Projet de loi 5856
relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police

Conformément à l'article 2 (1) de la loi du 21 novembre 2008 portant création d'une Commission consultative des Droits de l'Homme au Grand-Duché de Luxembourg (CCDH), la CCDH a été saisie par le Gouvernement pour élaborer un avis sur le projet de loi 5856 relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police.

1. Contexte

La CCDH avait publié en février 2006 un avis intitulé « La protection des droits fondamentaux de la personne hospitalisée ou placée en institution psychiatrique », dénonçant les lacunes existantes en matière de protection des droits fondamentaux des patients, qu'elles soient structurelles, juridiques ou au niveau des pratiques cliniques. Nous renvoyons aux considérations générales énoncées dans cet avis quant aux normes et pratiques à respecter relatives à une psychiatrie fondée sur le respect des droits fondamentaux.

Cet avis était rendu public dans un contexte où un processus dit de „réforme de la psychiatrie" était amorcé au Luxembourg. Un élément central de la première phase de cette réforme était sans doute constitué par le démantèlement de la psychiatrie asilaire, symbolisée par le CHNP, par la voie d'une décentralisation des traitements aigus vers les hôpitaux régionaux. Comme le note l'exposé des motifs de la loi 5856 *„La décentralisation de la psychiatrie (...) s'est réalisée pratiquement sans heurts dans la réalité hospitalière de tous les jours"*[1].

La CCDH salue ce développement, car il améliore la qualité structurelle des traitements des patients, qu'ils soient hospitalisés ou placés, et diminue leur stigmatisation „structurelle". Actuellement, la psychiatrie extrahospitalière avec ses différents volets est au centre de l'intérêt de la réforme.

La loi du 22 décembre 2006 (modifiant la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou

[1] Exposé des motifs, projet de loi 5856, Page 11.

services psychiatriques fermés) constituait le cadre légal de cette décentralisation, réglant e.a. que „*Le placement initial ne peut intervenir que dans un service de psychiatrie d'un hôpital général*“ (Article 3). En même temps, l'obligation de placer dans un service de psychiatrie „fermé“ était enlevée de la loi.

2. Projet de loi : remarques générales

Le présent projet de loi 5856 propose deux innovations:

- La première consiste à faire de l´admission sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et de la décision de placement une décision judiciaire prise par un magistrat du siège dans chaque arrondissement judiciaire.
- La deuxième innovation est le fait que la loi se prononce sur le traitement involontaire, l'isolement et la contention du patient.

Ces deux aspects ont une relation directe et essentielle avec les droits de l'Homme, car ils touchent à deux aspects centraux: le droit de se déplacer librement et le droit à l´intégrité psychophysique (l'interdiction de traitements inhumains ou dégradants). L'avis de la CCDH, mentionné en haut, avait recommandé une adaptation de la législation sur la procédure de l´hospitalisation sans consentement, de même qu'une réglementation des traitements involontaires et mesures de contention.

Concernant l'hospitalisation sans consentement, la CCDH avait recommandé que « *la mesure de placement devrait être du ressort du juge, suivie d'un examen d'une commission mixte, regroupant magistrats et personnel de santé* ».

La CCDH salue donc le fait que le Gouvernement ait pris l'initiative pour adapter la législation actuelle dans le sens d'une judiciarisation de l´hospitalisation sans consentement.

La CCDH rappelle d’une manière générale que la personne hospitalisée sans son consentement conserve néanmoins la plénitude de ses droits fondamentaux au regard de la Constitution, mais aussi au regard des normes juridiques internationales et européennes de protection des droits de l’Homme, notamment celles contenues dans la Déclaration universelle des droits de l’Homme, dans la Convention européenne des droits de l’Homme et dans la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

A cet égard, la CCDH considère que les normes édictées par le Comité pour la prévention de la torture (CPT, organe du Conseil de l'Europe) doivent servir de « minima » à mettre en place et à respecter. En effet, le CPT a établi une norme générale en ce qui concerne le placement non volontaire en établissement psychiatrique. A ce titre, l’essentiel des questions est traité et fait l’objet de préconisations claires, précises et faciles à mettre en place. Elles concernent, notamment :
- La prévention des mauvais traitements
- Les conditions de séjour et de traitement des patients
- La contrainte et la contention : cas de recours, techniques utilisées, procédures
- Le personnel des établissements : formation, moyens, comportement
- Les garanties en cas de placement : légales, médicales.

A part cette norme générale, il convient également de se référer à celles établies par le CPT concernant les femmes privées de liberté.
Ce sont les raisons pour lesquelles la CCDH recommande de faire référence dans le projet de loi aux normes du CPT en la matière.

3. Texte du projet de loi

Remarque préliminaire

Au sujet de la question de la procédure judiciaire et des voies de recours prévues dans le cadre du projet de loi, la CCDH tient à rappeler, d'une manière générale, le principe suivant: Une mesure privative de liberté et un traitement médical sans consentement doivent être rigoureusement du domaine de l'exception, et à ce titre, doivent être strictement encadrés par la loi. En plus, pendant toute la période de placement, le droit au juge avec l'assistance d'un conseil, doit être aménagé à intervalles réguliers. Il est aussi très important que les personnes mises en observation ou placées en établissement psychiatrique soient continuellement assistées et/ou représentées par un conseil tel qu'un avocat, un médecin de famille, un-e éducateur/trice, un-e assistant-e social-e ou une association.

Chapitre 1er *Champ d'application, définitions, généralités*

Art. 2. La terminologie utilisée dans la loi peut prêter à confusion: le texte distingue entre personne admise (hospitalisée sans son consentement jusqu'à 30 jours = période d'observation) et la personne placée (après le délai de la mise en observation de maximum 30 jours). Comment distinguer entre un patient qui est hospitalisé à sa propre demande (la majorité des hospitalisations) et un patient hospitalisé sans consentement pendant la période d'observation?

Art. 3. La loi définit deux critères pour pouvoir procéder à une admission ou un placement sans consentement: existence de troubles psychiques **graves** et **danger** pour soi-même ou pour autrui. Il faut veiller à ce que l'interprétation de ces critères reste restrictive. La notion de « danger » est vague et nous proposons de rajouter le terme **de danger « *aigu* ».** En fait, une personne atteinte d'une maladie physique ne peut pas être contrainte à se faire traiter, même si ce refus constitue, selon l'avis des médecins, un danger grave pour sa santé. En plus, la CCDH propose d'intégrer comme troisième critère le refus de traitement. Ceci peut paraître évident, mais l'expérience montre que refus de traitement n'est pas égal à refus de traitement. Souvent une personne refuse un traitement bien déterminé, mais peut (dans un climat d´empathie et de confiance), par la voie du respect de l'opinion de la personne et par la proposition d'alternatives, accepter un traitement alternatif, p.ex. en ambulatoire.

Art. 4. La CCDH salue le fait que les admissions ne puissent se faire que dans un service psychiatrique d'un hôpital général. Ceci est conforme à l'idée de dé-stigmatisation.

Art. 5. L'article prévoit la définition « de normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation » pour les services psychiatriques en question, ceci par règlement grand-ducal. Or ces services fonctionnent depuis trois ans sans un tel règlement. Déjà la loi du

26 mai 1988 relative au placement de personnes atteintes de troubles mentaux parlait de règlement grand-ducal, qui jusqu'à ce jour n'a pas paru.

Art. 6. Cet article est important dans le sens où il met l'accent sur les droits du patient en tant que citoyen en pleine possession de ses droits fondamentaux. L'article doit être lu en relation avec les articles 43 et 44 sur le traitement involontaire.
La CCDH aimerait ajouter au premier paragraphe „a droit à un traitement médical et *psychosocial*", d'autant qu'il est prévu un peu plus loin que le traitement doit être orienté vers la réintégration du patient. Il nous paraît utile de retenir dans le texte de la loi la nécessité d´un accompagnement psychosocial complémentaire au traitement médical.
La CCDH propose de reformuler le paragraphe 2 de cet article : *« Le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d´opinion du patient et de l´égalité de traitement. Il doit avoir comme unique but la santé (...). »*

Chapitre 2 *Procédure d'admission et mise en observation*

Art. 7. Afin d'éviter des abus „sécuritaires", nous proposons d'intégrer la notion de danger „grave" pour l'ordre ou la sécurité publique.
La CCDH se pose des questions sur la nécessité d´inclure les officiers de police judicaire et les commissaires parmi les personnes pouvant demander de leur propre initiative une hospitalisation. La CCDH se rallie à l´avis émis par le SYVICOL dans sa dépêche du 28 août 2008 au Ministre de la Santé et prévoit que *« 1. Le bourgmestre devra pouvoir donner délégation non seulement à l´échevin mais aussi à certains officiers de police judicaire pour demander l´hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. 2. L´intervention de la police devra exclusivement avoir lieu sur base de cette délégation ou sur base d´une réquisition ».*

Art. 9. La terminologie utilisée dans cet article, considérée en relation avec l'article 3 qui définit les critères d'une hospitalisation sans consentement, peut prêter à confusion. L'article 3 parle de l'existence « de troubles psychiques graves", alors que l'article 9 parle de „symptômes de la maladie mentale » que le médecin devrait décrire dans le certificat. Il nous paraît difficile, voire impossible, pour un médecin de constater sérieusement en un seul examen clinique l'existence d'une maladie mentale, sauf s'il connaît le dossier du patient ou a des informations pertinentes de tiers. Selon des critères diagnostiques généralement admis, des symptômes doivent avoir une certaine persistance dans le temps pour permettre le diagnostic d'une maladie mentale.
Le médecin décide donc souvent sur base de l'existence actuelle de symptômes. Il y a une certaine contradiction avec l'article 12 qui prévoit que le médecin en charge du patient admis établisse „le diagnostic de la maladie" pendant la période d'observation, alors que la terminologie utilisée peut laisser croire que ce diagnostic soit la condition même de l'admission. Dès lors il faut conclure qu'une partie des admissions se fait sur base d´hypothèses, de suspicions ou de suppositions plutôt que sur base d'un diagnostic bien établi. Afin d´éviter une stigmatisation du patient dès le départ (en lui attestant a priori l'existence d´une maladie mentale) la CCDH propose de reformuler l´article 9, 2e phrase, de manière suivante: *« Ce certificat qui est établi après un examen de la personne concernée effectué le même jour décrit les symptômes qui attestent la nécessité de l'admission ».*

Art. 12. Cet article prévoit un délai de six jours, au bout duquel le médecin traitant fait parvenir au juge son avis sur l'opportunité du maintien ou de la levée de la mise en observation. Il est insoutenable que le médecin traitant doive attendre six jours avant de pouvoir donner son avis sur une mise en observation qui pourrait être, dès le départ, non justifiée. **En conséquence, la CCDH propose que le médecin traitant puisse donner son avis dès le 1er jour de l'admission.**

Art. 13. Le juge a trois jours pour réagir à l'avis du médecin, en ordonnant soit le maintien ou la levée de la mesure, soit en demandant un supplément d'informations. Une mise en observation (éventuellement non justifiée) pourrait donc se prolonger jusqu'à neuf jours avant que le juge ne se prononce, un délai inadmissible pour la CCDH.

Dans le contexte de la décision prise par le juge sur base des articles 13 à 16 du projet, qui concernent la phase « de mise en observation », celle-ci d'une part, ne devrait pas intervenir sans que l'intéressé et son conseil et/ou représentant puissent être entendus. D'autre part, cette décision devrait faire l'objet d'un recours.

Art. 14. et 15. L'article 14 prévoit que le juge **« peut »** se déplacer auprès du patient entre le 6e et le 9e jour pour prendre la décision d'un maintien provisoire de la mise en observation ou d'un élargissement. Cette prolongation peut aller jusqu'à 21 jours à partir du jour de sa décision (article 15). Un citoyen peut donc être enfermé dans un service psychiatrique et attendre éventuellement 30 jours avant que le juge ne se déplace pour l'entendre. Afin de rester conforme avec une des finalités de la loi, c'est-à-dire de judiciariser l'hospitalisation sans consentement, la CCDH est d'avis que le juge **doit obligatoirement** se rendre à l'hôpital les premiers jours (et entendre la personne concernée, le médecin ou autre personnel soignant et toute autre personne utile), d'autant plus qu'il n'y a pas de possibilité de recours contre une éventuelle décision du maintien de la mise en observation (article 15).

Chapitre 3 *Procédure de placement*

Art. 18. L'article 18 précise dans son premier alinéa que seul le juge peut mettre fin à l'admission. Il serait utile que le médecin lui aussi puisse prendre une telle décision, dans la mesure où ceci éviterait le cas échéant la prolongation de mises en observations pour des raisons de forme. D'autant plus que les articles 25 et 26 confèrent au médecin traitant la compétence de donner la permission de sortie à titre d'essai ou définitif au cours d'un placement.

En outre, cette ordonnance, contrairement à ce qui est prévu à l'article 20 (2), doit pouvoir aussi faire l'objet d'un recours.

Chapitre 4 *Du séjour de la personne placée*

Art. 23. Après la décision de placement et en prévision d'un séjour sans consentement prolongé, un transfert du patient peut se faire vers un „établissement psychiatrique spécialisé“, en l'occurrence le Centre Hospitalier Neuropsychiatrique (CHNP). La décision de transfert est prise par le médecin traitant. Comme stipulé ci-dessus, la CCDH estime

opportun d´inclure d´autres intervenants (infirmières, assistants sociaux, psychologues...) dans la motivation de la décision du transfert, surtout qu´un peu plus loin, il est fait mention du dossier social. Le texte de loi serait alors « (…) *il la transfère, après consultation des autres professionnels de santé et d´accompagnement psychosocial(…).* »

Art 24 (2).
« *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 il est question à l'article 18 ci-dessus.* »
La CCDH s'interroge sur le sens de l'évaluation prévue à cet article et se demande à qui elle est adressée?

Art. 25. Le médecin traitant peut permettre la sortie de la personne placée pour une période d'essai allant jusqu'à un an, définissant « *s'il y a lieu, les modalités de résidence et de surveillance médicale* ». Il faut prévoir une modalité de recours du patient face aux modalités imposées par le médecin, p.ex. celle d'une « surveillance médicale » qui pourrait consister dans un traitement pharmacologique sous contrainte, avec toute la problématique éthique et juridique y relative (voir commentaire de l'article 43 du présent avis). Cette modalité de recours pourrait être une commission telle que prévue à l´article 29.

Chapitre 5 ***De la sortie de la personne placée***

Art. 26. La CCDH se demande s'il ne serait pas opportun de prévoir que le médecin, avant de prendre sa décision, consulte les professionnels de santé et d´accompagnement psychosocial, alors que ceux-ci peuvent être impliqués dans la mise en pratique de la réintégration sociale de la personne.

Art. 27. Cet article prévoit que le médecin traitant peut donner l'autorisation de sortie à la personne placée « guérie » ou dont l'état „s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire". Cependant, cette sortie peut être assortie de conditions de résidence et/ou de surveillance médicale. Il est prévu que la non-observation de ces conditions peut être invoquée par la personne ayant requis le placement, pour une période de trois mois, pour faire réadmettre la personne concernée sur simple demande. Cette disposition nous paraît étrange, en contradiction avec l'article 25 (la période d'essai est réglée à l'article 25) et d'un point de vue légal douteux, parce qu'elle met la personne concernée sous une sorte de tutelle pendant trois mois.
Concernant la surveillance médicale imposée, la CCDH renvoie à la remarque faite sur l'article 25.

Art. 29. Environ un an après l'admission ou 11 mois après le placement une première évaluation de la nécessité du maintien du placement par la commission ad hoc a lieu. Ce délai paraît trop long à la CCDH qui propose une première évaluation après 6 mois. Les périodes biennales de réexamen prévues après la première évaluation sont clairement trop longues et doivent être réduites à un rythme de durée maximale annuelle.
Par ailleurs, il paraît indispensable que la personne et son conseil et/ou représentant soient entendus et puissent ainsi faire valoir leurs droits.

Art. 30. Enfin, le droit prévu par l'article 30 à la personne de solliciter à tout moment devant le Tribunal d'arrondissement son élargissement paraît inopérant et inefficace lors de la période d'admission et d'observation (article 11), parce que les conditions dans lesquelles la personne est précisément informée de ce droit ne sont pas prévues. Ceci est d'autant plus incompréhensible et surprenant qu'en ce qui concerne l'ordonnance de placement, prévue par l'article 20(2), les conditions d'information de la personne sont bien précisées.

Chapitre 6 *Des placés judiciaires*

Art. 33. Concernant la composition de la commission spéciale, la CCDH propose d´inclure à côté des deux magistrats et des deux médecins un-e assistant-e social-e et un-e psychologue. Une telle présence permettra de planifier dès que possible les mesures nécessaires au niveau psychosocial. Une cohérence avec l´article 38 qui prévoit une tutelle médico-psychosociale est ainsi établie.

Chapitre 7 *Surveillance des établissements*

La CCDH s'étonne du fait que le projet de loi ne mentionne pas le mécanisme de contrôle externe tel que prévu par le 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.
La CCDH se réfère ici à son avis du 18 novembre 2008 sur le projet de loi 5849 portant approbation de ce protocole et modifiant la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur.
En effet, le Protocole facultatif à la Convention contre la Torture prévoit la création d'un Mécanisme national de Prévention (MNP). Ce MNP vise à prévenir la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants par des visites sans préavis dans tous les lieux de détention ainsi que d'autres formes de surveillance. D'après le projet de loi 5849, le rôle de contrôleur des lieux de détention est confié au Médiateur. Le projet de loi donne une liste exhaustive des lieux de détention, alors que le Protocole lui-même n'énumère pas les lieux susceptibles d'être visités, notamment pour éviter que certains lieux sortent de son champ de compétence. Dans son avis, la CCDH avait estimé que la future loi sur le MNP devrait à tout le moins dire que cette liste n'est pas exhaustive.
Parmi les lieux mentionnés par le projet de loi 5849 figurent également « *les établissements psychiatriques spécialisés ou les services de psychiatrie d'un hôpital général au sens de la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux. »*[2]
« La loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux prévoit, comme son intitulé le suggère, le placement et le séjour des personnes atteintes de troubles mentaux dans un établissement psychiatrique spécialisé

[2] Article 3 (c) du projet de loi 5849 (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) modifiant la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur.

ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général. Le placement est défini comme „l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte d'un trouble mental dans un établissement psychiatrique spécialisé ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général". Il est considéré qu'un tel placement correspond à la définition que le Protocole donne de la détention et qu'il s'agit là donc de lieux de détention au sens de l'article 4 du Protocole. »[3]

L'article 39 du projet de loi 5856 dispose que « *les établissements sont placés sous la surveillance du ministre de la Santé qui les fait visiter par un fonctionnaire spécialement prévu à cet effet.* » Par ailleurs, « *il est institué dans chaque arrondissement judiciaire une commission de surveillance chargée de veiller, dans les établissements relevant de sa compétence territoriale, à l'exécution de toutes les mesures prescrites par la présente loi ainsi que de recevoir et de traiter les doléances que des patients peuvent lui adresser. La commission, composée de cinq membres, est nommée pour une période de trois ans par le ministre de la Santé.* »

La CCDH souligne l'importance de ce « regard extérieur » tel que prévu par le projet de loi portant approbation du Protocole facultatif à la Convention contre la Torture et invite le législateur à introduire une disposition dans le projet de loi 5856 qui garantit la visite du MNP. Par ailleurs, la CCDH est d'avis que ces différents « organes de surveillance », à savoir le MNP, le fonctionnaire du ministère de la Santé et les commissions de surveillances devraient se coordonner régulièrement.

Chapitre 8 *De quelques modalités particulières du traitement de la personne placée.*

Art. 43. De manière générale, la CCDH est d'avis qu'une hospitalisation sans consentement ne donne pas automatiquement le droit au médecin d'initier un traitement sous contrainte. En effet, deux droits fondamentaux différents sont en cause: le premier est le droit à se déplacer librement, le deuxième le droit à l´intégrité psychophysique et l'interdiction de traitements inhumains ou dégradants.

Pour cette raison une hospitalisation sans consentement ne doit pas impliquer automatiquement le droit à un traitement sous contrainte. En fait, la personne concernée est hospitalisée contre son gré non pas exclusivement sur base du fait que des symptômes psychiques graves sont constatés et que la personne concernée refuse de se faire traiter, mais sur base du fait qu'en plus ces troubles la rendent dangereuse pour elle-même ou pour autrui (Art. 3 et Art. 7). L'hospitalisation elle-même constitue déjà une intervention très sérieuse et un traitement involontaire ne devra être décidé que par la suite. Le changement du milieu de vie et des contacts personnels constitue un changement radical du contexte de vie de la personne qui pourra soit être traumatisant soit avoir un effet bénéfique.

Le traitement involontaire se fait aujourd'hui surtout sous forme de l'administration de médicaments psychotropes. Sans vouloir nier le fait que ces médicaments peuvent apporter un soulagement et une diminution de la souffrance dans de nombreux cas, et

[3] Exposé des motifs, article 3 (c) du projet de loi 5849 (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) modifiant la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur.

que, dans d'autres cas, ils sont indispensables pour désamorcer un risque de passage à l'acte, la CCDH doit néanmoins attirer l'attention du législateur sur le fait que des effets secondaires graves, voire mortels, sont documentés, surtout en cas d'administration prolongée[4]. En l'absence d'un consentement éclairé de la part du patient, ceci renvoie à des questions non seulement d'ordre éthique, mais aussi de responsabilité pénale. Pour cette raison, la CCDH émet également de grandes réserves par rapport aux traitements médicamenteux ambulatoires sous contrainte.

L'administration forcée de médicaments peut constituer un traitement dégradant dans le sens où il se peut que la violence physique (ou des menaces psychologiques) soit utilisée et que l'effet de ces substances peut être vécu par la personne concernée de manière aliénante, aussi bien du point de vue des effets physiologiques que du changement de la perception de soi et de l'entourage. Dans ce sens, l'administration de médicaments psychotropes doit être considérée comme une intervention invasive, car déployant une action jusqu'au centre même du fonctionnement psychique. Pour cette raison, le traitement involontaire doit être limité à des situations précises qui présentent un danger **aigu** pour la santé de la personne concernée ou de son entourage et au cas où d'autres moyens d'intervention ont échoué.
La CCDH propose de reformuler l'article 43 (1) de manière suivante: « *Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave* ***et aigu*** *pour sa santé ou pour autrui* ».

Dans le sens du paragraphe (2) de l'article 43, la CCDH recommande d'instituer des mécanismes dans les services psychiatriques qui favorisent une culture de négociation par rapport aux traitements afin de favoriser une adhésion de la personne concernée. Beaucoup d'études – dont récemment la grande étude internationale EUNOMIA[5] – montrent que les traitements involontaires ont des résultats nettement inférieurs aux traitements volontaires, effectués avec la coopération du patient.

Le paragraphe (3) de l´article 43 stipule que l´avis du patient doit être pris en considération. Dans ce contexte la CCDH conseille de prévoir dans la loi la possibilité d'un testament de vie (« Patientenverfügung »). Ce document-formulaire, rempli par le patient en vue d´une éventuelle hospitalisation en période de crise, définit les traitements qu´il est prêt à accepter en cas d´hospitalisation sans consentement.

Art 44. paragraphe (3) Le texte prévoit un *« suivi régulier »* du patient en cas de mesure d´isolement ou de contention. Afin que cette disposition ne reste pas lettre morte ou soit interprétée de manière différente d´un service à l´autre, la CCDH propose de définir des normes nationales.

---

[4] D. Lehmkuhl, «Nihil nocere!» in *Soziale Psychiatrie*, 04/2007, pp. 4 et 5.
V. Aderhold, «Mortalität durch Neuroleptika» in *Soziale Psychiatrie*, 04/2007, pp. 5-10.
V. Aderhold, «Partizipativer Umgang bei Neuroleptika-Behandlung» in A. Knuf, M. Osterfeld, U. Seibert, *Selbstfähigung fördern, Empowerment und psychosoziale Arbeit*, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
Littérature scientifique à consulter sous http://psychrights.org (« Scientific Research by Topic »).
[5] EUNOMIA : European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practise, 2002-2005, http://www.eunomia-study.net/.

Chapitre 9 – *Dispositions générales et pénales*

Art. 48. La CCDH s'oppose aux dispositions de l'article 48 (3), qui prévoit que des essais cliniques à but thérapeutique peuvent être pratiqués sans le consentement de la personne intéressée, même si le ministre de la Santé prend l'avis du comité d'éthique de recherche à cet effet.

4. Recommandations supplémentaires

- Concernant les articles 43 et 44, la CCDH propose de prévoir un relevé national et une évaluation annuelle des statistiques concernant les admissions sans consentement et des placements ainsi que des traitements sous contrainte et des mesures d´isolation et de contention.

- La CCDH juge indispensable, à l'instar des autres pays, que les juges et magistrats en charge des dossiers concernant l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, suivent une formation générale voire spécialisée en la matière.

- La CCDH s'étonne que la question des mineurs hospitalisés sans leur consentement n'ait pas fait également l'objet d'une refonte en vue de leur offrir ainsi qu'à leurs représentants légaux davantage de garanties, tant sur le plan administratif, judiciaire, médico-social qu'éducatif, et ce, eu égard aux normes CPT qui les concernent et plus généralement à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et à l'ensemble des règles minima concernant l'administration de la justice des mineurs (Règles de Beijing,1985), les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté et les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile (Principes de Riyad,1990).

Compte tenu des informations recueillies par la CCDH dans le contexte de l'élaboration de cet avis, le nombre de placements de mineurs en milieu psychiatrique serait très élevé et nombre de mineurs seraient placés dans des établissements à l'étranger.

Aussi la CCDH recommande-t-elle que la loi sur la protection de la jeunesse fasse rapidement l'objet d'un débat et d'une réforme.

Luxembourg, le 16 mars 2009