

Ombudsman

Le Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

**Les unités
psychiatriques
infanto-juvéniles
fermées**

Légende

Les recommandations formulées sont reproduites en gras.

Les textes cités sont reproduits en italique.

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

Index

| | | |
|--------|---|------|
| 1. | Introduction | p.3 |
| 2. | Contrôle de conformité de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse avec les normes internationales | p. 5 |
| 2.1. | La Convention internationale des droits de l'enfant | p.5 |
| 2.2. | La Recommandation (2004) 10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | p.6 |
| 2.2.1. | Les articles pertinents en matière de prévention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, repris intégralement ou partiellement dans la législation nationale ou par la procédure visant à la modification de cette législation | p.6 |
| 2.2.2. | Articles de la recommandation (2004)10 qui ne trouvent aucune mention, ni aucun correspondant dans le droit interne | p.9 |
| 3. | La question de l'applicabilité de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans le cas des mineurs | p.14 |
| 4. | Constats sur place | p.18 |
| 4.1. | Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) | p.18 |
| 4.2. | Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK) | p.22 |
| 4.3. | Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) | p.27 |
| 5. | Rapport d'expertise | p.31 |
| 6. | Constats généraux | p.47 |
| 7. | Observations finales | p.49 |

1. Introduction

La mission du Contrôleur externe concernant les unités psychiatriques accueillant des mineurs placés sur ordre des juridictions de la jeunesse a débuté le 30 mars 2011. Les visites sur place, ainsi que les entretiens avec les personnes externes susceptibles de fournir des renseignements utiles à la réalisation de la mission se sont terminées le 20 avril 2011.

L'objectif du contrôle était de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, ainsi que les conditions de traitement des mineurs en milieu fermé. Par traitement, il n'y a pas seulement lieu de considérer le traitement médical proprement dit, mais également les conditions générales de vie des mineurs concernés.

Il est à noter que la mission du Contrôleur externe ne concerne que les patients placés en vertu d'une décision judiciaire et exclut formellement les patients en séjour volontaire.

Trois unités hospitalières ont été concernées par la mission de contrôle :

- L'unité d'hospitalisation du service national de pédopsychiatrie à la Clinique pédiatrique du Centre hospitalier du Luxembourg (CHL)
- Le département de psychiatrie du service national de psychiatrie juvénile à l'Hôpital Kirchberg (CHK)
- L'unité adolescents du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck (CHNP)

L'unité de pédopsychiatrie au CHL a une capacité de 8 lits pour accueillir des jeunes entre 0 et 13 ans en situation de crise.

Le département de psychiatrie juvénile au CHK dispose de 15 lits, destinés aux mineurs âgés entre 14 et 18 souffrant d'une pathologie psychiatrique en phase aiguë.

Le CHNP dispose d'une unité de psychiatrie juvénile de 12 lits appelée à héberger des adolescents de 12 à 18 ans, qui présentent des troubles psychiatriques graves, nécessitant un traitement intensif à longue durée.

Avant le début des opérations sur place, le Contrôleur externe a sollicité une réunion avec les Directeurs généraux des trois établissements afin de les éclairer sur les objectifs et les modalités des visites.

La mission sur place a été menée par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil qui se sont fait assister, notamment en ce qui concerne le volet purement médical, par un expert en psychiatrie infanto-juvénile, le Docteur Ulrich Hagenah, *Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters des Universitätsklinikums Aachen.*

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Jeudi, 7 avril 2011 :
Visite au CHNP en présence du Docteur Hagenah
Entretiens avec les responsables de l'unité et avec les patients
- Vendredi, 8 avril 2011 :
Visites au CHL et au CHK en présence du Docteur Hagenah
Entretiens avec les responsables des unités ainsi qu'avec les patients

Entretien avec Monsieur Jean-Paul Frising, Procureur d'Etat à Luxembourg, et Madame Simone Flammang, 1er Substitut au Parquet près du Tribunal d'Arrondissement de et à de Luxembourg, service de la protection de la jeunesse

- Mardi, 12 avril :
Visite au CHNP, entretiens avec le pédopsychiatre, Docteur Karst, le personnel paramédical et des patients placés
- Jeudi, 14 avril 2011 :
Visite au CHL, entretiens avec les médecins responsables et avec le personnel paramédical
- Lundi, 18 avril 2011 :
Entretien avec le Docteur Seligmann, médecin-spécialiste en pédiatrie, concernant les enfants placés au CHL, hors contexte psychiatrique
Entretiens avec le personnel médical et paramédical au CHK
- Mardi, 19 avril 2011 :
Entretiens avec les patients placés au CHK
- Mercredi, le 20 avril 2011 :
Entretien avec Madame Rodesch, Présidente de l'ORK

A la fin des visites sur place, le Contrôleur externe a demandé par écrit une copie des dossiers des patients placés pendant une période donnée d'un an, identique pour les trois établissements. Les opérations sur place avaient en effet fait état d'un certain nombre de problèmes que seule une consultation des pièces pertinentes des dossiers permettait de clarifier et d'objectiver.

Si un accord sur les pièces à communiquer a pu être trouvé avec les unités concernées, le Contrôleur externe se doit cependant de soulever qu'il a reçu en copie par Monsieur le Juge-Directeur du Tribunal de la Jeunesse à Luxembourg un courrier que celui-ci a adressé aux Directeurs généraux des établissements hospitaliers concernés et dans laquelle il leur demande formellement de ne pas communiquer au Contrôleur externe les dossiers sollicités.

Suite à cette intervention et à un échange de correspondances entre le Contrôleur externe et le Procureur Général d'Etat, ce dernier a fait part de sa prise de position écrite au Juge-Directeur du Tribunal de la Jeunesse. Dans sa prise de position, Monsieur le Procureur Général tient à rappeler que selon la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions, le Contrôleur externe peut demander tous les renseignements qu'il juge nécessaires aux fins d'accomplissement de sa mission. Cette prise de position a également été adressée aux Directeurs généraux des établissements concernés et au Contrôleur externe.

Le Contrôleur externe tient à souligner qu'il considère l'attitude adoptée par Monsieur le Juge-Directeur du Tribunal de la Jeunesse comme un empiètement grave et intolérable sur les compétences qui lui ont été attribuées par le législateur.

2. Contrôle de conformité de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse avec les normes internationales

2.1. La Convention internationale des droits de l'enfant

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

(1) S'il est bien vrai que les dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse prévoient que les personnes à qui le mineur est confié restent en contact avec celui-ci et, suivant les circonstances, visitent les parents, les personnes, les associations ou les institutions qui en ont la garde et qu'elles sont en outre obligées d'observer le milieu, les tendances et la conduite du mineur et de faire, chaque fois qu'elles le croient utile, rapport au juge de la jeunesse sur la situation morale et matérielle du mineur, aucune disposition légale n'oblige le juge de la jeunesse de faire procéder d'office à des intervalles périodiques prédéterminés à une analyse de la situation du mineur.

Si le Contrôleur externe n'entend nullement mettre en doute le professionnalisme des personnes visées à l'article 14 prédit, il estime cependant qu'il serait opportun de prévoir un mécanisme consistant en une vérification à des intervalles prédéterminés de l'état du mineur. Cette évaluation pourrait soit être ordonnée par le juge de la jeunesse, mais il serait également possible de prévoir les intervalles de ces vérifications dans les textes légaux pertinents.

Dans ce sens, le Contrôleur externe se félicite de la modification de cet article telle que prévue par le projet de loi 5351 portant modification de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse qui autorise le juge de la jeunesse à solliciter des personnes à qui le mineur est confié un rapport sur la situation morale et matérielle du mineur.

Ceci constitue certainement un pas dans la bonne direction, cependant le Contrôleur externe est d'avis que cette modification n'est pas suffisante au regard de l'exigence d'un contrôle périodique à intervalles prédéterminés.

Le Contrôleur externe recommande dès lors de prévoir un système d'examens périodiques, tel que préconisé par le prédit article 25 dans la législation nationale pertinente.

Article 37 : Les Etats parties veillent à ce que a) nul enfant ne soit soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. (...)

(2) Le Contrôleur externe n'a aucun doute que les dispositions énoncées au prédit article 37 soient respectées en la matière, néanmoins, il suggère de combler l'absence de ces dispositions dans le droit interne par leur insertion dans les textes pertinents.

2.2. La Recommandation (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

2.2.1. Les articles pertinents en matière de prévention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, repris intégralement ou partiellement dans la législation nationale ou dans le projet de loi 5351

Article 6 – Information et assistance sur les droits des patients

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

(3) Par les dispositions de l'article 18 la loi relative à la protection de la jeunesse permet d'ores-et-déjà au mineur concerné, à ses parents, à son ou ses tuteurs et aux autres personnes qui en ont la garde de faire le choix d'un conseil ou de demander au juge de la jeunesse d'en désigner un d'office, le Contrôleur externe se félicite que le projet de loi 5351 étend les garanties à cet égard en stipulant que la désignation d'office d'un conseil au mineur a lieu, même en l'absence de toute demande afférente.

Article 7 – Protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux

1. Les Etats membres devraient 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.

2. La loi devrait prévoir des mesures pour protéger, le cas échéant, les intérêts économiques des personnes atteintes de troubles mentaux.

(4) Les exigences posées par l'article 7, paragraphe premier semblent remplies à suffisance de droit par la loi du 25 juillet 2002 portant institution d'un comité luxembourgeois des droits de l'enfant, appelé 'Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand'(ORK), par la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur pour autant que les mineurs se trouvent dans un établissement public, ainsi que par la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) portant désignation du médiateur en tant que mécanisme national de prévention et fixant ses attributions.

Les dispositions de l'article 46 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers offrent des garanties supplémentaires aux mineurs concernés.

L'exigence posée par l'article 7, paragraphe 2 est rencontrée par les dispositions pertinentes de l'article 11 de la loi modifiée relative à la protection de la jeunesse.

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

Décision

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

- i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;*
 - ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.*
- 2. La décision de soumettre une personne à un traitement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente. Le tribunal ou l'autre instance compétente devrait :*
- i. prendre en considération l'avis de la personne concernée ;*
 - ii. prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.*
- Toutefois, la loi peut prévoir que, lorsqu'une personne fait l'objet d'un placement involontaire, la décision de la soumettre à un traitement involontaire peut être prise par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, après examen de la personne concernée, en prenant en considération l'avis de cette personne.*
- 3. Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.*
- Procédures préalables à la décision*
- 4. Le placement ou le traitement involontaires, ou leur prolongation, ne devraient être possibles que 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.*
- 5. Ce médecin ou l'instance compétente devrait consulter les proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose, si cela ne peut être réalisé pour des raisons pratiques ou si, pour d'autres raisons, cela n'est pas approprié.*
- 6. Tout représentant de cette personne devrait être informé et consulté.*

Article 21 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires dans les situations d'urgence

- 1. Les procédures prévues dans les situations d'urgence ne devraient pas être utilisées dans le but de contourner des dispositions énoncées à l'article 20.*
- 2. Dans le cadre d'une procédure d'urgence :*
 - i. le placement ou le traitement involontaires ne devraient être effectués que pendant une courte période, sur la base d'une évaluation médicale appropriée à la mesure envisagée ;*
 - ii. les paragraphes 5 et 6 de l'article 20 devraient, dans la mesure du possible, être respectés ;*
 - iii. toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle devrait être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.*
- 3. Si la mesure doit être poursuivie au-delà de la situation d'urgence, un tribunal ou une autre instance compétente devrait prendre les décisions relatives à cette mesure, en accord avec les dispositions de l'article 20, dès que cela est possible.*

(5) Le Contrôleur externe reviendra aux dispositions des articles 20 et 21 dans les commentaires apportés à l'article 25 de la même recommandation.

Article 22 – Droit à l'information

1. Les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires devraient être rapidement informées oralement et par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes.
2. Elles devraient être informées de manière régulière et appropriée des raisons qui ont motivé la décision et des critères retenus pour sa prolongation ou son interruption éventuelle.
3. Le représentant de la personne, le cas échéant, devrait également recevoir ces informations.

(6) Les garanties prévues par cet article ne sont que partiellement reprises dans la législation interne par l'article 18 de la loi relative à la protection de la jeunesse. L'avocat commis à la demande (ou commis d'office tel que prévu par le projet de loi modificatif) peut en effet prodiguer à son mandant ou à son représentant les renseignements prévus au premier paragraphe du prédit article 22.

Par extrapolation, le Contrôleur externe peut également considérer qu'il appartient à cet avocat de remplir les rôles prévus aux paragraphes 2 et 3 de l'article 22.

Le Contrôleur externe estime cependant qu'il serait souhaitable que le nouveau texte de loi relatif à la protection de la jeunesse apporte à ce sujet des précisions supplémentaires.

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

1. Les Etats membres devraient s'assurer que les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires peuvent exercer effectivement le droit :
 - i. d'exercer un recours contre une décision ;
 - ii. d'obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien ;
 - iii. d'être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel.
2. Si la personne concernée ou, le cas échéant, la personne de confiance ou le représentant, ne demande pas de réexamen, l'autorité responsable devrait en informer le tribunal et veiller à ce qu'il soit vérifié à intervalles raisonnables et réguliers que la mesure continue d'être légale.
3. Les Etats membres devraient envisager la possibilité pour la personne d'être assistée d'un avocat dans toutes les procédures de ce type engagées devant un tribunal. Lorsque la personne ne peut agir en son nom propre, elle devrait avoir droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite. L'avocat devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.
4. Si la personne a un représentant, ce dernier devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, et avoir le droit de contester les preuves devant le tribunal.
5. La personne concernée devrait avoir accès à toutes les pièces en possession du tribunal, sous réserve du respect de la protection de la confidentialité et de la sûreté d'autrui, en accord avec la législation nationale. Si la personne n'a pas de représentant, elle devrait pouvoir bénéficier de l'assistance d'une personne de confiance dans toutes les procédures engagées devant un tribunal.

6. Le tribunal devrait prendre sa décision dans des délais brefs. S'il observe une quelconque violation de la législation nationale applicable en la matière, il devrait le signaler à l'instance pertinente.

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

(7) En règle générale, la législation existante en matière de protection de la jeunesse reste muette au sujet du traitement. Le Contrôleur externe entend revenir en détail sur ce point plus loin dans le présent rapport alors qu'il estime que certains principes élémentaires quant au traitement et également au placement de mineurs en milieu psychiatrique fermé mériteraient de trouver leur entrée dans les dispositions de droit interne.

Le Contrôleur externe se félicite de l'amélioration des garanties de recours et d'assistance juridique proposées dans le projet de loi 5351.

A cet égard, le Contrôleur externe fait sien l'avis formulé par le Conseil d'Etat quant à la teneur proposée par le prédit projet en ce qui concerne l'article 37 de la loi existante et recommande partant qu'il trouve son entrée dans le texte de loi à voter:

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

Si le Conseil d'Etat était suivi dans son approche, l'alinéa deux de l'article 37 deviendrait superflu (...).

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

Le Contrôleur externe rejoint également l'avis du Conseil d'Etat sur le prédit projet de loi 5351 en ce qui concerne les mesures de garde provisoire et la procédure subséquente éventuelle :

« Selon le commentaire des articles « la mesure de garde provisoire n'est pas limitée dans le temps et la loi ne prévoit aucun délai endéans lequel elle doit faire l'objet d'un débat contradictoire à l'audience à l'exception de la mesure de placement en Maison d'arrêt qui doit être suivie dans les trente jours d'un jugement.(...) La prérogative quelque peu exorbitante et lourde de conséquences prévue à l'article 35 doit être limitée dans l'intérêt des droits de la défense. (...) Il semble malsain qu'une décision provisoire puisse rester en place pendant une durée maximale d'une année. (...) Le Conseil d'Etat estime opportun de changer radicalement de système et de prévoir soit qu'une mesure de placement provisoire soit prise immédiatement et sans passer par une procédure de mainlevée, susceptible d'appel, dans un délai de quinzaine à partir de la notification, soit de s'inspirer des dispositions de l'article 9 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

(...)

Dans cette hypothèse, le juge de la jeunesse est tenu de réexaminer la situation et de prendre une décision définitive dans les quinze jours au plus

tard, après avoir entendu ou au moins d'avoir convoqué les parties concernées. Le délai d'appel contre cette décision est de 10 jours.

