Cette année, l'équipe de contrôle a toutefois été informée que ces échanges n'avaient plus lieu depuis un certain temps et que depuis la pandémie de COVID-19, les quelques réunions ayant eu lieu avaient été arrêtées sans reprendre au moment du retour à la normale et de la levée des mesures sanitaires.

Comme en 2014, il n'existe aucune communication et collaboration directes ni régulières entre les médecins-responsables des unités faisant l'objet du présent rapport. Il maintient sa recommandation faite lors de son dernier rapport :

*« 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 est 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. ».*

Le CELPL souhaite renvoyer à ses observations faites dans la rubrique dédiée au CHL au sujet du concept de transition. Ce concept pourrait également fonctionner lorsqu'il y a eu une interruption dans la prise en charge, mais que le jeune formule la demande d'un accompagnement provisoire par des professionnels avec qui il y a déjà pu établir une relation de confiance.

Parallèlement aux problèmes liés à la répartition des patients en fonction de l'âge, les mêmes problèmes se posent lors de la transition de la prise en charge hospitalière à la prise en charge ambulatoire.

Le suivi après une hospitalisation peut notamment être réalisé par différents services externes, ce qui expose les patients aux mêmes difficultés de transition.

**Le CELPL recommande au ministère de la Santé de créer une entité organisationnelle à l'instar des réseaux de compétences prévus par l'article 28 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière pour gérer les transitions aux différents niveaux, à chaque fois que le mineur doit continuer sa prise en charge auprès d'un prestataire de soins différent.**

**Également dans le souci d'augmenter les moyens de suivi et de diversifier l'offre existante, il serait en outre indiqué de créer un centre de santé mentale offrant une prise en charge ambulatoire et semi-stationnaire pluridisciplinaire. Selon les informations recueillies sur le terrain, une pareille institution devrait être conçue pour prendre en charge environ huit enfants.**

(198) Actuellement, si une prise en charge s'impose après une hospitalisation à l'une des unités faisant l'objet du présent rapport s'avère nécessaire, il peut être recouru à une mesure à l'étranger, en principe parce qu'il est jugé que le Luxembourg ne dispose pas des infrastructures ou services adaptées.

Le CELPL voit ces placements à l'étranger d'un œil critique. Il ne souhaite pas nier les effets bénéfiques que ces projets peuvent avoir sur la santé mentale des jeunes, mais il souhaite mettre en garde quant à la panoplie de conséquences négatives qu'une pareille mesure à l'étranger est susceptible d'entraîner :

- Limitation considérable des contacts avec les personnes de référence, surtout lorsque le placement a lieu à une distance importante du Luxembourg
- Barrières linguistiques (pour le jeune ou pour sa famille, p.ex. lorsqu'un jeune participe à un projet en Allemagne et que les parents de l'enfant ne parlent pas l'allemand)
- Barrières culturelles en fonction du pays de destination
- Répercussions quant à son (ré)intégration scolaire au Luxembourg

Le CELPL souhaite renvoyer au rapport Roessler de 2005 qui préconise, pour les patients adultes que les prises en charge à l'étranger devraient être évitées autant que possible parce que le Luxembourg serait sur les plans infrastructurel et économique capable d'offrir à l'avenir une prise en charge stationnaire complète et qualitativement bonne sur le territoire national<sup>42</sup>.

Le CELPL est d'avis que cette argumentation est également valable pour les mineurs, vu que les répercussions indésirables sont susceptibles d'être plus importantes que pour les adultes.

Il renvoie également au rapport du comité des droits de l'enfant et plus particulièrement à l'examen des rapports périodiques où le Comité s'inquiète du « *nombre d'enfants placés en dehors de leur milieu familial* » et s'enquiert des « *raisons pour lesquelles le Luxembourg avait recours aux placements d'enfants à l'étranger et sur la manière dont le gouvernement peut exercer un contrôle sur les familles d'accueil étrangères* »<sup>43</sup>.

