AVIS

de la

COMMISSION CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME

LUXEMBOURG

sur

« La Protection des droits fondamentaux de la personne hospitalisée ou placée en institution psychiatrique »

Le projet d'avis fut préparé par un groupe de travail *ad hoc* de la CCDH au cours d'un certain nombre de réunions et adopté lors de la réunion plénière de la CCDH, le 8 février 2006.

* * *

Avis 1/2006

Index

I. Introduction générale

1. Remarques préliminaires…….……4

2. Objectif et Motifs de l'auto-saisine de la Commission…….……..4

3. Procédure……...…….6

II. Analyse de la réglementation et de la situation du patient en cas de placement eu-égard aux droits fondamentaux de la personne

1. La nécessité de la lutte contre les dangers de stigmatisation et de discrimination…….7

2. Les traitements sous contrainte……...…..10

2.1. Différenciation entre placement involontaire et traitement forcé……..10

.

2.2. Inexistence de procédures en cas de refus de traitement……...10

2.3. Inexistence d'une réglementation sur les mesures de contention et d'isolement……..11

2.4. Non-fonctionnement d'un Comité d'ethique…….11

3. L'obligation de garantir un traitement adéquat…….12

4. La mise en œuvre des instances de contrôle de protection des droits du patient hospitalisé…...12

4.1. L'Article 37 de la loi de 1988 sur les placements – Le médiateur au sein du CHNP……....12

4.2. Les attributions trop vagues de la Commission de Surveillance……..….13

4.3. Importance des structures de contrôles……...14

4.4. L'article 31 de la loi de 1988 – Rapport présenté à la Chambre des Députés par le Ministère……..14

4.5. Le contrôle de la décision du placement n'est pas homogène……...14

4.6. La compétence exclusive de l'autorité judiciaire en décision de placements…….…15

5. La nécessité d'une pédopsychiatrie et d'une psychiatrie juvénile adaptée…….16

5.1. Pédopsychiatrie……..…….……16

5.2. Psychiatrie juvénile……..…….……...17

III. Recommandations relatives à/ aux :

1. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination……...18
2. Les traitements sous contrainte et les mesures de contention et d'isolement……..18
3. Les mécanismes de contrôle……19
4. Les infrastructures…….……...19
5. La pédopsychiatrie et la psychiatrie juvénile……..….20
6. L'évocation explicite des droits de l'Homme dans la réforme de la psychiatrie……20
7. La restructuration du CHNP……20

I. Introduction Générale

1. Remarque préliminaire

Conformément à l'article 2 alinéa 2 du règlement ministériel du 26 mai 2000 portant création de la CCDH, la Commission, dans sa réunion du 25 janvier 2005, a pris la décision de mener une réflexion sur la protection des personnes hospitalisées ou placées en établissement psychiatrique et de la porter à la connaissance du Gouvernement sous la forme d'un avis.

Pour la CCDH, la psychiatrie a une double fonction sociale parfois antinomique: d'une part, elle est une discipline médicale et thérapeutique, et de ce fait soumise à l'éthique médicale, d'autre part elle constitue un instrument de contrôle social incluant internement et traitement sous contrainte. C'est surtout sous ces deux derniers aspects- internement et traitement sous contrainte - qu'elle risque de développer des dynamiques d'abus de pouvoir , de non respect des droits du patient et d'infraction aux droits fondamentaux de la personne. Pour se prémunir contre de tels dangers, des mécanismes préventifs institutionnalisés de protection des droits du patient et l'application d'une réglementation adaptée sont de première importance .

Les festivités du 150e anniversaire du Centre hospitalier neuropsychiatrique d'Ettelbruck, pilier central de la psychiatrie à Luxembourg depuis de longues années, auraient du être l'occasion de s'interroger également sur la protection des droits fondamentaux du patient. La CCDH est consciente qu'au sein du CHNP la majorité des employés a la volonté d'optimiser la vie quotidienne de tous les concernés. Pourtant la CCDH tient à souligner quelques points faibles dans le système et l'organisation qui selon elle pourraient être propices à des évolutions négatives au niveau des droits des patients. De même la CCDH regrette le fait que les aspects critiques du passé du CHNP n'étaient pas l'objet des réflexions lors des festivités d'anniversaire.

2. L'objet et le motif de l'auto-saisine

La décision pour l'auto - saisine a été motivée principalement par deux raisons.
D'une part, la Commission a été alertée par de multiples allégations de dysfonctionnements au Centre hospitalier neuro- psychiatrique d'Ettelbruck (CHNP)[1].
D'autre part, à un moment où, dans le pays, une restructuration des services psychiatriques est en voie de réalisation[2] et où le gouvernement a manifesté sa détermination de mener à terme une réforme[3] engagée il y a plus de 10 ans, dans le domaine de soins en santé mentale[4], il a paru opportun et utile à la CCDH de s'exprimer sur le respect des droits fondamentaux de la personne diagnostiquée malade

---

1 Voir par exemple dans ce sens, la question parlementaire de M.Mars Di Bartolomeo du 23 septembre 2003 qui parle de *« dysfonctionnements aux conséquences humaines parfois désastreuses »* au CHNP, voir aussi « la psychiatrie au Luxembourg une réforme avortée » . Proposition de « Déi Gréng » pour une réforme de la psychiatrie au Luxembourg.

2 Loi du 22 avril 2005 modifiant la loi du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé CHNP.

3 Cf. le projet de loi 5490 « loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux »,op.cit. déposé le 12 juillet 2005.

4 Tout d'abord à partir des recommandations du « rapport Haefner » (1992) « Gemeinde – Psychiatrie -Grundlagen und Leitlinien - Planungsstelle Luxemburg » complétées par une évaluation et des propositions du « plan Rössler » ; cf. Psychiatrie Luxemburg – Planungsstudie 2005 – Bestandaufnahme und Empfehlungen, Wulf Rössler und Ursula Koch, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

mental. La Commission a, en effet, conscience que cette catégorie de personnes, de par les troubles dont elle souffre, constitue un groupe particulièrement vulnérable aux atteintes à la dignité de la personne. Pour cette raison, la CCDH estime que toute réflexion sur l'avenir de la psychiatrie au Luxembourg doit nécessairement inclure l'exercice et la protection des droits fondamentaux de la personne hospitalisée ou placée en institution psychiatrique.

A cet égard, le rapport Rössler[5] est destiné à devenir l'expertise de référence pour mener à terme la réforme de la psychiatrie au Luxembourg. Il propose un processus de modernisation des structures et des pratiques en matière de santé mentale. Le respect de la dignité et des droits du patient est bien sûr sous-jacent à ses observations et ses propositions, même s'il n'est pas objet de son champ d'investigation.