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

Article 29 – Mineurs

3. Un mineur faisant l'objet d'un placement involontaire devrait avoir droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure.

2.2.2. Articles de la recommandation (2004)10 qui ne trouvent aucune mention, ni aucun correspondant dans le droit interne

Article 8 – Principe de la restriction minimale

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

Article 9 – Environnement et conditions de vie

1. Les établissements destinés au placement des personnes atteintes de troubles mentaux devraient assurer à chacune de ces personnes, 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. Des mesures de réadaptation professionnelle visant à faciliter l'insertion de ces personnes dans la société devraient également être proposées.

(...)

Article 11 – Normes professionnelles

(...)

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

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

Article 12 – Principes généraux des traitements pour trouble mental

1. Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient bénéficier de traitements et de soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, sur la base d'un plan de traitement personnalisé approprié. Dans la mesure du possible, le plan de traitement devrait être élaboré après consultation de la

personne concernée et son opinion devrait être prise en compte. Ce plan devrait être réexaminé régulièrement et modifié si nécessaire.

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

3. 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.

Article 13 – Confidentialité et archivage

1. Toutes les données à caractère personnel concernant une personne atteinte d'un trouble mental devraient être considérées comme confidentielles. Elles ne peuvent être collectées, traitées et communiquées que dans le respect des règles relatives au secret professionnel et à la protection des données à caractère personnel.

2. Des dossiers médicaux et, le cas échéant, administratifs clairs et complets devraient être établis pour toutes les personnes atteintes de troubles mentaux placées ou traitées pour ces troubles. Les conditions d'accès à ces informations devraient être définies avec clarté par la loi.

Article 17 – Critères pour le placement involontaire

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

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;*
- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;*
- iii. le placement a notamment un but thérapeutique ;*
- iv. aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;*
- v. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.*

2. La loi peut prévoir qu'exceptionnellement une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire, en accord avec les dispositions du présent chapitre, durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si :

- i. son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ;*
- ii. son état semble présenter un tel risque ;*
- iii. il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et*
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.*

Article 18 – Critères pour le traitement involontaire

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

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

Article 19 – Principes relatifs au traitement involontaire

1. Le traitement involontaire devrait :

- i. répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ;
- ii. être proportionné à l'état de santé de la personne ;
- iii. faire partie d'un plan de traitement écrit ;
- iv. être consigné par écrit ;
- v. le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne.

2. Outre les conditions énoncées dans l'article 12.1 ci-dessus, le plan de traitement devrait

- i. dans la mesure du possible, être élaboré après consultation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée ;
- ii. être réexaminé à des intervalles appropriés et, si nécessaire, modifié, 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.

3. Les Etats membres devraient s'assurer que les traitements involontaires ne sont effectués que dans un environnement approprié.

Article 23 – Droit à la communication et aux visites pour les personnes en placement involontaire

Le droit d'une personne atteinte d'un trouble mental faisant l'objet d'un placement involontaire :

- i. de communiquer avec son avocat, son représentant ou toute autre autorité appropriée ne devrait pas être restreint. Son droit de communiquer avec la personne de confiance qu'elle a désignée ou avec d'autres personnes ne devrait pas être limité de façon disproportionnée ;
- ii. de recevoir des visites ne devrait pas être limité de façon déraisonnable, tout en tenant compte de la nécessité de protéger les personnes vulnérables ou les mineurs placés ou en visite dans un établissement psychiatrique.

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

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

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

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

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

(8) Le Contrôleur externe se félicite des garanties supplémentaires apportés à ce sujet par le projet de loi 5351, notamment par les articles VI et X, mais recommande de préciser les garanties quant à la fin des mesures de placement en milieu psychiatrique fermé dans le droit interne.

Article 27 – Isolement et contention

1. Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale,

afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.

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

3. De plus :

i. la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ;

ii. les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.

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

Article 28 – Traitements particuliers

1. Un traitement pour un trouble mental qui ne vise pas à produire des effets physiques irréversibles, mais qui peut impliquer une intrusion significative, ne devrait être utilisé que si l'on ne dispose pas de moyens impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés. Les Etats membres devraient s'assurer que le recours à un tel traitement :

i. fait l'objet d'un examen approprié sur le plan éthique ;

ii. s'effectue selon des protocoles cliniques appropriés reflétant les normes et les protections internationales ;

iii. est, à l'exception des situations d'urgence telles que définies à l'article 12, décidé avec le consentement éclairé et consigné par écrit de la personne ou, dans le cas d'une personne n'ayant pas la capacité de consentir, avec l'autorisation d'un tribunal ou d'une instance compétente ;

iv. est consigné par écrit de façon circonstanciée et sur un registre.

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

i. en conformité avec la loi ;

ii. sous réserve d'un examen approprié sur le plan éthique ;

iii. en accord avec le principe de restriction minimale ;

iv. si un second avis médical indépendant en a reconnu le caractère approprié ;
et

v. en accord avec des protocoles cliniques appropriés reflétant les normes et les protections internationales.

Article 29 – Mineurs

1. Les dispositions de la présente recommandation devraient s'appliquer aux mineurs, à moins qu'une protection plus étendue ne leur soit assurée.

2. Lors des décisions concernant le placement et le traitement, qu'ils soient ou non involontaires, l'avis du mineur devrait être pris en considération, comme un facteur de plus en plus déterminant en fonction de son âge et de son degré de maturité.

(...)

4. Un mineur ne devrait pas être placé dans un établissement qui accueille également des adultes, sauf si un tel placement est bénéfique pour lui.

5. Les mineurs qui font l'objet d'un placement devraient avoir le droit de bénéficier d'un enseignement gratuit et d'une réintégration aussi rapide que possible dans le système scolaire général. Si cela est possible, le mineur devrait être évalué individuellement et suivre un programme d'enseignement ou de formation individualisé.

Article 31 – Interruption de grossesse

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

Article 34 – Implication des tribunaux

1. Conformément au droit pénal, les tribunaux peuvent imposer le placement ou le traitement pour un trouble mental que la personne concernée consente ou non à la mesure en question. Les Etats membres devraient s'assurer que la personne peut exercer effectivement le droit au réexamen par un tribunal, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien. Les autres dispositions du chapitre III devraient être prises en compte pour de tels placements et traitements ; toute non-application de ces dispositions devrait pouvoir être justifiée.

2. Les tribunaux devraient prendre de telles décisions concernant 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. Cette disposition s'entend 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.

(9) Mis à part les changements proposés dans le projet de loi 5351 quant à l'article 24 précité, aucune des recommandations énumérées plus haut n'est mentionnée dans la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

Certaines de ces recommandations se rapportent directement à des garanties fondamentales qui doivent également être garanties aux mineurs placés en milieu psychiatrique fermé. Le Contrôleur externe est conscient du fait que les dispositions de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux sont plus complètes à cet égard. Cependant, le Contrôleur externe estime, pour des raisons développées au prochain chapitre, que la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse mériterait d'être complétée dans le sens des recommandations sus-indiquées.

Pour des raisons de lisibilité de la prédite loi modifiée relative à la protection de la jeunesse, qui va bien au-delà du placement de mineurs en milieu psychiatrique fermé, le Contrôleur externe donne à considérer s'il n'était pas indiqué d'élaborer un texte légal ayant exclusivement pour objet le placement et le traitement des mineurs en milieu psychiatrique fermé.

3. La question de l'applicabilité de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans le cas des mineurs

(10) Aucune disposition de la prédite loi, ni aucune mention dans les travaux parlementaires y relatifs ne font obstacle à l'application des dispositions de cette loi à des personnes mineures.

Force est d'ailleurs de constater que les autorités judiciaires ont déjà procédé à des placements de mineurs en milieu psychiatrique fermé en application de cette loi.

Aux termes de la prédite loi, la juridiction compétente en la matière est le Tribunal d'arrondissement. Ceci va, dans le cas des mineurs, cependant clairement à l'encontre de leur droit au juge naturel qui est le juge de la jeunesse.

Il ne s'agit ici pas seulement du respect d'un principe juridique destiné avant tout à garantir l'égalité devant la loi, mais d'un problème de fond. La situation des mineurs nécessitant éventuellement un placement en milieu psychiatrique fermé est souvent hautement complexe. En effet, ces mineurs ont très souvent déjà effectué un long périple dans diverses autres institutions protégées et présentent des bilans psychologiques complexes nécessitant l'intervention de magistrats hautement spécialisés, disposant d'une expérience certaine en cette matière délicate.

Les dossiers des mineurs placés en application de la prédite loi du 10 décembre 2009 sont traités par les chambres civiles normales du Tribunal d'arrondissement, peu habituées à apprécier ce genre d'affaires, ce qui peut générer des décisions qui peuvent être moins favorables pour le mineur concerné que celles qui auraient été prises dans des cas similaires par des magistrats plus expérimentés dans le domaine.

La loi du 10 décembre 2009 se consacre exclusivement à l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux alors que la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse est beaucoup plus généraliste. Il est dès lors clair que la prédite loi de 2009 est beaucoup plus précise quant aux modalités de placement, aux moyens de recours, à l'application de traitements forcés et aux garanties dont disposent les personnes internées. Un certain nombre de dispositions ne peuvent trouver leur application dans le domaine des mineurs en raison de l'incapacité juridique à agir de ceux-ci. Les droits accordés par ces dispositions ne peuvent pas non plus être transférés simplement aux personnes investies de l'autorité parentale alors que celles-ci sont généralement déchuës de cette autorité par la décision judiciaire prononçant le placement.

(11) Le Contrôleur externe est d'avis que la prise en considération de l'avis éclairé du patient mineur par rapport à son traitement, pour autant que celui-ci soit en mesure de l'exprimer, constitue un principe fondamental qui doit être respecté.

Tout comme les patients majeurs, le mineur placé en milieu psychiatrique fermé peut avoir des contestations quant aux modalités ou quant au bien-fondé du traitement qui lui est administré. Il est clair qu'il s'agit-là d'une appréciation éminemment subjective, appréciation qui peut le cas échéant également être altérée par d'éventuelles pathologies psychiatriques existantes, voire par l'effet des traitements médicamenteux administrés.

Néanmoins, à l'image des garanties accordées aux adultes en la matière, il s'agit ici également d'un droit fondamental qui devrait être accordé à tout mineur placé en psychiatrie fermée pourvu qu'il dispose de la capacité de discernement nécessaire.

Dans cette optique, le Contrôleur externe recommande d'accorder aux mineurs ce droit en faisant entrer dans la législation pertinente une formulation analogue à celle contenue à l'article 43 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement des personnes souffrant de troubles mentaux.

(12) En matière de placement de mineurs en milieu psychiatrique fermé, le Contrôleur externe recommande aux autorités concernées de compléter la législation pertinente sur les mineurs, le cas échéant et pour les raisons indiquées supra, dans un texte de loi spécifique, en s'inspirant notamment des dispositions suivantes (articles 6 à 30) de la prédite loi du 10 décembre 2009.

(Les passages relevés en gras constituent des modifications suggérées par le Contrôleur externe.)

Art. 6. Pendant son hospitalisation tout patient a droit à un traitement médical approprié à son état. Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé, appliqué par un personnel médical et de soins qualifié. Il doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

Sans préjudice des dispositions des articles 43 et 44 ci-après, le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ainsi que de ses convictions religieuses ou philosophiques. Il doit favoriser la santé physique du patient tout comme ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

*Art.7. (...) La demande (introductive auprès du Tribunal de la jeunesse **ET** la décision judiciaire) est accompagnée dans tous les cas d'un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent.*

Art. 12. (1) Après l'admission la personne admise est mise en observation pour une période qui ne peut excéder 30 jours. Pendant cette période le médecin traitant procède aux investigations requises en vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie.

(2) Le sixième jour qui suit celui de l'admission le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité du maintien de la mise en observation.

Art. 13. Dans les trois jours de la réception du rapport visé à l'article qui précède, le juge – soit fait part au médecin traitant de ce que rien ne s'oppose au maintien provisoire de la mise en observation, – soit décide que la mise en observation n'est pas ou plus indiquée et ordonne la sortie de la personne admise, en quel cas information en est donnée à la personne qui a demandé l'admission, – soit demande au médecin traitant un supplément d'information.

Art. 14. Avant de prendre sa décision conformément à l'article qui précède le juge peut se déplacer auprès de la personne admise et entendre toute personne pouvant lui donner des avis ou renseignements utiles pour sa prise de décision.

Art. 15. Si le juge prononce le maintien de la mise en observation, il ne peut le faire que pour un maximum de 21 jours qui suivent sa décision.

Si le juge a demandé un supplément d'information au médecin traitant, le délai couru entre cette demande et la réception des informations supplémentaires est imputé sur la période de 21 jours dont question à l'alinéa qui précède, de façon à ce que la période d'observation ne puisse excéder 30 jours, sans préjudice de l'alinéa 3 de l'article 19 ci-après.

La décision de maintien de la mise en observation n'est pas susceptible de recours.

Art. 16. Avant la fin de la période de mise en observation le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

Si, sans attendre la fin de la période de mise en observation, le médecin traitant a la conviction que le maintien de l'hospitalisation s'impose, il fait de suite parvenir le rapport dont question à l'alinéa 1er du présent article au juge, qui entamera sa procédure de décision.

Art. 18. (1) La décision de mettre fin à l'admission, soit en ordonnant la sortie de la personne admise, soit en prononçant son placement, relève du juge.

(2) Le juge prend sa décision sur base des critères énoncés à l'article 3 ci-dessus.

(3) Avant de prendre sa décision, le juge entend dans l'établissement de traitement la personne admise.

(4) Le juge communique la date de cette audition trois jours à l'avance à la personne admise et, s'il y a lieu, à son représentant légal. Lors de l'audition la personne admise peut se faire assister par une personne de son choix. Son représentant légal peut également, s'il y a lieu, assister à l'audition.

Art. 19. Lors de l'audition le juge donne connaissance à la personne admise des conclusions du rapport de son médecin traitant (**ici il serait préférable d'en donner connaissance au conseil désigné**) et il l'entend en ses observations.

Le juge peut, s'il l'estime opportun, entendre la personne admise en présence de son médecin traitant. Il peut aussi entendre ce dernier séparément.

S'il ne s'estime pas suffisamment éclairé par les éléments du dossier et les informations recueillies lors de l'audition, le juge peut ordonner toute mesure supplémentaire qu'il juge utile. Dans ce cas la période d'observation est prorogée jusqu'à l'accomplissement de ladite mesure, sans que cette prorogation puisse excéder 30 jours.

Art. 20. (1) Dans les 48 heures de l'audition ou, le cas échéant, de l'accomplissement de la mesure supplémentaire, le juge rend une ordonnance prononçant soit l'élargissement de la personne admise, soit son placement.

Art. 24. Le médecin traitant consigne au moins tous les mois sur le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous les changements intervenus dans l'état mental de la personne placée.

En outre il réexamine la nécessité du maintien dans l'établissement à la fin du troisième mois qui suit la décision de placement dont question à l'article 18 ci-dessus.

Art. 25. De sa propre initiative ou à la demande de la personne placée ou de toute personne intéressée, le médecin traitant peut, à titre d'essai, accorder à la personne placée l'autorisation de quitter l'établissement. Il fixe la durée de la période d'essai qui ne peut cependant être supérieure à un an, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités de résidence et de surveillance médicale.

Si les conditions imposées ne sont pas respectées ou si l'état de la personne placée se modifie au point qu'il devient nécessaire de mettre fin à la période d'essai, le médecin traitant en informe le procureur d'Etat de la résidence de la personne placée, qui prend toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

A la fin de la période d'essai le médecin décide si la personne placée peut quitter l'établissement. Le médecin peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires, suivant l'état de la personne placée. Information en est donnée au juge.

Art. 26. Si le médecin traitant est d'avis que la personne placée est guérie ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en fait (**sans délai**) la déclaration **au juge de la jeunesse qui doit statuer dans les trois jours sur le placement du mineur dans une**

autre structure ou sur sa réintégration dans son milieu familial, le cas échéant assortie des mesures qui s'imposent.