Il y est retenu que le gouvernement affirme que « *les services ambulatoires dédiés ayant doublé en nombre, ce qui a permis d'éviter les mesures de placement en dehors du milieu familial. Cette approche en matière de mesures de placement a pour but de désinstitutionnaliser le système de protection de l'enfance. Cependant, de telles solutions ne sont pas toujours envisageables, et il n'y a parfois d'autres choix que de placer les enfants à l'étranger par manque de ressources.* »<sup>44</sup>.

Le CELPL rappelle l'importance capitale qui revient à la prise en charge des mineurs en difficulté. Il fait un appel urgent aux responsables politiques d'investir dans les infrastructures nécessaires pour pouvoir réaliser les prises en charge sur le plan national afin de limiter à un strict minimum les placements et prises en charge à l'étranger.

---

<sup>42</sup> Rössler et Koch (2005, p. 9)

<sup>43</sup> Haut-Commissariat des Droits de l'Homme (2021, p. 4)

<sup>44</sup> Haut-Commissariat des Droits de l'Homme (2021, p. 4)

Le CELPL souhaite ensuite faire part d'un constat qu'il a pu faire à travers les entretiens menés avec les patients. De manière générale, l'équipe de contrôle a été informée que les contacts entre les mineurs et le juge de la jeunesse en charge de leur dossier étaient très rares, voire inexistant.

Ainsi, les patients ont regretté qu'ils ne soient pas consultés avant de prendre la décision d'un projet à l'étranger ou pour leur expliquer cette décision et que la majeure partie des échanges avait lieu par courrier.

Plusieurs patients ont indiqué ne jamais avoir vu le juge de la jeunesse en charge de leur dossier, dont une fille notamment de 14 ans, placée pour la troisième fois aux HRS qui indique ne jamais avoir rencontré le juge de la jeunesse.

**A l'heure actuelle, le CELPL ne dispose pas des informations ou preuves nécessaires pour confirmer ou réfuter les informations obtenues. Sans prétendre à vouloir s'immiscer dans les prises de décisions judiciaires, ni à les remettre en question, le CELPL demande aux autorités judiciaires de lui faire parvenir leur politique en matière de communication avec les mineurs concernés par une mesure de placement.**

(199) Un autre aspect pesant sur les mineurs est le fait qu'ils ne connaissent pas de date de sortie, ni exactement les conditions qui doivent être remplies pour mettre un terme à leur hospitalisation.

Le CELPL est conscient qu'il n'est pas possible de prédire la durée exacte d'une prise en charge thérapeutique et que la date de sortie ne peut pas être communiquée communément avec l'ordonnance de placement. Il n'est toutefois pas concevable que les mineurs aient comme seule éventuelle perspective concrète de date de sortie, la date de leur 18<sup>e</sup> anniversaire.

**Le CELPL recommande aux autorités judiciaires et hospitalières de fixer des délais dans lesquels la mesure de placement doit être réévaluée. Ces échéances doivent être communiquées aux mineurs et les responsables des unités psychiatriques doivent établir des critères d'évaluation permettant de se prononcer sur le maintien ou la levée de la mesure.**

**Les aménagements à ce sujet contenus dans le projet de loi 7994 ne sont, de l'avis du CELPL, pas suffisants. Il réitère ses observations et recommandations formulées dans son avis sur ledit projet de loi :**

*« Le CELPL est conscient qu'il existe des situations qui requièrent une action rapide et qu'il faut dès lors prévoir une procédure d'urgence qui répond à d'autres critères que la procédure ordinaire. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les mesures qui sont susceptibles d'être prises peuvent avoir de lourdes conséquences sur la vie des personnes concernées, de sorte qu'il reste important d'entourer cette procédure d'urgence des garanties minimales nécessaires.*

*En 2018, dans son rapport sur l'UNISEC, le CELPL avait procédé à une analyse du cadre légal en vigueur et du projet de loi élaboré à ce moment-là, censé réformer le droit de la jeunesse, à savoir le projet de loi 7276.*