Une réforme en matière de santé mentale ne peut pas faire l'économie d'une réflexion approfondie et spécifique sur cet aspect fondamental[6], qui a notamment été soulignée par les Ministres de la Santé lors de la Conférence de Helsinki en janvier 2005. C'est dans cet esprit, que la CCDH tient à analyser quelques points sensibles de la réglementation et de la pratique actuelle qui lui paraissent mériter une attention particulière de la part des autorités publiques.

Il s'agit des dangers de stigmatisation et de discrimination, des traitements médicaux sous contrainte, de la nécessité d'une psychiatrie juvénile adaptée et de la mise en oeuvre d'instances de contrôle de protection des droits du patient hospitalisé d'office.

Les aspects énumérés font partie des Conventions et des Déclarations internationales ayant comme objet la protection des droits de l'Homme en relation avec les pratiques psychiatriques. Dans son avis, la CCDH se réfère aux principes y énoncés. Il s'agit e.a. :

- Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 46/119 du 17 décembre 1991.
- WHO Resource book on mental health, human rights and legislation. World Health Organization 2005, Geneva.
- Déclarations de la « World Psychiatric Association » (Hawai 1997, Madrid 1996, Vienne 1983)
- « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions ». Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. (Helsinki 2005)

[5] Rapport sur l'état de la réforme de la psychiatrie de M.Rössler, op.cit.

[6] Voir dans ce sens « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe . Relever les défis, trouver des solutions » Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale , Helsinki 12-15 janvier 2005.

3. Procédure

L'étude de la commission s'est déroulée du 24 janvier 2005 au 8 février 2006. .

Les moyens utilisés ont été les suivants :

- Analyse de la législation et réglementation luxembourgeoise.

- Auditions d'une série de personnes au siège de la CCDH et à l'extérieur, parmi lesquelles : le directeur du CHNP ainsi que d'anciens et actuels membres du personnel du CHNP, des hauts fonctionnaires de la Direction de la Santé et du Ministère de la Santé, le Président et un ancien Président de la Commission de Surveillance du CHNP, un responsable de la Patientevertriedung asbl., le Directeur du service psychiatrique de l'Hôpital du Kirchberg, le directeur du service psychiatrique de l'hôpital de Neunkirchen (Sarre), des membres du parti « Déi Gréng ».

- Les auditions ont fait l'objet d'un protocole. Les informations ont été utilisées de manière anonymisée.

- La lecture de la presse, d'études diverses publiées au sujet de la psychiatrie au Luxembourg, les rapports de la Commission de Surveillance du HNPE respectivement du CHNP de 1992-1998 et 2001 à 2003, l'étude de documents scientifiques concernant le thème droits de l'Homme et de la psychiatrie et les bonnes pratiques y relatives, les recommandations émanant d'organes représentatifs internationaux.

La CCDH tient à préciser que son travail a été rendu très difficile en raison de l'opacité qui entoure et anime le sujet concerné. La CCDH a conscience que le sujet concerné, d'une part, est rebelle à toute systématisation. D'autre part, qu'il est difficile pour des observateurs extérieurs d'enquêter au sujet de cas précis de violations de droits de l'Homme, vu la complexité et la variabilité des situations. Il importe de souligner que les informations reçues lors des auditions ne peuvent pas faire preuve dans le sens juridique du terme, mais ont permis, pris ensemble avec les autres sources d'information, de confirmer certaines hypothèses de travail et de dégager certaines réalités. Compte tenu de ces observations et eu égard aux motifs de départ de l'auto-saisine, il n'en demeure pas moins vrai que la CCDH est raisonnablement en droit d'attirer l'attention sur :

- certaines défaillances dans les conditions de séjour et de traitement des malades au CHNP qui sont susceptibles de remettre en cause le respect des droits fondamentaux des patients
- certaines dispositions légales concernant le droit des patients qui ne sont pas mises en pratique convenablement
- le fait que de manière générale, la réglementation nationale présente des lacunes quant à la protection des droits fondamentaux des personnes hospitalisées ou placées en service psychiatrique.

Dans ces conditions la CCDH est autorisée à faire une série de recommandations pour assurer de manière optimale la protection des droits fondamentaux des personnes concernées.

II. Analyse de la réglementation et de la situation du patient en cas de placement eu-égard aux droits fondamentaux de la personne

1. La nécessité de la lutte contre les dangers de stigmatisation et de discrimination

1.1. Inhumation anonyme et stigma

Les troubles mentaux sont encore trop souvent considérés dans le public comme des affections honteuses qui doivent être traitées en marge de la société.

La pratique de l'inhumation anonyme de malades mentaux en est une illustration particulièrement significative. Dans le passé, ce fut l'usage au cimetière de l'hôpital neuropsychiatrique d'Ettelbruck[7]. En 1992, le Président de la commission de surveillance écrivait au Ministre de la Santé:*« la façon dont les patients ont été enterrés montre en tout cas à quel point les malades mentaux ont été considérés dans notre pays comme des parias dont le sort, après leur décès, était identique à celui des condamnés à mort qui étaient enfouis dans des carrés d´un cimetière».*[8] Cet usage qui constitue une atteinte au droit de la personnalité post mortem[9] est, certes, tombé en désuétude à Ettelbrück[10], mais il met en évidence la profondeur des stigmates que la référence à des troubles de santé mentale peut laisser dans les familles des concernés comme dans l'opinion publique, encore aujourd'hui. En effet, pratique devenue obsolète au CHNP, elle a perduré, toutefois, pour les handicapés mentaux de l'Institut Saint Joseph de Betzdorf, dont la dernière inhumation dans une fosse commune du cimetière de la commune remonte à avril 2005[11]. Il appartient au pouvoir public de faire le nécessaire pour que de telles pratiques disparaissent définitivement.

C'est donc à juste titre que le rapport Rössler souligne la nécessité de la « Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung » se référant à la « déclaration d'Helsinki de 2005 », document issu de la conférence des Ministres de la Santé de l'Union Européenne[12] et que le Gouvernement a entrepris à cet égard la mise en oeuvre du programme de décentralisation des services psychiatriques dans des hôpitaux généraux régionaux déjà préconisé par le rapport Haefner.

---

7 Avant que l'institution ne devienne CHNP, à son décès, le malade perdait au yeux du monde son identité : sur sa tombe était dressée une croix portant uniquement un numéro d'immatriculation. C'est à la demande de familles concernées qui souhaitaient que la maladie d'un parent ne soit pas connu de leur environnement que cet usage s'était perpétré. Voir le dossier « Les cimetières de la honte – La mort anonyme des handicapés mentaux », in : Le Jeudi, numéro 21/2005 du 26 mai 2005.

8 Maître Nic. Decker, Lettre du 12 novembre 1992 au Ministre de la Santé, écrite au nom de la Commission de Surveillance du CHNP.