Art. 29. **Six mois** après la date de la décision de placement une commission composée d'un magistrat **du Tribunal de la jeunesse** qui la préside, d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile et d'un assistant d'hygiène sociale ou assistant social non attachés à l'établissement, nommée par le ministre de la Santé pour une durée de trois ans, décide, après avoir pris l'avis du médecin traitant et s'être entourée de tous les renseignements nécessaires, si le maintien du placement reste justifiée. Le directeur de l'établissement est tenu d'aviser la commission deux semaines avant l'expiration de la période annuelle. Si la commission estime que le placement n'est plus nécessaire, **information en est donnée au juge de la jeunesse qui doit statuer dans les trois jours sur le placement du mineur dans une autre structure ou sur sa réintégration dans son milieu familial, le cas échéant assortie des mesures qui s'imposent.**

Si le placement est maintenu, ladite commission procède **tous les ans** à un réexamen de la personne placée.

La commission peut également décider que la personne placée bénéficie d'une sortie en congé d'une durée maximum de trois mois, à l'issue de laquelle une décision définitive est prise.

Art. 30. La personne placée peut à tout moment se pourvoir devant le **Tribunal de la jeunesse** du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. **En pareil cas, le juge saisi du dossier ne peut siéger.** Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec la personne en question ou la nature de ses relations avec elle. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué définitivement sur une demande antérieure.

4. Constats sur place

4.1. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

(13) L'unité pédopsychiatrique du CHL existe depuis trois ans et dispose de 8 lits destinés à prendre en charge des enfants âgés entre 0 et 13 ans, sous condition que ces enfants souffrent d'une pathologie psychiatrique et que la prise en charge ambulante ne soit pas possible. Cette unité dispose en outre de deux lits de jour.

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les patients admis à cette unité sont l'anorexie, la dépression, souvent accompagnée d'un risque élevé d'auto-agression, les troubles graves du développement ou de personnalité.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il n'est procédé que dans de rares cas à une admission en urgence. En effet, les médecins mettent tout en œuvre afin de pouvoir mener des entretiens avec l'enfant et, dans toute la mesure du possible également avec sa famille avant tout séjour volontaire ou tout placement judiciaire.

Selon les dires des médecins responsables, la durée moyenne du séjour est d'environ huit semaines. Alors que l'unité pédopsychiatrique du CHL est destinée à accueillir des enfants en situation de crise, la durée du séjour dans cette unité devrait être plus courte et se limiter au strict temps nécessaire pour gérer la situation de crise.

Force est cependant de constater que le Luxembourg ne dispose pas d'autres infrastructures qui pourraient prendre en charge à plus long terme des enfants de cet âge et souffrant de problèmes psychologiques ou psychiatriques.

Le problème du manque d'autres d'infrastructures de placement, potentiellement plus adaptées à certains cas que les services fermés de psychiatrie a été signalé par les responsables des trois services psychiatriques fermés visités. Le Contrôleur externe reviendra sur ce sujet au chapitre des constats généraux.

(14) Pendant la période visée par le contrôle, le CHL a accueilli deux enfants placés par le Tribunal de la jeunesse. Il importe de faire remarquer qu'il s'agit ici uniquement du nombre d'enfants directement placés par une décision judiciaire dans l'unité fermée de pédopsychiatrie.

Le premier placement par mesure de garde provisoire eut lieu suite à un rapport établi par la direction et le SPOS du lycée fréquenté par le mineur et faisait référence à un danger physique et moral dans le chef du mineur. Le mineur n'avait pas fait l'objet de mesures de placement antérieures. Le pédopsychiatre indique en début de traitement un délai de séjour probable de 30 jours.

Un rapport établi par l'Office National de l'Enfance (ONE) environ un mois après le placement indique qu'il n'y a plus de nécessité de maintenir le séjour en psychiatrie infantile fermée, mais que le mineur a cependant toujours besoin d'un cadre éducatif bien structuré. Après la demande d'un placement dans une structure socio-éducative adaptée, le séjour en psychiatrie durera encore 18 jours. Le mineur sera finalement placé auprès de son père.

Le Contrôleur externe regrette que le placement qui semble n'avoir plus été nécessaire d'un point de vue médical ait été prolongé de 18 jours.

Outre les deux enfants directement placés en milieu pédopsychiatrique, il y a encore d'autres patients qui y sont admis pour des raisons médico-psychiatriques et qui tombent sous une décision de placement dans une autre structure protégée. Il n'est pas chose aisée de déterminer si ces patients tombent tous sous les compétences du Contrôleur externe. Actuellement la question de la compétence des Mécanismes Nationaux de Contrôle (MNP) en matière d'orphelinats, des FADEP et d'autres Foyers fait l'objet d'une étude approfondie par le Sous-Comité des Nations-Unies pour la Prévention de la torture (SPT). Jusqu'à ce que la question de la compétence des MNP en cette matière soit clairement élucidée par les organismes compétents, le Contrôleur externe a décidé de se limiter aux seuls placements judiciaires en milieu psychiatrique fermé.

(15) Les demandes concernant les modalités d'exécution du placement, notamment les demandes de congés, ont en général été traitées rapidement par le Juge de la jeunesse, ce qui corrobore les dires des médecins responsables selon lesquels la communication entre leur institution et le tribunal de la jeunesse est à cet égard très bonne.

Le Contrôleur externe s'en montre satisfait.

(16) Le deuxième placement, également par mesure de garde provisoire concerne un mineur de 13 ans, placé au CHL suite à des renseignements sur la situation du mineur fournis par son lycée. Ici encore, on conclut à un danger psychique et moral existant dans le chef du mineur. Le placement durera 47 jours et sera levé par une décision de congé à durée indéterminée. Un suivi thérapeutique ambulatoire et une prise en charge du SCAS continueront après l'octroi du congé.

L'avis du pédopsychiatre laisse entendre que le placement temporaire à l'unité fermée était bénéfique à la situation du mineur en question.

Il est à souligner que dans les deux cas, l'analyse des dossiers n'a pas fait apparaître le recours à une mesure de contention.

Le Contrôleur externe s'en félicite.

(17) De manière générale, le Contrôleur externe constate avec satisfaction que les situations dans lesquelles il peut être recouru à une mesure de contention sont clairement définies et que la procédure applicable est décrite de manière détaillée dans les instructions de service. Les mesures de contention ne sont envisageables que dans les situations où l'enfant présente un danger manifeste pour lui-même ou pour autrui.

Le principe de subsidiarité est respecté de manière à ce que la contention physique constitue l'ultime moyen d'intervention en cas de crise, après la contention relationnelle, visant à contrôler la situation via l'écoute empathique et l'intervention verbale, l'isolement du groupe, la contention corporelle où l'enfant est tenu fermement afin de lui donner une protection et lui permettre de se calmer, et la contention chimique où le médecin responsable ordonne l'administration de médicaments sédatifs.

Il a été assuré à l'équipe de contrôle que, même en situation de crise, il ne serait jamais procédé à des administrations de médication par injection chez les enfants en bas âge, mais seulement chez les pré-adolescents et uniquement en cas de nécessité absolue. Si une mesure de contention physique devrait se montrer nécessaire, il sera procédé à une sédation afin de rendre la situation la moins traumatisante possible.

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

Le Contrôleur externe salue la pertinence et le niveau de détail des lignes directrices internes qui entourent le recours à la contention physique et encourage l'équipe de continuer à ne faire usage d'une pareille mesure de fixation qu'en cas d'absolue nécessité médicale.

(18) Le Contrôleur externe apprécie que les traitements médicaux qui s'avèrent nécessaires ne sont administrés, sauf en cas d'urgence, qu'après avoir obtenu l'accord des parents, et ceci même alors que l'autorité parentale est officiellement transmise à l'hôpital avec la mesure de placement et que cet accord ne serait partant pas obligatoire.

Le Contrôleur externe salue cette manière de procéder car il estime que l'intégration des parents dans le processus thérapeutique et le travail avec la famille sont primordiaux, dans l'intérêt de l'évolution de l'enfant, de son contexte socio-familial et dans le souci d'une réintégration réussie dans la famille le plus rapidement possible.

Le Contrôleur externe se félicite que le travail avec les familles et l'intégration des parents dans la thérapie du mineur soient considérés comme priorités absolues dans le travail de l'unité. Dans ce contexte, le Contrôleur externe ne saurait que saluer l'information écrite aux parents d'un enfant placé les informant de la mesure entreprise et de sa portée. Toute communication en direction des parents se fait par un médecin. Par exception, et seulement en cas d'urgence, le médecin responsable peut déléguer un membre de l'équipe soignante à cette fin.

Vu l'âge très jeune des patients concernés, le Contrôleur externe estime que la remise d'une information écrite relative à leurs droits aux patients eux-mêmes ne semble guère utile dans le cas d'espèce. Il en est de même en ce qui concerne la documentation du consentement éclairé des patients qui en raison de leur âge ne disposent pas encore de la capacité de discernement requise à cette fin.

(19) L'équipe pédopsychiatrique se compose d'un ETP de pédopsychiatre, d'un thérapeute familial, d'un psychologue, qui s'occupe des thérapies individuelles et d'un psychomotricien, responsable des séances thérapeutiques individuelles et en groupe, tous les trois travaillant à 75%. Une assistante sociale est disponible à mi-temps et un médecin en formation est affecté à raison de 50% à l'unité de pédopsychiatrie fermée et à 50% dans la clinique pédopsychiatrique de jour. L'unité dispose en plus de 10,11 ETP d'infirmiers et de 1,5 ETP d'éducateurs diplômés.

L'équipe soignante et éducative se compose de 7 infirmiers psychiatriques, de 4 infirmiers pédiatriques, d'un infirmier disposant d'une formation spécifique pour travailler sur la relation entre la mère et l'enfant et d'un infirmier formé en art-thérapie, ainsi que de 2 éducateurs. Une institutrice donne des cours pendant 1 à 3 heures le matin.

Le personnel affecté à l'unité fermée de pédopsychiatrie semble être suffisant pour remplir correctement sa mission au niveau médical, paramédical et éducatif. Aucune plainte à ce sujet n'a été portée à la connaissance de l'équipe de contrôle. Au niveau administratif, la situation est différente, il est à noter que toutes les activités du service sont minutieusement arrêtées dans des protocoles individuels par voie informatique et moyennant un logiciel spécifique, adapté selon les besoins par l'équipe médicale, soignante et éducative en place. En des périodes de pleine occupation, ces activités consomment beaucoup de temps, de sorte que l'accomplissement d'autres devoirs peut en souffrir.

Le Contrôleur externe donne à considérer s'il n'était pas opportun d'étoffer l'équipe par un engagement supplémentaire de 0.5 ETP dont la charge consisterait exclusivement à assurer la documentation des activités.

(20) L'accès aux dossiers des patients et plus spécifiquement aux données confidentielles est bien documenté et fait l'objet d'une réglementation précise.

Le Contrôleur externe s'en félicite.

Le Contrôleur externe tient à souligner que l'ensemble des intervenants y rencontrés, médicaux, paramédicaux et éducatifs semblent très motivés et très compétents au niveau professionnel. Le Contrôleur externe se félicite également de la disposition exemplaire de tous les acteurs de cette unité à faciliter la tâche à l'équipe de contrôle.

Les membres paramédicaux et éducatifs de l'unité participent régulièrement à des formations, au sein du CHL et à l'extérieur en vue de garantir un traitement et des soins conformes aux normes en vigueur. Le Contrôleur externe s'en félicite.

(21) Comme l'unité pédopsychiatrique du CHL existe seulement depuis 3 ans, l'état des installations de l'unité est très bon et n'appelle pas d'observations particulières. L'unité dispose d'une salle de jeux bien équipée où les enfants se plaisent. En cas d'occupation maximale par 10 patients pendant la journée, les locaux disponibles sont cependant à considérer comme étant à la limite inférieure de la surface qui devrait être disponible pour garantir un bon fonctionnement du service.

Aussi, et dans la mesure où la configuration des infrastructures le permettra, serait-il indiqué d'envisager un agrandissement de la surface à la disposition de cette unité.

(22) Un certain nombre d'activités est proposé aux jeunes patients qui, selon les instructions de service, sont obligés d'y participer. Vu le jeune âge des patients placés au CHL, le Contrôleur externe comprend qu'il est nécessaire de présenter un cadre structuré aux jeunes et qu'il n'est pas possible de leur laisser le choix de participer ou non aux activités, alors que cette approche est adoptée de plus en plus, notamment chez les patients adultes, afin de les responsabiliser dans leurs décisions et leur rendre une certaine part d'autonomie.

Le seul manquement qui peut être signalé est que l'unité se trouve au deuxième étage et qu'elle ne dispose partant pas d'un accès direct vers une zone sécurisée à l'extérieur, voire à une aire de jeu sécurisée sur laquelle les enfants pourraient se divertir.

Le Contrôleur externe encourage les responsables à entreprendre des travaux infrastructurels nécessaires en vue de garantir aux jeunes patients un accès sécurisé à l'air frais et de leur donner ainsi la possibilité de s'épanouir avec les autres enfants dans un cadre adapté.

Les médecins responsables ont fait état de certains doutes quant à la pertinence du moment du placement d'un mineur en milieu psychiatrique fermé. Le Contrôleur externe reviendra sur ce problème au chapitre des constats généraux.

4.2. Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)

(23) L'unité de psychiatrie juvénile au CHK dispose de 15 lits destinés à prendre en charge des adolescents des deux sexes, âgés entre 14 et 18 ans, qui nécessitent des soins stationnaires.

De la même manière que le CHL en ce qui concerne les enfants jusqu'à 13 ans, l'unité du CHK est destinée à intervenir en situation d'urgence, pour assurer une intervention primaire, sans nécessairement effectuer un traitement à long terme. Les patients ayant besoin d'un traitement à long terme seront, après une première prise en charge au CHK, transférés au CHNP pour bénéficier d'un suivi à long terme.

Pendant la période visée par le contrôle, 42 patients placés étaient accueillis dans cette unité. A deux exceptions près, les placements ont tous été ordonnés sur base de la loi sur la protection de la jeunesse, les deux autres étant basés sur la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

La problématique liée à l'application de la loi du 10 décembre 2009 a été traitée *supra*. Le Contrôleur externe souligne de nouveau l'importance de recourir au juge naturel des mineurs et d'initier la procédure de placement conformément à la loi relative à la protection de la jeunesse.

(24) La durée moyenne de séjour des patients placés serait légèrement inférieure à celle des patients en séjour volontaire.

Les durées des placements au CHK ont varié entre 1 jour et 127 jours, avec un séjour moyen de 28,17 jours.

A chaque admission, les parents du jeune reçoivent, par écrit, une description du service national de psychiatrie juvénile qui expose brièvement le fonctionnement de l'unité, ainsi que les règles élémentaires en vigueur.

Dans ce document, les parents sont invités à ne pas prendre contact avec leur enfant pendant les trois premiers jours du séjour afin de permettre à l'enfant de se familiariser avec son nouvel entourage. Les parents sont néanmoins informés de leur possibilité de contacter le personnel de l'unité à tout moment afin de pouvoir s'informer du bien-être de leur enfant.

Le Contrôleur externe se félicite de la pratique consistant à fournir, par écrit, des informations générales sur le fonctionnement de la station aux parents.

(25) Le règlement interne qui comprend les informations utiles sur le déroulement de la journée au sein de l'unité, les interdits et les droits des patients est affiché de manière permanente dans le couloir. Ce document contient les renseignements sur les modalités de visite, les sorties autorisées, l'interdiction de la consommation d'alcool, de cigarettes ou de stupéfiants, les règles qui entourent l'usage du téléphone, de la télévision, et de manière générale, les règles nécessaires à la bonne cohabitation au sein de l'unité.

Le Contrôleur externe ne dispose cependant pas d'un document qui serait distribué aux jeunes, voire à leurs parents ou tuteurs, et qui les informerait sur les moyens de recours qui leur sont ouverts après une ordonnance de placement ou d'une mesure de garde provisoire et de manière générale, également sur leurs droits en tant que patients, parents ou tuteurs.

Le Contrôleur externe recommande qu'il soit établi un document standardisé comprenant ces informations élémentaires.

Dans le même contexte, le Contrôleur externe se doit de signaler qu'il n'existe aucune procédure permettant de documenter le consentement éclairé du patient au traitement. Le Contrôleur externe recommande vivement aux autorités concernées de prévoir un tel document dans les tout meilleurs délais.