*Ce projet de loi prévoyait déjà une réforme des mesures de garde provisoire actuellement appliquées, mesures dont le CELPL a souvent critiqué les modalités à cause d'un manque de garanties et de sécurité juridique pour les mineurs.*

*Le CELPL constate cependant maintenant, à la lecture de l'article 70 que les garanties entourant les mesures d'urgence, notamment en qui concerne leur durée de validité,*

*instaurées par l'actuel projet de loi sont moins importantes que celles projetées par le projet de loi 7276.*

*En 2018, le CELPL avait noté ce qui suit :*

« (...) L'actuel projet de loi 7276 prévoit en son article 28 un système appelé « mesure de placement d'urgence » qui est censé remplacer l'actuelle mesure de garde provisoire.

La mesure de placement d'urgence est notifiée dans les meilleurs délais aux personnes investies de l'autorité parentale et la notification contient une convocation à une entrevue avec le juge de la jeunesse qui a lieu au plus tard dix jours ouvrables à partir de la date de la mesure de placement d'urgence.

A cette entrevue peuvent assister le mineur et son avocat, les parents, tuteur ou toute autre personne titulaire de l'autorité parentale, le cas échéant assistés par leur avocat, le représentant de l'établissement, la famille d'accueil ou la personne à qui le mineur a été confié. Le juge de la jeunesse expose alors les motifs de la mesure prise et entend les avis des différents intervenants. Dans un délai de trois jours, le juge de la jeunesse prend ensuite une ordonnance par laquelle il peut rapporter la mesure de placement d'urgence, la confirmer pour une durée d'un mois à partir du jour de l'ordonnance, ou ordonner une mesure d'évaluation et de précaution pour une durée pouvant aller jusqu'à six mois.

**Le Médiateur apprécie que des efforts considérables ont été faits pour améliorer la sécurité juridique des mineurs. En ce sens, une mesure de placement d'urgence peut, suivant le projet de loi 7276, être appliquée seulement pendant un délai maximal de 13 jours, avant que le juge, après consultation des personnes concernées, ne doive prendre une nouvelle décision.**

**Le Médiateur avait toujours recommandé qu'une mesure de garde provisoire ne puisse rester en vigueur que pour un délai maximal de 15 jours. Il se réjouit dès lors que le projet de loi, dans sa version actuelle, rencontre cette recommandation. »<sup>45</sup>.**

*L'article 70(4) du projet de loi sous examen prévoit toutefois que la mesure d'urgence peut être valide pendant la durée maximale d'un mois. Le CELPL recommande de réviser ce délai vers le bas afin de ne pas dépasser une durée de validité de 15 jours. ».*

---

<sup>45</sup> CELPL (2018, p. 3–4)

## 5. Remarques finales

De prime abord, le Contrôleur externe remercie tous les intervenants médicaux ainsi que les membres du personnel (para)médical pour leur disponibilité et leur collaboration efficace avec son équipe. Il est également reconnaissant pour le temps investi par les mineurs placés et pour leur transparence lors des entretiens menés aux HRS et à l'OR3.

Les constats qui découlent de ces interactions restent semblables à ceux faits par l'équipe de contrôle lors de précédentes missions :

Premièrement, le CELPL ne se lasse pas de répéter qu'une défaillance dans les infrastructures ne peut jamais légitimer une non-conformité avec les normes internationales. Les demandes d'améliorations, notamment en matière de sortie à l'air libre pendant au moins une heure par jour, de restriction minimale, du droit de visite et de la création d'un milieu propice à la thérapie restent toujours d'actualité.

Deuxièmement, d'un point de vue légal, le Contrôleur externe encourage le législateur à avancer le plus rapidement possible quant à la réforme de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse, afin de finalement fournir aux jeunes des garanties juridiques dignes de ce nom.

Troisièmement, le Contrôleur estime qu'il est tout à fait crucial qu'un placement en milieu psychiatrique n'intervienne uniquement en cas d'avis favorable et préalable d'un médecin spécialiste en ce domaine et que des délais dans lesquels une mesure de placement doit être réévaluée soient fixés d'avance. Ces échéances devraient impérativement être communiquées aux mineurs également puisqu'il s'agit, selon leurs dires, de l'aspect de loin le plus perturbateur de leur séjour.

Finalement, le Contrôleur recommande, dans une optique de cohérence, au ministère de la Santé de créer une entité organisationnelle à l'instar des réseaux de compétences prévus par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière pour gérer les transitions aux différents niveaux, à chaque fois que le mineur doit continuer sa prise en charge auprès d'un prestataire de soins différent. Dans une même optique, il serait également opportun d'instaurer une plateforme juvénile pour faciliter l'échange pratique et la coordination des psychiatries juvéniles au niveau national.

## Références

- CELPL. (2011). *Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées*.  
<https://www.ombudsman.lu/uploads/RV/RV3%20-%20Rapport.pdf>
- CELPL. (2015). *Les unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées : Rapport de suivi*.  
<https://www.ombudsman.lu/uploads/RV/RV11%20-%20Rapport.pdf>
- CELPL. (2018). *Rapport de visite : L'Unité de sécurité du CSEE*.  
<https://www.ombudsman.lu/uploads/RV/RV17%20-%20Rapport.pdf>
- CELPL. (2021). *La prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique*.  
<https://www.ombudsman.lu/uploads/Reco/Reco1%20-%20Recommandation.pdf>
- Loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions., Mémorial (2010).
- Conseil de l'Europe. (1997). *Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine*. <https://rm.coe.int/168007cf99>
- Conseil de l'Europe. (2004). *Recommandation REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et son exposé des motifs*. <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-f/168066c7e2>
- Conseil de l'Europe. (2010). *Normes du CPT*. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4d788222>
- Conseil de l'Europe. (2017). *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT)*. <https://rm.coe.int/16807001c4>
- Cour de Cassation. (2022). *6 avril 2022 Cour de cassation Pourvoi n° 20-22.148*.  
<https://www.courdecassation.fr/decision/624d2e3c12d01a2df91a32ee>
- Dalloz. (2022). *Cour administrative d'appel de Nantes - 3ème chambre*.  
[https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=CAA\\_NANTES\\_2022-03-25\\_21NT01802\\_dup#expose-des-faits](https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=CAA_NANTES_2022-03-25_21NT01802_dup#expose-des-faits)
- Haut-Commissariat des Droits de l'Homme. (2021). *Rapport périodique*. [https://childrightsconnect.org/wp-content/uploads/2021/09/2021\\_87sessionreport\\_luxembourg-fr.pdf](https://childrightsconnect.org/wp-content/uploads/2021/09/2021_87sessionreport_luxembourg-fr.pdf)
- Legilux. (2004a). *Loi du 25 juin 2004 portant organisation des lycées et lycées techniques*.  
<https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2004/06/25/n9/jo>
- Legilux. (2004b). *Règlement grand-ducal du 23 décembre 2004 concernant l'ordre intérieur et la discipline dans les lycées et lycées techniques*.  
<https://data.legilux.public.lu/filestore/eli/etat/leg/rgd/2004/12/23/n1/jo/fr/html/eli-etat-leg-rgd-2004-12-23-n1-jo-fr-html.html>
- Le Quotidien. (2021a). *Les ados atteints de troubles psychiatriques ont un nouveau refuge*.  
<https://lequotidien.lu/luxembourg/les-ados-atteints-de-troubles-psychiatriques-ont-un-nouveau-refuge/>
- Le Quotidien. (2021b). *Putscheid : un havre de paix pour les jeunes en détresse psychiatrique*.  
<https://lequotidien.lu/politique-societe/putscheid-un-havre-de-paix-pour-les-jeunes-en-detresse-psychiatrique/>
- Rössler, W. et Koch, U. (2005). *Psychiatrie Luxembourg : Planungstudie 2005 Bestandserhebung und Empfehlungen*. <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandaufnahme/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandaufnahme.pdf>