9 Le droit au nom constitue un attribut imprescriptible de la personnalité qui relève du droit à la vie privée de la personne reconnu par la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. L'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ne contient pas de disposition explicite en matière de nom. Cependant, en tant que moyen d'identification personnelle et de rattachement à une famille, le nom d'une personne n'en concerne pas moins la vie privée et familiale de celle-ci, déclare la Cour des droits de l'Homme dans l'affaire Burghartz c.Suisse, le 22 février 1999.

10 Les deux derniers malades décédés au CHNP ont été enterrés au cimetière communal. « La mort volée » Le Jeudi 26 mai 2005.

11 « Les oubliés de Betzdorf », Le Jeudi, 26 mai 2005.

12 Rapport sur l'état de la réforme de la psychiatrie de M.Rössler II) Empfehlungen 2.3. Et : Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale , Helsinki 12-15 janvier 2005, op.cit.

1.2. Pratiques institutionnelles psychiatriques et stigma: vers une psychiatrie à porte ouverte

Les programmes d'action contre la stigmatisation et la discrimination comportent généralement des campagnes d'information et de sensibilisation du grand public respectivement de publics cibles spécifiques. Si importantes et utiles qu'elles soient pour agir contre le manque d'information et les préjugés, elles ne libèrent pas la psychiatrie de l'obligation d'une réflexion critique de ses propres pratiques et de sa culture institutionnelle. La psychiatrie suscite encore de nos jours une image négative auprès du grand public, souvent assimilée à un traitement inhumain, à un traitement sous contrainte, à des méthodes de choc, et encore à des pratiques thérapeutiques réduites à la prescription de médicaments psychotropes.
A côté des réformes institutionnelles et structurelles nécessaires pour éliminer les restes de la psychiatrie asilaire au Luxembourg, une réflexion critique sur les méthodes utilisées en psychiatrie est nécessaire : une pratique acceptant le patient comme partenaire en possession de ses droits fondamentaux et l'ouverture vers l'extérieur des services psychiatriques contribuera d´un côté à construire une autre réalité - plus humaine, avec moins de dynamiques institutionnelles potentiellement violentes - à l'intérieur même des institutions psychiatriques et sera d´un autre côté un élément constitutif et essentiel de la lutte contre la stigmatisation.

En effet, la pratique encore répandue de la « porte fermée » en psychiatrie - qui revient en fait à une ségrégation des patients – est un des éléments constitutifs de la stigmatisation de patients psychiatriques au sein de la société. Cette pratique crée inévitablement l´association « psychiatrie-danger ». Le fait d´enfermer les patients a une très forte valeur symbolique: le message transmis revient à dire qu´il s´agit de gens dangereux qu'il faut mettre à l´écart de la société. Ce n'est pas sans raison qu'en 1999 (7 ans après le rapport Haefner et le début de la réforme de la psychiatrie) un psychiatre luxembourgeois note: « Au Luxembourg, ´ internement ` équivaut à asile. A réclusion, folie, pédophilie et dangerosité publique. A Ettelbrück. C'est ce qui peut vous arriver de pire, sauf à être un habitué du système, un chronique comme on dit. Ceci constitue une stigmatisation supplémentaire de l'individu psychiatrisé de force » [13]. Toutes les pratiques ayant comme but d'ouvrir les services psychiatriques et d´abolir les enfermements inutiles font partie essentielle d´une stratégie anti-stigma.[14] De même elles sont un moyen stratégique pour garantir la dignité humaine du patient.

Dans ce sens, la CCDH salue le fait que certains services psychiatriques régionaux luxembourgeois, - auxquels incombe d´ailleurs depuis juillet 2005 le traitement des cas aigus - se sont engagés avec courage et un esprit innovateur sur la voie de la « porte ouverte » avec des résultats tout à fait encourageants.[15] La CCDH encourage le Gouvernement à soutenir ces pratiques par la mise à

[13] Dr. Paul Hentgen, , Le placement en service psychiatrique fermé au Luxembourg: contexte politico-juridique, réalité opérante et interrogations éthiques, Texte présenté au Xme Congrès de l'association Latine pour l'analyse des Systèmes de Santé à Luxembourg en date du 24 septembre 1999, page 7.

[14] L'exemple de nos voisins du Saarland, où la pratique de la « offenen Tür » en psychiatrie est répandue, montre qu´elle peut se prévaloir d´excellents résultats et qu'une soi-disant nécessité d´enfermer les patients psychiatriques est une attitude qui relève en grande partie de préjugés. Exception faite de la psychiatrie médico-légale (forensische Psychiatrie), qui s´occupe de délinquants malades mentaux., appelés dans la réglementation luxembourgeoise « placés judiciaires »Voir aussi :
- Wolfgang Werner (Hrsg.): Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie, Schattauer, Stuttgart 2004.
- O. Bernardi et al.: Psychiatrie mit offenen Türen, Thieme Verlag, Stuttgart, New York 2000.
- Saarlandklinik Kreuznacher Diakonie: Psychiatrie zwischen ethischen und juristischen Vorgaben – Praxis der Behandlung mit offenen Türen, Neunkirchen, Dezember 2003. (Bericht der 100. Sitzung des psychiatrischen Arbeitskreises)

[15] Un rôle innovateur dans ce sens joue depuis quelques années le service psychiatrique pour adultes de l'Hôpital du

disposition des moyens humains et matériels nécessaires et d'instaurer les pratiques institutionnalisées de respect des droits fondamentaux du patient comme critère essentiel de qualité. Dans ce sens et dans le cadre actuel des discussions sur la réforme de la loi sur les placements [16], la CCDH salue que le Gouvernement prévoit dans le projet de loi, l'enlèvement de l'obligation de transférer les patients placés dans des « services psychiatriques fermés ». Celle-ci étant une disposition inutile et fondamentalement contraire à une démarche anti-stigma.

1.3. Droit social et stigma

Les dispositions et l'application du droit social peuvent avoir un effet préventif concernant les dangers de stigmatisation, mais aussi un effet contraire. Certains aspects de l'application actuelle de la loi sur le Revenu Minimum Garanti (RMG) [17] en relation avec la loi sur les travailleurs handicapés [18] sont contraires aux buts de la lutte contre la stigmatisation. Ainsi des jeunes demandeurs de RMG, présentant des troubles psychiques et n'étant actuellement pas à disposition du premier marché de l'emploi, sont depuis un certain temps orientés systématiquement vers la demande du statut de travailleur handicapé, souvent contre leur volonté. Il est clair que ce diagnostic de « handicapé » s'ajoutant à celui de « malade mental », attribué à une jeune personne dont le pronostic reste ouvert, peut être vécu comme extrêmement stigmatisant, aussi bien au niveau de l'estime de soi qu'au niveau des réactions de l'entourage.
A cet égard, il convient de rappeler que toute stigmatisation, toute discrimination commence par le langage. Il importe donc de souligner que cette attribution peut constituer un élément-clé dans un processus de chronification de la « maladie ». Si le droit au statut du travailleur handicapé et à un salaire minimum peut être considéré comme un acquis garantissant une certaine dignité de vie du point de vue matériel, il est vrai aussi que l'attribution quasiment forcée de ce statut est contraire à l'idée de non-stigmatisation de personnes présentant des troubles mentaux. La CCDH demande au gouvernement de veiller à ce que les Ministères concernés développent un cadre permettant des mesures thérapeutiques et de réhabilitation pour cette population, dans le respect de leur dignité.

Kirchberg, qui s'est inspiré du modèle sarrois. Ce service fonctionne depuis 2004 à 80% à porte ouverte. Cet esprit a permis e.a. au service en question de décerner le prix luxembourgeois d'excellence en qualité en 2005.

[16] Cf. le projet de loi 5490 « loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux »,op.cit. déposé le 12 juillet 2005.

[17] Cf. « Revenu Minimum Garanti », Texte coordonné du 22 juin 2004 de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, telle qu'elle a été modifiée.

[18] Loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

2. Les traitements sous contrainte

Rappelons en préliminaire que le Luxembourg occupe une des premières places en Europe quant au taux de placement d'office en service psychiatrique[19].

2.1. Différenciation entre placement involontaire et traitement forcé

Il importe de faire la différence entre placement et traitement sous contrainte. Si dans le passé, le traitement - même sous contrainte - était vu comme conséquence logique du placement, on peut affirmer qu'aujourd'hui ce n'est plus le cas, pour des raisons d'ordre juridique aussi bien que thérapeutique. La tendance générale de la psychiatrie est de renforcer les droits du patient et de son autonomie [20,21] et de construire une relation avec le patient basée sur le respect et la confiance plutôt que sur un modèle autoritaire [22]. Considérant que le traitement sous contrainte peut constituer une atteinte à la dignité et à l'intégrité de la personne, la tendance juridique s'oriente vers l'évitement de cette pratique, dans la mesure du possible [23]. Il est aussi acquis que les traitements basés sur la coopération procurent de meilleurs résultats d'un point de vue thérapeutique [24] et évitent au patient (et au personnel) des expériences traumatisantes. Dans certains pays, comme en Autriche, en Allemagne, en Irlande etc., un « informed consens » pour tout traitement est demandé explicitement par la loi [25].

2.2. Inexistence de procédures en cas de refus de traitement

De même au Luxembourg, l'article 40 de la loi sur les établissements hospitaliers [26] demande une information adéquate du patient par le médecin traitant en vue de son consentement éclairé et dispose que le patient a le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique. De même, l'article 4 de la loi sur le placement [27] dispose que le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ou du placé judiciaire. Selon l'avis de la CCDH, les intentions du législateur interdisent tout traitement sous contrainte qui n'aurait pas l'accord du patient et duquel il n'aurait pas été informé convenablement. Sur base des informations recueillies lors des auditions, la CCDH a de fortes raisons à douter de l'application correcte – dans le sens du législateur - de cette disposition. En fait, il existe une insécurité certaine pour les acteurs du terrain, ouvrant la voie à toutes sortes d'abus. A la connaissance de la CCDH, il n'existe pas de procédures définies à suivre en cas de refus de traitement. Dans une analyse critique de la législation luxembourgeoise sur les placements, les auteurs (médecins-psychiatres luxembourgeois) remarquent notamment que « la loi est muette sur les autorisations spéciales relatives aux modalités de soins sous contrainte, comme l'isolement, la contention physique et la médication imposée »[28]. Déjà le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a insisté dans son rapport de 1993 sur la nécessité de réglementer les lignes de conduite à adopter dans les cas de soins psychiatriques sous

---

19 Rapport Rössler, op. cit., page 39

20 Harald Dressing und Hans Joachim Salize, op. cit., p. 17

21 WHO Resource book on mental health, human rights and legislation. World Health Organization 2005, Geneva.

22 voire p.ex. Déclaration of Madrid of the World Psychiatric Association, 1996, in : WHO Resource book on mental health, human rights and legislation, op. cit. pages 116s.

23 WHO Resource book on mental health, human rights and legislation, op. cit.

24 Finzen A. et al., Hilfe wider Willen, Psychiatrie-Verlag Bonn

25 Harald Dressing und Hans Joachim Salize, op. cit, p. 71. Le patient doit donc donner son accord après être informé des procédure et méthodes et effets secondaires éventuels du traitement.

26 Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

27 Loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés, Texte coordonné. Dans le projet de loi modifiant cette loi, l'article 4 n'est pas modifié.

28 J.-M. Spautz, M. Graas, P. Hentgen : La psychiatrie au Luxembourg, in: L'information psychiatrique n.9, nov. 2000.

contrainte.[29] La CCDH est d'avis qu'une réglementation détaillée doit être élaborée, afin de donner une orientation précise au personnel soignant et d'éviter des interventions contraires aux droits du patient.

2.3. Inexistence d'une réglementation sur les mesures de contention et d'isolement

Au Luxembourg, il n'existe pas de réglementation générale concernant les mesures d'isolement et de contention comme entre autres en Autriche, Allemagne ou au Danemark. La CCDH a pris connaissance d'un « dossier de procédure en cas de contention et /ou d'isolement », document récent émanant de la direction du CHNP. Mais, selon les informations dont elle dispose, il semble que ce texte interne à l'établissement ne soit pas appliqué systématiquement.

Selon d'autres informations, des isolations seraient appliquées comme mesures disciplinaires et sans ordonnance médicale. De même, certaines cellules d'isolation ne disposeraient pas de WC ni de bouton d'alarme. Les patients fixés et isolés se trouveraient sous surveillance vidéo. Ces pratiques - même si elles seraient exceptionnelles - sont plus qu'alarmantes aux yeux de la CCDH.

Il importe à la CCDH de souligner que les responsables des services psychiatriques modernes, orientés vers le respect de la dignité du patient, sont d'avis que l'isolation forcée peut et doit être bannie de l'arsenal des « soins » psychiatriques[30]. De même, les procédures en cas de fixation prévoient la présence permanente d'une personne soignante auprès du malade.[31]

En application des standards internationaux, il paraît crucial à la CCDH qu'une réglementation précise sur ces mesures de coercition soit à la disposition du personnel de santé dans tout service psychiatrique où elles sont susceptibles d'être mises en oeuvre, et que leur application fasse, dans chaque cas particulier, l'objet d'un protocole détaillé. Comme toutes les recommandations internationales sont d'accord sur le point que les interventions sous contrainte sont à éviter dans la mesure du possible, une documentation systématique ainsi que son analyse permettront une évaluation des services concernés relatifs à ce critère essentiel de qualité.

2.4. Non-fonctionnement d'un Comité d'éthique

Dans la loi de 1998 sur les établissements hospitaliers, l'article 24 prévoit pour chaque établissement hospitalier un Comité d'éthique hospitalier et en définit les tâches. La CCDH n'a pas eu connaissance d'un seul texte émanant d'un Comité d'éthique et qui se prononcerait sur les questions critiques des traitements en psychiatrie.

[29] Rapport du CPT, op.cit
[30] Par exemple le service psychiatrique de l'Hôpital du Kirchberg
[31] Voir : Prof. Dr. Wolfgang Werner : Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie, Schattauer 2004.

3. L'obligation de garantir un traitement adéquat

La loi précise que tout patient ou placé judiciaire a droit à un plan de traitement personnalisé[32], orienté dans la mesure du possible vers sa réintégration dans la société. Sur la base des informations que la CCDH a pu recueillir au cours des auditions, il semble que le « plan de traitement personnalisé », demandé par la loi, n'ait pas été appliqué systématiquement dans les différents services du CHNP. Dans beaucoup de cas, les interventions thérapeutiques se seraient limitées à l'administration de médicaments psychotropes. Des mesures de thérapie ou de réhabilitation individuelles n'étant pas la règle, tout comme des discussions de cas en équipe multidisciplinaire ou des supervisions.[33]
Dès lors la question est permise de savoir si une partie des patients résidant actuellement au CHNP, considérés comme chroniques et qui seraient incapables de mener à une vie à l'extérieur de l'hôpital, ne sont en réalité pas victimes de cette longue hospitalisation, dépourvue de thérapie adéquate, le plus souvent dans des conditions d'hébergement ne répondant pas aux normes infrastructurelles en vigueur[34] et sans possibilité d'un espace de vie privée.[35]

Dans ce contexte, la CCDH se demande si les obligations et attributions du Ministère de la Santé concernant le contrôle de qualité des prestations fournies dans les services psychiatriques sont suffisamment bien organisées et appliquées.

4. La mise en oeuvre des instances de contrôle de protection des droits du patient

La loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements ou services psychiatriques fermés, complétée par celle du 8 août 2000, prévoit un certain nombre de dispositions garantissant le respect des droits fondamentaux du malade, notamment un recours juridictionnel contre d'internement abusif, dans ses articles 18 et 28.

En outre, la CCDH a pu constater certaines carences dans la mise en oeuvre d'autres garanties, depuis le non respect de certaines dispositions de la loi jusqu'à l'inégalité de traitement entre différentes catégories de patients.

4.1. L'Article 37 de la loi de 1988 sur les placements – Le « médiateur » au sein du CHNP

Tenant compte de la fragilité mentale du malade, le législateur a prévu un médiateur : un fonctionnaire, nommé par le Ministre de la Santé, à qui les malades peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer de leurs droits. Cette garantie va tout à fait dans le sens de l'interprétation que donne la Cour européenne

[32] Art.4 de la loi du 26 mai 1988 sur le placement.

[33] Voir p.ex. le rapport de la Commission de Surveillance du CHNP au Ministre de la Santé de 1995, qui se demande « si une équipe thérapeutique complète (multidisciplinaire) fonctionne réellement dans les unités des soins »

[34] Ainsi, le tarif de pension demandé par le CHNP pour les patients de longue date (le tarif officiel des maisons de soins) n'a pas été accepté par le tuteur légal de ces patients, avec l'argument que l'infrastructure ne répondait pas aux normes.

[35] A maintes reprises, les rapports de la Commission de Surveillance du CHNP font état des déficits au niveau des infrastructures. Rappelons qu'en 1992 déjà il existait un consensus que le BU central serait à éliminer, car contraire à une psychiatrie à visage humain. Aujourd'hui, le BU est toujours utilisé.

des droits de l'Homme sur l'article 5-4 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales concernant le recours de la personne privée de liberté[36]. Le médiateur représente un intermédiaire utile pour assurer la protection des droits du patient, non seulement à l'encontre d'un internement abusif mais aussi en ce qui concerne la protection de ses droits civils. Or l'article 37 de la loi de 1988 n'a pas encore trouvé application et ceci constitue une grave carence.

A ce titre, quelques faits parlants peuvent illustrer les conséquences de cette déficience. Il est arrivé par exemple que dans les premières semaines de son internement[37] au CHNP, faute d'information, un malade n'ait pas pu se faire représenter dans une procédure de divorce.

Des allégations d'abus sexuel d'un patient par un autre atteint du sida au 7ème étage du CHNP n'ont jamais donné lieu à des investigations. La famille n'a pas porté plainte et aucune enquête administrative n'a été diligentée. La Commission de Surveillance n'en n'a pas été informée. Ce n'est que bien longtemps après les faits allégués que la « Patientenvertriedung » en a pris connaissance.

Déjà en 1993, le CPT, à l'occasion de sa visite au CHNP notait l'absence d'un système de gestion des plaintes des patients et demandait que l'on y remédiât [38]. Encore en 2001, la Commission de Surveillance de l'établissement s'est prononcé dans son rapport annuel dans le même sens.
En l'absence de nomination d'une personne conseil, de 1996 à 1999, un assistant social en a assuré la fonction. A la demande du directeur du CHNP, l'ASBL « Patientenvertriedung » s'en est chargée de 2000 à 2003, mais faute de possibilités de contacts libres avec les malades, elle a renoncé à cette tâche.
Dès lors la question est permise de savoir pour quelle raison le Ministère de la Santé a refusé de prendre ses responsabilités et de faire le nécessaire dans ce domaine, malgré les appels répétés. [39]

D'ailleurs la CCDH est d'avis que la tâche du médiateur devrait être confiée à un juriste indépendant, payé sur vacation par l'État. Un médiateur-fonctionnaire d'un ministère risque d'être pris dans une logique de loyauté institutionnelle, contraire à la neutralité nécessaire. La CCDH recommande de considérer ce point lors de la réforme en cours de la loi sur le placement.

4.2. Les attributions trop vagues de la Commission de Surveillance

Une Commission de Surveillance, attachée au CHNP, a pour mission , selon l'article 27 de la loi du 26 mai 1988 , « de veiller à l'exécution de toutes les mesures prises par cette loi ». Lors de ses visites, elle entend les plaintes des patients comme celles du personnel.
Déjà en 1993, considérant qu'un tel organe de surveillance constitue une garantie fondamentale pour le patient, le CPT demandait que ses attributions dans ce sens soient précisées et renforcées par la loi,[40] afin que les activités de cette Commission ne restent pas tributaires de la bonne volonté de ses membres. Une étude de la Commission européenne sur la législation et la pratique psychiatrique en

[36] Depuis l'arrêt de principe Winterwerp des Pays Bas, 24 octobre 1979. sur les garanties fondamentales de procédure en matière de privation de liberté de l'aliéné, voir aussi par exemple affaire Varbanov c. Bulgarie 5 octobre 2000 ou bien l'affaire Magalhäes Pereira c. Portugal 26 février 2002.

[37] Avant même qu'une mise en tutelle ait pu avoir lieu.

[38] Rapport du CPT au gouvernement du Grand Duché du Luxembourg CPT/Inf (93)19 § 133.

[39] Emanant même de la Direction du CHNP, voire Dr. J.-M. Spautz « Note sur l'application au CHNP du Chapitre 10 (droits et devoirs des patients) de la loi sur les établissements hospitaliers du 28 août 1998 » qui parle dans ce contexte « d'ombudsman ».

[40] Rapport du CPT au gouvernement du Grand Duché du Luxembourg CPT/Inf (93)19 § 136 à 137.

milieu fermé dans les pays européens datant de 2002[41] parle pour sa part du « rôle virtuel » de cette institution au Luxembourg.

4.3. Importance des structures de contrôles

Le médiateur et la Commission de Surveillance constituent deux piliers essentiels et complémentaires d'un système de contrôle du respect des droits fondamentaux du patient soigné d'office.

A ce titre, on ne peut que se réjouir des modifications de l'article 27 du projet de loi 5490 modifiant la loi du
26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux qui précisent que la mission de la Commission de Surveillance est aussi « de recevoir et de traiter les doléances que des patients peuvent leur adresser ». La mise en place d'une Commission par arrondissement hospitalier, prévu par le même article, est aussi une initiative nécessaire. Le choix de la composition de ces commissions devrait se porter sur des personnalités indépendantes dont la sensibilité aux droits fondamentaux de la personne est reconnue. Toute possibilité de collision d'intérêt entre la fonction de membre de la commission et d'autres activités judiciaires ou médicales de contrôle du placement d'office des patients devrait être évitée.

4.4. L'article 31 de la loi de 1988 – Rapport présenté à la Chambre des Députés par le Ministère

L'article 31 de la loi du 26 mai 1988 prévoit que le Ministre de la Santé présente à la Chambre des Députés, tous les 3 ans, un rapport sur la situation des établissements ou services psychiatriques fermés du pays. A notre connaissance cette règle n'a jamais été appliquée. Il est regrettable que la Chambre des Députés ne puisse pas exercer le contrôle qui lui a été dévolu sur la politique de santé mentale menée dans le pays. La CCDH ne peut que demander que le Ministre de la Santé respecte les termes de la loi.

4.5. Le contrôle de la décision du placement n'est pas homogène

La loi de 1988 n'offre pas de garanties analogues au patient et au placé judiciaire[42] en ce qui concerne le contrôle du bien fondé de la mesure de placement. Le placé judiciaire est en réalité mieux protégé contre des risques d'abus de placement et de maintien en établissement psychiatrique que le patient.
Le placement et le séjour du patient durant les 12 premiers mois de son internement relève de la compétence du médecin ; le magistrat de l'ordre judiciaire n'intervient que pour vérifier si les conditions légales du placement sont remplies. (article 10 de la loi). A ce sujet, un psychiatre luxembourgeois remarque: « Ce qui revient à constater l'absence d'instance pouvant faire tiers en dehors des voies de recours et des magistrats et commissions chargés de la « surveillance » de routine: la loi luxembourgeoise ne prévoit ni débat contradictoire en chambre du conseil ni expertise extérieure. Le psychiatre hospitalier est à la fois joueur et arbitre dans un jeu dont la règle est le double lien. Le psychiatre, instrumentalisé à son tour, s'y trouve tout aussi paradoxalement coincé que le patient ». [43]

[41] Compulsory Admission and Involuntary treatment of Mentally II Patients-legislation and Practice in UE Members States)
[42] Nous reprenons là la terminologie de l'article 1 de la loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements ou services psychiatriques fermés (version coordonnée): le terme *patient* désigne le malade hospitalisé par mesure administrative tandis que le *placé judiciaire* est l'inculpé ou le prévenu dont la responsabilité pénale ne peut pas être retenue. (aux termes de l'art.71 du Code pénal)
[43] Dr. P. Hentgen, Le placement en service psychiatrique fermé au Luxembourg: contexte politico-juridique, réalité opérante et interrogations éthiques, Texte présenté au Xme Congrès de l'association Latine pour l'analyse des Systèmes de Santé à Luxembourg en date du 24 septembre 1999, page 5

Le même auteur critique dans le texte précité l'existence assez répandue de placements abusifs et conclue que « des mécanismes contre les « placements abusifs » devraient (...) autant exister en amont qu'en aval de l'acte ou du passage à l'acte de placement. Les dommages psychiques et sociaux causés par un placement précipité et évitable, même levé dans les 24 heures, peuvent être considérables et devraient être mieux prévenus juridiquement et structurellement » [44] .

L'Etude de la Commission Européenne sur la législation et la pratique psychiatrique en milieu fermé[45] critique également cette situation qui laisse exclusivement au médecin la responsabilité d'une décision de placement durant la première année d'internement, alors que bon nombre de pays européens ont choisi la voie de la décision judiciaire.[46] Citons entre autres la Belgique, l'Allemagne et la Grèce.
Ce n'est qu'après un an de placement qu'une commission mixte, composée d'un magistrat et de différents représentants du monde médical, examine l'état du patient et décide de son maintien en milieu fermé ou de son élargissement (article 17). Ensuite elle est appelée à réexaminer son état seulement tous les 2 ans. En revanche, pour le placé judiciaire, une Commission spéciale mixte, composée de magistrats et de médecins, est appelée, trois mois après la décision judiciaire de placement, à contrôler l'opportunité d'un maintien du placement en psychiatrie fermée. (articles 21 et 22) Ensuite elle procède tous les ans à une un réexamen de sa santé.

4.6. Compétence exclusive de l'autorité judiciaire en décision de placements

La CCDH a remarqué avec satisfaction que le Gouvernement a engagé une réflexion sur l'autorité compétente en matière de placement en psychiatrie fermée[47].
Une Recommandation récente du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux exige « une décision prise par un tribunal ou une autre instance compétente »[48]. La CCDH est favorable à une compétence exclusive de l'autorité judiciaire pour tout placement d'office, suivie d'un réexamen de la décision par une commission mixte, regroupant magistrats et personnel de santé, trois mois après la première comme c'est actuellement le cas pour les placés judiciaires. La CCDH demande qu'une égalité de traitement entre placés judiciaires et patients soit aussi instaurée en ce qui concerne les délais de réexamen périodique des décisions de maintien en milieu hospitalier. Ils devraient être annuels pour tous les patients.

[44] Dr. P. Hentgen, op. Cit., page 6.
[45] Voir exposé des motifs du projet de loi 5490 déposé le 12 juillet 2005.
[46] Cf. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker" Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedsländern der Europäischen Union von Harald Dressing und Hans Joachim Salize, p.61.
[47] Cf. le projet de loi 5490 déposé le 12 juillet 2005 « loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux », op. cit., exposé des motifs, p.2.
[48] Cité dans l'exposé des motifs du projet de loi 5490 , p. 5.

5. La nécessité d'une pédopsychiatrie et psychiatrie juvénile adaptée

5.1. La pédopsychiatrie

Rappelons que suite au rapport Haefner, un groupe de travail, instauré en 1993 par le Ministre de la Santé, analysait la situation de la prise en charge d'enfants souffrant de troubles psychiques. La CCDH a analysé le rapport rédigé par ce groupe de travail. Les constats à l'époque faisaient état d'un grand désarroi de nombreux professionnels face aux pathologies que présentaient de nombreux mineurs et l'absence d'une approche globale due en partie à une anarchie des services existants. Les propositions du groupe étaient une mise en réseau plus efficace des services existants et la création au départ d'une structure hospitalière ambulatoire et d'une autre structure stationnaire.

Le groupe de réflexion avait aussi proposé en 1993 au Ministre de la Santé de veiller à une plus grande différenciation de l'offre des centres d'accueil qui accueillent au Luxembourg environ 500 mineurs pour des problématiques qui vont de l'absentéisme scolaire, de la négligence ou maltraitance jusqu'à de graves pathologies pédopsychiatriques. Il faut noter ici que la grande majorité des mineurs placés dans ces centres le sont sur base d'une décision judiciaire, ce qui - la loi prévoit un automatisme dans ce cas de figure - implique pour les parents une perte de leurs droits parentaux et un jugement qui ordonne le placement jusqu'à l'âge de 18 ans. En 1993 il existait un seul centre thérapeutique (Fondation Kannerschlass) pour la prise en charge d'enfants troublés du comportement. Différents autres centres d'accueil ont élaboré des projets de prise en charge d'enfants de jour, mais aussi de jour et de nuit. Ces centres sont toujours nés de l'initiative d'ONG, sans qu'aucune planification n'ait été faite.

Il était aussi question de mettre en place des jardins d'enfants à visée thérapeutique, pour y accueillir dès leur plus jeune âge des enfants troublés du comportement. Il n'y a, à la connaissance de notre sous-commission, aucun foyer de ce type qui ait été créé.

Le Luxembourg dispose à ce jour d'un centre de consultation ambulatoire attaché au Centre hospitalier de Luxembourg qui offre aussi des possibilités, pour un groupe limité d'enfants, de prises en charge de jour. Les structures existantes à ce jour sont largement insuffisantes. Il n'existe pas de prise en charge stationnaire pour des enfants de 0 à 12 ans et qui présentent des troubles pédopsychiatriques. Ceci est grave et surprenant pour un pays comme le Luxembourg. De nombreux enfants sont adressés pour cette raison à l'étranger, ce qui ne facilite certainement pas la tâche des familles.

Au vu du rapport de 1993 et du constat de la situation à ce jour, il faut reconnaître que finalement peu a été réalisé pour des problématiques qui tendent à augmenter tant en nombre qu'en intensité. Et en fin de compte, la CCDH estime que la situation est tout simplement désolante.

5.2. La psychiatrie juvénile

Le CHNP accueille des mineurs atteints de troubles mentaux, alors qu'il n'a pas de vocation particulière pour traiter de la psychiatrie juvénile et qu'il ne possède pas de structure distincte à cet effet[49]. Déjà en 1993, le Comité pour la Prévention de la Torture du Conseil de l'Europe (CPT) privilégiait la prise en charge des mineurs dans un service autonome[50]. Entre temps, le nouveau Hôpital du Kirchberg comporte bien une unité de psychiatrie juvénile, mais il n'assure pas des traitements de longue durée. La question qui se pose, alors, est celle de savoir si le placement de mineurs au CHNP est conforme à « l'intérêt supérieur de l'enfant » défini par l'article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies. Le rapport Rössler parle de manque de structures d'accompagnement pour enfant et jeune.[51] Le « Ombudskomité fir d'Rechter vum Kand » (ORK), quant à lui, plaide pour la création sans délai d'un internat de psychiatrie juvénile autonome.[52]

La CCDH est d'avis que le gouvernement doit agir résolument sur les deux fronts : une ou plusieurs structures résidentielles à vocation thérapeutique pour jeunes atteints de troubles mentaux s'impose et des structures ambulatoires qui font cruellement défaut permettraient à des parents de ne pas se trouver dans l'obligation de recourir à des placements à l'étranger avec toutes les difficultés de vie familiale et d'intégration sociale que cela entraîne. D'ailleurs M. Rössler reprend dans son rapport les mêmes points de critique[53]. Maintes institutions de droits de l'Homme ont déjà invité le Gouvernement à réagir, mais les résultats sont toujours invisibles. Dans ce contexte, la CCDH tient à attirer l'attention du gouvernement sur le fait que la pratique d'emprisonnement de mineurs à Schrassig perdure depuis de nombreuses années, malgré les nombreuses critiques. Il y a de fortes raisons pour admettre que la trajectoire institutionnelle de ces mineurs soit aussi fonction - au moins en partie - du manque de structures adéquates dans le domaine de la psychiatrie juvénile. En revanche, il convient de veiller à ce que des jeunes délinquants, nécessitant une prise en charge par des structures socio-éducatives particulières, ne se retrouvent en milieu psychiatrique.

---

[49] A titre indicatif, on peut noter qu'en 2003 il y a eu 8 passages de mineurs au CHNP, dont un à deux reprises. En mai 2005 par exemple un jeune âgé de 16 ans y séjournait pour troubles du comportement dans l'attente d'une place dans l'unité psychiatrique pour adolescents de Trèves.

[50] Rapport du CPT au gouvernement du Grand Duché du Luxembourg CPT/Inf (93)19 § 141 .

[51] Rapport sur l'état de la réforme de la psychiatrie de M.Rössler II) Empfehlungen 5.2.2

[52] Cf. Rapport 2004 de l'ORK p.47 à 49

Voir aussi les conclusions concernant le Luxembourg de l'Etude « Compulsory Admission and Involuntary Treatment in the EU » qui conclue à un sous-développement de la psychiatrie juvénile. Hans Joachim Salize, Harald Dressing, Monika Peitz: "European CCDH- Health & Consumer Protection Directorate-General Research Project: Compulsary Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Pratice in EU-Member States". Final Report, Mannheim 2002.

Jean-Marc Cloos, Romain Thillman, Jean-Marie Spautz, Charles Pull: "Compulsary Admission and Involuntary Treatment in the EU-Luxembourg 110".

Voir aussi: „Tropfen auf den heißen Stein - Das ORK fordert bessere Betreuung für Minderjährige“ in: Tageblatt du 19 mai 2005.

[53] Cf. Rapport Rössler, p. 131ss et 165.

III. Recommandations

Tout en prenant note avec satisfaction de la volonté du Gouvernement d'œuvrer au renouveau des structures psychiatriques dans le pays, la CCDH tient à souligner la nécessité de voir renforcer les droits fondamentaux du malade mental placé dans un établissement ou un service psychiatrique fermé. Elle est d'avis que la problématique du respect de la dignité et des droits du patient doit faire partie intégrante de la réforme de la psychiatrie et rappelle au Gouvernement ses engagements pris lors de la signature de la « déclaration de Helsinki » en janvier 2005. Pour cela elle adresse au gouvernement les recommandations suivantes :

1. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Au delà des réformes de structure préconisées par le plan Rössler, qui ont pour but de faire de la psychiatrie une partie intégrante du système général de santé, la CCDH demande au Gouvernement d'encourager l'évolution des services psychiatriques vers des services ouverts, mettant fin aux pratiques ségrégatives.

Elle demande d'exercer sa vigilance afin que des comportements discriminatoires résiduels qui portent atteinte à la dignité du malade mental, comme la pratique de l'enterrement anonyme, ne perdurent.

La législation sociale doit être adaptée aux besoins spécifiques de personnes atteintes de troubles mentaux. Entre autres, les risques d'encouragement de chronifications et de tendances ségrégatives doivent être éliminés.

2. Les traitements sous contrainte et les mesures de contention et d'isolement

Une attention particulière doit être portée aux traitements sous contrainte, car ils peuvent constituer un moment particulièrement critique au niveau de l'atteinte aux droits de l'Homme. Une obligation de documentation sur les traitements sous contrainte doit être instaurée pour tous les services psychiatriques concernés. Les procédures à suivre en cas de refus de traitement par un patient sont à définir en conformité avec les dispositions légales existantes en matière de protection des droits des patients.

Les conditions d'utilisation de mesures de fixation et d'isolement doivent être clairement définies dans le règlement interne de tous les services concernés. Dans tous les cas, un protocole détaillé doit être établi et appliqué, qui informe à tout moment sur les critères, les raisons et la durée de ces mesures.

Les standards et recommandations internationales d'une psychiatrie orientée vers le respect de la dignité des patients doivent guider la définition de ces critères. Les traitements sous contrainte, les isolations et les fixations ne doivent être utilisés que comme mesures exceptionnelles et de courte durée, après épuisement de tous les autres moyens. Des mesures contre les abus potentiels doivent être prévues.

3. Les mécanismes de contrôle et les garanties juridiques accordées aux personnes atteintes de troubles mentaux

- La CCDH demande au Gouvernement de nommer, sans délai dans le cadre de tous les services psychiatriques fermés, un médiateur indépendant qui assure la gestion des plaintes des malades conformément à l'article 37 de la loi de 1988. Ce poste devrait être réservé à une personne indépendante, tant du pouvoir exécutif que de l'établissement public de santé auquel elle est attachée. Sa disponibilité pour se mettre à l'écoute des patients et susciter, le cas échéant, leurs questionnements, devrait également être garantie.

- Elle propose également d'instaurer un mécanisme de centralisation de ces plaintes, qui permettrait de les analyser non pas seulement en tant que cas isolés, mais d'en faire un moyen d'analyse et d'information sur des dysfonctionnements éventuels du système et d'en déduire des propositions d'amélioration, que ce soit au niveau de la législation, des institutions ou de la collaboration entre celles-ci.

- La CCDH insiste sur l'indépendance des membres des futures Commissions de Surveillance, considérant que les fonctions de vigilance de ce type de Commission ne sont pas compatibles avec des fonctions décisionnelles touchant au placement des malades. Elle souligne la nécessité de définir clairement le champ de mission de ces commissions.

- La CCDH demande au Gouvernement de se prononcer pour une égalité de régime de placement en milieu fermé pour tous les malades mentaux: c'est-à-dire un traitement analogue pour tous, tant en ce qui concerne la mesure de placement que le maintien en service psychiatrique fermé. Pour ces deux catégories de malades, que sont les patients et les placés judiciaires, la mesure de placement devrait être du ressort du juge, suivie d'un examen par une Commission mixte regroupant magistrats et personnel de santé, trois mois après la première décision judiciaire, et d'un réexamen périodique annuel, d'élargissement ou de maintien en milieu fermé .

- La CCDH demande enfin que l'obligation trisannuelle de présentation d'un rapport sur la situation des établissements ou services psychiatriques fermés à la Chambre des Députés soit respectée.

4. Les infrastructures

- La CCDH encourage le Gouvernement à veiller à ce que les services psychiatriques puissent travailler dans des conditions convenables au niveau des infrastructures, de la dotation en personnel qualifié et de la formation continue. Ceci est un facteur essentiel dans la prévention de comportements agressifs et contribue à réduire le nécessité d'utiliser des mesures de contrainte. De même, ces conditions sont nécessaires pour que les services psychiatriques puissent remplir leur obligation légale en vue de traitements personnalisés, répondant aux normes de qualité reconnues, évitant que le séjour en psychiatrie ne se résume à une mise à l'écart de la société et à l'administration de médicaments psychotropes.

-En fin de compte, chaque patient, hospitalisé, placé ou placé judiciaire, a droit à un milieu de vie convenable, permettant un espace de vie privé et tranquille. En cas de maladie mentale, cette nécessité s'accentue.

-La CCDH recommande la définition de normes de qualité pour les traitements

5. La pédopsychiatrie et la psychiatrie juvénile

La CCDH a fait le constat d'un manque flagrant de structures de prise en charge ambulatoires et stationnaires dans le domaine de la pédopsychiatrie, à quoi il faut ajouter l'absence de concept et de plan pour développer un réseau cohérent de structures. La CCDH recommande vivement au gouvernement de développer un programme qui vise à combler ces lacunes qui ont déjà fait l'objet de constats allant dans le même sens, il y a plus de 10 ans. Plus particulièrement : la CCDH estime qu'il est nécessaire de créer une ou plusieurs structures de psychiatrie juvénile qui prennent en charge pour des périodes de moyenne et de longue durée des jeunes atteints de troubles mentaux . Ces structures stationnaires devraient exister à côté de services d'accompagnement ambulatoires, qui sont aussi en nombre insuffisant.

6. L'évocation explicite des droits de l'Homme dans la réforme de la psychiatrie

La CCDH recommande d'intégrer dans la plate-forme psychiatrique, proposée par le plan Rössler, un membre responsable pour le volet « droits de l'Homme et droits du Patient ». Ce membre devra être d'une stricte neutralité envers les responsables et veiller à ce que les droits de l'Homme restent en permanence à l'ordre du jour. La tâche lui incomberait notamment de proposer des mesures concrètes susceptibles de promouvoir et de sauvegarder les droits du patient ; de centraliser les informations provenant des médiateurs des différents services psychiatriques ou des commissions de surveillance et jouer également le rôle d'une sorte « d'ombudsman » au niveau de la psychiatrie.

7. La restructuration du CHNP

La CCDH juge regrettable le fait que les nouvelles attributions du CHNP engendrées par la décentralisation, ne soient pas encore définies au mois de janvier 2006, alors que le débat dure depuis des années.