(26) Les patients placés dans cette unité sont hébergés pour la plupart dans des chambres doubles. Le Contrôleur externe est conscient des impératifs infrastructurels, mais émet ses réserves quant à la pratique de mettre deux jeunes adolescents, qui ne se connaissent pas, dans une même chambre. Ceci est d'autant plus vrai que ces adolescents ont les plus grandes difficultés à se familiariser avec leur nouvel environnement. Vu le nombre élevé d'admissions, il ne peut être exclu qu'un jeune soit obligé à partager sa chambre avec des différents adolescents au cours de son séjour.

Il s'ajoute que la distribution des chambres, voire la composition du binôme qui partage une chambre n'est pas déterminée en fonction de la personnalité des jeunes, mais qu'il est procédé à une composition aléatoire, en fonction des disponibilités.

Le Contrôleur externe recommande de porter une très grande attention à cette problématique et de réfléchir à l'aménagement d'au moins quelques chambres individuelles supplémentaires. Si un tel réaménagement devait s'avérer irréalisable en raison du manque de locaux disponibles, le Contrôleur externe recommande de procéder, dans toute la mesure du possible à une affectation des chambres prenant en considération la personnalité et les antécédents des mineurs.

(27) Si l'affectation des chambres respecte évidemment la stricte séparation des sexes, il reste toujours que des adolescents, entre 14 et 18 ans passent leurs journées entières ensemble et que les relations qui peuvent se créer sont susceptibles d'avoir un caractère plus intense que les relations nouées normalement à l'école ou dans le milieu privé en dehors d'un contexte privatif de liberté.

Les responsables ont affirmé à l'équipe de contrôle qu'ils portent une grande attention au respect de cette séparation et qu'ils contrôlent régulièrement le respect des règles très

strictes édictées en la matière. Le Contrôleur externe donne cependant à considérer que la surveillance ne peut pas être permanente ni omniprésente et que les jeunes se trouvent dans une période de leur vie où la découverte de leur vie intime occupe une place importante. Il ne peut donc pas être garanti que toute relation sexuelle puisse être empêchée et il faudra partant veiller à tout mettre en œuvre afin de prévenir toute grossesse involontaire et de préserver la santé des adolescents.

Le Contrôleur externe regrette à cet égard que les responsables de l'unité n'ont pas mis en place une politique d'information sur la transmission des maladies sexuellement transmissibles, voire un programme de sensibilisation à la sexualité et à la contraception.

Le Contrôleur externe recommande aux responsables de l'unité de prévoir une telle éducation sexuelle dans le programme scolaire et souligne qu'il ne faut pas tabouiser le sujet, mais au contraire porter la plus grande attention aux préoccupations et aux problèmes des jeunes en ce domaine.

(28) L'éducation constitue un élément important du séjour de l'adolescent à l'unité de psychiatrie. Il faut penser à offrir aux jeunes une formation scolaire qui leur permette de s'intégrer, voire de se réintégrer dans le système scolaire une fois leur séjour en psychiatrie terminé.

A cet égard, l'équipe de contrôle a été informée par un garçon placé, qu'il jugeait le niveau des cours non approprié à son âge et que selon lui, le programme enseigné ne correspondrait pas au programme officiel.

Le Contrôleur externe est conscient de l'hétérogénéité et du caractère transitoire de la population scolaire dans cette unité fermée. Il recommande néanmoins de veiller à ce que les programmes soient adaptés dans toute la mesure du possible aux sensibilités et aux facultés d'apprentissage des patients.

(29) Le déroulement de la journée est planifié de manière très détaillée et structurée, ce qui peut effectivement être bénéfique aux jeunes. Il reste cependant, que les jeunes sont contraints de se retirer dans leurs chambres pendant des plages horaires fixées, ceci entre 8h00 et 8h30, 11h30 et 12h00, 13h15 et 14h45, 16h15 et 17h00, 18h00 et 18h30, 19h00 et 19h30 et à partir de 20h30, sauf dans les cas où le jeune bénéficierait d'une récompense pour son comportement de la journée, où le séjour en salle de séjour commune peut être prolongé jusqu'après 20h30.

En contrepartie, le temps pendant lequel les jeunes peuvent sortir ou recevoir de la visite est limité, le matin de 11h00 à 11h30 et l'après-midi, entre 17h00, respectivement 16h45 et 18h00.

Il a été rapporté par certains patients, y inclus des anciens patients, actuellement placés au CHNP, qu'il leur était souvent très difficile de trouver une occupation pendant les temps de repos et qu'ils n'étaient pas fatigués le soir ce qui aurait engendré des problèmes de sommeil. Lors des visites sur place, l'équipe de contrôle a pu constater que la majorité des patients dormait pendant les heures indiquées, de sorte qu'il paraît tout à fait plausible que les jeunes ont des difficultés à s'endormir à l'heure du coucher.

Le Contrôleur externe a cependant également été informé que de nombreuses activités sont proposées aux jeunes pendant les fins de semaine. A cet égard, tous les patients se sont montrés très enthousiastes.

Le Contrôleur externe comprend que les activités proposées pendant les fins de semaine peuvent différer des activités réalisables en semaine, notamment pour des raisons d'emploi

de temps et de disponibilités. Il est également important de faire une nette distinction entre les jours de la semaine où les jeunes sont appelés à suivre des cours et à suivre leurs thérapies, et les weekends où les jeunes peuvent se divertir davantage. Cependant, le Contrôleur externe regrette que la différence soit si flagrante et estime que les possibilités d'activité pendant la semaine sont trop réduites.

Le Contrôleur externe regrette que l'offre d'activités, notamment aussi physiques, qui sont proposées aux jeunes adolescents au cours de la journée soit relativement réduite. Si le Contrôleur externe peut parfaitement comprendre l'utilité d'un temps de repos avant les repas, il recommande néanmoins de réduire les périodes pendant lesquelles les jeunes doivent s'occuper seuls dans leurs chambres et de proposer des activités en groupe leur permettant de s'épanouir davantage.

Le Contrôleur externe est pleinement conscient du fait que cette recommandation engendre un surplus en matière de charge de travail. De ce fait, il suggère vivement aux autorités concernées de libérer les moyens budgétaires nécessaires à l'engagement de 0.5 ETP supplémentaires (éducateur ou moniteur sportif) afin de pouvoir assurer le bon déroulement de ces activités sans compromettre le bon fonctionnement du service.

Le Contrôleur externe ne peut que se féliciter de la qualité et de la diversité des activités proposées lors des fins de semaines et encourage les responsables à maintenir ces sorties. A cet égard, il tient tout particulièrement à saluer l'engagement personnel de certains membres du service sans lequel ces activités ne pourraient avoir lieu. Il se félicite également de la mise à disposition des moyens budgétaires nécessaires à la réalisation de ces activités.

(30) Si un nombre élevé de jeunes adolescents se trouvant dans une phase difficile de leur vie à cause de pathologies psychiatriques ou de problèmes familiaux ou encore de traumatismes vécus, sont hébergés sur un espace assez réduit, il paraît évident que chacun doit suivre des règles fixes afin de maintenir un climat serein empreint de respect mutuel. Le Contrôleur externe comprend partant parfaitement qu'un système de règles et de sanctions en cas de non-respect de ces règles, soit établi au sein de l'unité.

Lors d'une visite sur place, l'équipe de contrôle, a pu observer trois adolescents, assis chacun devant une table, dans le couloir. Les jeunes n'avaient pas d'occupation visible et ne parlaient pas entre eux.

L'équipe de contrôle a été informée par un autre adolescent placé qu'il s'agirait en l'occurrence d'une mesure d'observation qui serait prise à chaque fois que le comportement d'un patient est problématique. A chaque fois qu'une situation de crise pourrait s'annoncer, cette mesure de prévention, permettant une observation quasi permanente du jeune, serait prise. Le couloir où se trouvent les jeunes se situe en effet directement en face du bureau des infirmiers.

Le Contrôleur externe peut comprendre le souci de prévention qui est à la base de cette procédure, mais considère comme inacceptable d'exposer des jeunes patients, souvent en phase de crise ou sortant d'une telle phase, aux regards de tous. A côté du personnel médical, paramédical et éducatif de l'unité, les personnes rendant visite à un des patients passent également par ce couloir. Le Contrôleur externe est d'avis que cette manière de procéder peut être constitutive d'un traitement humiliant. A cet égard, le Contrôleur externe se doit également de faire état de son désaccord concernant la réglementation interne interdisant aux autres patients se trouvant dans le même couloir d'adresser la parole aux jeunes faisant l'objet d'une mesure d'observation.

Le Contrôleur externe recommande de prévoir ce type de mesure d'observation en un lieu où le patient concerné ne se voit pas confronté aux regards de toutes les personnes qui entrent à la station. Il est évident que ce lieu doit pouvoir permettre une surveillance adéquate.

Tout comme au CHL, les médecins responsables ont fait état de certains doutes quant à la pertinence du moment du placement d'un mineur en milieu psychiatrique fermée. Le Contrôleur externe reviendra au chapitre des constats généraux sur ce problème, commun aux autres institutions concernées.

(31) Sur les 42 patients, 3 d'entre eux ont fait l'objet d'une mesure de fixation. Si le Contrôleur externe est satisfait du nombre limité de patients concernés, il se doit d'exprimer son étonnement quant aux durées de fixation indiquées qui atteignent jusqu'à 24 heures. Le Contrôleur externe n'entend pas s'exprimer sur la nécessité d'une telle mesure de fixation prolongée et ne veut pas remettre en question la nécessité médicale qui peut ordonner une telle mesure. Il a été rapporté au Contrôleur externe qu'en cas de fixation prolongée, il serait habituellement procédé à une médication afin de rendre l'expérience moins traumatisante et afin de réduire la durée nécessaire pour calmer le jeune.

Le Contrôleur externe s'en montre inquiet et souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les circonstances ayant rendu nécessaires des fixations de 24 heures, respectivement de 17 heures.

(32) Le Contrôleur externe a pu examiner les instructions de service qui règlent les mesures de contention et se dit satisfait que les situations dans lesquelles il peut être recouru à une mesure de contention et la procédure à appliquer y sont clairement définies.

Le principe de subsidiarité est respecté de manière à ce que la contention physique constitue l'ultime moyen d'intervention en cas de crise.

Le Contrôleur externe se montre satisfait de ce constat.

(33) L'équipe de contrôle a pu constater qu'une importance toute particulière est accordée à la formation continue du personnel de l'unité.

Ces formations continues, d'un minimum de 200 heures ont généralement lieu à l'extérieur, en collaboration étroite avec des établissements hospitaliers psychiatriques allemands. Il existe également un programme de formation interne au CHK.

Tous les intervenants ont reçu une formation en matière d'éthique professionnelle et de droits de l'homme.

Le Contrôleur externe ne peut que se féliciter de cet exemple de bonne pratique.

(34) L'accès aux dossiers des patients et plus spécifiquement aux données confidentielles est bien documenté et fait l'objet d'une réglementation précise.

Le Contrôleur externe s'en félicite.

(35) Ici encore, les responsables accordent beaucoup d'importance au dialogue permanent avec les parents de leurs patients, même si ceux-ci sont déçus de l'autorité parentale.

Les mêmes responsables tiennent à souligner qu'il leur importe de réserver aux parents déçus de l'autorité parentale les mêmes droits que ceux accordés aux

parents de patients en séjour volontaire, ce que le Contrôleur externe ne peut qu'approuver.

4.3. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

(36) Le CHNP dispose de 12 lits, destinés à accueillir des jeunes patients âgés entre 12 et 18 ans nécessitant un traitement à long terme. La grande majorité des patients est placée au CHNP sur décision judiciaire. En ce qui concerne l'admission, le CHNP dispose d'une liste d'attente séparée pour les deux sexes. Dans des cas dûment motivés les facteurs suivants peuvent également être pris en considération : le degré d'urgence, le sexe et la cohérence avec la patientèle. Quant au sexe du patient à admettre, il est à noter que les responsables de l'unité tentent, dans toute la mesure du possible de respecter un équilibre entre les sexes.

L'âge moyen des patients est de 15,7 ans et la durée moyenne du séjour est de 114 jours.

L'équipe de l'unité de psychiatrie juvénile dispose d'un ETP de pédopsychiatre, de 2x 0,5 ETP de psychologues, 0,75 ETP d'assistance sociale, 0,5 ETP d'ergothérapeute, 0,5 d'éducateur gradué, de 1 ETP d'éducateur diplômé, de 14,25 ETP de personnel soignant, dont 6 ETP infirmiers psychiatriques, 6.25 ETP infirmiers ou infirmiers pédiatriques et 2 ETP aide-soignant.

A ces effectifs s'ajoutent 2 instituteurs pour un total de 27 heures par semaine. Il est à relever que les patients se trouvant dans une phase plus avancée de leur traitement peuvent poursuivre leur scolarité à l'extérieur du CHNP, soit dans un établissement scolaire proche, soit dans leur établissement d'origine.

Un hippothérapeute est disponible pendant une heure par semaine, de même qu'un art-thérapeute pendant quatre heures par semaine. A relever également la disponibilité d'un thérapeute sportif pendant une heure par semaine. Depuis le mois de juin 2011, l'offre en thérapie sportive a été complétée par une séance hebdomadaire à laquelle participent en principe tous les patients.

Les activités d'hippothérapie et de thérapie sportive ne peuvent être offertes qu'à un seul patient à la fois et ceci pendant la durée nécessaire à la thérapie. Le nombre de patients pouvant bénéficier de ces offres thérapeutiques est partant très limité.

A côté de ces offres, le CHNP propose d'autres activités à visée thérapeutique aux jeunes, comme notamment le « Airtramp », une fois par semaine, un atelier de cuisine, une fois par semaine, des activités sportives et de loisir, un groupe d'alimentation-diététique, également à raison d'une fois par semaine. L'ensemble de ces activités équivaut à 4,5 heures d'activités par semaine.

L'équipe de contrôle a été informé que les patients placés âgés de moins de 14 ans obtiennent un argent de poche de 8€/semaine et ceux, âgés de plus de 14 ans, de 10€ semaine.

(37) Les responsables de l'unité de psychiatrie juvénile du CHNP ont établi un règlement interne qui comprend les informations pertinentes sur le déroulement de la journée au sein de l'unité ainsi que sur les règles qui doivent y être respectées. Ce document est distribué à chaque patient au moment de son admission.

Le Contrôleur externe ne dispose cependant pas d'un document qui serait distribué aux jeunes, voire à leurs parents ou tuteurs, et qui les informerait sur les moyens de recours qui leur sont ouverts après une ordonnance de placement ou d'une mesure de garde provisoire et de manière générale, également sur leurs droits en tant que patients, parents ou tuteurs.

Le Contrôleur externe recommande qu'il soit établi un document standardisé comprenant ces informations élémentaires.

Dans le même contexte, le Contrôleur externe se doit de signaler qu'il n'existe aucune procédure permettant de documenter le consentement éclairé du patient au traitement. Le Contrôleur externe recommande vivement aux autorités concernées de prévoir un tel document dans les tout meilleurs délais.

(38) Les instructions de service de l'unité de psychiatrie juvénile contiennent également des instructions de service claires qui règlent les mesures de contention et qui énumèrent les situations dans lesquelles il peut être procédé à une mesure de contention. Le même document détaille également avec la précision nécessaire la procédure à suivre, ceci au niveau pratique, mais également au niveau de la documentation. Le principe de subsidiarité est respecté de manière à ce que la contention physique constitue l'ultime moyen d'intervention en cas de crise.

Le Contrôleur externe s'en félicite.

(39) Pendant la période d'une année, visée par le présent rapport, le CHNP a accueilli 29 adolescents placés. Parmi toutes les fixations qui ont dû être appliquées, 3 cas sont à relever. Le Contrôleur externe se montre très inquiet de 3 cas dans lesquels les durées de fixation varient entre plus de 13 heures et plus de 28 heures. Aucun document du dossier ne renseigne sur une médication sédatrice adjuvante éventuelle.

Sans vouloir mettre en cause le bien-fondé de la décision médicale qui était à la base de ces fixations, le Contrôleur externe souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les circonstances ayant rendu nécessaires ces fixations, notamment au vu de leur durée qui semble très longue.

(40) Un autre dossier contient un renseignement sur une mesure de contention et d'isolement qui aurait perduré pendant environ quatre jours avant d'être modifiée en mesure de « contention légère ou d'isolement sans contention » pour une durée de 17 heures et 30 minutes. Il n'a pas été possible de clarifier exactement la nature de la mesure prise, mais les documents fournis portent à conclure à un caractère coercitif.

Le Contrôleur externe estime que la durée cumulée des deux mesures renseignées, prises consécutivement est inacceptable et demande à être informé dans les tout meilleurs délais sur la nature exacte de ces mesures ainsi que et sur les motifs ayant rendu nécessaire leur prolongation pendant une durée de 4 jours.

(41) L'équipe soignante travaille sur trois tours, les équipes du matin et de l'après-midi étant chacune composée de trois infirmiers, l'équipe de nuit ne comptant que deux infirmiers. Les consignes de sécurité internes imposent que le bureau des infirmiers soit toujours occupé par au moins un infirmier. Ce nombre doit être porté à deux infirmiers si 7 patients ou plus se trouvent dans l'unité.

L'équipe de contrôle a pu constater lors de ses visites sur place que l'équipe soignante se voit confrontée à une lourde charge de travail de documentation qui réduit le temps disponible pour se consacrer à leur patients, généralement très difficiles, demandant beaucoup d'attention et qui ont souvent des besoins très spécifiques.

Ceci pose d'autant plus de problèmes que la majorité des patients ne dispose pas d'une autorisation de sortie non accompagnée. Il s'en suit que les jeunes n'ont que très rarement la possibilité de sortir par faute de disponibilité de personnel accompagnant. Les patients sont pleinement conscients que ceci n'est pas dû à un manque de volonté de leur offrir des possibilités de sortie, bien au contraire, ils ont clairement identifié le manque de personnel comme la principale origine de ce problème.

Le Contrôleur externe recommande vivement d'augmenter l'effectif du personnel soignant d'au moins une unité pour les tours du matin et de l'après-midi et ceci pour tous les jours de la semaine.

Eu égard au manque flagrant de personnel, le Contrôleur externe tient à féliciter l'équipe soignante de son engagement et de sa volonté de répondre au maximum aux besoins et demandes des jeunes malgré une surcharge de travail qui atteint la limite du tolérable, ceci surtout pendant les vacances scolaires.

(42) Un autre constat très regrettable, fait par le Contrôleur externe est que le CHNP dispose depuis le 1^{er} septembre 2010 d'une vacance de poste pour un médecin-spécialiste en psychiatrie juvénile. En l'absence du pédopsychiatre sur place, celui-ci est remplacé par un médecin-psychiatre pour adultes, ce que le Contrôleur externe considère comme totalement inacceptable au vu des besoins et difficultés très spécifiques des jeunes patients.

Le Contrôleur externe insiste à ce que tous les efforts soient entrepris afin d'occuper le poste vacant dans les meilleurs délais.

(43) Les responsables de l'unité ont affirmé accorder une grande importance au dialogue permanent avec les parents de leurs patients, même si ceux-ci sont déchus de l'autorité parentale et ont insisté qu'ils réservent aux parents déchus de l'autorité parentale les mêmes droits que ceux accordés aux parents de patients en séjour volontaire en ce qui concerne les décisions qui concernent leurs enfants.

Le Contrôleur externe ne peut que saluer cette approche.

(44) Lors des entretiens avec les patients, plusieurs informations ont particulièrement retenu l'attention du Contrôleur externe.

Les jeunes ont en effet confirmé qu'ils ne disposeraient pas de journaux et qu'ils n'avaient pas la possibilité de regarder régulièrement le journal télévisé.

Le Contrôleur externe estime que ceci constitue une violation du droit de l'accès à l'information et recommande partant de mettre quotidiennement des journaux à disposition des jeunes ou de leur permettre de suivre des journaux télévisés.

(45) Le Contrôleur externe a également été informé qu'il était impossible d'ouvrir les fenêtres de l'unité. Celles-ci ont en effet été techniquement modifiées suite à une tentative de suicide. Les patients se sont presque unanimement plaints de l'aération inadéquate et largement insuffisante de l'unité et de leurs chambres en particulier.

Le Contrôleur externe recommande d'apporter les modifications nécessaires aux dispositifs techniques en place afin de permettre une aération adéquate à la station.

(46) Lors de l'entretien de groupe mené par le Docteur Hagenah, en présence de Madame Bertrand, le groupe s'est quasi unanimement plaint du comportement d'un éducateur. Cet éducateur se comporterait souvent de manière agressive et ne respecterait pas toujours les

consignes des médecins, ce qui a été confirmé formellement par un patient au cours des entretiens individuels. Par ailleurs, d'autres patients ont fait lors des mêmes entretiens des allégations qui semblent corroborer ces faits.

Le Contrôleur externe connaît l'identité de la personne en cause et se tient à la disposition des responsables du CHNP pour toute information qu'ils jugeraient utile dans ce contexte.

(47) L'unité de psychiatrie juvénile dispose de plusieurs chambres vidéo-surveillées. L'équipement de surveillance en place, qui ne répond plus aux standards actuels, nécessite un éclairage assez important afin de produire des images claires permettant une surveillance via l'écran. De nombreux patients ont rapporté que le dispositif en place les empêcherait de dormir.

Le Contrôleur externe ne saurait tolérer cette situation et recommande d'échanger le dispositif technique en place par un équipement plus moderne, plus sensible qui permet de réduire l'intensité de la lumière nécessaire à la surveillance, ceci surtout pendant la nuit.

(48) Les patients ont également rapporté à l'équipe de contrôle que l'équipe soignante faisait des contrôles réguliers des chambres à coucher pendant la nuit. Au cours de ces contrôles, les chambres sont éclairées avec une lampe de poche. La majorité des jeunes a affirmé se réveiller lors de chaque contrôle.

Le Contrôleur externe s'interroge sérieusement sur la nécessité de procéder à ces contrôles. En effet, le risque de fuite pendant la nuit semble pratiquement inexistant du fait que les patients devraient passer devant le bureau des infirmiers avant de pouvoir sortir de l'unité dont la porte d'entrée est toujours fermée à clé. Le Contrôleur externe ne saurait tolérer que les jeunes soient ainsi privés de sommeil. Il recommande partant de limiter ces contrôles au strict minimum nécessaire imposé par des considérations médicales ou de sécurité.

(49) De manière générale, les patients se sont plaints de la qualité de la nourriture qui manquerait de variation. Certains patients ont également fait savoir que les quantités seraient insuffisantes et qu'ils n'auraient pas la possibilité d'obtenir un supplément s'ils ont encore faim après le repas.

Le Contrôleur externe est conscient qu'il s'agit ici d'éléments très subjectifs qui sont difficiles à contrôler et comprend également, vue la diversité des patients, qu'il est difficile de satisfaire les goûts et besoins de chacun.

Comme les patients font néanmoins l'objet d'une hospitalisation à long, voire-même à très long terme, le Contrôleur externe recommande de porter une plus grande attention à la variété de leur alimentation et de prévoir la possibilité d'accorder un supplément si un patient en fait la demande, ceci dans les limites des restrictions médicales éventuellement imposées à certains patients.

(50) Le Contrôleur externe a constaté que les infrastructures de l'Orangerie 3 se trouvent dans un état assez vétuste, dû à leur âge. Néanmoins, ces infrastructures peuvent encore être considérées comme satisfaisantes.

Le Contrôleur externe n'a aucune objection à faire en ce qui concerne l'hygiène et la propreté des lieux.

Eu égard au fait que cette infrastructure est appelée à accueillir des adolescents pendant de longues, voire de très longues périodes, le Contrôleur externe suggère aux responsables de prendre en considération l'éventuelle opportunité d'une rénovation des lieux. Le Contrôleur externe est conscient que l'état actuel des infrastructures n'enfreint en rien les prescriptions relatives aux droits de l'homme, mais pour des considérations tenant à la qualité de vie des patients, il a néanmoins jugé utile de se prononcer sur la question.

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

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

5. Rapport d'expertise



Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

RWTH AACHEN

Universitätsklinikum □ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Neuenhofer Weg 21, 52074 Aachen

**KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
LUXEMBOURG**

**Zur Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte
und
Qualität der Versorgung**

Ulrich Hagenah

Beschreibung des Auftrags:

Das Gutachten wurde im Auftrag des Ombudsmann des Großherzogtums Luxemburg durchgeführt. Zielsetzung ist die Beurteilung der Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte in den Geschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der luxemburgischen Krankenhäuser

- Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
- Centre Hospitalier du Kirchberg
- Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) in Ettelbruck.

Darüber hinaus soll die Qualität der medizinischen, paramedizinischen sowie der pflegerischen Versorgung besonders unter dem Aspekt des Einhalts der international in diesem Bereich üblichen "Best Practises" in die Beurteilung einbezogen werden.

Das Gutachten stützt sich auf:

- persönliche Besuche der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen am 07.04.2011 und 08.04.2011, bei denen Gespräche mit den verantwortlichen Ärzten, Mitarbeitern des Pflegedienstes, z. T. auch anderen Berufsgruppen des Behandlungsteams sowie mit den in den geschlossenen Abteilungen untergebrachten Kindern bzw. Jugendlichen geführt wurden.
- ein Telefonat mit dem Facharzt des Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique, Ettelbruck, Herrn Dr. Karst, am 10.05.2011.

Folgende Dokumente wurden darüber hinaus zur Beantwortung der gutachtenrelevanten Fragen einbezogen:

- das Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen vom 20. November 1989,
- das Fakultativprotokoll der Vereinten Nationen vom 18.12.2002 zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe,
- das Gesetz vom 10. August 1992 über den Jugendschutz in Luxemburg,
- die Planungsstudie 2005 Psychiatrie Luxemburg – Bestandserhebung und Empfehlungen (Wulf Rössler/ Ursula Koch),
- den Rapport „Psychiatrie Luxemburg Planungsstudie 2005 Bestandserhebung und Empfehlungen“ (Wulf Rössler, 2009),
- folgende Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung bei Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHD):
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Großbritannien (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12061/42059/42059.pdf>),
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Stand 2006 (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-019l_S1_Hyperkinetische_Stoerungen_ADHS.pdf),
- die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV) der Bundesrepublik Deutschland vom 18. Dezember 1990, geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994.

Gliederung des Gutachtens:

- 1. Beschreibung der Methodik**
- 2. Beschreibungen der besuchten Abteilungen**
 - a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck (CHNP)**
 - b. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)**
 - c. Centre Hospitalier du Kirchberg**

- 3. Beurteilung hinsichtlich der Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte in den besuchten Abteilungen:**
 - a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck (CHNP)**
 - b. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)**
 - c. Centre Hospitalier du Kirchberg**

- 4. Beurteilung der Qualität der medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Versorgung in den besuchten Abteilungen**
 - a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck (CHNP)**
 - b. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)**
 - c. Centre Hospitalier du Kirchberg**

- 5. Zusammenfassung und Empfehlungen**

1. Methodik:

Alle drei genannten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wurden in Begleitung von zwei Mitarbeitern des Büros des Ombudsmann, Frau Lynn Bertrand und Herrn Serge Legil, besucht. Da beim Besuch des CHNP der Arzt der Abteilung, Herr Dr. Karst, urlaubsbedingt nicht anwesend war, erfolgte dort zunächst ein Gespräch mit der leitenden Pflegekraft, Frau Wallig. In den beiden anderen Abteilungen wurden zunächst jeweils Gespräche mit den zuständigen Fachärzten, Herrn Dr. Pignoloni (CHL) sowie Herrn Dr. Goepel und Herrn Dr. Ristow (Centre Hospitalier du Kirchberg) geführt.

Zusätzlich erfolgten Gespräche mit Mitarbeitern des Pflegepersonals und teilweise auch Fachtherapeuten und Lehrern sowie untergebrachten Patienten¹, am CHNP mit der Patientengruppe und in zwei Einzelgesprächen, an den beiden anderen Abteilungen jeweils in Einzelgesprächen in Gegenwart von Frau Bertrand, die bei sprachbedingten Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Patienten auch als Übersetzerin fungierte.

Mit Herrn Dr. Karst, dem Facharzt des CHNP, wurde am 10.05.2011 ein ausführliches Telefonat geführt. Aufgrund des größeren Anteils untergebrachter Patienten im CHNP nahm die Besichtigung dort mehr Zeit in Anspruch (Vormittag und Teil des Nachmittags am 07.04.2011) als in den beiden anderen Abteilungen.

Diese fanden am 08.04.2011 am Vormittag (CHL) und Nachmittag (Centre Hospitalier du Kirchberg) statt. Sämtliche Gesprächspartner wurden zu Beginn der Gespräche über Inhalt und die Rahmenbedingungen der Begutachtung informiert. In allen Abteilungen erfolgten außerdem stichprobenartige Einsichtnahmen in die Patienten-Dokumentation. Im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen des Gutachtenauftrags wurden besonders folgende Aspekte exploriert:

- a. Wie ist die personelle Ausstattung der Abteilung?
- b. Wie ist die Abteilung räumlich gestaltet?
- c. Wie ist die durchschnittliche Verweildauer der untergebrachten Kinder/ Jugendlichen?
- d. Wie erfolgt bei Aufnahme eine Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über ihre Rechte?
- e. Stehen den Patienten regelmäßige Möglichkeiten zum Aufenthalt im Freien zur Verfügung?
- f. Wie sind die Abläufe in Krisensituationen mit eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten der Patienten, insbesondere, welche Standards existieren hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen?
- g. An welchen Prinzipien orientiert sich die Behandlungsplanung? Insbesondere: wird die Behandlung störungsspezifisch durchgeführt? Orientiert die Behandlung sich an internationalen Standards (z. B. Leitlinien)?

Zu unterstreichen ist, dass in allen drei besuchten Abteilungen durchgängig eine hohe Kooperationsbereitschaft der Befragten zu verzeichnen war. Insbesondere wurden auch kritische Aspekte offen kommuniziert.

Auch die Befragung der untergebrachten Kinder und Jugendlichen war ohne Einschränkung möglich. Die in den Gesprächen mit dem Patienten gewonnenen Informationen wurden für die Beurteilung der Fragen verwendet, soweit sie relevant erscheinen. Auf eine detaillierte, inhaltliche Wiedergabe wird aus Gründen der Übersicht sowie der den Kindern und Jugendlichen zugesicherten Vertraulichkeit verzichtet.

¹ der Übersicht halber wurde im Text für alle Kinder und Jugendlichen in Behandlung, unabhängig von ihrem Geschlecht, der Begriff Patient in der männlichen Form verwendet

2. Beschreibungen der Besuche in den Abteilungen:

a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique in Ettelbruck (CHNP):

Der Besuch erfolgte am 07.04.2011. Die Abteilung verfügt über insgesamt zwölf Plätze für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Neben dem urlaubsbedingt abwesenden Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren auch die beiden jeweils mit einer 0,5-Stelle in der Abteilung beschäftigten Psychologinnen an diesem Tag nicht anwesend. Mit dem Facharzt der Abteilung, Herrn Dr. Karst, erfolgte ein ausführliches Telefonat am 10.05.2011.

Die Angaben zu den Strukturmerkmalen der Abteilung sowie zur inhaltlichen Arbeit stammen von der leitenden Pflegekraft, Frau Wallig. Darüber hinaus erfolgten sowohl ein Gespräch mit der Patientengruppe (gemeinsam mit Frau Lynn Bertrand, Kriminologin) sowie Einzelgespräche mit zwei Patienten der Abteilung und einzelnen Mitarbeitern des Pflegedienstes. Eine weitere Arztstelle in der Abteilung war zum Zeitpunkt des Besuchs vakant, die Stelle sei aber ausgeschrieben.

Neben dem Arzt seien zwei Psychologinnen mit jeweils halber Stelle beschäftigt, außerdem ein Sozialarbeiter und acht Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst. Zusätzlich stünden zwei Lehrkräfte in Teilzeit (gemeinsam 1,5 Stellen) zur Verfügung. Die Jugendlichen würden an vier Tagen jeweils 4 Stunden Unterricht erhalten, mittwochs 2 h. Je nach Stand der Behandlung würden einige Jugendliche auch auf externe Schulen gehen. Fachtherapeuten (Ergotherapie, Sporttherapie) stehen zentral für alle Abteilungen auf dem Gelände zur Verfügung, auf Honorarbasis darüber hinaus Kunsttherapie (4 h/ Woche) und Hippotherapie (1h/ Woche).

Die Station befindet sich in der dritten Etage eines auch mit erwachsenen Patienten des CHNP belegten Gebäudes. Sie ist nur über einen Aufzug erreichbar, der über einen Schlüssel gesteuert wird.

Jugendlichen, die die Station ohne Aufsicht verlassen dürfen, kann das Verlassen durch Freischalten des Aufzugs durch Mitarbeiter ermöglicht werden. Insgesamt wirkt der gesamte Bereich der Station zwar funktional, aber karg und wenig jugendtypisch. Es steht ein großer, zentraler Aufenthaltsraum zur Verfügung, der genügend Platz auch für Aktivitäten, wie etwa Tischtennis, bietet. Sämtliche Außenbereiche sind nur über den Aufzug zu erreichen.

Nach einem Ausbruchsversuch vor einiger Zeit seien die Fenster ständig verschlossen, was von den Mitarbeitern als belastend erlebt wird und bei einigen zu Kopfschmerzen führe. Für die Patienten stehen Einzel- und Zweibettzimmer zur Verfügung. Es gibt zwei Überwachungszimmer mit der Möglichkeit einer Kameraüberwachung. Allerdings müsse im Fall einer Kameraüberwachung nachts das Licht aus technischen Gründen eingeschaltet bleiben.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 114 Tagen seien im vergangenen Jahr 33 Patienten behandelt worden. Der Zugang erfolge in der Regel über die Jugendrichter. Die Eltern würden aber, soweit wie möglich, in die Behandlung mit einbezogen. Notfälle könnten in der Regel nicht aufgenommen werden, da die Abteilung meist vollbelegt sei. In der Regel erfolge die Entlassung entweder in die Familie, in Heime oder in Auslandsmaßnahmen. Die Behandlung beinhalte, wenn erforderlich, eine medikamentöse Behandlung, in vielen Fällen eine Psychotherapie, oft mit Trauma-spezifischem Fokus, außerdem Gruppentherapien durch den Arzt und die Psychologinnen. Darüber hinaus werden Fachtherapien (Sporttherapie, Ergotherapie, Kunst-therapie) angeboten. Die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes führen pädagogische Freizeitaktivitäten auf der Station und in den Außenbereichen des Geländes mit den Jugendlichen durch. Für solche Aktivitäten gibt es u. a. einen Sportplatz (Basketball, Fußball). Kontakte der Jugendlichen zu erwachsenen Patienten im Bereich des Krankenhauses seien untersagt, ebenso das Rauchen.

Hinsichtlich des Umgangs mit Krisensituationen (Selbstverletzung, Suizidgefährdung, aggressives Verhalten gegenüber Gegenständen) stehen abgestufte Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung.

Wenn andere Deeskalationsstrategien (Reizabschirmung, "Talk-down"-Gespräche) und Bedarfsmedikation nicht ausreichen, erfolge in einer nächsten Stufe eine zusätzliche Abschirmung durch Verlegung des Patienten in eines von zwei durch Kameras überwachte Einzelzimmer ("Time-out"). Falls notwendig, erfolge eine Fixierung (5-Punkt-Fixierung). Bei Fixierungen werde in 30 minütigen Abständen protokolliert.

Alle Mitarbeiter würden in die Vorgehensweisen eingewiesen und intern geschult. Alle Interventionen (Medikation, Isolierung, Fixierung) müssen vom Arzt angeordnet werden. In Fällen, in denen der Arzt der Abteilung nicht anwesend ist, wird der diensthabende Arzt der Psychiatrie des CHNP hinzugezogen.

In der Regel sei für jeden Patient, bei dem Zwischenfälle zu erwarten seien, durch den Arzt der Abteilung eine Bedarfsmedikation in der Akte angeordnet, die dann von den Mitarbeitern verabreicht werden könne.

Bis auf zwei Jugendliche waren alle Patienten auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses untergebracht.

Im Gespräch mit der Patientengruppe berichteten einige Jugendliche, im Aufenthalt in der Einrichtung eine „letzte Chance“ sehen, eine als problematisch erlebte Entwicklung zu ändern. Positiv wurde von vielen der anwesenden Jugendlichen gesehen, dass der Aufenthalt in der Einrichtung zu mehr Kontakt zu den Eltern führe und die Eltern aktiv an der Behandlung beteiligt würden. Sämtliche Jugendlichen gaben an, seit Aufnahme in der Abteilung noch nicht von einem Richter angehört worden zu sein. Beklagt wurde auch, dass Unklarheit über die Dauer der geschlossenen Unterbringung bestehe. Die Richter würden nicht auf die Station kommen.

Sehr kritisch wurde die zu geringe personelle Betreuung durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes beschrieben. Insbesondere wurde beklagt, dass oft sportliche Aktivitäten (Fußball spielen, Basketball) auf dem Gelände nicht zu Stande kommen würden bzw. kurzfristig verschoben würden, mit der Begründung, dass zwei Mitarbeiter auf der Station bleiben müssten, so dass ein täglicher Aufenthalt im Freien nicht garantiert sei. Hierdurch sei vor allem abends die Stimmung in der Gruppe häufig angespannt.

Im Zusammenhang mit Regelverstößen gebe es durch die Mitarbeiter Sanktionen, zum Beispiel auch Ausgangssperren und Rückstufung in eine schlechtere Stufe, die dazu beitragen würden, dass sich der Aufenthalt verlängere. Positiv wurde die Rolle des Arztes bewertet, mit dem man reden könne. Allerdings seien "die Ärzte" nur selten zu sprechen. Beklagt wurde auch, dass teilweise die mit dem Arzt getroffenen Therapie-Vereinbarungen von den Betreuern nicht eingehalten würden. Von den Jugendlichen wurde auf die hohe Arbeitsbelastung durch die aufwändige Dokumentationstätigkeit bei den Mitarbeitern des Pflegedienstes hingewiesen.

Im Anschluss wurden zwei Einzelgespräche mit Patienten im Beisein von Frau Bertrand geführt. Beide Patientinnen litten unter komplexen, psychiatrischen Störungen, eine von ihnen befand sich seit mehr als zwei Jahren mit mehreren Unterbrechungen, zum Beispiel durch Aufenthalte in einer Auslandsmaßnahme oder in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland, in der Abteilung.

b. Centre Hospitalier de Luxemburg (CHL):

Die Besichtigung erfolgte am Vormittag des 08.04.2011 in Begleitung von Frau Bertrand und Herrn Legil. In der Abteilung stehen acht stationäre und zwei teilstationäre (tagesklinische) Plätze für Kinder im Alter von 7-13 Jahren zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Besichtigung befanden sich zwei Kinder, ein zwölfjähriger Junge und ein achtjähriges Mädchen auf der Basis eines richterlichen Beschlusses in der Klinik. Zunächst wurde durch den Kinderpsychiater der Abteilung, Herrn Dr. Pignoloni, die Struktur und Arbeitsweise der Abteilung dargestellt. Im Mittel werden laut Angaben des Arztes 5-6 Kinder pro Jahr mit richterlichem Beschluss aufgenommen.

Darüber hinaus wurden Gespräche mit der Fachtherapeutin für Psychomotorik, einem Mitarbeiter des Pflegedienstes sowie Lehrern der Schule geführt. Mit dem zwölfjährigen Jungen wurde ein längeres Einzelgespräch geführt, mit dem achtjährigen Mädchen erfolgte ein kurzer Kontakt in Anwesenheit eines Mitarbeiters der Station.

Die personelle Ausstattung der Station bestehe aus einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie einer weiteren, mit 50 % der Arbeitszeit besetzten Arztstelle (Ärztin in Weiterbildung, die mit einer weiteren, halben Stelle in der Ambulanz eingesetzt sei), einer Psychologin (Arbeitszeit: 75 %), einem Familientherapeuten (Arbeitszeit: 75 %), einer Psychomotorik- Therapeuten (Arbeitszeit 75 %), einer Sozialarbeiterin (Arbeitszeit: 50 %), zwei Erzieherinnen und 13 Krankenpflegekräften. Zusätzlich stünden für den Schulunterricht Lehrer zur Verfügung, im Mittel erhalten die Kinder bis zu 3 Stunden Unterricht am Tag.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wurde mit 8-12 Wochen angegeben. Die Wartezeit auf eine Behandlung betrage etwa 4 - 6 Wochen. Die Unterbringungsdauer reiche im Einzelfall von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten. Oft kämen die mit richterlichem Beschluss aufgenommenen Kinder über die Klärungsstelle (FADEP), wobei von der ärztlichen Seite kritisch gesehen wurde, dass die Diagnosen, die den Aufenthalt in der Klinik begründen würden, meist nicht von Ärzten gestellt würden.

Die Station im Bereich der Kinderklinik ist 2008 eröffnet worden und befindet sich auf einem langen Flur im zweiten Stockwerk. Die Zimmer sind hell, freundlich und kindgerecht eingerichtet (2-Bett-Zimmer). An den Wochenenden werden viele Kinder, soweit es ihre Verfassung erlaubt, beurlaubt. Dies werde auch bei Kindern, die durch richterlichen Beschluss untergebracht sind, in jeweiliger Absprache mit dem zuständigen Richter so gehandhabt. Die psychotherapeutische Behandlung besteht in Einzeltherapien (Gesprächstherapie, Spieltherapie), aber auch Gruppentherapien sowie Elternberatung und Familientherapie. Falls erforderlich, erfolgt eine medikamentöse Behandlung.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Elemente (v.a. Belohnungssysteme) werden nicht regelmäßig eingesetzt.

Am Vormittag besuchen die Kinder die in die Klinik integrierte Schule im Untergeschoss des Gebäudes.

Den Kindern stehen auf der Station kindgerechte Spielmöglichkeiten zur Verfügung, daneben gibt es einen großen Psychomotorik-Raum für Gruppentherapien und Einzeltherapien sowie im Untergeschoss einen weiteren, aufwendig ausgestatteten Spieltherapieraum. Neben den therapeutischen Interventionen erfolgen pädagogisch ausgerichtete Angebote durch die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungs-dienstes sowohl auf der Station wie auch außerhalb der Klinik an den Nachmittagen.

Krisen (aggressives, fremdgefährdendes oder selbstverletzendes Verhalten) werden, soweit eine Deeskalation nicht durch Gespräche gelingt, durch Verbringen des Kindes in eine reizarme Umgebung ("Time-out"-Zimmer) und, falls erforderlich, durch Medikation, beantwortet. Die Maßnahmen müssen durch den Arzt angeordnet werden. Neue Mitarbeiter würden in die Durchführung der Maßnahmen eingewiesen. Durchgeführten Maßnahmen werden in der Verlaufs-Dokumentation schriftlich festgehalten.

c. Centre Hospitalier du Kirchberg:

Die Besichtigung erfolgte am Nachmittag des 08.04.2011. Zunächst wurde ein Gespräch mit den beiden Fachärzten der Abteilung, Herrn Dr. Goepel und Herrn Dr. Ristow geführt. Die Abteilung verfügt über 15 Betten für Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren und wurde 2008 durch eine Tagesklinik mit 10-12 Plätzen erweitert. Diese befand sich zum Zeitpunkt der Besichtigung seit einigen Wochen übergangsweise im Hopital Kirchberg, nachdem sie zuvor provisorisch zwei Jahre lang in den Räumlichkeiten eines ehemaligen neurologischen Rehabilitationszentrums in Luxemburg-Stadt untergebracht gewesen war. Ein Umzug der Tagesklinik in den südlichen Landesteilen in das 30 km entfernte Esch sei vorgesehen.

Der überwiegende Teil der Jugendlichen sei freiwillig in Behandlung auf der Station, der Anteil mit richterlichem Beschluss behandelter Jugendlicher habe 2010 bei 37 Patienten gelegen. Mit einem 15-jährigen, untergebrachten Jugendlichen wurde im Verlauf der Besichtigung ein längeres Einzelgespräch geführt. Die Station ist in einem Trakt des weitläufigen Krankenhauses untergebracht. Die Räumlichkeiten sind hell und freundlich und jugendgerecht ausgestattet, für die Patienten stehen Einzelzimmer und Zweibettzimmer zur Verfügung.

Die personelle Ausstattung umfasst neben zwei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1,5 Psychologen-Stellen und Fachtherapeuten, außerdem stehen ein Sozialarbeiter und 17,5 Stellen im Pflege- und Erziehungsbereich zur Verfügung. Die Behandlung erfolgt störungsspezifisch unter Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden und, falls indiziert, einer pharmakologischen Behandlung.

Die Abteilung übernimmt die Notfallversorgung für psychisch kranke Jugendliche in Luxemburg und ist 24 h pro Tag aufnahmefähig. Die Verweildauer liege im Mittel bei 3-4 Wochen. Man bemühe sich darüber hinaus, für komplementäre Institutionen (schulpsychologischer Dienst der weiterführenden Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe, Sozialdienstes Jugendgerichts, Jugendrichter) für hochkomplexe Fälle eine schnelle Diagnostik, und falls erforderlich, Aufnahme der betroffenen Jugendlichen zu ermöglichen. Weniger akute Erkrankungen werden, wenn eine stationäre Behandlung erforderlich ist, über eine Warteliste selektiv aufgenommen.

Für das Verhalten in Krisensituationen gibt es einen schriftlich fixierten Standard, der regelmäßig aktualisiert wird. Die Maßnahmen werden in Fällen von fremd- oder selbstgefährdenden Verhalten abgestuft durchgeführt und beinhalten in der ersten Stufe ein Abschirmen („Time-out“) im Zimmer des Patienten.

Wenn sich auf diese Weise die Situation nicht beruhigen lässt, erfolgt das Verbringen des Jugendlichen in eine hierfür vorgehaltene reizarme Umgebung („Cool-down“-Raum“) und, falls weiter anhaltender Gefährdung erforderlich, eine Fixierung und Zwangsmedikation. Es gibt klare Prozesskriterien, in welchen Situationen die Maßnahmen durchgeführt werden müssen und welche Ausschlusskriterien bestehen. Ebenso ist festgehalten, wie lange die einzelnen Maßnahmen maximal durchgeführt werden sollen und für welche Maßnahmen eine ärztliche Anordnung benötigt wird (Verbringen in den „Cool-down“-Raum, Fixierung).

3. Beurteilung hinsichtlich der Wahrung und Einhaltung der Menschenrechte in den Abteilungen:

Angeführt werden sollen vorrangig die im Rahmen der Besichtigung der genannten Abteilungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Betrachtungsweise kritisch erscheinenden Aspekte. Es wird davon ausgegangen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie im Gesetz vom 10. August 1992 über den Jugendschutz vorgegeben sind, grundsätzlich nicht im Widerspruch zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen vom 20. November 1989 (UN- Kinderrechtskonvention) stehen.

Mögliche Problembereiche ergeben sich bezüglich der Position der Eltern, auf die in Art. 5 (Respektierung des Elternrechts) und Art. 9 (Trennung von den Eltern; Persönlicher Umgang) der UN-Kinderrechtskonvention eingegangen wird. Laut Angaben der meisten Befragten (professionelle Helfer wie Patienten) werden bei einer Unterbringung/ Einweisung eines Kindes/ Jugendlichen durch das Gericht die Attribute der elterlichen Gewalt weitgehend auf die betreuende Institution übertragen (gemäß Art. 11 des Gesetzes vom 10. August 1992 über den Jugendschutz).

Eine grundsätzliche Aussetzung der wichtigsten Rechte und Pflichten der Eltern birgt das Risiko von unausgesprochenen Schuldzuweisungen an die Eltern für die zur Unterbringung führende Symptomatik. Die Forschung der vergangenen 2-3 Dekaden hat allerdings mittlerweile deutlich zeigen können, dass eine bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts für viele psychiatrische Erkrankungen angenommene ursächlich-verantwortliche Rolle der Eltern nicht postuliert werden kann.

Bei Übertragung der Elternrechte auf eine betreuende Institution können selbst bei „guter klinischer Praxis“ erhebliche Probleme entstehen. Durch die psychiatrische Störung ist die Fähigkeit zur adäquaten Beziehungsgestaltung auf Seiten der Patienten meist eingeschränkt. Die Bereitschaft zur aktiven Übernahme der vorher bei den Eltern angesiedelten Rechte und Pflichten durch Mitarbeiter der Institution kann durch strukturelle und situative Aspekte (z. B. vorhandene Ressourcen und Ausmaß aktueller Überlastung) sowie eine durch den Patient und seine Störung bedingte interaktionelle Dynamik nachteilig beeinflusst werden, mit dem Ergebnis, dass dem Jugendlichen eine noch notwendige Unterstützung durch Erwachsene bei der Wahrung seiner Rechte nicht ausreichend zur Verfügung steht.

Unter anderen rechtlichen Rahmenbedingungen wird in der Bundesrepublik Deutschland für die mit Freiheitsentziehung verbundene Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen überwiegend favorisiert, dass die Eltern/Personensorgeberechtigten diese nach § 1631b BGB beim Familiengericht beantragen. Damit bleiben Eltern in ihrer rechtlichen Verantwortung, was deren Bedeutung als wichtige Ressource für den Behandlungsprozess ihres Kindes unterstreicht und aus klinischer Erfahrung oft – bei ausreichender Unterstützung und Beratung der Eltern – im Verlauf Widerstände gegen die Behandlung verringert.

Diese elternbezogene Problematik wird offenbar aber in allen besuchten Abteilungen erkannt. Trotz deutlicher Unterschiede der Behandlungskonzepte hat die engmaschige Einbeziehung der Eltern in den Behandlungsprozess und eine Beteiligung an Entscheidungen eine zentrale Bedeutung. Dies wird auch von den befragten Patienten wahrgenommen und geschätzt.

Positiv unterstrichen werden soll, dass in allen Abteilungen den Kindern und Jugendlichen eine regelmäßige Teilnahme am Schulunterricht ermöglicht wird.

a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP):

Für die meisten Jugendlichen schien die Dauer der mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung nicht absehbar. Es war im Einzelfall nicht deutlich zu unterscheiden, ob hierfür ausschließlich psychiatrische Gründe oder andere, meist strukturelle Probleme, z. B. das Fehlen eines geeigneten Platz in einer Jugendhilfeeinrichtung verantwortlich waren. Ein Jugendlicher berichtete, dass er auf einen Platz in einer geschlossenen Jugendhilfeeinrichtung in Deutschland warten würde, der „voraussichtlich im September 2011“ zur Verfügung stehe.

Eine schriftliche Information der Jugendlichen und ihrer Eltern bei Aufnahme über ihre Rechte, insbesondere das Einspruchsrecht, gehört nicht zum Standard, es erfolge lediglich eine mündliche Aufklärung im Rahmen der Aufnahme.

Einzelne Jugendliche klagten über aggressiv-gereizt reagierende Mitarbeiter. Im Zusammenhang mit dem knappen Personalschlüssel wurde beklagt, dass ein Aufenthalt im Freien, zum Beispiel auf dem Sportplatz, nicht an jeden Tag möglich sei, oft sehr kurzfristig unter Verweis auf eine nicht ausreichende personelle Besetzung verweigert würde.

Die zum Zeitpunkt der Besichtigung bestehende dienstliche Anordnung, dass die Fenster der Station ständig verschlossen sein müssen, führt nach Angaben von Mitarbeitern zu beeinträchtigtem Wohlbefinden bis hin zu Kopfschmerzen aufgrund nicht ausreichender Frischluftzufuhr und verschärft möglicherweise die im Zusammenhang mit der Ausgangsbeschränkung angesprochene Situation.

Fazit

Sehr kritisch muss die momentan nicht ausreichende ärztliche Versorgung der Abteilung des CHNP aufgrund der zurzeit nicht besetzten, zweiten Arztstelle angesehen werden. Bei Abwesenheit des zuständigen Arztes sind die Mitarbeiter darauf angewiesen, bei Krisen bzw. Notfällen den diensthabenden Arzt der Erwachsenenpsychiatrie hinzuzuziehen, der wiederum, in der Regel nicht über jugendpsychiatrisches Fachwissen und individuelle Kenntnisse zu den vorhandenen Patienten verfügt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich durch nicht adäquate Behandlung der zur Aufnahme führenden Störung die Notwendigkeit eines Aufenthalts unter freiheitsentziehenden Bedingungen im Einzelfall verlängert. Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention, Art. 37, soll eine geschlossene Unterbringung nur für die kürzeste, angemessene Zeit dauern.

Zudem gehört die Überprüfung der Notwendigkeit der weiteren Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen zu den ärztlichen Aufgaben, so dass auch hier bei ärztlicher Überlastung Nachteile für die Patienten nicht ausgeschlossen werden können.

Problematisch zu bewerten unter dem Aspekt der Wahrung der Menschenrechte ist der unter den derzeitigen Voraussetzungen nicht zu gewährleistende tägliche Aufenthalt der Jugendlichen im Freien sowie die unzureichende Frischluftzufuhr auf der Station durch die ständig verschlossenen Fenster.

Als bedenklich ist die durchgeführte Praxis der Kameraüberwachung bei Krisensituationen anzusehen, da bei Durchführung der Überwachung während der Nacht das elektrische Licht im Beobachtungszimmer aufgrund technischer Einschränkungen der vorhandenen Kamera eingeschaltet bleiben muss und hier eine Beeinträchtigung des Schlafs, möglicherweise sogar Schlafentzug verursacht wird. Dies sollte unmittelbar geändert werden. Die Dringlichkeit wurde bereits während des Besuchs in der Einrichtung und auch noch einmal im Telefonat mit Herrn Dr. Karst am 10.05.2011 kommuniziert.

b. Centre Hospitalier de Luxemburg (CHL):

Die Abteilung behandelt jährlich nur eine geringe Zahl von Kindern auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses unter geschlossenen Bedingungen. Eine schriftliche Information der Kinder bei Aufnahme über ihre Rechte gehört nicht zum Standard. Zu berücksichtigen ist, dass einige Kinder, wie das achtjährige Mädchen, welches zum Zeitpunkt des Besuchs auf der Station untergebracht war, entwicklungsbedingt noch nicht in der Lage sind, Einsicht in die Tragweite der Situation und ihre mit der Situation verbundenen Rechte zu entwickeln. Kinder sind in besonderem Maße von ihren erwachsenen Bezugspersonen abhängig.

Eine Trennung von vertrauten Bezugspersonen wirkt sich bei jüngeren Kindern in der Regel und nach kürzerer Zeit schwerwiegender aus als bei älteren Kindern und Jugendlichen. Gleichzeitig sind junge Kinder in hohem Maß auf ein kindgerechtes Lebensumfeld angewiesen.

Die kinderpsychiatrische Abteilung am CHL ist sehr kindgerecht ausgestattet. Auch wirkten sämtliche befragten Mitarbeiter einschließlich der ärztlichen Leitung sehr gut in der Lage, sich auf die kindlichen Bedürfnisse einzustellen. Dies spiegelte sich auch in den Schilderungen des befragten zwölfjährigen Jungen wieder, der insgesamt die Behandlung auf der Station als sehr positiv beschrieb. Von der ärztlichen Leitung wurde allerdings deutlich darauf hingewiesen, dass von Seiten der Richter teilweise Kinder zugewiesen werden, für die kein Platz in einer ausreichend geeigneten pädagogischen Einrichtung zur Verfügung stehe.

Aus solchen Gründen würden auch manche Krankenhausaufenthalte deutlich länger dauern als medizinisch notwendig.

Fazit:

Der geschilderte Umgang mit Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Krisensituationen entspricht den üblichen Standards im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hinsichtlich der Einhaltung und Wahrung der Menschenrechte ergaben sich beim Besuch in der Abteilung bis auf die fehlende schriftliche Information der Patienten zu ihren Rechten keine erkennbaren, kritischen Aspekte.

c. Centre Hospitalier du Kirchberg:

Die Abteilung behandelt im Rahmen der Versorgung eine nicht geringe Zahl von untergebrachten Jugendlichen (2010: n =37). Im Unterschied zu den beiden anderen Abteilungen existieren hier schriftliche Behandlungsstandards zum Umgang mit Krisensituationen in sehr detaillierter Form. Die Ärzte der Abteilung vermittelten eine deutlich aktivere Rolle bei der Überprüfung der Unterbringungsbeschlüsse und erlebten sich in diesen Prozess auch von Seiten der Jugendrichter adäquat einbezogen.

Der während des Besuchs befragte, fünfzehnjährige Jugendliche hatte sich zuvor in einer Auslandsmaßnahme in einer pädagogischen Einrichtung in Deutschland befunden. Angesichts einer dort nicht ausreichend möglichen französischsprachigen Förderung hatte für ihn dort in seinem Erleben die Möglichkeit einer beruflichen Integration in Luxemburg unerreichbar zu werden gedroht.

Aufgrund einer komorbiden Angststörung sowie der altersbedingten Schwierigkeiten war er in dieser Maßnahme überfordert, dies adäquat zu kommunizieren. Es war zu einer Eskalation dissozialer Probleme in Verbindung mit Alkoholproblemen gekommen, die letztlich zur Aufnahme in der jugendpsychiatrischen Abteilung geführt hatte. Trotz der für ihn mit einer Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung auf der Station beschrieb er die Behandlung sehr positiv und wirkte gleichzeitig auch über seine Rechte adäquat informiert.

Fazit:

Der geschilderte Umgang mit Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Krisensituationen entspricht den üblichen Standards im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hinsichtlich der Einhaltung und Wahrung der Menschenrechte fanden sich beim Besuch der Abteilung am Centre Hospitalier du Kirchberg keine kritischen Aspekte.

4. Beurteilung der Qualität der medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Versorgung

a. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP):

Behandelt werden hier überwiegend Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und zum Teil sehr komplexer psychiatrischer Komorbidität (Aufmerksamkeitsstörungen, Drogenprobleme, Angststörungen, beginnende Persönlichkeitsstörungen). Die medizinisch-psychiatrische Versorgung wird erheblich durch mangelnde ärztliche Ressourcen eingeschränkt. Aufgrund der derzeit vakanten zweiten Arztstelle ist eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zumindest den Urlaubs- und Krankheitsfällen des allein zuständigen Arztes offenbar überhaupt nicht gewährleistet. Darüber hinaus scheint trotz zwei besetzter Psychologen-Stellen (allerdings mit jeweils 50 % der Arbeitszeit) auch eine psychotherapeutische Präsenz nicht durchgängig möglich zu sein. Obwohl der Besuchstermin vorab bekannt war, war während des gesamten Zeitraums keine der beiden Psychologinnen auf Station anwesend.

Es entstand der Eindruck, dass die Mitarbeiter des Pflegedienstes und die Stationsleitung, Frau Wallig, in vielen Situationen Entscheidungen ohne ärztliche Rücksprache treffen und verantworten müssen.

Ob die Vorgehensweise, bei hoher Impulsivität der Jugendlichen und gestellter Diagnose einer hyperkinetischen Störung vorrangig eine Pharmakotherapie mit Neuroleptika durchzuführen anstelle von Methylphenidat oder Atomoxetin, wie dies in internationalen Leitlinien empfohlen wird, auf die momentan unzureichende ärztliche Versorgung zurückzuführen ist oder auf eine Zurückhaltung gegenüber dem Einsatz dieser Substanzen, wie sie zum Teil auch in frankophonen europäischen Ländern (Frankreich, französischsprachiges Belgien) besteht, kann nicht beantwortet werden.

Die Pflegekräfte selbst wirkten überwiegend engagiert und auch sehr kompetent im Umgang mit der sehr schwierigen, potentiell gewaltbereiten Klientel. Personell ist die Station auch mit Pflegekräften nicht ausreichend für die Bewältigung der Anforderungen besetzt. Zum Zeitpunkt des Besuchs der Station befanden sich zumindest zwei Patienten auf der Station, die als psychiatrisch schwer bzw. sehr schwer und komplex erkrankt eingeschätzt werden müssen und für die – nach Einschätzung des Gutachters – eine Intensivbehandlung mit 1:1-Betreuung immer wieder, auch über längere Zeiteinheiten, notwendig sein dürfte. In Früh- und Spätschicht stehen jeweils drei, nachts zwei Pflege- und Erziehungskräfte für insgesamt 12 Jugendliche zur Verfügung. Die zu geringe personelle Ausstattung mit Pflegekräften führt – z. B. durch die von Patientenseite beklagte Problematik, dass zugesagte Aktivitäten außerhalb aufgrund nicht ausreichend vorhandener Mitarbeiter häufig ausfallen – zu erhöhter Spannung in der Patientengruppe.

Fazit:

Angesichts einer nicht kontinuierlich gesicherten fachärztlichen Versorgung von psychiatrisch schwerst kranken Jugendlichen auf der Station erreicht die Qualität der medizinischen Versorgung nicht die international üblichen Standards in vergleichbaren Ländern im Sinne einer „Best Practice“.

Neben der fehlenden Möglichkeit, bei psychiatrischen Krisen ausreichend schnell handeln zu können, besteht auch die Gefahr, dass Patienten aktuell verfügbare und notwendige psychiatrische Therapien vorenthalten werden. Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention soll eine geschlossene Unterbringung nur für die kürzeste, angemessene Zeit dauern. Selbst bei hohem, über das übliche Maß hinausgehendem Engagement aller Beteiligten lassen sich diese Defizite in der fachärztlichen Versorgung der Patienten nicht ausgleichen. Die generell schwierige Situation, ausgebildete Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie rekrutieren zu können, wird nicht übersehen.

Darüber hinaus stehen auch im Bereich der Pflege deutlich zu geringe personelle Ressourcen für die Versorgung der Patienten zur Verfügung.

b. Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL):

Der Schwerpunkt der Abteilung ist psychotherapeutisch-familientherapeutisch ausgerichtet. Bei Annahme einer berichteten, durchschnittlichen Behandlungsdauer von 8-12 Wochen und acht Behandlungsplätzen im stationären Bereich können im Jahr ca. 50-60 Kinder stationär behandelt werden. Da es in Luxemburg keine weitere, kinderpsychiatrische stationäre Einheit für diese Altersgruppe gibt, lassen sich Wartezeiten nicht vermeiden. Behandelt werden vor allem Kinder mit emotionalen Störungen, Depressionen und Suizidalität, Essstörungen und Entwicklungsstörungen, aber auch Kinder mit hyperkinetischen Störungen.

Personell ist die Abteilung sehr gut ausgestattet, im Vergleich zu den Anhaltszahlen der Psychiatrie- Personalverordnung (PsychPV) in Deutschland verfügt die Abteilung sogar über einen höheren Personalschlüssel. Es ist zu berücksichtigen ist, dass bei kleinen stationären Einheiten durch die Notwendigkeit zur Bereitstellung der Logistik der personelle Aufwand relativ hoch ist. Da eine Überprüfung der Diagnosen und Behandlungen der nicht mit richterlichem Beschluss aufgenommenen Patienten der Abteilung nicht vorgesehen war, können keine grundsätzlichen Aussagen zur Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen, paramedizinischen und pflegerischen Arbeit getroffen werden.

Die räumlichen Rahmenbedingungen und die Atmosphäre wirkten sehr kindgerecht. Durch die geringe Patientenzahl ist es erschwert, störungsspezifische Behandlungen z. B. in einem Gruppensetting anzubieten. Insgesamt erscheint das Behandlungskonzept vorrangig einer Milieuthherapie unter Einbeziehung psychotherapeutischer, kreativ-therapeutischer und systemisch-familientherapeutischer Behandlungsverfahren zu entsprechen. Eine pharmakologische Behandlung wird, auch unter Verweis auf das Alter der Patienten, hier zurückhaltend eingesetzt. Auch verhaltenstherapeutische Interventionen scheinen im Zusammenhang mit expansiven Verhaltensstörungen nicht systematisch eingesetzt zu werden.

Fazit:

Die Qualität der medizinischen, paramedizinischen sowie der pflegerischen Versorgung entspricht teilweise international einem sehr guten Standard, orientiert sich allerdings nicht vorrangig an einer empirisch-wissenschaftlich begründeten, störungsspezifischen Vorgehensweise.

c. Centre Hospitalier du Kirchberg:

Behandelt werden Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren mit Depressionen, Zwangserkrankungen, Angststörungen, Suizidgefährdung, Psychosen unterschiedlicher Ätiologie, Essstörungen, aber auch Sozialstörungen mit Drogenproblematik und anderen psychiatrischen Begleitstörungen. Die Aufnahmen erfolgen nach Dringlichkeit.

Die Abteilung verfügt über eine ähnlich gute räumliche Infrastruktur wie die Kinderabteilung am CHL. Unter Annahme einer Belegung mit einem Verhältnis von etwa 25 % Intensivpatienten und 75% Regelpatienten (nach den Kriterien der Psychiatrie-Personalverordnung in Deutschland) entspricht der Personalschlüssel der ärztlichen, psychotherapeutischen, paramedizinischen (fachtherapeutischen) und pflegerischen Mitarbeiter in etwa der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung.

Hervorzuheben ist das Bemühen, gerade bei einer schwierigen Klientel, nämlich dissozialen Jugendlichen, bei denen häufig zusätzlich eine weitere, gravierende psychiatrisch zu behandelnde Symptomatik vorliegt, eine rasche jugendpsychiatrische Untersuchung und – bei vorliegender Indikation – entsprechende Behandlung im ambulanten, teilstationären oder stationären Rahmen zu veranlassen. Neben Störungen im Zusammenhang mit Alkohol-und Drogenproblemen und hyperkinetischen Störungen können bei diesen Jugendlichen auch Angststörungen, Depressionen, aber auch psychotische Erkrankungen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich machen. Im Zusammenhang mit Suizidalität und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen stellt die Störung des Sozialverhaltens in Studien die zweithäufigste Hintergrunddiagnose (nach depressiven Störungen) dar.

Auf der anderen Seite wird die Einleitung einer frühzeitigen Behandlung psychiatrischer Störungen bei dieser Klientel durch verschiedenste Faktoren oft besonders erschwert (oft unzureichende Unterstützung durch das familiäre Umfeld, Persönlichkeitsmerkmale der Jugendlichen wie geringe Introspektionsfähigkeit und hohe Impulsivität, aber auch Fehlinterpretationen der Symptomatik durch professionelle Helfer als rein pädagogische Probleme), was das Risiko einer Chronifizierung und krisenhaften Verschlechterung wiederum vergrößert.

Da eine Überprüfung der Diagnosen und Behandlungen der nicht mit richterlichem Beschluss Aufgenommenen Patienten der Abteilung nicht vorgesehen war, können keine grundsätzlichen Aussagen zur Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen, paramedizinischen und pflegerischen Arbeit getroffen werden.

Fazit:

Diagnostik und Behandlung sind an einer empirisch-wissenschaftlich begründeten, störungsspezifischen Vorgehensweise ausgerichtet, wie sie im anglo-amerikanischen Sprachraum, in den Niederlanden und mittlerweile auch an deutschen Universitätskliniken des Fachgebiets etabliert ist. Insgesamt verfügt die Abteilung über ein differenziertes Behandlungsangebot, unter anderem stehen zusätzlich 10-12 Tagesklinik- Plätze zur Verfügung.

Die Qualität der medizinischen, paramedizinischen sowie der pflegerischen Versorgung entspricht international einem sehr guten Standard.

5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Während die kinderpsychiatrische Station am CHL und die jugendpsychiatrische Station im Centre Hospitalier du Kirchberg sowohl von den räumlichen Rahmenbedingungen als auch der Personalausstattung den aktuellen Anforderungen an eine moderne kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gut entsprechen, muss die Situation am CHNP in Ettelbruck kritischer beurteilt werden. Die dort vorhandene, bauliche Situation und die dadurch vorgegebenen räumlichen Gegebenheiten genügen aktuellen Standards einer jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nur unzureichend. Ein täglicher Aufenthalt der Patienten im Freien kann offenbar nicht gewährleistet werden. Die Einbettung einer Station mit zwölf jugendlichen Patienten in ein Umfeld ansonsten ausschließlich erwachsener, zum großen Teil chronisch psychisch kranker Menschen, bedingt einen hohen organisatorischen Aufwand bei der Abgrenzung der verschiedenen Patientengruppen.

Darüber hinaus ist die vorhandene personelle Ausstattung sowohl im ärztlichen wie auch im pflegerischen Bereich - gemessen an üblichen Standards - als deutlich zu gering einzuschätzen. Bei einer durchschnittlichen Belegung mit 10 Regel- und 2 Intensivpatienten werden unter Berücksichtigung der Psych-PV-Minutenwerte ca. 14.5 Stellen im Pflege- und Erziehungsdienst benötigt (Ist- Zustand: 8 Stellen). Die sehr langen Verweildauern bei einigen Jugendlichen verstärken den Eindruck, dass zumindest nicht immer nicht die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung den Aufenthalt in der Abteilung begründet, sondern das Fehlen einer Perspektive in einem geeigneten Lebensumfeld.

Empfehlung 1: Unmittelbar vorrangig neben der Sicherung einer qualitativ angemessenen jugendpsychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung im CHNP muss unter dem Aspekt der Wahrung der Menschenrechte auf eine Gewährleistung der Möglichkeit zum täglichen Aufenthalt im Freien hingewirkt werden. Dies erscheint ohne Anpassung des Personalschlüssels an die Erfordernisse und/ oder größere bauliche Veränderungen allerdings kaum umsetzbar. Außerdem sind auf der Station bauliche bzw. technische Maßnahmen erforderlich, um eine ausreichende Versorgung der Räumlichkeiten mit Frischluft sicherzustellen.

Empfehlung 2: Im Hinblick auf Art. 37 der UN- Kinderrechtskonvention ist sicherzustellen, dass die unter freiheitsentziehenden Bedingungen untergebrachten Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern bei Aufnahme in die Klinik unmittelbar über ihre Rechte sowohl angemessen mündlich wie auch durch schriftliche Informationen aufgeklärt werden. Die weitgehende Übertragung der zuvor bei den Eltern liegenden Rechte auf die aufnehmende Institution, vergrößert das Risiko, dass das Kind bzw. der Jugendliche „das Recht auf umgehenden Zugang zu einem rechtskundigen oder anderen geeigneten Beistand und das Recht hat, die Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung bei einem Gericht oder einer anderen zuständigen, unabhängigen und unparteiischen Behörde anzufechten...“ (Art. 37 der UN- Kinderrechtskonvention) aufgrund seiner entwicklungs- und/ oder störungsbedingten Überforderung nicht ausreichend ausüben kann. Es wird angeregt, zu überprüfen, ob nicht durch eine Befristung der Unterbringungsdauer bei Aufnahme mit erneuter richterlicher Überprüfung der Notwendigkeit im Rahmen einer persönlichen Anhörung die Kinder und Jugendlichen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt werden können.

Empfehlung 3: Im Hinblick auf die beabsichtigte Verlagerung der Tagesklinik der Abteilung des Centre Hospitalier du Kirchberg nach Esch wird empfohlen, zu überprüfen, inwieweit Alternativen in der Nähe des jetzigen Standorts der Abteilung möglich sind. Aufgrund der Entfernung zum stationären Bereich dürfte ansonsten eine teilstationäre Weiterbehandlung zumindest für einen Teil der Jugendlichen nicht möglich sein.

Ob der Standort für darüber hinaus auch Patienten aus dem nördlichen Teil von Luxemburg in vertretbarer Zeit erreichbar ist, erscheint fraglich. Da zur Sicherstellung einer ausreichenden Diagnostik und Behandlung die Anwesenheit eines Facharztes am geplanten Standort in Esch für notwendig gehalten wird, sind über die genannten Aspekte hinaus auch zusätzliche logistische und personelle Voraussetzungen erforderlich.

Aachen, am 30.05.2011

Dr. med. Ulrich Hagenah
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und – psychotherapie
Facharzt für Kinderheilkunde

6. Constats généraux

(52) Le Contrôleur externe se doit de relever que les médecins responsables de toutes les unités concernées par le présent rapport lui ont fait parvenir des informations identiques quant à deux problèmes récurrents.

En effet, d'après les dires de ces responsables, ils devraient ponctuellement faire face à des problèmes relevant du point de vue strictement médical de la cohérence de la mesure de placement ou de garde provisoire prise par les juridictions de la jeunesse avec les missions des unités psychiatriques concernées.

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

A cet égard, il importe au Contrôleur externe de souligner qu'il ne lui appartient pas et qu'il n'est pas dans ses intentions de mettre en question de quelque manière que ce soit des décisions judiciaires.

Ainsi, l'analyse qui suit n'a d'autre finalité que de relever des constats faits et de proposer des pistes de solution partiellement suggérées par les responsables médicaux sur place.

Le Contrôleur externe est investi par le législateur de la mission de prévenir les violations des droits de l'homme en milieu privatif de liberté et de vérifier les conditions de séjour des personnes se trouvant dans les institutions concernées. Il est évident que cette mission doit également comporter une analyse de la pertinence médicale de la mesure privative de liberté prise, pour en évaluer la conformité avec la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants des Nations Unies et l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Afin de mener à bien sa mission, il est du devoir du Contrôleur externe de faire état des dysfonctionnements ou des insuffisances constatées et de proposer des solutions susceptibles de renforcer le respect des droits de l'homme en milieu privatif de liberté.

Le Contrôleur externe est également conscient du fait que les magistrats en charge de ces dossiers complexes et délicats ne peuvent baser leurs décisions que sur les informations dont ils disposent. De même, ils ne peuvent rendre leurs décisions qu'en application de la législation existante qui est loin d'être parfaite à tous les égards. Quant aux placements qu'ils décident, il y a également lieu de relever que la marge de manœuvre des magistrats est relativement limitée eu égard au faible nombre d'institutions spécialisées sur le territoire national et également eu égard aux difficultés accompagnant un placement à l'étranger.

Le Contrôleur externe est cependant convaincu du bien-fondé et de la réalité des problèmes portés à sa connaissance par les responsables sur place.

(53) Quant au problème du manque de cohérence d'un point de vue médical de la mesure de placement décidée par rapport à la vocation d'une unité psychiatrique fermée, il y a lieu de constater que les médecins en question n'entendent pas parler des placements en situation de crise aiguë, mais bien des placements non urgents de patients souvent déjà connus par eux et/ou par les juridictions de la jeunesse.

Ici, il y a lieu de distinguer deux cas de figure qui peuvent poser problème, à savoir celui du mineur placé et qui, après examen médical même très sommaire ne présente en toute occurrence aucune pathologie psychiatrique rendant nécessaire un placement en milieu

psychiatrique fermé, ceci sans préjudice d'un éventuel placement dans une autre structure, plus adaptée aux besoins du mineur en question.

Le second cas de figure est celui des patients placés en psychiatrie fermée et qui, après des examens et des analyses approfondis pendant au moins une semaine ne présentent pas de pathologie psychiatrique proprement dite et rendant nécessaire un séjour en milieu psychiatrique fermé mais qui peuvent présenter d'autres troubles devant mener à un placement dans une autre structure, plus adaptée à leur problème.

Le premier cas concerne souvent des enfants placés dans d'autres structures (Foyers, FADEP etc) et qui y dérangent le groupe du fait de leur comportement gravement inadapté. Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que dans de pareils cas il n'était pas rare que ces mineurs soient admis dans une unité psychiatrique.

Or, selon les dires unanimes des médecins concernés, un comportement, même gravement dérangeant d'un mineur, ne constitue pas à lui seul un motif justifiant une hospitalisation en milieu psychiatrique fermé.

Le cas signalé à titre d'exemple par les médecins-responsables était celui d'un jeune garçon placé dans un FADEP et qui y dérangeait à répétition le groupe tant par ses paroles que par ses agissements. Il est clair que ceci peut gravement troubler le bon fonctionnement d'une institution qui a la responsabilité pour tous les enfants qui s'y trouvent.

Ce garçon a par la suite été hospitalisé d'urgence en psychiatrie. Selon les dires du médecin responsable, le jeune patient était totalement exempt de pathologie psychiatrique et il n'y avait aucune indication médicale pouvant justifier son maintien dans la structure fermée.

Pour éviter dans le futur de pareils cas, le Contrôleur externe suggère au législateur d'apporter des changements au dispositif législatif en prévoyant un système d'entraide entre institutions. A l'image de la pratique belge, l'on pourrait ainsi prévoir la possibilité d'extraire de l'institution, un enfant menaçant l'intégrité du groupe auquel il a été intégré pour le transférer pendant une période déterminée pouvant aller de deux semaines à un mois dans une autre institution du même genre, ou même dans une unité psychiatrique. Cela aurait pour effet de permettre au jeune de prendre conscience de ses gestes et faits dans un nouvel environnement plus neutre étant entendu que cette manière de procéder éviterait en même temps le développement possible de ressentiments inopportuns et nuisibles à une approche professionnelle par rapport à cet enfant de la part du personnel éducatif.

(54) Quant au second problème soulevé, à savoir l'absence de concertation en amont d'un placement entre les autorités judiciaires et les responsables des unités psychiatriques fermées, il y a lieu de remarquer qu'il s'agit du motif de plainte le plus récurrent, exprimé itérativement par tous les médecins-responsables concernés.

Les considérations qui suivent ne concernent que les placements opérés en dehors du contexte d'une urgence.

Pour éviter une surcharge de travail aux trois unités médicales concernées, d'ores-et-déjà sollicitées à outrance par des patients qui y sont placés pour un séjour souvent prolongé, il y a lieu d'accorder une attention particulière à la bonne planification des admissions.

En s'inspirant de l'instance de clearing qui existe déjà auprès du CHK, le Contrôleur externe recommande avec toute l'insistance nécessaire d'apporter les changements nécessaires au dispositif législatif afin de créer, auprès de chaque unité de placement psychiatrique juvénile une commission, composée d'un magistrat du Tribunal de la

Jeunesse compétent, d'un magistrat du Parquet compétent ainsi que d'un médecin-responsable qui aurait pour objet d'évaluer d'un commun accord, et au vu d'un examen médico-psychiatrique fondé, pouvant même être le résultat d'une observation de deux ou trois jours en milieu stationnaire, à la fois l'opportunité du placement et le moment à partir duquel le jeune patient devra entrer en milieu psychiatrique fermé.

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

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

7. Observations finales

Le Contrôleur externe tient à remercier tous les intervenants médicaux ainsi que le personnel soignant pour leur grande disponibilité et leur collaboration efficace avec l'équipe de contrôle.

Le Contrôleur externe regrette par contre profondément l'attitude contreproductive de Monsieur le Juge de la Jeunesse-Directeur à Luxembourg. Il se félicite que les malentendus qui ont pu se produire de ce fait ont été clarifiés grâce à l'intervention de Monsieur le Procureur Général d'Etat.

Le Contrôleur externe tient à faire remarquer, compte tenu de ce qui précède et au vu des avis recueillis sur le terrain tant des patients que des autres intervenants qu'une réévaluation périodique de l'opportunité du maintien du séjour en structure fermée est indispensable.

D'une manière générale, le Contrôleur externe n'a pas dû relever des violations majeures des droits de l'homme dont demeurent dépositaires les mineurs placés dans des structures psychiatriques fermées. Cependant, les insuffisances relevées dans le présent rapport méritent d'être prises en considération et pour certaines d'entre elles, des changements immédiats s'imposent.

Le Contrôleur externe a été frappé notamment par le manque flagrant de personnel soignant et médical à l'unité OR 3 du CHNP. Le personnel qui y travaille fait preuve d'une disponibilité et d'un engagement exemplaires, il est néanmoins urgent de procéder dans les tout meilleurs délais tant à l'engagement d'un médecin-spécialiste en psychiatrie juvénile ainsi qu'au recrutement de personnel soignant.

Finalement, le Contrôleur externe tient tout particulièrement à remercier les jeunes patients qui se sont mis volontairement à la disposition de l'expert et de l'équipe de contrôle afin de répondre longuement et avec patience aux questions qui leur ont été posées. Sans leur coopération ce rapport n'aurait pas pu être réalisé sous cette forme.

Luxembourg, le 22 juillet 2011

Marc FISCHBACH
Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté