



Commission juridique

et

Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 08 février 2017

Ordre du jour :

1. Présentation par Madame la Médiateure en sa qualité de contrôleur externe des lieux privatifs de liberté
 - du rapport sur le système disciplinaire en milieu carcéral
 - du rapport de suivi sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

2. Uniquement pour les membres de la Commission juridique:
 - 7041 Projet de loi portant réforme de l'exécution des peines en modifiant :
 - le Code d'instruction criminelle ;
 - le Code pénal ;
 - la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire, et
 - la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

 - 7042 Projet de loi portant réforme de l'administration pénitentiaire et 1) modification
 - du Code pénal ;
 - du Code d'instruction criminelle ;
 - du Code de la sécurité sociale ;
 - de la loi du 3 avril 1893 concernant l'approbation de la fondation Theisen à Givenich ;
 - de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie ;
 - de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat ;
 - de la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé "centre hospitalier neuropsychiatrique" ;
 - de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ;
 - de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la police et l'inspection générale de la police ;
 - de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur

consentement de personnes atteintes de troubles mentaux,
- de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois, ainsi que
2) abrogation
- de la loi modifiée du 21 mai 1964 portant 1. réorganisation des établissements pénitentiaires et des maisons d'éducation ; 2. création d'un service de défense sociale ;
- de la loi du 4 avril 1978 ayant pour but d'habiliter le personnel du service de garde des établissements pénitentiaires à exercer certaines attributions de police générale

- Présentation des avis respectifs établis par Madame la Médiateure en sa qualité de contrôleur externe des lieux privatifs de liberté

3. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 25 janvier 2017
4. 6977 Projet de loi sur la nationalité luxembourgeoise et portant abrogation de :
1. la loi du 23 octobre 2008 sur la nationalité luxembourgeoise ;
2. la loi du 7 juin 1989 relative à la transposition des noms et prénoms des personnes qui acquièrent ou recouvrent la nationalité luxembourgeoise
- Rapporteur: Madame Viviane Loschetter
- Examen du troisième avis complémentaire du Conseil d'Etat
- Présentation et adoption d'un projet de rapport complémentaire

*

Présents : M. Marc Angel, Mme Simone Beissel, M. Eugène Berger, M. Alex Bodry, M. Yves Cruchten remplaçant M. Franz Fayot, M. Léon Gloden, Mme Josée Lorsché, Mme Viviane Loschetter, M. Paul-Henri Meyers, Mme Octavie Modert, M. Laurent Mosar, M. Roy Reding, M. Gilles Roth, membres de la Commission juridique

Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Marc Angel, Mme Nancy Arendt, M. Eugène Berger, M. Frank Arndt remplaçant Mme Tess Burton, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, Mme Anne Brasseur remplaçant M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, Mme Joëlle Elvinger remplaçant M. Edy Mertens, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

M. Yves Huberty, du Ministère de la Justice

Mme Juliana D'Alimonte, Mme Delphine Stoffel, du Ministère de la Santé

Mme Lydie Err, Ombudsman ; Médiateure

Mme Lynn Bertrand, M. Serge Legil, Ombudsman ; Service du Contrôle externe des Lieux privatifs de Liberté

M. Christophe Li, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Franz Fayot, Mme Lydie Polfer, membres de la Commission juridique

M. Gilles Baum, M. Marc Baum, Mme Tess Burton, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Martine Hansen, M. Alexander Krieps, M. Claude Lamberty, M. Edy

Mertens, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

*

Présidence : Mme Viviane Loschetter, Présidente de la Commission juridique
Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

*

- 1. Présentation par Madame la Médiateure en sa qualité de contrôleur externe des lieux privatifs de liberté**
 - du rapport sur le système disciplinaire en milieu carcéral
 - du rapport de suivi sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

Présentation du rapport de suivi sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

Remarque préliminaire : la présentation des rapports élaborés par Madame la Médiateure se déroule exceptionnellement en présence de journalistes de différents médias luxembourgeois.

Madame la Médiateure présente les grandes lignes du rapport sous rubrique.

Les 4 hôpitaux régionaux suivants ont fait l'objet de la mission de contrôle de l'Ombudsman :

- L'Unité de psychiatrie intensive au Centre Hospitalier Emile Mayrisch à Esch-sur-Alzette (CHEM)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
- L'Unité de psychiatrie adulte à l'Hôpital Kirchberg (HK)

Madame la Médiateure résume les points forts et les points faibles de chacun des établissements précités. L'oratrice tient à préciser que seul les infrastructures et équipements à disposition des différents établissements ont fait l'objet d'un examen dans le cadre du présent rapport, comme l'Ombudsman ne se prononce pas sur les questions liées au traitement thérapeutique des patients.

Madame la Médiateure déplore le manque de capacités d'accueil et le manque de structures d'écoulement après un séjour au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck, provoquent que des unités d'hospitalisation en psychiatrie fermée des hôpitaux régionaux servent pour partie également à l'hospitalisation de patients placés et cela souvent pour toute la durée de leur placement.

Un traitement thérapeutique efficace nécessite cependant des infrastructures adaptées aux besoins particuliers des patients. Une réhabilitation du patient et une préparation de ce dernier à une vie en société est d'autant plus difficile à réaliser en cas d'infrastructures inadaptées.

Echange de vues

- ❖ Un membre du groupe politique LSAP s'interroge sur les compétences de l'Ombudsman en matière d'hospitalisation de mineurs atteints de troubles mentaux.

- ❖ Madame la Médiateure précise que le médiateur dispose de compétences en matière de contrôle des infrastructures accueillant des mineurs atteints de troubles mentaux, cependant, le présent rapport n'englobe pas les mineurs.
- ❖ Un membre du groupe politique CSV s'interroge sur le traitement des femmes au sein des établissements de la psychiatrie médico-légale et souhaite avoir des éclaircissements sur l'existence éventuelle de patients ayant déjà suivi de multiples traitements dans les différents établissements psychiatriques.
- ❖ La Médiateure donne à considérer que le Luxembourg ne dispose, à l'heure actuelle, d'aucun établissement spécialisé en matière de psychiatrie médico-légale. L'oratrice signale que de nombreux patients dans les établissements psychiatriques ont déjà suivi des traitements thérapeutiques dans d'autres établissements. Elle précise que les traitements psychiatriques s'étalent souvent sur une période plus ou moins longue.

Présentation du rapport sur le système disciplinaire en milieu carcéral

Communication et mise en place des modes alternatifs de résolution de conflits

Madame la Médiateure critique le fait que les établissements pénitentiaires ne mettent pas l'accent sur les modes alternatifs de résolution des conflits.

L'auteure du rapport recommande aux auteurs du projet de loi 7042 de prévoir une disposition à ce sujet. En outre, l'oratrice recommande de prévoir des dispositions relatives à la formation des gardiens, portant notamment sur des techniques de communication de gestion de conflits. Une formation approfondie en la matière permettrait, dans certains cas de figure, d'éviter de devoir recourir à des sanctions disciplinaires.

L'oratrice préconise également d'offrir des formations spécifiques sur la communication aux détenus, et ce, dans le but de remédier à des situations conflictuelles et de favoriser leur réintégration sociale.

Mise en place de voies de recours contre une sanction disciplinaire

Madame la Médiateure critique le système actuel en matière de sanctions disciplinaires et recommande aux autorités compétentes de créer un système garantissant les droits suivants à tout détenu accusé d'une infraction disciplinaire :

- être entendu en personne par l'autorité appelée à statuer ;
- être autorisé à citer des témoins à décharge et faire contre-interroger les témoins à charge;
- recevoir une copie de la décision dûment motivée et comportant des informations concernant les voies de recours.

Exécution de sanctions disciplinaires

Quant aux voies de recours à interjeter contre une sanction disciplinaire, Madame la Médiateure est d'avis qu'il ne saurait être acceptable que des sanctions disciplinaires soient exécutées, pour des raisons tenant à la durée de la procédure, et que le recours d'un détenu n'aboutisse qu'après avoir purgé la sanction infligée.

Limitation au recours de la sanction d'interdiction de contact avec des proches

Madame la Médiateure estime que le droit au contact familial ne pourra jamais être enlevé dans sa totalité à un détenu pour des raisons disciplinaires. L'oratrice recommande également de ne prévoir la possibilité de modifier les droits de visite que lorsque la faute disciplinaire est directement liée à une visite.

Echange de vues

- ❖ Un membre du groupe politique déi gréng s'interroge sur la formation psycho-sociale dispensée aux gardiens des établissements pénitentiaires. En outre, l'oratrice souhaite avoir davantage d'informations sur les conditions des visites familiales et de proches dans le milieu carcéral.
- ❖ Madame la Médiateure plaide en faveur d'une revalorisation du métier de gardien, qui assimilerait celui-ci davantage à la profession du « *streetworker* ».

Quant aux visites dans le milieu carcéral, Madame la Médiateure critique le fait que le centre pénitentiaire de Luxembourg ne dispose d'aucune infrastructure adaptée pour accueillir des visites familiales, faute de locaux non-occupés.

- ❖ Un membre du groupe politique CSV s'interroge sur l'opportunité d'effectuer catégoriquement des fouilles corporelles avant de pouvoir accéder à un lieu privatif de liberté.

Quant aux consultations médicales, l'oratrice signale que les médecins courent le risque d'être victime d'une agression physique de la part des détenus en cas d'absence de mesures de sécurité appropriées.

- ❖ Madame la Médiateure salue la faculté accordée aux gardiens de pouvoir recourir à des contrôles lors de l'accès à un lieu privatif de liberté. Il est cependant déconseillé de recourir systématiquement à des fouilles corporelles.

2. Uniquement pour les membres de la Commission juridique:

- 7041** **Projet de loi portant réforme de l'exécution des peines en modifiant :**
- le Code d'instruction criminelle ;
 - le Code pénal ;
 - la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire, et
 - la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

Madame la Médiateure présente les grandes lignes de son avis consultatif au sujet du projet de loi sous rubrique.

Chambre d'application des peines

Madame la Médiateure salue la proposition de vouloir instaurer une chambre d'application des peines, appelée à connaître du recours juridictionnel introduit par le détenu à l'égard d'une décision prise par le procureur général d'Etat dans le cadre de l'exécution des peines privatives de liberté. De même, le détenu peut intenter un recours contre une décision prise par le directeur de l'administration pénitentiaire en matière de régime pénitentiaire.

L'oratrice estime qu'il serait opportun de prévoir une disposition que le détenu, ou le cas échéant son avocat, soient entendus dans tous les cas en leurs moyens et explications.

Mise au régime cellulaire

Quant à la mise au régime cellulaire à titre de sanction disciplinaire, Madame la Médiateure salue le fait que le projet de loi entend introduire de nouvelles garanties au bénéfice du détenu, ainsi qu'une révision obligatoire et automatique de la sanction disciplinaire. Néanmoins, l'oratrice plaide en faveur d'une disposition prévoyant qu'une telle sanction disciplinaire ne peut excéder une durée maximale de deux semaines. En outre, elle exprime ses doutes quant à l'efficacité de la sanction précitée.

Placement de mineurs au sein du centre pénitentiaire de Luxembourg

Madame la Médiateure s'oppose catégoriquement à toute proposition qui vise à rendre possible le placement de mineurs au sein du centre pénitentiaire de Luxembourg, à l'exception des mineurs tombant sous les dispositions de l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. L'oratrice critique les dispositions de l'article 30, paragraphe 3 du projet de loi sous rubrique, qui prévoit d'une manière implicite cette possibilité en mentionnant les mineurs parmi les catégories particulières de détenus en matière de régime cellulaire.

Faculté de convertir une peine d'emprisonnement en travail d'intérêt général non rémunéré

Madame la Médiateure salue l'introduction de la possibilité réservée au procureur général d'Etat, de convertir une peine d'emprisonnement en travail d'intérêt général non rémunéré. Cette possibilité était jusqu'alors réservée aux juridictions de fond. L'oratrice est d'avis qu'une telle disposition s'inscrit dans une logique de privilégier plus fortement les peines alternatives à l'emprisonnement.

Entretien préalable en matière d'exécution d'une peine privative de liberté

Madame la Médiateure salue l'introduction du principe du contradictoire en matière d'exécution des peines. Elle estime cependant qu'il serait souhaitable que le procureur général d'Etat convoque sur leur demande toute personne condamnée à une peine privative de liberté à un entretien, permettant de discuter sur les modalités d'exécution d'une peine privative de liberté.

Exécution fractionnée des peines privatives de liberté

Madame la Médiateure propose d'élargir le recours à l'exécution fractionnée des peines privatives de liberté. Ce mécanisme peut s'avérer fort utile dans le processus difficile de réintégration sociale du détenu, notamment après une peine privative de liberté assez longue.

Opportunité d'instaurer un recours en cassation à l'encontre des arrêts de la chambre de l'application des peines

Le projet de loi ne prévoit aucun recours ni pourvoi en cassation à l'encontre des arrêts de la chambre de l'application des peines.

Madame la Médiateure fait observer que des interprétations divergentes, entre le procureur général d'Etat et l'avocat de la personne condamnée au sujet de l'exécution d'une peine privative de liberté, sont possibles. L'oratrice suggère de prévoir, sous certaines conditions, la possibilité d'un recours en cassation contre les décisions prises en matière d'exécution des peines.

Echange de vues

- ❖ Un membre du groupe politique DP souhaite avoir davantage d'informations sur les modalités d'exécution des peines, suite à l'intervention d'un jugement coulé en force de choses jugées.
- ❖ Madame la Médiateure explique que le procureur général d'Etat est chargé de l'exécution des peines prononcées par les juridictions pénales. L'oratrice salue la mise en place d'une chambre de l'application des peines, juridiction indépendante, qui est compétente pour connaître des recours exercés contre les décisions prises par le procureur général d'Etat dans le cadre de l'exécution des peines privatives de liberté.

L'oratrice déplore cependant le fait que le projet de loi ne prévoit pas, en cas de recours formé par le détenu ou de son avocat, que ces derniers soient d'office entendus afin de pouvoir présenter leurs moyens.

7042 **Projet de loi portant réforme de l'administration pénitentiaire et**

1) modification

- du Code pénal ;
- du Code d'instruction criminelle ;
- du Code de la sécurité sociale ;
- de la loi du 3 avril 1893 concernant l'approbation de la fondation Theisen à Givenich ;
- de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie ;
- de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat ;
- de la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé "centre hospitalier neuropsychiatrique" ;
- de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ;
- de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la police et l'inspection générale de la police ;
- de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux,
- de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois, ainsi que

2) abrogation

- de la loi modifiée du 21 mai 1964 portant 1. réorganisation des établissements pénitentiaires et des maisons d'éducation ; 2. création d'un service de défense sociale ;
- de la loi du 4 avril 1978 ayant pour but d'habiliter le personnel du service de garde des établissements pénitentiaires à exercer certaines attributions de police générale

Comité de concertation pénitentiaire

La Médiateure salue la mise en place proposée d'un comité de concertation pénitentiaire. La composition proposée reflète bien les différents acteurs impliqués avec leurs compétences respectives.

L'oratrice propose, dans l'intérêt d'une collaboration en amont et en application d'une démarche préventive, qu'un membre de son équipe de contrôle devienne, fut-ce avec voix consultative, membre de ce comité.

Transmission du casier judiciaire

Quant à la transmission du casier judiciaire à l'administration pénitentiaire, il est précisé qu'un tel transfert peut se justifier pour des raisons de sécurité interne des établissements pénitentiaires. Il est impossible pour l'administration pénitentiaire d'évaluer le degré de dangerosité d'un prévenu, surtout si celui-ci n'a pas séjourné auparavant dans un établissement pénitentiaire national.

Plan volontaire d'insertion

Madame la Médiateure approuve la mise en place d'un plan volontaire d'insertion. Il s'agit d'un outil intéressant, susceptible d'augmenter considérablement les chances d'un détenu à une réintégration sociale après sa sortie de prison grâce à un renforcement qualitatif du travail de réhabilitation.

L'oratrice estime qu'il serait dans l'intérêt d'un travail de réhabilitation de qualité de prévoir la mise en place d'un tel plan aussi tôt que possible.

Droit de visite

Madame la Médiateure préconise d'aménager un espace plus adapté aux besoins des enfants, pour lesquels une visite de leurs parents en milieu pénitentiaire peut être perturbante.

Confidentialité de la correspondance entre un détenu et le Médiateur

Toute personne privée de liberté, à quelque titre que ce soit, doit disposer en tout état de cause du droit d'écrire de manière confidentielle au Médiateur. Ce courrier, de même que le courrier émanant du Médiateur et adressé à une personne privée de liberté doit échapper à tout contrôle, y compris à celui du juge d'instruction dans le cas d'un prévenu.

Opportunité de la création d'une nouvelle infraction disciplinaire

Madame la Médiateure recommande de créer une infraction disciplinaire en cas de manquement aux impératifs d'hygiène.

Contrôle d'accès

Madame la Médiateure préconise de généraliser le principe que toute personne peut faire l'objet d'un contrôle de sécurité lors de l'accès au centre pénitentiaire.

Création d'un groupe d'intervention

Madame la Médiateure salue la possibilité de créer un groupe d'intervention à l'intérieur de chaque établissement, composé d'agents spécialement formés à gérer des situations d'exception ou d'événements potentiellement dangereux.

Echange de vues

- ❖ Un membre du groupe politique CSV se demande s'il est possible de fixer des critères objectifs pour qualifier le manque d'hygiène, susceptible de constituer une infraction disciplinaire.
- ❖ Madame la Médiateure explique que l'hygiène dans le milieu carcéral ne concerne non seulement l'hygiène corporelle mais également la propreté de la cellule du détenu.

Il est précisé que le centre pénitentiaire de Givenich exige de la part des détenus qu'ils entretiennent une hygiène corporelle suffisante et qu'ils garantissent la propreté de leurs cellules. En cas de non-respect, les détenus peuvent être sanctionnés par voie d'un avertissement et, en cas de non-respect de ce dernier, par une sanction disciplinaire.

3. **Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 25 janvier 2017**

L'approbation du procès-verbal sous rubrique est reportée à une prochaine réunion.

4. **6977** **Projet de loi sur la nationalité luxembourgeoise et portant abrogation de :**
1. **la loi du 23 octobre 2008 sur la nationalité luxembourgeoise ;**
 2. **la loi du 7 juin 1989 relative à la transposition des noms et prénoms des personnes qui acquièrent ou recouvrent la nationalité luxembourgeoise**

Examen du avis complémentaire du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat marque son accord avec les amendements concernant les articles 13, 16, 17, 35, 80 et 82 du projet de loi.

Quant à la modification des articles 3 et 5, il fait observer « *qu'il est bien plus aisé de prouver qu'une loi étrangère ne permet pas au mineur d'obtenir la nationalité d'un de ses adoptants que de prouver que l'application qui en est faite par l'autorité étrangère compétente aboutit au même résultat. Il incombera au demandeur de rapporter la preuve que la condition en cause est remplie* ».

La Commission juridique prend acte des observations formulées par le Conseil d'Etat, cependant elle juge utile de maintenir le libellé tel que proposé.

En outre, la Commission juridique fait sienne l'observation légistique émanant du Conseil d'Etat et adapte l'article 18 de la même manière.

Vote

Le projet de rapport complémentaire sous rubrique recueille l'accord majoritaire des membres de la Commission juridique. Le représentant de la sensibilité politique ADR vote contre le ledit projet de rapport complémentaire.

Temps de parole

La Commission juridique propose de recourir au modèle 2 pour les débats en séance plénière.

Le secrétaire-administrateur,
Christophe Li

La Présidente de la Commission juridique,
Viviane Loschetter

La Présidente de la Commission de la Santé,
de l'Egalité des chances et des Sports,
Cécile Hemmen

R A P P O R T

Ombudsman

La Médiateure du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

Rapport de suivi

Commentaires et réactions

1. Commentaires et réactions du CHNP

Ad point 8.2.1. concernant la dotation de sécurité « 3-3-3 » qui n'est pas réalisée au BU3. En effet, la direction a choisi de fonctionner selon le mode « 3-3-2 », avec un quatrième infirmier présent sur l'unité de soins de 8h00 à 16h00. Ce mode de fonctionnement permet d'organiser une meilleure prise en charge thérapeutique. En ce qui concerne la sécurité pendant la nuit, les soignants des autres unités de soins sont appelables et sont disponibles en moins d'une minute, en cas d'alarme ou d'urgence.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure maintient son avis quant à l'utilité, voire la nécessité de la présence permanente d'une troisième personne pendant la nuit. Sous les conditions qu'elle a amplement décrites dans le rapport dont objet et dans le rapport de 2012, elle n'insiste pas sur la nécessaire qualification d'infirmier ou d'aide-soignant de cette personne.

La Médiateure approuve évidemment la présence d'un quatrième infirmier pendant la journée permettant ainsi l'élargissement de l'offre thérapeutique. Elle demeure néanmoins d'avis que cet élargissement, aussi souhaitable qu'il soit, devrait être couvert par d'autres ressources de personnel, le cas échéant supplémentaires à accorder par les autorités budgétaires, mais pas au détriment de la dotation de sécurité.

Ad (160) : Nous allons analyser tous les moyens à notre disposition pour réintroduire la possibilité à ce que les patients du CHNP puissent bénéficier de thérapies en milieu aquatique.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure ne saurait apprécier l'importance thérapeutique des thérapies aquatiques dans le concept général de traitement du CHNP. L'équipe de contrôle tient cependant à souligner que la réintroduction des thérapies en milieu aquatique et des visites de piscine tout court constituent une des rares demandes précises, formulée par un nombre conséquent de patients et également par des intervenants thérapeutiques.

L'équipe de contrôle est convaincue que la réintroduction de la possibilité des visites en piscine contribuerait d'une manière importante au bien-être, du moins subjectif, de nombreux patients qui semblent avoir apprécié grandement cette offre dans le temps.

La Médiateure remercie donc les responsables du CHNP d'étudier par quel biais l'accès à une ou plusieurs piscines pourrait à nouveau être accordé aux patients

Ad (163) : Thérapie individualisée : Au CHNP chaque patient est pris en charge selon un plan thérapeutique individualisé. Ceci est d'autant plus vrai pour l'Orangerie 1, où, en moyenne, chaque patient profite d'environ 5 à 6 heures de thérapies par jour.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure répète qu'elle n'a jamais affirmé qu'il n'existerait pas d'approche thérapeutique individualisée pour chaque patient, mais uniquement que le cadre logique inhérent à cette démarche ne semble pas être documenté individuellement pour chaque patient.

La Médiateure estime qu'un outil écrit, informatisé ou non, qui permettrait de retracer la logique de l'intervention thérapeutique et la motivation qui en est à la base, les résultats attendus et les progrès réalisés, constituerait un outil de documentation, mais avant tout de suivi et d'évaluation précieux.

Si de tels plans individuels devaient exister, la Médiateure demande à en obtenir quelques exemples anonymisés.

Ad (168) : Manque de choix pour les repas journaliers : Cette option sera certainement plus facilement réalisable dans les bâtiments de notre nouvelle « Rehaklinik » que nous sommes en train de planifier.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure partage l'avis de Monsieur le Directeur général. Au vu de l'importance des restructurations et des travaux projetés, il deviendra de toute manière nécessaire de procéder à une nouvelle mission de réévaluation en profondeur des unités fermées du CHNP.

Une telle mission ne portera cependant ses fruits qu'à condition de permettre aux responsables et au personnel du CHNP de se familiariser avec les nouvelles structures et d'acquérir une certaine routine. Seulement après la mise en place d'une certaine routine une telle mission fera du sens.

Ad (169) : Il existe une organisation de bénévoles au CHNP. Malheureusement, la plupart de ces bénévoles concentrent leurs efforts sur des activités/visites auprès des résidents et pensionnaires de notre Maison de Retraite. En outre, nous avons autorisé une association de patients (« Phoenix 24 ») d'utiliser des locaux au CHNP pour leurs réunions. Malheureusement, cette association a cessé de fonctionner et n'existe plus à ce moment.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure salue évidemment l'existence d'une telle organisation.

A la lecture de la réaction de Monsieur le Directeur général, elle maintient cependant sa suggestion que le CHNP contacte l'association des visiteurs de prison afin de déterminer si cette association, au demeurant assez active et appréciée par les bénéficiaires, ne pourrait pas étendre son action au CHNP ou à certaines catégories de patients du CHNP étant entendu que les bénévoles de cette association ont tous bénéficié de formations spécifiques afin de pouvoir travailler utilement avec un public à besoins particuliers.

Si le CHNP le désire, l'équipe de contrôle pourrait établir les contacts nécessaires.

2. Commentaires et réactions de Madame la Ministre de la Santé

Ad recommandation 153 (mise en place d'un système de télémétrie au profit des patients fixés) :

La recommandation no. 153 qui permettrait de surveiller à distance les paramètres vitaux de patients fixés doit être saluée et mérite une analyse détaillée concernant ses répercussions financières.

A cet effet, je me concerterai avec Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale et vous tiendrai informée de notre démarche dans ce contexte.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Madame la Ministre de l'attention qu'elle porte à ce point important contribuant à un renforcement de la sécurité de traitement dans l'intérêt du patient.

Elle prie Madame la Ministre de la tenir informée sur la prise de position de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale et sur une éventuelle démarche commune aux deux Ministères dans ce contexte.

3. Commentaires et réactions du CHL

Remarque 65 : Le CHL ne peut que confirmer le problème mentionné dans le rapport en ce qui concerne les délais de transfert vers le CHNP en vue d'un séjour de réhabilitation.

Commentaires de la Médiature :

Il s'agit d'un problème grave et généralisé dans toutes les unités de psychiatrie intensive des hôpitaux régionaux. La Médiature surveillera de près la mise en place de la future UPSJ ainsi que la construction de la nouvelle Rehaklinik du CHNP en vue d'apporter ses suggestions permettant d'éviter au maximum l'engorgement des psychiatries régionales et de garantir un écoulement suffisamment rapide vers les structures de réhabilitation de plus ou moins longue durée, telles que le CHNP.

Remarque 66 : Nous notons que "la Médiature estime que l'accompagnement d'un patient lors de son transfert à l'étranger par un professionnel qu'il connaît est une pratique qui mérite d'être soutenue...". Le CHL tient à préciser que le financement des assistantes sociales par le budget hospitalier est malheureusement très serré et qu'en raison de leur nombre peu élevé, il n'est pas envisageable sous les conditions actuelles d'organiser un accompagnement des patients vers l'étranger.

Commentaires de la Médiature :

La Médiature invite les responsables des hôpitaux concernés à solliciter, par une intervention collective auprès de Madame la Ministre de la Santé et Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, les moyens budgétaires nécessaires à cette fin. Si la Médiature est informée de cette démarche commune, elle la soutiendra avec les moyens qui sont les siens auprès des responsables politiques concernés.

Remarque 70 : Le service de gériatrie aiguë du CHL hospitalise les patients gériatriques. Ce n'est que pour des patients présentant des problèmes psychiatriques qu'il est impossible de prendre en charge dans ce service qu'une éventuelle demande d'admission au service de psychiatrie fermée est formulée et donc dûment indiquée. Le CHL ne saurait avoir d'influence sur le contenu des demandes de transfert par les maisons de soins ou d'autres services de gériatrie.

Commentaires de la Médiature :

La Médiature se réjouit de l'information que les patients gériatriques du CHL non atteints d'une pathologie psychiatrique soient toujours hospitalisés au sein du service de gériatrie. L'équipe de contrôle a reçu des informations divergentes à cet égard.

S'il est vrai que le CHL ne saurait influencer le contenu des demandes de transfert émanant des maisons de soins ou d'autres gériatries, il n'en reste pas moins qu'il est seul responsable des modalités d'hospitalisation de ses patients.

Une hospitalisation d'un patient en service de psychiatrie intensive ne saurait avoir lieu que sous condition de l'existence d'une raison médico-psychiatrique dûment constatée et documentée.

Remarque 71 : Le CHL veillera à ce qu'aucune personne âgée souffrant d'un syndrome de transition ou n'étant pas en pleine possession de ses moyens intellectuels pour d'autres raisons, même en fin de vie, ne soit transférée en psychiatrie fermée, sans son consentement, respectivement de celui de son tuteur.

Commentaires de la Médiature :

La Médiature se félicite de cette prise de position claire et sans équivoque qu'elle partage dans son intégralité.

Elle tient à remercier le CHL pour cette approche exemplaire.

La Médiateure déplore qu'aucun des autres hôpitaux concernés n'ait estimé utile de formuler un commentaire sur ce point pourtant important au niveau des droits de l'homme.

Remarque 73 : La médiateure souhaite obtenir de plus amples informations quant à la réévaluation des patients lors des consultations médicales. A ce sujet, il est à noter que les réévaluations des patients se font journalièrement en équipe lors du staff matinal (lors de la visite du psychiatre de garde les samedis et dimanches) et en plus dans les entretiens entre le psychiatre traitant et le patient (fréquence des entretiens en fonction de l'état du patient). Le patient et sa famille ont la possibilité de demander à tout moment une réévaluation du droit de sortie (promenade).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie le CHL pour cette clarification. Cette procédure trouve son entier accord.

Remarque 75: La médiateure souhaite obtenir des informations relatives au changement de dotation du personnel infirmier. A ce sujet, nous pouvons l'informer que la dotation budgétisée par la CNS pour les 12 lits de la psychiatrie intensive est une dotation de sécurité, sécurité du personnel.

Depuis la mise en activité en juillet 2005 cette dotation est annuellement calculée pour assurer des postes 3/3/3

- 3 matin (6h30-14h30)
- 3 après-midi (14h-21 h30)
- 3 nuits (21 h -07 h)

La dotation n'a pas changé depuis 2005 et se situe autour de 17,44 ETP. Dans les chiffres de 2012 dont dispose la médiateure étaient inclus les moyens dont nous disposons pour les 4 autres lits. La direction du CHL n'a pas retiré 4,45 ETP de la dotation de sécurité. Il se peut que l'information que nous vous avons transmise soit une erreur. Pour l'année budgétaire 2016 ils sont à une moyenne de 17,74 ETP.

Commentaires de la Médiateure :

La différence mentionnée de 4,45 ETP par rapport à 2012 a été calculée par l'équipe de contrôle à partir des chiffres soumis par le CHL.

La Médiateure retient donc avec satisfaction que la dotation en ETP est restée sensiblement identique et n'a en aucun cas souffert de diminution de sorte que le point 75 devient sans objet.

Remarque 77 : Les prises en charge thérapeutiques en psychiatrie nécessitent un travail d'équipe bien coordonné et cohérent. Pour cette raison, l'indication pour consulter un psychologue est posée d'une manière interdisciplinaire lors des staffs (où sont également discutées les interventions spécifiques de l'ergothérapeute). Les psychologues et le patient peuvent naturellement chacun de leur côté proposer une prise en charge à tout moment.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure a toujours des problèmes à identifier la pratique réelle.

L'équipe de contrôle a été informée que la consultation d'un psychologue était soumise à une autorisation formelle du médecin traitant. Tel ne semble pas être le cas en ce qui concerne la participation à des séances d'ergothérapie.

Selon la prise de position du CHL, les psychologues et les patients peuvent proposer une prise en charge à tout moment. Est-ce que cela veut dire qu'une demande en ce sens émanant du psychologue ou du patient dispense de l'autorisation du médecin traitant ? Dans la négative, la Médiateure maintient sa recommandation de faciliter l'accès aux consultations psychologiques.

Remarque 80 : La médiateure demande si le rapport de sortie du psychologue est intégré dans le dossier médical.

Il y a un rapport d'hospitalisation qui est rédigé par le psychiatre responsable du patient reprenant toutes les données de suivi du patient, y compris éventuellement les éléments de l'évaluation psychologique. Il n'y a pas de rapport de sortie du psychologue.

Commentaires de la Médiateure :

L'équipe de contrôle a reçu l'information de la psychologue avec laquelle elle s'est entretenue qu'un succinct rapport serait établi par le psychologue à la sortie de chaque patient.

Ceci est en contradiction avec l'affirmation du CHL.

La Médiateure souhaite recevoir des éclaircissements supplémentaires à cet égard.

Remarque 87 : La médiateure est d'avis que le CHL devrait mettre à disposition des assistantes sociales un crédit budgétaire destiné au financement de la participation de patients indigents à certaines activités: Le CHL tient à préciser que le budget hospitalier ne prévoit pas de prise en charge de ceci ; toutefois le CHL va analyser s'il peut trouver d'autres moyens pour les financer. Il faudra cependant préalablement préciser ce qu'il faut entendre sous « participation à certaines activités » où la non-participation équivaut à une « discrimination inacceptable » par rapport à d'autres personnes en situation identique.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est tout à fait disposée à intervenir auprès qui de droit afin que les moyens nécessaires soient mis à disposition de tous les hôpitaux dotés d'un service de psychiatrie intensive.

Selon les assistantes sociales, il s'agit généralement d'activités telles que des sorties de groupe lors desquelles certains patients sont alors dans l'impossibilité de se payer une boisson ou une autre consommation, voire un journal ou de très petites acquisitions similaires.

Remarque 89 : Au moment de l'ouverture du service en 2005, la direction a formulé l'exigence 3/3/3. Sur demande de l'équipe médico-soignante un consensus a été négocié et le principe 3/3/2 était retenu avec la 3ème personne à cheval sur les deux unités.

Nous monitorons les événements critiques et en 11 années il n'y a eu à aucun moment une situation critique. Les chaînes d'appel sont revues régulièrement afin de contribuer à la sécurité du personnel et des patients.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure prend acte de la réponse du CHL. Elle se félicite qu'aucun incident ne soit intervenu en 11 ans. Elle doit cependant remarquer que tel n'est pas le cas pour toutes les unités fermées concernées et elle souligne que l'absence d'un incident sur une période prolongée ne constitue pas de garantie de sécurité. La Médiateure est consciente du manque de personnel et elle entend maintenir sa position qui consiste en un respect rigoureux de la dotation de sécurité. Si les institutions hospitalières devaient avoir un problème en couverture de personnel par l'application de la dotation de sécurité, la Médiateure est disposée à appuyer auprès de qui de droit toute demande d'augmentation en ETP de personnel soignant de l'hôpital concerné.

Remarque 101 : Afin d'augmenter les possibilités d'activités aux patients qui n'ont pas de sorties autorisées, la médiatrice propose « *d'autoriser l'accès, accompagné bien évidemment, d'un certain nombre de patients pendant les samedis ou les dimanches aux installations de la salle du sous-sol servant la semaine à la réhabilitation cardiologique et oncologique.* »

La salle de réhabilitation n'est pas une salle de sport, mais elle est dédiée à la kinésithérapie. L'utilisation du matériel doit se faire sous surveillance de kinésithérapeutes et ne saurait se faire sous la responsabilité de soignants du service de psychiatrie. Le CHL rend attentif que cette solution reste théorique alors que le budget de la CNS ne donne pas d'effectifs pour l'utilisation de la salle les samedis et dimanche.

Commentaires de la Médiatrice :

La Médiatrice est tout à fait consciente de la nature de cette salle et de son équipement. Elle ose cependant douter que la supervision par un membre de l'équipe soignante, ayant bénéficié, le cas échéant, d'une brève formation introductive par les kinésithérapeutes, ne soit pas suffisante pour prévenir toute détérioration du matériel et tout accident. La Médiatrice souligne qu'elle n'entendait pas ouvrir cette possibilité à tous les patients, mais uniquement à ceux qui, de l'avis de leur médecin-traitant, présentent les aptitudes et les garanties nécessaires.

Si cette offre devait se heurter uniquement à des considérations budgétaires imposées par la CNS, la Médiatrice demande aux responsables du CHL de la contacter à ce sujet afin qu'elle puisse intervenir auprès des responsables politiques en vue de la prise en charge des coûts générés.

Remarque 107 : La suggestion de la Médiatrice d'installer un téléviseur dans la salle commune sera analysée.

Commentaires de la Médiatrice :

La Médiatrice s'en félicite. Tous les autres services de psychiatrie intensive sont dotés d'un téléviseur. Il en est de même en ce qui concerne les unités BU6, BU5 et BU3 du CHNP qui accueillent des patients à haut potentiel d'auto-ou d'hétéro-agression.

Remarque 108 : La médiatrice recommande de mettre l'eau gratuitement à disposition des patients de l'unité 53. Nous souhaitons rendre attentif la médiatrice que le système de financement par le budget global de la CNS ne prend pas en charge la mise à disposition à titre gratuit de bouteilles d'eau. Nous tenons par ailleurs à rendre attentif au fait que tout patient a accès à de l'eau potable au CHL par le robinet d'eau de la salle des bains. L'eau est fournie par la Ville de Luxembourg et est tout à fait potable.

Fournir à titre gratuit de l'eau en bouteille à une unité spécifique en raison d'un manque financier de certains patients serait également introduire une discrimination envers les autres patients qui sont hospitalisés au CHL.

Commentaires de la Médiatrice :

La Médiatrice comprend l'argument de la discrimination, mais elle ne le partage pas. En effet, il ne faut pas oublier que les patients de l'unité 53 sont les seuls patients qui sont forcés de séjourner à l'intérieur de l'unité et qui ne peuvent la quitter de leur plein gré. La spécificité des pathologies dont souffre la majorité des patients qui y sont admis fait qu'ils soient bénéficiaires d'une pension d'invalidité peu élevée, du RMG ou alors du Revenu pour personnes gravement handicapées. L'indigence est dès lors un fléau dont ce genre de patients est nettement plus touché que la moyenne des autres patients du CHL.

Il ne faut pas oublier que surtout en matière de psychiatrie intensive, les, les patients diffèrent en de nombreux points de la moyenne des autres services.

Nombreux sont par ailleurs les services de psychiatrie fermée qui offrent l'eau en bouteille à titre gratuit aux patients de leur service de psychiatrie intensive ou alors du moins à ceux des patients qui sont dans l'impossibilité financière de s'en acheter.

La Médiateure précise qu'il n'est pas indispensable d'offrir des bouteilles d'eau aux patients, certaines unités fonctionnant notamment avec une fontaine à eau, ce qui couvre très bien les besoins des patients.

Remarque 118 : La durée de contention de 2 patients pendant 31 heures chacune s'explique par une erreur de documentation qui a occasionné une faute de calcul : les 2 contentions ont commencé peu après minuit et ont duré jusqu'au matin. A deux reprises l'infirmière de nuit a noté la date du jour précédent (p.ex. 10.2. :20 a lieu de 11.2. 00 :20) ce qui a « prolongé » la contention de 24 heures !

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie les responsables de cette clarification importante. Sa recommandation 118 est dès lors devenue sans objet.

4. Commentaires et réactions du CHdN

Point 36 : l'U41 dispose de 12 lits et non de 10

Commentaires de la Médiateure :

Cette erreur matérielle a été redressée dans le rapport.

Point 37 : la dotation de facto de la psychiatrie fermée s'élève actuellement à 3/3/2 et ces ETP sont en principe suffisants pour assurer la garde de nuit.

La dotation de sécurité officielle étant fixée à 3/3/3, cette dernière est toujours réalisable en immédiat et au besoin via la permanence de la direction des soins.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure renvoie à ses commentaires émis au même titre en ce qui concerne le CHL.

Point 38 : le personnel soignant a suivi cette formation qui porte sur les noms suivants : APIC (aggression prévention intervention) ou Professionnelles Deeskalations-Management-Grundkurs (Prodema)

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure encourage les responsables du CHdN à poursuivre cet exemple de bonne pratique.

Points 39 à 42 : Consensus unanime concernant la procédure à suivre à partir de maintenant :

1. Chaque patient est informé lors de son admission au service par l'infirmière d'accueil sur la possibilité d'une prise en charge psychologique en concertation avec son psychiatre traitant.
2. Si le patient et/ou le médecin traitant demandent l'intervention du psychologue, une ordonnance avec demande de prise en charge psychologique contenant les informations adaptées à l'état du patient est rédigée par le psychiatre traitant par notification et information au service psychologique.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie les responsables du service d'avoir adapté la procédure interne dans le sens recommandé.

Point 46 : Concernant la pratique du commissariat de police de Wiltz d'amener sans exception les patients candidats à la psychiatrie en menottes : ceci relève exclusivement de la responsabilité de la police. Une entrevue avec le directeur régional de la police sera organisée.

Ceci étant dit, les membres du groupe soulignent le caractère exceptionnel de cette mesure de contrainte, susceptible de compromettre la dignité du patient.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure partage l'analyse du CHdN sur ce point.

Elle prie les responsables de lui faire part des résultats de l'entrevue avec Monsieur le Directeur régional de la Police. Le cas échéant, si cette réunion ne devait pas apporter une solution acceptable, la Médiateure est disposée à intervenir auprès de Monsieur le Directeur général de la Police pour essayer de trouver une solution en la matière.

Point 61 : On évite le plus possible de fixer des patients en chambre double, excepté dans le cas de pénurie aiguë de lits.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure a déjà souligné à de nombreuses reprises que la pratique d'une fixation en chambre double est en principe intolérable, sauf accord exprès ou même demande du patient à fixer. Il en va non seulement des droits du patient fixé, mais aussi de ceux de son voisin de chambre qui est forcé à assister à cette procédure à haut potentiel anxiogène.

5. Commentaires et réaction de la Police grand-ducale

Ad. 7 (p. 12) & Ad. 132 (p. 51/52) Refus de communiquer des données personnelles indispensables et urgentes par la CCSS vu la législation sur la protection des données

Etant tout à fait conscients de cette problématique, nous nous rallions à votre recommandation de considérer ce genre de situations particulières où la protection des données personnelles risque de créer un préjudice grave à la personne qui est censée être protégée. Or, la responsabilité de réformer cet état des choses incombe au législateur.

Il me semble tout à fait opportun que la PGD transmette aux responsables (assistants sociaux) l'identité de la personne qu'elle conduit à l'hôpital. En outre, la PGD est disposée à fournir aux assistants sociaux, et ce dans la mesure du possible et dans le cadre de la législation en vigueur, certaines informations complémentaires et utiles (situation familiale, nom de l'employeur au cas où ce dernier serait connu par les policiers).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure fait siennes les réflexions de Monsieur le Directeur général sur la compétence du législateur en la matière.

Elle tient à le remercier pour la compréhension qu'il affiche dans le cadre de la problématique des patients incapables de décliner leur identité.

La Médiateure partage son avis que la protection des données, aussi importante qu'elle soit, ne doit pas créer un préjudice plus grave à la personne qui est censée être protégée.

Elle ne manquera pas de communiquer la disponibilité de la Police grand-ducale dans ces cas, certes très rares, aux services d'assistance sociale des hôpitaux concernés.

Ad. 46 (p. 24) La Médiateure demande de plus amples informations à ce sujet à Monsieur le Directeur général de la Police grand-ducale.

La Direction Organisation Méthode et Emploi s'est informée auprès du Commissariat de Police de Wiltz s'il y a eu, comme stipulé dans votre rapport, des événements spécifiques nécessitant une telle mesure de contrainte (menottage).

Les agents nous ont confirmé la réalité à laquelle font face nos policiers au quotidien. Sur le terrain, la PGD peut être confrontée à des personnes sur la voie publique qui compromettent sérieusement l'ordre et la sécurité publics, voire qui posent de par leur comportement agressif un danger réel et grave pour soi-même ou pour autrui. Suivant l'analyse préliminaire à faire au cas par cas, nos fonctionnaires pourront estimer que le transport de personnes récalcitrantes aux urgences en vue d'un internement, respectivement en vue d'une observation en milieu neuropsychiatrique nécessite le recours à des moyens de contrainte.

Toutefois, le choix de passer des menottes à un individu est explicitement réglementé par nos Prescriptions de service/Correspondances de service. Ainsi, nos fonctionnaires feront usage des menottes seulement en cas de nécessité absolue pour:

- des raisons de sécurité évidentes & opportunes
- éviter une fugue du concerné.

Chaque fois lorsque cette mesure s'avère nécessaire, le parquet en est informé obligatoirement.

Enfin, nul ne peut exclure qu'une fois arrivées aux urgences et après consultation du médecin, ces personnes se calment à nouveau et que le médecin en charge ne décide ni observation, ni internement et qu'il se limite à une hospitalisation du patient. Toutefois, ce retour à un comportement non agressif ne saurait mettre en échec à posteriori la décision initiale de nos agents de passer des menottes, vu que la situation de départ se présentait tout à fait autrement. Je conviens cependant qu'un tiers non averti des conditions de départ comprend difficilement pourquoi la PGD a mis des menottes à une personne qui, en fin de compte, ne se fait qu'hospitaliser par après !

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est consciente du fait qu'il incombe en premier lieu à la Police grand-ducale de veiller au respect de l'ordre public et qu'elle doit dès lors appliquer des règles de sécurité strictes.

La Médiateure n'est par contre pas d'accord à ce que chaque patient transporté aux urgences dans la perspective d'une éventuelle hospitalisation, voire d'un éventuel internement, en psychiatrie soit d'office traité comme une personne ayant commis une infraction pénale.

Il est inacceptable que des personnes éventuellement malades, même si elles affichent un comportement hors norme, soient d'office menottées.

La Médiateure comprend tout à fait l'intérêt de l'existence de règles strictes que les agents sur place n'ont qu'à exécuter. Or, il est des situations, et le transport d'une personne qui n'est pour quelque raison que ce soit pas en pleine possession de ses capacités intellectuelles en fait certainement partie, où il doit être fait appel au bon sens des agents préposés au transport.

Il n'y a aucune raison pour menotter une personne qui n'affiche aucune tendance agressive, verbale ou physique. Il en est de même si cette personne se trouve en sus physiquement diminuée ce qui n'est pas rare parmi les patients psychiatriques.

Il est évident que les policiers doivent suivre de près cette personne et ne pas la laisser seule, mais la Médiateure s'oppose à un menottage d'office.

Il s'agit-là d'une mesure particulièrement intrusive et coercitive qui est traumatisante pour chacun, or, elle est encore plus traumatisante pour une personne atteinte d'une pathologie psychiatrique qui est susceptible de l'exposer à des angoisses ou des anxiétés très importantes.

Ad. 91 (p. 38) Vidéosurveillance au CHL des détenus sous mandat de dépôt et en phase d'observation en vue d'un placement médical

Cette solution technique (surveillance continue par vidéo) est un progrès incontestable pour tous les acteurs concernés, ce que vous soulignez à juste titre au chapitre 9 à la page 83. La PGD est donc demandeur à ce que de telles structures techniques soient mises en place dans tout hôpital participant au service de permanence afin de faciliter l'exécution des missions de la PGD. Dès lors, j'ai l'honneur de solliciter votre soutien actif dans ce dossier sensible auprès des instances compétentes.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure partage entièrement l'avis de Monsieur le Directeur général. Il est en effet dans l'intérêt incontestable des patients placés, des membres du personnel soignant, des autres patients de l'unité mais également des agents de police ou des gardiens chargés de la garde du patient si la surveillance se fait par caméra à partir d'une pièce non accessible par le public.

La Médiateure va prendre contact avec qui de droit afin que les moyens budgétaires nécessaires à la généralisation de cette bonne procédure soient mis à la disposition de tous les hôpitaux tels que suggérés par Monsieur le Directeur général.

Ad. 92 (p. 38), Ad. 147 (p. 58) & Chapitre 9 (p. 82-85) : La Présence de personnes en uniforme (si un détenu doit être hospitalisé au service de psychiatrie, resp. si le détenu est sous mandat de dépôt et en phase d'observation ou de placement médical), et spécifiquement dans le cas des agents de police, également armés, au sein d'une unité fermée de psychiatrie, est toujours un élément perturbateur pour les patients

Vu les explications données par Madame la Médiateure et vu la recommandation d'un accompagnement et d'une surveillance par du personnel en civil et non armé, la PGD s'interroge sur l'opportunité d'assurer encore cette mission. D'après Madame la Médiateure, cette mesure concerne des « ...personnes malades, en milieu hospitalier, donc généralement traitées par une médication psychotrope assez conséquente, réduisant grandement les facultés physiques du patient... ».

Au vu de notre réponse déjà donnée le 12 juin 2013 (2013/14101/45/DOME-GMT, Ad. 51 p. 30), et suivant que vous estimez que le service fourni par la PGD est disproportionné par rapport au danger présent, la PGD propose de déléguer cette tâche à un service de transport en ambulance ou à un service de taxi. Une réorientation de l'attribution de cette tâche engendrera certainement une économie en termes de coûts et de ressources humaines à disposition de la PGD pour d'autres missions en matière de sécurité et d'ordre publics.

Ad. 137 (p.53)

Ce cas de figure sert d'exemple positif pour confier davantage le transport des patients à des personnes ou services appropriés. Je vous serai donc obligé de bien vouloir souligner ce point dans votre rapport.

Au chapitre 9, aux pages 83 et 84

Le danger qu'une personne tente de s'approprier de l'arme de service d'un policier est un risque constant qui ne se présente pas seulement en milieu hospitalier ou pénitencier mais lors de nos interventions en général, comme par exemple en présence de personnes fortement alcoolisées ou encore en cas de rixe sur la voie publique.

Comme la PGD est une force armée, appelée à agir en cas de situations dangereuses, l'arme de service individuelle fait partie d'office de l'équipement de base de chaque policier. D'un autre côté, notre concept de sécurité individuelle essaie de prévenir tout incident avec une arme de service, que ce soit par des équipements spécifiques (holster de sécurité), ou encore par une formation de base et continue poussée lors des sessions de tir de nos agents plusieurs fois par année.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure demeure d'avis que le transport et la surveillance de ce type de patients doit rester dans les compétences des agents pénitentiaires ou des agents de police selon la catégorie dans laquelle un tel patient peut tomber si en sus il fait l'objet d'un mandat de dépôt.

Il ne saurait être question de déléguer cette tâche à qui que ce soit. Cette compétence et ce devoir est clairement celui de la police grand-ducale ou de l'administration pénitentiaire et la Médiateure n'est pas disposée à faire des compromis sur ce point.

La Médiateure est cependant aussi d'avis que le port d'un uniforme est absolument inutile et même contreproductif dans ce domaine très sensible. Il n'ajoute rien aux paramètres de sécurité, mais suscite des réactions et des questionnements peu désirables auprès des autres patients et de leurs visiteurs.

La Médiateure maintient aussi son avis qu'une arme à feu n'a pas sa place au sein d'une unité de psychiatrie intensive et que, bien au contraire, elle présente un risque potentiel qui n'est relativisé ou contrebalancé par aucune valeur ajoutée. Les mêmes considérations valent d'ailleurs pour les armes à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire en temps normal.

La Médiateure ne peut pas s'imaginer le moindre cas de figure qui justifierait le recours à une arme à feu en vue de garantir la sécurité ou la sûreté en matière de psychiatrie intensive.

Ces considérations valent avant tout pour la surveillance en milieu hospitalier de patients identifiés comme étant à risque.

En ce qui concerne les modalités de transport, les réflexions relatives aux armes à feu sont de moindre importance.

En aucun cas, la Police ne devrait être chargée de transports à caractère purement ambulancier de patients, bien qu'admis dans une unité psychiatrique intensive, ne représentent aucun risque ni pour eux-mêmes, ni pour autrui.

R A P P O R T

Ombudsman

La Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux Rapport de suivi

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Relevé des acronymes	7
3. Le CHEM.....	8
3.1. Personnel et infrastructures	9
3.2. Les activités.....	14
3.3. Conditions de séjour.....	17
3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations.....	20
4. Le CHdN	21
4.1. Personnel et infrastructures	21
4.2. Les activités.....	24
4.3. Les conditions de séjour.....	28
4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations.....	30
5. Le CHL	31
5.1. Personnel et infrastructures	33
5.2. Les activités.....	39
5.3. Les conditions de séjour.....	41
5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations.....	44
6. L'HK.....	45
6.1. Personnel et infrastructures	47
6.2. Les activités.....	54
6.3. Les conditions de séjour.....	57
6.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations.....	59
7. L'information et la communication en cas d'urgence	61
8. Le CHNP	66
8.1. Le BU2.....	66
8.1.1. Personnel.....	67
8.2. Le BU3.....	68
8.2.1. Personnel.....	68
8.3. Le BU4.....	69
8.3.1. Personnel.....	69
8.4. Le BU6.....	69
8.4.1. Personnel.....	70

8.5.	Um Weier	71
8.5.1.	Personnel	71
8.6.	L'Orangerie 1	72
8.6.1.	Personnel	72
8.7.	Le CTD	73
8.8.	Les activités au CHNP	73
8.9.	Les conditions de séjour	77
8.10.	Fouilles traitements involontaires et fixations	81
9.	Le problème des personnes sous mandat de dépôt en phase d'observation ou de placement médical.	82
10.	Le parcours d'un patient placé médical.....	86
11.	Conclusion	92

1. Introduction

La mission de la Médiateure concernant les services de psychiatrie accueillant les personnes tombant sous le champ d'application de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux s'inscrit dans le cadre du suivi de la même mission déjà réalisée en 2012.

La mission s'est déroulée du 4 novembre 2015 jusqu'au 2 décembre 2015.

Outre les vérifications qui s'imposent, cette mission avait donc également pour but de déterminer dans quelle mesure les recommandations faites dans le rapport précédent ont été transposées.

Comme les textes légaux n'ont pas changé depuis 2012, il n'y a pas lieu d'en analyser la conformité avec les normes internationales puisque cet exercice a été fait dans le rapport précédent.

La mission s'est exclusivement concentrée sur les patients visés par la prédite loi, donc ceux qui étaient admis, dans les services visités, en phase d'observation ou qui s'y trouvaient sous le statut de placés médicaux. Aucun autre patient n'a été abordé par l'équipe de contrôle.

Comme dans le rapport de 2012, la Médiateure tient à souligner que le terme de « traitement » des patients concernés n'inclut pas leur traitement purement médical, alors que cet aspect n'a pas été contrôlé lors de cette mission. Pour cette raison, les opérations sur place ont été réalisées sans le concours d'un expert en médecine psychiatrique.

Le contrôle a débuté aux unités de psychiatrie aiguë ou intensive, concernées en principe en premier lieu par les mesures d'observation et s'est poursuivi auprès des unités de réhabilitation du CHNP, ayant pour vocation de prendre en charge les patients à plus long terme et partant concernées habituellement par les placements médicaux.

En ce qui concerne les mesures d'observation en psychiatrie aiguë, les 4 hôpitaux régionaux ont fait l'objet de la mission de contrôle :

- L'Unité de psychiatrie intensive au Centre Hospitalier Emile Mayrisch à Esch-sur-Alzette (CHEM)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)
- L'Unité de psychiatrie fermée au Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
- L'Unité de psychiatrie adulte à l'Hôpital Kirchberg (HK)

La Médiatrice rappelle que, contrairement au dernier rapport, la ZithaKlinik ne fait plus de service de garde. Dès lors les admissions de la ZithaKlinik ont maintenant lieu au HK.

Les services de réhabilitation font tous partie du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck (CHNP). Au moment des visites sur place, 6 services accueillent des personnes placées et ont donc fait l'objet de la mission de contrôle :

- L'unité « BU 2 », accueillant un patient placé
- L'unité « BU 3 », accueillant la majorité des patients placés
- L'unité « BU4 », appelée également « Horizon »
- L'unité « Orangerie 1 », accueillant majoritairement des patients souffrant de troubles psychotiques
- L'unité « Um Weier », hébergeant des patients à long séjour, sans spécification du type de trouble psychiatrique

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Mercredi, 4 novembre 2015 : CHEM
Entretien avec l'infirmier responsable de l'Unité de psychiatrie intensive
Entretiens avec les infirmiers de l'unité
Entretien avec l'ergothérapeute
Entretien avec l'assistante sociale
- Jeudi, 5 novembre 2015 : CHEM
Entretien avec la psychologue
Entretiens avec des patients
- Mercredi, 5 novembre 2015 : CHdN
Entretien avec un médecin psychiatre
Entretiens avec une infirmière
Entretien avec une ergothérapeute
Entretien avec une psychologue
- Lundi, 9 novembre 2015 : CHL
Entretien avec le Directeur médical adjoint
Entretien avec une cadre intermédiaire responsable de la psychiatrie
Entretien avec l'ergothérapeute
Entretien avec l'infirmier chef de l'unité de psychiatrie fermée
Entretiens avec des infirmiers
- Mardi, 10 novembre 2015 : CHL
Entretien avec deux médecins psychiatres
Entretien avec la psychologue

Entretien avec les assistantes sociales

Entretien avec des patients

Entretien de clôture avec la cadre intermédiaire, le RSU et le Directeur médical adjoint

- Mercredi, 18 novembre 2015 : HK
Entretien avec le Directeur des soins et le Directeur soins du pôle psychiatrie
Entretien avec des assistants sociaux
Entretien avec l'infirmier responsable de l'unité OC
Entretien avec le psychologue
Entretien avec un médecin psychiatre
Entretien avec le sport-thérapeute et l'art-thérapeute
Entretiens avec des patients
- Lundi, 23 novembre 2015 : CHNP
Entretiens avec les patients du BU3, BU2, Um Weier
- Mardi, 24 novembre 2015 : CHNP
Entretiens avec des patients du BU6, du CTD et de l'OR1
- Mercredi, 25 novembre 2015 : CHNP
Entretien avec des infirmiers de Um Weier
- Jeudi, 26 novembre 2015 : CHNP
Entretien avec les psychomotriciennes
Entretien avec un médecin-psychiatre et les infirmiers du BU6
- Vendredi, 27 novembre 2015 : CHNP
Entretien avec un kinésithérapeute et un sport-thérapeute
Entretien avec le RSU du BU2
- Lundi, 30 novembre 2015 : CHNP
Entretien avec l'ergothérapeute du BU3
Entretien avec la psychologue du BU6
Entretien avec le RSU du BU3
Entretien avec l'ergothérapeute du BU6
- Mardi, 1^{er} décembre 2015 : CHNP
Entretien avec l'assistant social du BU6 et du BU2
Entretien avec les infirmiers de l'OR1
- Mercredi, 2 décembre 2015 : CHNP
Entretien avec le psychologue du BU3
Entretien avec les infirmiers du BU6

- Vendredi, 4 décembre 2015 : CHNP
Entretien avec les art-thérapeutes
Entretien avec le Directeur des soins et un cadre intermédiaire

A la fin des visites sur place, la Médiateure a demandé par écrit aux services concernés de lui faire parvenir un relevé des fixations réalisées sur les patients admis ou placés au cours de la période du 1^{er} novembre 2014 au 1^{er} novembre 2015 pour chaque unité concernée par le contrôle.

La Médiateure souhaite remercier tous les acteurs rencontrés pour le bon déroulement de la mission, leur collaboration et leur disponibilité.

2. Relevé des acronymes

APIC :	Approche préventive et Intervention contrôlée, formation à l'adresse des intervenants en psychiatrie destinée à prévenir et à gérer des crises
BU (1-8) :	Building (Tour) du CHNP abritant différents services
CCDH :	Commission Consultative des Droits de l'Homme
CHdN :	Centre Hospitalier du Nord
CHEM :	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL :	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP :	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CPG :	Centre Pénitentiaire de Givenich
CPL :	Centre Pénitentiaire de Luxembourg
CSEE :	Centre Socio-Educatif de l'Etat
CTD :	Centre Thérapeutique de Diekirch, un service du CHNP
ETP :	Equivalent Temps Plein, correspondant à un poste de travail à temps plein
HK :	Hôpital Kirchberg
OR (1-3) :	Orangerie, bâtiment du CHNP abritant différents services
SPAD :	Soins Psychiatriques à Domicile, un service du CHNP
UPS :	Unité de Psychiatrie Spéciale

3. Le CHEM

L'unité de psychiatrie intensive du CHEM compte toujours 12 lits d'hospitalisation, répartis sur deux chambres individuelles et 5 chambres doubles. Deux autres chambres individuelles sont équipées d'un système de vidéosurveillance.

Pendant la durée de la mission sur place, 8 patients mis en observation ou faisant l'objet d'un placement médical sur base de la loi du 10 décembre 2009 sur le placement des personnes atteintes de troubles mentaux étaient hospitalisés.

Tous les patients hospitalisés sont examinés également, dès leur entrée, par un médecin-spécialiste en maladies internes.

Il n'y a pas de dépistage systématique des maladies sexuellement transmissibles, du VIH ou des hépatites au moment de l'entrée sauf en ce qui concerne les patients connus comme étant (poli-) toxicomanes.

Si, en 2012, à l'époque du premier rapport sur les unités fermées de psychiatrie adulte, il était encore mentionné que ces douze lits sont destinés aux patients se trouvant en phase d'observation, la situation a beaucoup changé entretemps.

A l'heure actuelle, il faut malheureusement constater qu'en raison du manque de capacités d'accueil et surtout du manque de structures d'écoulement après le séjour au CHNP, les unités d'hospitalisation en psychiatrie fermée des hôpitaux régionaux servent pour partie également à l'hospitalisation de patients placés et cela souvent pour toute la durée de leur placement comme il ressort des données relatives à l'occupation du service soumises par tous les hôpitaux.

Il s'agit d'un constat qui touche avant tout le CHEM, l'HK et le CHL. Au ChdN, la situation est moins tendue car le service fermé de psychiatrie est nettement moins sollicité par les mesures de placement et les phases d'observation préalables.

Il est cependant à relever que ni les infrastructures, ni les dotations en personnel et partant les offres thérapeutiques des hôpitaux régionaux ne sont conçues pour un traitement de réhabilitation psychiatrique à moyen, voire à long terme.

Il s'agit en tout état de cause d'une situation néfaste et peu propice au traitement des patients qui, malgré toute bonne volonté des médecins et du personnel des hôpitaux régionaux sont, pour des raisons d'insuffisances des infrastructures existantes, forcées à vivre dans un contexte inadapté, limitant au-delà du nécessaire leur périmètre d'action et n'offrant pas tout l'éventail thérapeutique d'un séjour en psychiatrie de réhabilitation à long terme comme elle existe au CHNP.

(1) La Médiatrice reviendra ultérieurement en détail à ce problème grave et urgent qui a été rencontré par l'équipe de contrôle à tous les niveaux.

Le CHEM dispose toujours de son « Centre d'intervention de crise » accessible 24h/24 et pendant 7 jours par semaine. Ce service est destiné à la prise en charge rapide de patients en situation de crise par un infirmier psychiatrique qui peut à tout moment faire appel à un médecin-spécialiste en psychiatrie en cas de besoin. Tout patient peut séjourner au

maximum 16 heures dans ce Centre. Généralement, il est par la suite pris en charge par des services ambulatoires spécialisés selon la pathologie ou il fait l'objet d'une hospitalisation.

A côté de cet outil dont la Médiateure avait déjà souligné l'utilité dans son rapport de 2012, il existe une offre spécifique au CHEM, à savoir l'« Antenne mobile psychiatrique », gérée par les infirmiers du service de psychiatrie intensive. Il s'agit d'un outil de suivi, sur prescription du médecin-psychiatre traitant, destiné à une prise en charge globale des patients souffrant de pathologies psychiatriques dans leur milieu de vie. Deux ETP d'infirmiers sont alloués à ce service également mentionné dans le précédent rapport.

La Médiateure avait recommandé aux responsables du CHEM et également aux autorités budgétaires de prendre les dispositions nécessaires afin que l'« Antenne mobile psychiatrique » puisse également fonctionner pendant les fins de semaine.

(2) Cette recommandation ne semble pas avoir été suivie, de sorte que la Médiateure la reproduit à cet endroit en faisant un appel tant aux responsables du CHEM qu'aux responsables en charge des dotations financières aux hôpitaux, en vue de débloquer les crédits nécessaires à un fonctionnement de ce service à raison de 7 jours par semaine.

La Médiateure salue tout particulièrement l'existence de ce service qui est d'une très grande importance, notamment dans le contexte du manque flagrant d'infrastructures adaptées à l'accueil de patients psychiatriques en séjour post-hospitalier.

La Médiateure rappelle qu'il s'agit d'une mesure qui est susceptible de générer à terme des économies car elle contribue à diminuer le nombre des hospitalisations et dans le cas où une hospitalisation est inévitable, d'en réduire au moins la durée. Elle y reviendra ultérieurement au titre du problème du manque d'infrastructures.

3.1. Personnel et infrastructures

Comme en 2012, 4 médecins-spécialistes en psychiatrie exercent, en parallèle à leur activité de consultation et à leurs autres activités hospitalières, également à l'unité de psychiatrie intensive.

En tout l'unité est dotée de 15,5 ETP en infirmiers (5 ETP en infirmiers psychiatriques et 10,5 ETP en infirmiers) et de 0,75 ETP en aides-soignants.

Ceci constitue une baisse de 1,75 ETP par rapport à l'état de 2012.

(3) La Médiateure demande des explications quant à cette diminution du nombre d'ETP en personnel soignant, notamment eu égard au fait que la charge de travail et le nombre de lits sont restés les mêmes.

Au moment de la visite des lieux, le service de psychiatrie intensive comportait également 0,25 ETP en ergothérapeutes et 0,33 ETP en psychologue.

A l'équipe thérapeutique et au personnel soignant s'ajoute encore 0,33 ETP en assistants sociaux affectés à l'unité fermée.

Les ETP en assistants sociaux et en psychologues sont demeurés identiques à l'état de 2012, l'ergothérapeute est passé de 0,1 ETP en 2012 à 0,25 ETP ce qui constitue une très légère amélioration.

Déjà au moment du rapport de 2012, la Médiateure estimait que la dotation en personnel thérapeutique était insuffisante, la très légère augmentation de la présence de l'ergothérapeute ne constitue pas une solution au problème.

(4) Le Médiateure n'ignore pas que le personnel soignant fait partie intégrante de l'équipe thérapeutique et qu'ils mènent également des entretiens à visée thérapeutique. Il est cependant à constater que leur effectif en ETP a également diminué et que l'offre en thérapies spécialisées est insuffisante.

Toujours est-il que l'équipe thérapeutique proprement dite, ensemble avec les assistants sociaux ne représentent que 0,91 ETP, soit même pas l'équivalent d'un emploi à plein temps pour 12 patients atteints par des pathologies lourdes nécessitant une attention accrue.

(5) Aux yeux de la Médiateure, la dotation en assistants sociaux est insuffisante et elle recommande de débloquer les crédits nécessaires afin que le service puisse bénéficier d'au moins 0,5 ETP en assistants sociaux.

Des réunions de staff ont lieu tous les lundis et vendredis. A cette occasion, l'échange d'information entre tous les intervenants a lieu.

(6) La Médiateure s'en félicite.

Dans ce cadre, il est à déplorer que l'ergothérapeute ne participe pas toujours à ces réunions car elles interfèrent occasionnellement avec d'autres activités.

(7) La Médiateure suggère aux responsables d'en tenir compte dans le futur au moment de la planification de ces réunions.

En tant que service de psychiatrie fermé, l'unité dispose de la dotation de sécurité, ce qui signifie en théorie que pendant chacun des trois tours, trois infirmiers sont présents.

Ceci était encore le cas au moment du rapport de 2012. Or, à l'heure actuelle, il faut relever que les tours du matin et de l'après-midi sont assurés par trois infirmiers alors que le tour de la nuit n'est en réalité assuré que par deux infirmiers du service de psychiatrie intensive auxquels se joint l'infirmier qui assure la permanence du « Centre de crise ». Si ce dernier doit répondre aux besoins d'un patient qui sollicite l'intervention du « Centre de crise », il n'est pas présent à l'unité fermée.

Si la Médiateure estime que l'infirmier du « Centre de crise » est disponible pendant la majorité du temps pour l'unité fermée, il n'en reste pas moins qu'il ne s'agit pas d'une présence à 100% et que de surcroît, les absences de l'infirmier du « Centre de crise » sont imprévisibles.

L'équipe de contrôle a constaté que tous les hôpitaux ont abandonné dans la pratique la présence permanente de trois infirmiers à l'unité de psychiatrie fermée en faisant intervenir un troisième infirmier externe au service suivant des modalités propres à chaque institution.

(8) La Médiateure n'apprécie pas ce détournement de l'esprit de la dotation de sécurité. En effet, cette dotation, non conditionnée par le PRN, a pour but de répondre aux besoins très spécifiques des services de psychiatrie fermés, ceci tant au niveau des sollicitations plus importantes dans ce genre de services, mais avant tout aussi pour assurer la sécurité du personnel, des autres patients et finalement aussi pour garantir la sécurité et l'ordre publics.

La Médiateure recommande de revenir à une dotation réelle de trois infirmiers par tour, également pendant la nuit.

Comme il a déjà été mentionné, la Médiateure est tout à fait consciente du fait qu'il n'incombe, en vertu de la répartition officielle des compétences dans le secteur psychiatrique, pas aux hôpitaux régionaux d'accueillir des personnes en phase de placement ou en séjour prolongé à vocation de réhabilitation.

Il est un fait que le CHNP n'est à l'heure actuelle pas en mesure d'accueillir tous les patients en phase de placement, notamment dès le début de cette phase. Les hôpitaux régionaux doivent dès lors de plus en plus faire face à des patients de long séjour et à leurs besoins très spécifiques.

Il est indéniable que la surface très réduite de la psychiatrie intensive du CHEM et la proximité des patients qui en découle imposent des contraintes à la limite de l'acceptable à des patients qui ne peuvent sortir de ce service pendant une durée assez prolongée.

Après le rapport de 2012, les autorités du CHEM ont informé la Médiateure qu'ils allaient étudier les possibilités d'augmenter la surface du service de psychiatrie intensive.

Ces réflexions ne semblent pas avoir été suivies de conséquences puisque la surface de ce service très sollicité est demeurée inchangée.

(9) Tout en sachant que le CHEM sera reconstruit dans un futur proche, la Médiateure se féliciterait si le service de psychiatrie intensive pouvait être agrandi à court terme.

Il est évident que l'offre thérapeutique relativement limitée notamment dans la variation, n'est pas de nature à améliorer ce constat. La Médiateure n'ignore pas qu'il faut se garder de confondre offre thérapeutique et activités de loisirs ou de passe-temps. Les affirmations des patients recueillies de façon très répétée par l'équipe de contrôle permettent sans équivoque de conclure que les activités thérapeutiques contribuent souvent, en sus de leur visée purement médicale, au bien-être général des patients.

La Médiateure réitère qu'elle formule ces observations en pleine connaissance du fait que le service de psychiatrie intensive du CHEM doit depuis un certain temps faire face à des défis pour lesquels il n'a pas été conçu. Il ne faut dès lors pas lire ces observations comme critique qui vise directement le CHEM qui travaille avec les moyens qui sont les siens, la critique vise le système actuellement en vigueur au plan national en matière d'hospitalisation à moyen et à long terme de patients psychiatriques placés.

Il demeure cependant vrai que surtout le CHEM, mais également comme on le verra plus loin le CHL, sont plus touchés par l'insuffisance du système actuel. Ceci tient au fait que ces deux hôpitaux doivent faire face à une demande constamment élevée de procédures de placement avec une superficie du service plutôt réduite. L'Hôpital Kirchberg, comme on le

verra plus loin, est moins touché par le phénomène, surtout en raison de l'agencement différent de l'ensemble de son service de psychiatrie. Il est cependant à craindre que le nombre de procédures de placement n'augmente dans cet hôpital du fait qu'il accueille dorénavant tous les patients de la Clinique Ste. Thérèse pour lesquels une telle procédure a été engagée.

La situation est quelque peu plus détendue au CHdN, dont le service fermé de psychiatrie est de taille identique aux autres hôpitaux, mais qui est confronté à une quantité nettement plus réduite de procédures de placement.

Déjà dans son rapport de 2012, la Médiateure avait fait état d'un problème plus spécifiquement rencontré par les assistants sociaux travaillant dans les unités de psychiatrie fermées.

Ces services accueillent régulièrement des personnes qui y sont conduites par la Police grand-ducale ou d'autres intervenants. Souvent ces personnes sont dans un état tel qu'il leur est impossible de communiquer leur identité, leur situation familiale, leur état d'affiliation aux organismes de sécurité sociale ou encore leur domicile.

Or, il s'agit d'informations essentielles dont les hôpitaux ont besoin. Or, la législation sur la protection des données empêche les assistants sociaux en charge de recevoir de la part des administrations compétentes les informations requises d'urgence.

Ceci vaut notamment pour l'employeur d'un patient. Si un patient hospitalisé dispose encore d'un emploi, il est impératif que l'employeur soit informé de l'incapacité de travail de son salarié, au moins dans les formes et délais d'exception prévus par l'article 121-6 (4) du code du travail. Or, en pratique le Centre Commun de la Sécurité Sociale refuse de communiquer cette information.

La Médiateure est d'avis que la protection des données constitue un acquis qui doit absolument être maintenu. Il en va des libertés individuelles de chaque personne. Cependant, elle recommande de prendre également en considération ce genre de situations particulières auxquelles le législateur n'a certainement pas pensé, mais dans lesquelles la protection des données personnelles risque de créer un grave préjudice à la personne qui est censée être protégée. Telle ne peut manifestement pas être la volonté du législateur et telle n'est certainement pas non plus la finalité de la législation sur la protection des données.

(7) La Médiateure recommande dès lors que les services d'assistance sociale de tous les services de psychiatrie fermés élaborent un document commun dans lequel ils motivent leurs besoins spécifiques. Ce document serait continué par la Médiateure aux autorités politiques en vue d'une adaptation du contexte législatif et réglementaire.

En ce qui concerne les assistants sociaux, l'équipe de contrôle a constaté qu'ils ont dorénavant accès au dossier médical informatisé ce qui leur facilite leur travail.

La Médiateure félicite les responsables de cette décision qui revêt toute son importance en matière de psychiatrie intensive.

Tout comme en 2012, le service de kinésithérapie est ouvert aux patients de l'unité de psychiatrie intensive en cas de besoin. Ce service, commun à tout l'hôpital, se trouve à l'extérieur de l'unité, de sorte que les patients doivent y être accompagnés.

Tout comme c'était le cas lors du rapport de 2012, l'accès des patients aux services d'un psychologue est aisé. Le psychologue intervient en effet sans prescription médicale, à la demande du patient, de son entourage familial ou suite à une suggestion du personnel de l'unité de psychiatrie intensive.

La Médiateure félicite les responsables de faciliter dans une large mesure l'accès aux services d'un psychologue. Cependant il est à souligner que la dotation globale du service de psychiatrie intensive n'est que de 0,33 ETP en psychologue.

En raison de cette dotation nettement trop réduite aux yeux de la Médiateure, la psychologue affectée à l'unité fermée ne peut souvent pas répondre dans l'immédiat ou dans un délai rapproché aux sollicitations des patients. Il ne faut pas oublier qu'elle est également appelée à couvrir les besoins de plusieurs autres services du CHEM (addictologie, psychiatrie aiguë, maternité et gardes en cas d'avortement).

La dotation actuelle ne permet pas que chaque patient de l'unité intensive puisse automatiquement être vu par un psychologue.

Ceci explique également que les tests psychologiques demandés soient effectués par une neuropsychologue du service de neurologie.

En raison de la faible couverture en personnel, il n'est également pas possible d'assurer un suivi psychologique auprès des patients qui ont quitté l'hôpital.

(8) La Médiateure réitère sa recommandation déjà formulée en 2012 d'augmenter sensiblement la dotation en ETP de psychologue au sein de l'unité fermée afin de garantir un accès rapide et efficace pour tous les patients concernés. La Médiateure considère qu'une dotation de 0,75 ETP en psychologue constitue un minimum absolu.

Elle rappelle que tel est le cas notamment aux services des soins palliatifs et à l'oncologie qui disposent chacun d'un psychologue à raison de 30 heures par semaine.

La Médiateure note par ailleurs avec satisfaction que les psychologues ont la possibilité de travailler de manière autonome et non sous l'autorité des médecins.

Le service compte cinq chambres doubles et deux chambres individuelles. L'équipe de contrôle s'est entretenue avec plusieurs patients et seulement un seul a considéré que son séjour en chambre double va à l'encontre de son besoin d'intimité. Il faut mentionner que de l'autre côté, plusieurs patients ont affirmé préférer séjourner en chambre double, la compagnie de leur voisin de chambre leur aiderait à supporter l'uniformité et la répétitivité de la vie quotidienne.

Lors de la visite en 2012, des travaux de transformation avaient lieu dans le fumoir, de sorte que la seule salle commune à disposition des patients, où ils peuvent également téléphoner et se restaurer servait de fumoir de dépannage.

Entretemps, le fumoir fonctionne à nouveau, de sorte que la salle commune est redevenue un endroit sans tabac.

(9) La Médiateure s'en félicite.

L'équipe de contrôle a appris que la très grande majorité du personnel soignant désirerait bénéficier d'une supervision. Or, il semble que les instances décisionnelles du CHEM ne soient pas favorables à cette demande.

(10) La Médiateure souligne l'utilité d'une supervision dans un contexte si difficile et demande de plus amples explications aux responsables.

(11) La Médiateure suggère aux autorités du CHEM de songer à la mise en place d'une petite bibliothèque qui propose des livres et d'autres lectures adaptés au contexte spécifique aux patients tel qu'il est le cas auprès des autres services de psychiatrie fermés.

(12) La Médiateure remercie également les responsables du CHEM de continuer la bonne pratique consistant à mettre gratuitement à la disposition de l'eau potable à tous les patients du service de psychiatrie intensive.

3.2. Les activités

Tout comme en 2012, la Médiateure déplore le manque de superficie de l'unité ce qui rend impossible l'organisation d'un nombre suffisant d'activités au sein du service. Le lieu de déroulement des activités peut à première vue paraître sans importance, mais en réalité, il ne faut pas oublier que tout déplacement d'un ou de plusieurs patients, qui ne disposent pas d'une autorisation du médecin de sortir seuls en dehors du service ne peut se faire que sous l'accompagnement d'un membre du personnel. Il en découle que la configuration architecturale des lieux conditionne le nombre de sorties entre autres à la disponibilité du personnel. Tous les efforts sont entrepris pour garantir à chaque patient au moins une sortie journalière.

La Médiateure est consciente du fait qu'il ne sera, vu le projet de reconstruction à venir, plus guère possible d'apporter dans l'immédiat voire à court terme des changements à la configuration des lieux.

(13) Elle recommande cependant aux responsables du CHEM de prendre en considération les besoins spécifiques de l'unité de psychiatrie intensive au moment de la conception des plans pour la reconstruction future du CHEM.

L'équipe de contrôle n'a pas pu détecter de plan individualisé en ce qui concerne les activités thérapeutiques.

(14) La Médiateure recommande aux responsables de réfléchir sur la mise en place d'une telle pratique.

En principe, les activités sont réalisées par le personnel soignant ou l'ergothérapeute.

Les activités sont divisées en deux catégories, à savoir celles qui ont lieu à l'intérieur de l'unité et celles se déroulant en dehors de l'unité, voire même à l'extérieur de l'hôpital.

Les activités sportives sont avant tout mises en œuvre par le personnel soignant.

Font partie des activités : les sorties et promenades de durée variée à l'extérieur, le sport, à l'étage et en dehors, les mercredis matin, également au stade de la FOLA, les visites à la cafeteria du CHEM, l'ergothérapie, la peinture ou le collage, les jeux de société, la musique, la cuisine thérapeutique, le tennis de table, les échecs, les soins esthétiques, et encore les travaux manuels. Il faut souligner également que chaque soir, l'équipe soignante organise un repas thérapeutique à l'attention des patients qui est pris ensemble sous la forme d'un buffet à dresser par les patients dans la salle commune.

Cette activité est certainement très louable et également appréciée par les patients. L'équipe de contrôle a été informée par plusieurs sources convergentes et par l'ensemble des patients avec lesquels elle a pu s'entretenir, qu'aucun membre du personnel soignant ne participerait cependant à ce repas. Selon ces informations, les soignants prendraient leur repas dans leur bureau, vis-à-vis de la salle commune.

Selon les mêmes sources, il arriverait à l'occasion que le personnel soignant se ferait livrer des pizzas. Il est à souligner que le bureau du personnel est délimité vers le couloir par une grande baie vitrée. Les patients peuvent donc voir ce qui se passe dans ce bureau.

(15) La Médiateure n'entend pas entrer dans des détails, mais elle espère que les responsables concernés considèrent eux-aussi qu'il ne s'agit guère d'une approche qui favorise ni un climat serein, ni une activité thérapeutique réussie.

La Médiateure souhaite avoir des informations précises à l'égard de la présence d'un infirmier pendant le repas thérapeutique.

Bien que l'offre de ce repas soit déjà appréciable, l'activité ne saurait être qualifiée comme activité thérapeutique que si elle a lieu sous l'observation attentive d'au moins un membre du personnel afin qu'il puisse dégager du comportement et de l'interaction toutes les informations utiles à la thérapie et à l'évaluation de chaque patient.

Une lecture attentive du plan des activités permet également de tirer certaines conclusions sur l'offre réelle.

Si le plan renseigne sur 353 activités ayant eu lieu en dehors du service et sur 625 activités qui ont été réalisées à l'intérieur de la psychiatrie intensive, soit de 978 activités au total, ce qui équivaldrait à 2,6 activités en moyenne par jour, la réalité est cependant moins positive.

Premièrement, le repas thérapeutique est comptabilisé chaque jour, ce qui fait déjà 365 activités. Or, il s'agit d'un événement tellement récurrent qu'il n'est plus perçu comme exceptionnel par les patients. Il faudrait également déduire 123 sorties à l'extérieur qui en réalité sont souvent de brèves pauses sur le terrain du CHEM pendant lesquelles les patients peuvent prendre un peu d'air frais.

Les activités sportives sont bien représentées avec en tout 245 unités sur l'année (à l'intérieur et à l'extérieur cumulées).

(16) Ceci semble tout à fait suffisant et n'appelle aucun commentaire.

En ce qui concerne l'ergothérapie, la situation est de loin moins satisfaisante. En effet, on ne compte que 12 activités thérapeutiques d'ergothérapie pour toute l'année précédant la visite sur place. Le personnel soignant informe en principe les patients sur l'offre existante en matière d'ergothérapie. L'ergothérapeute sensibilise les patients également en personne à l'intérieur du service sur ses activités. En fait, cette activité thérapeutique n'a été proposée que pendant 5 mois de l'année. Ceci est nettement insuffisant et s'explique par le fait que l'ergothérapeute qui ne dispose de toute manière que de 0,25 ETP pour la psychiatrie intensive est également en charge d'autres activités.

(17) La Médiateure recommande aux autorités responsables du CHEM d'augmenter de toute urgence le taux en ETP d'ergothérapeute alloué au service de psychiatrie fermée afin de garantir une meilleure offre en la matière. A ses yeux une dotation de 0,75 ETP en ergothérapeute constitue un minimum. Si le personnel soignant est moins impliqué dans les activités ergo-thérapeutiques, ce qui serait à privilégier, le minimum devrait être de 1 ETP en ergothérapeute pour le seul service de psychiatrie intensive.

L'équipe de contrôle a également été informée que le budget mis à disposition de l'ergothérapeute aurait été sensiblement diminué.

(18) La Médiateure demande aux responsables de lui faire parvenir dans les meilleurs délais la dotation financière du service d'ergothérapie depuis l'exercice budgétaire 2010.

Notons encore que la faible dotation en personnel du service d'ergothérapie interdit toute thérapie individuelle, seules des thérapies de groupe peuvent être offertes.

Il faut également relever que les conditions de travail de l'ergothérapeute ne sont pas optimales. Comme tout le service, il est tributaire de l'exiguïté des lieux et ne dispose toujours pas, au sein de l'unité intensive, d'une armoire de stockage pour son matériel, ceci malgré une recommandation en ce sens faite en 2012.

L'équipe de contrôle a appris par les patients que l'ergothérapeute n'accompagnerait pas les patients lors de la sortie destinée à faire les achats en vue de la préparation d'un plat en cuisine thérapeutique. Dans les autres hôpitaux cette activité importante est intégralement organisée par les ergothérapeutes. Il est en effet important que ces thérapeutes spécialisés observent le comportement du patient dans l'ensemble du cycle de l'activité et dans les diverses situations de défi que cette activité produit.

L'équipe de contrôle n'a pas eu d'informations précises sur la procédure en vigueur au CHEM. Il semble peu clair si l'ergothérapeute participe à toutes les phases de l'activité, y compris les achats des denrées au supermarché.

En tout état de cause la Médiateure regretterait si, pour des raisons de coût salarial, l'ergothérapeute était remplacé dans certaines phases par du personnel moins onéreux.

Si tel était vrai, la Médiateure ne pourrait que s'en étonner. Encore une fois, ce serait mal comprendre toute la visée de l'exercice. Notamment la phase de l'achat permet de mettre les patients dans des situations thérapeutiques spécifiques et individuelles selon leurs besoins (compétences sociales de manière générale, i.e. demander des renseignements, payer à la caisse et vérifier la monnaie de retour etc.). Il s'agit en toute occurrence d'une activité qui relève intégralement de la compétence de l'ergothérapeute qui devrait toujours pouvoir

diriger et suivre l'ensemble de l'activité de cuisine thérapeutique, y compris la phase « achat ».

L'argument de la faible dotation en ETP d'ergothérapeutes ne saurait constituer un argument en la matière.

(19) La Médiateure demande des renseignements plus détaillés de la part des responsables. S'il devait s'avérer que l'ergothérapeute ne peut pas participer aux achats, la Médiateure recommande d'abolir cette pratique qui à son avis est contreproductive.

(20) La Médiateure se félicite que sa recommandation de 2012 ait été suivie en accordant aux activités de cuisine thérapeutique les moyens budgétaires nécessaires à la réalisation des objectifs.

(21) Outre l'augmentation urgente des ETP en ergothérapeute, la Médiateure recommande d'apporter plus d'attention aux besoins du service d'ergothérapie lors de la finalisation des plans de la nouvelle construction.

Contrairement au service d'ergothérapie, la salle des sports au service de kinésithérapie est bien équipée.

(22) La Médiateure réitère ses félicitations à cet égard aux responsables du CHEM.

Malgré le bon équipement de cette salle, elle est avant tout destinée à des activités de fitness ou de gymnastique, sa taille et sa disposition ne permettant pas son utilisation pour des sports d'équipe et son aération pourrait encore être améliorée.

(23) La Médiateure recommande aux responsables du CHEM d'intégrer une petite salle de sports de taille adaptée aux sports d'équipe dans la planification du nouveau site. Une telle salle pourrait également être ouverte au personnel pendant certaines plages horaires.

(24) L'équipe de contrôle relève positivement qu'un infirmier organise une à deux fois par mois une activité musicale et de chant.

3.3. Conditions de séjour

Comme il a déjà été mentionné, l'unité dispose de 5 chambres doubles et de deux chambres individuelles. Elle est également équipée de deux autres chambres sous surveillance-vidéo destinées à accueillir les patients plus agités ou à haut potentiel auto-agressif. Dans toute la mesure du possible, les fixations sont également effectuées dans une de ces chambres.

Le service comprend en outre une salle commune et un fumoir.

Le bureau des infirmiers n'est en principe pas accessible aux patients.

Les chambres destinées au séjour sont propres, très bien équipées, lumineuses et spacieuses et ne donnent lieu à aucune critique.

Les patients disposent d'un coffre-fort individuel.

L'état d'hygiène de l'ensemble des infrastructures est exemplaire. La même observation vaut pour la literie.

Les patients semblent également bénéficier d'une excellente prise en charge au niveau de leur hygiène corporelle et de leurs effets vestimentaires.

(25) La Médiateure félicite explicitement les responsables et notamment aussi l'équipe soignante et de nettoyage qui assure en matière d'entretien des patients et d'hygiène une prestation excellente.

Ce constat peut sembler anodin, mais comme tant d'autres il ne faut pas perdre de vue le contexte très spécifique de la psychiatrie intensive. En effet, un nombre important de patients est, pendant cette première phase d'hospitalisation, sous l'effet d'une médication souvent lourde. Il ne faut pas oublier non plus que nombre de ces patients sont atteints de pathologies qui altèrent gravement leurs capacités intellectuelles et leurs compétences sociales.

Ces patients ne sont très souvent pas en mesure d'assurer leur hygiène corporelle et l'entretien, respectivement le nettoyage et le changement de leurs vêtements. Contribuer, par une attention accrue et constante à une hygiène correcte dans tous les domaines permet de conserver à ces patients, voire de leur rendre, une partie de leur dignité humaine.

L'équipe de contrôle a également relevé que le service dispose d'un stock de vêtements, constitué par le personnel, afin de dépanner les patients indigents qui sont dans le besoin.

(26) La Médiateure félicite le personnel pour son dévouement.

Les patients sont informés par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes. Ils doivent signer un accusé de réception à cet égard. En cas de besoin le personnel soignant ou les assistants sociaux fournissent des explications supplémentaires sur demande du patient.

Une affiche avec les informations les plus importantes est d'ailleurs exposée visiblement à l'intérieur de l'unité.

(27) Il s'agit d'une pratique irréprochable aux yeux de la Médiateure.

Plusieurs patients se sont plaints de l'alimentation dont le goût et la variation ne leur plairaient pas.

L'équipe de contrôle a sollicité de tous les hôpitaux concernés par le présent rapport un relevé reprenant sur les deux mois précédents la mission de contrôle, l'ensemble des repas du midi et du soir servis.

Trois formules standard sont offertes à tous les patients, une variante classique, une variante hypocalorique et une variante végétarienne.

(28) L'équipe de contrôle ne peut pas se prononcer sur la qualité gustative des plats car elle ne les a pas testés. Elle constate cependant que la variété offerte est plus que

satisfaisante et ne donne lieu à aucune critique. Force est également de rappeler à cet égard que les patients du service de psychiatrie intensive prennent un repas collectif et thérapeutique le soir sous forme de buffet, de sorte que le plan des menus ne leur est pas applicable en ce qui concerne le dîner. L'équipe de contrôle ne peut pas suivre les plaintes exprimées par les patients à l'égard de l'absence de variation sur le plan nutritionnel.

Les patients peuvent utiliser à tout moment le téléphone qui se trouve dans la salle commune pour communiquer avec leurs proches.

(29) Si la Médiateure salue le fait que la liberté de communication ne soit entourée d'aucune entrave, elle répète cependant sa recommandation formulée en 2012 d'installer des téléphones individuels dans les chambres des patients, ceci afin de préserver au mieux la sphère privée des patients.

L'équipe de contrôle a fait cette proposition sur place, mais elle s'est vue opposer des arguments tenant à la sécurité et à la prévention de toute tentative de suicide. L'équipe de contrôle souligne que certains hôpitaux sont équipés de téléphones individuels au sein de leur service de psychiatrie intensive sans que le moindre accident n'ait jamais eu lieu. Il existe par ailleurs des modèles sans câble spécialement adaptés aux besoins de prévention de suicide. Une alternative, pratiquée par d'autres hôpitaux serait de permettre aux patients d'utiliser leurs téléphones portables personnels.

La Médiateure souligne cependant que l'utilisation de téléphones portables personnels doit également être entourée de précautions particulières, notamment en matière de prises de photos, pour garantir le respect de l'intimité et du secret médical des autres patients.

Les heures de visite sont gérées de manière flexible, de sorte qu'il est toujours possible de venir visiter un patient en journée. Pour des raisons organisationnelles, des visites ayant lieu après 15 heures sont préférables. Le personnel affiche la plus grande flexibilité à cet égard, ce qui est également confirmé par les patients.

(30) La Médiateure félicite le personnel de l'unité pour cette approche ouverte qui rencontre directement les intérêts des patients et de leurs proches.

Si l'équipe de contrôle a dû constater en 2012 que les efforts d'explication menés par les médecins et le personnel soignant auprès des patients en vue de leur expliquer les raisons et les formes de leur médication étaient perfectibles, selon les dires des patients, la situation semble avoir changé. En effet, presque tous les patients interrogés par l'équipe de contrôle et en mesure d'interagir d'une manière cohérente, ont affirmé avoir obtenu toutes les explications désirées à cet égard et ceci même à plusieurs reprises, selon l'évolution de leur état de santé et leur prise de conscience.

Ceci est extrêmement important afin de ne pas laisser le patient seul et au dépourvu face aux effets secondaires souvent assez majeurs produits par les médicaments. Il en va dans un stade ultérieur également de l'adhésion définitive du patient au traitement.

(31) La Médiateure en remercie les responsables et les encourage à persévérer dans ce sens.

3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les actes de contention font l'objet d'une excellente documentation qui remplit tous les caractères de transparence requis. Elle est en outre très détaillée et permet même une répartition des patients selon les motifs précis à la base de l'acte de contention.

(32) La Médiateure félicite les responsables du CHEM pour la tenue exemplaire de ces registres.

Pendant la période du 1^{er} novembre 2014 au 1^{er} novembre 2015, le service de psychiatrie intensive du CHEM a accueilli 236 patients sous mise en observation sur un total de 379 admissions à l'unité.

Il n'est malheureusement pas possible de distinguer statistiquement les contentions opérées sur les patients non mis sous observation ou ne faisant pas l'objet d'un placement de ceux tombant sous l'empire de la loi du 10 décembre 2009 sur le placement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Sur les 379 patients admis à l'unité fermée pendant la période de référence, 95 ont fait l'objet d'un ou de plusieurs épisodes de contention.

En tout 199 fixations ont dû être effectuées sur ces 95 patients.

Les contentions ont toujours lieu sur prescription médicale et sont effectuées pour les raisons et avec les fréquences suivantes :

- auto-agression : 37 épisodes de contention, durée moyenne de 7 heures
- comportement délirant : 14 épisodes de contention, durée moyenne de 7,5 heures
- comportement menaçant : 29 épisodes de contention, durée moyenne de 8,5 heures
- comportement perturbateur : 42 épisodes de contention, durée moyenne de 4,5 heures
- confusion : 8 épisodes de contention, durée moyenne de 11 heures
- hétéro-agression : 39 épisodes de contention, durée moyenne de 8 heures
- risque de chute : 20 épisodes de contention, durée moyenne de 10,7 heures
- autres : 10 épisodes de contention, durée moyenne de 5 heures

La durée moyenne globale de l'ensemble des mesures de contention était de 7,32 heures.

Les fixations étaient d'une durée totale de 1456 heures et il s'agissait de 95 patients différents et de 199 actes de fixation.

L'équipe de contrôle tient à apporter à cet endroit cette précision importante afin de ne pas donner lieu à une interprétation faussée des chiffres au détriment du CHEM.

Pendant la période de référence, une patiente atteinte par une pathologie psychiatrique majeure a été hospitalisée à 7 reprises au service dont une fois pendant presque 4 mois. Cette patiente a été fixée à 44 reprises, notamment pour des raisons d'auto-agression, mais aussi sur sa propre demande pendant un nombre total de 440 heures.

Si l'on retranche les données de cette patiente à besoins très spécifiques des statistiques on arrive à une durée moyenne de fixation de 6.55 heures.

Le ratio des fixations est, abstraction faite de la patiente à besoins spécifiques, de 155 fixations sur 94 patients par rapport à un total de 378 patients.

Ces statistiques ne correspondent pas aux affirmations faites par les responsables du CHEM lors du rapport de 2012 aux termes desquelles une contention normale serait d'une durée variant entre une et deux heures, équivalente au temps que les médicaments mettent pour agir.

(33) La Médiateure demande des explications plus détaillées à cet égard.

Les fixations ont lieu dans la chambre du patient. Si le patient occupe une chambre double, il est fait en sorte que l'autre occupant soit transféré.

(34) La Médiateure souligne qu'elle ne pourrait accepter la pratique de procéder à une fixation en présence d'une autre personne. Elle recommande avec insistance de ne jamais fixer un patient lorsqu'il est impossible de transférer son voisin de chambre, sauf si le patient concerné en fait expressément la demande et que le voisin de chambre est d'accord.

4. Le CHdN

Tout comme en 2012, aucun patient en phase d'observation ou sous placement médical ne se trouvait au sein de l'unité de psychiatrie intensive ou U41.

L'unité 41 compte dix lits d'hospitalisation et deux lits d'isolation ou de fixation.

Comme le CHEM, le CHdN dispose d'une « Antenne mobile psychiatrique » destiné à assurer le suivi des patients après leur retour à domicile et ce pour une durée maximale de trois mois. Si le patient nécessite une prolongation de la prise en charge après ce délai, celle-ci sera assurée par le SPAD du CHNP.

(35) Comme au titre du CHEM, la Médiateure se félicite de l'existence de cette offre importante qui contribue à prévenir les rechutes et à réduire le temps d'hospitalisation. Ce type d'offres est particulièrement utile dans le contexte du manque important d'infrastructures d'accueil adaptées au séjour post-hospitalier.

4.1. Personnel et infrastructures

L'ensemble des services de psychiatrie (U41 (12 lits), unité ouverte U42 (29 lits) et gérotopsychiatrie (4 lits)) comptent 5 médecins-psychiatres qui assurent également le service de l'hôpital de jour psychiatrique au site d'Ettelbruck.

(36) La couverture médicale est dès lors assurée et ne donne lieu à aucune critique.

L'U41 dispose de 9,94 ETP en infirmiers psychiatriques et de 7,5 ETP en infirmiers diplômés, ce qui fait un total de 17,44 ETP.

Le nombre en ETP pour 10 lits est légèrement supérieur à celui des autres hôpitaux régionaux.

Malgré la dotation en ETP plus importante, la même recommandation et la même critique que celle déjà formulée au sujet de la dotation des trois tours s'applique malheureusement aussi au CHdN.

En effet, le tour de nuit est constitué en fait de deux infirmiers et un troisième, chargé de la géro-psycho-geriatrie, attenante à l'U41, peut intervenir également à l'U41 en cas de besoin pendant la nuit.

(37) La Médiateure rappelle qu'elle n'apprécie pas ce détournement de l'esprit de la dotation de sécurité et elle estime que chaque unité fermée de psychiatrie devrait être dotée, pendant la nuit, de trois ETP de personnel effectivement présents d'une manière permanente au service.

L'ensemble du personnel a suivi une formation spécifique de type APIC ou similaire.

(38) La Médiateure apprécie ce fait et encourage les responsables du CHdN à maintenir cette bonne pratique.

2 ETP en psychologues sont affectés à l'ensemble des services de psychiatrie.

L'accès aux services d'un psychologue se fait sur prescription d'un médecin-psychiatre.

Il a été porté à la connaissance de l'équipe de contrôle que certains médecins-psychiatres refuseraient tout transfert d'un patient à un psychologue.

(39) La Médiateure rappelle qu'elle estime que chaque patient devrait avoir la possibilité d'avoir directement accès aux soins d'un psychologue, sans devoir passer par une ordonnance médicale.

Si les informations portées à la connaissance de l'équipe de contrôle étaient vraies, la Médiateure devrait recommander aux responsables de faire cesser immédiatement cette pratique. L'accès à un psychologue fait partie des droits acquis à chaque patient et il n'appartient pas au médecin-psychiatre de limiter un patient dans ce droit, sauf pour des raisons médicales dûment motivées. Or, si un refus de collaboration était systématiquement opposé, la Médiateure devrait douter de l'existence de telles raisons médicales.

(40) Elle souhaite obtenir de plus amples informations à ce sujet.

La dotation en psychologues revient à une dotation d'environ 0,5 ETP pour les 10 lits de l'U41 ce qui est légèrement en-dessous de la dotation de 0,75 ETP préconisée par la Médiateure pour une unité fermée de 12 lits.

(41) En cas d'occupation intégrale des dix lits du service et en cas d'accès normal aux services des psychologues, la dotation en ETP devrait être légèrement augmentée.

Comme il n'y avait pas de patients tombant sous les compétences de la Médiateure au moment de la visite sur place, l'équipe de contrôle ne peut se prononcer sur la manière par laquelle la disponibilité de soins par un psychologue est communiquée aux patients.

L'équipe de contrôle a été informée qu'avant tout le personnel soignant sensibiliserait les patients par rapport à l'existence de soins psychologiques.

(42) En tout état de cause, la Médiateure est d'avis que tout nouveau patient devrait être informé de l'existence de cette offre et des modalités d'accès.

Il ne saurait en aucun cas être tolérable aux yeux de la Médiateure que l'accès à un psychologue soit empêché ou interdit par un médecin-psychiatre sous quelque forme que ce soit.

Au total un ETP de 1,25 en assistants sociaux est affecté à l'ensemble du service de psychiatrie. Si l'on ajoute les 4 lits de géronto-psychiatrie, le service de psychiatrie compte en tout 45 lits.

Une dotation de 1,25 ETP en assistants sociaux pour un tel nombre de patients risque de ne pas être suffisante au cas où l'ensemble des lits soient occupés. Le degré d'occupation du ou des assistants sociaux demeure évidemment aussi tributaire du profil des patients.

Selon les informations recueillies par l'équipe de contrôle, les assistants sociaux seraient affectés avant tout au besoin par le biais de la dotation psychiatrie.

La Médiateure en déduit que le CHdN semble disposer d'une certaine flexibilité en la matière et qu'il serait dès lors possible d'affecter des ETP supplémentaires en assistants sociaux au service de la psychiatrie fermée si la demande venait à augmenter.

(43) La Médiateure souhaite obtenir de plus amples informations à cet égard.

(44) Quant aux assistants sociaux, la Médiateure renvoie à ses commentaires déjà faits au titre du CHEM en ce qui concerne l'accès aux informations personnelles des patients. Elle les réitérera au titre du CHL, confronté à la même problématique.

Selon les informations obtenues par l'équipe de contrôle, le problème de la recherche d'une autorité plaçante *ex post* aux fins de la régularisation de la procédure semble également se poser au CHdN.

Selon les mêmes observations, le directeur des soins interviendrait dans ces cas en personne pour se constituer en tant qu'autorité plaçante.

Il s'agit d'une procédure qui permet de se conformer avec quelques détours aux exigences de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

La Médiateure tient à rappeler que l'article 8 de la prédite loi du 10 décembre 2009 n'autorise cette procédure que dans des cas d'exception :

« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui, dûment constaté par un médecin de l'établissement non attaché au service de psychiatrie, le directeur peut, par dérogation

aux dispositions de l'article 7 ci-dessus, procéder à l'admission sans être en possession de la demande y prévue. La demande visée à l'article 7 doit être versée dans les vingt-quatre heures, faute de quoi le directeur informe la personne concernée qu'elle peut immédiatement quitter l'établissement, sans préjudice du droit de cette dernière de continuer de son propre gré la thérapie proposée. (...) ».

La Médiateure souligne que cette procédure ne peut trouver son application que dans des cas très limités afin de garantir en toutes circonstances à la personne visée par une telle procédure qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble de ses droits.

(45) Il n'est dès lors pas acceptable de s'exonérer d'obligations légales imposées à juste titre par des pirouettes procédurales.

La Médiateure est consciente des problèmes que cela peut poser en pratique et elle recommande, comme elle le fera également au titre du CHL, aux autorités exécutives et législatives de reformuler la loi dans le sens nécessaire.

L'équipe de contrôle a été informée par les responsables que les patients à placer sont généralement accompagnés par la Police grand-ducale aux urgences.

Il serait constant que les patients qui y sont conduit par le Commissariat de Police de Wiltz soient menottés.

(46) La Médiateure demande de plus amples informations à ce sujet à Monsieur le Directeur général de la Police grand-ducale.

Elle n'ignore pas les dispositions de service de la Police en matière de transport de personnes.

Tout le service d'ergothérapie du CHdN est particulièrement bien développé. Deux ETP en ergothérapeutes sont affectés au seul service de psychiatrie fermé qui compte, rappelons-le, 12 lits.

(47) Cette dotation est exemplaire et la Médiateure tient à en féliciter expressément les responsables.

Il en est de même en ce qui concerne les infrastructures et le matériel. Les ergothérapeutes ont à leur disposition un équipement de pointe dans un cadre spacieux qui est également exemplaire et unique parmi les hôpitaux régionaux nationaux.

4.2. Les activités

La Médiateure répète son constat déjà fait lors du rapport de 2012 que la superficie relativement réduite de l'U41 implique qu'une partie des activités thérapeutiques ont lieu à l'extérieur de ce service.

Ceci peut poser un problème aux patients qui ne disposent pas encore de l'autorisation médicale de quitter, seuls ou accompagnés, l'unité.

L'équipe de contrôle a cependant été informée que sauf des cas d'exceptions extrêmement rares, cette autorisation serait donnée au plus tard le troisième jour d'hospitalisation.

(48) Comme il est de toute manière improbable qu'un patient nouvellement placé en psychiatrie fermée à des fins d'observation participe dès le premier jour aux activités thérapeutiques, l'importance de l'endroit où les activités thérapeutiques sont mises en œuvre doit être relativisée.

La Médiateure se répète également en soulignant que l'interdiction de sortir de l'unité fermée ne pose guère de problème que dans l'hypothèse où elle ne perdure pas au-delà de trois jours à partir du début de la phase d'observation. Comme l'interdiction comporte aussi l'impossibilité d'avoir accès à l'air libre, il n'est cependant pas tolérable de maintenir un patient au-delà de trois jours à l'unité sans qu'il puisse bénéficier d'une sortie à l'extérieur, accompagnée bien sûr.

La Médiateure rappelle que lors de la dernière visite, l'équipe de contrôle avait constaté qu'il y avait un patient qui ne pouvait accéder à l'air libre pendant plus de 5 semaines. Un tel cas est constitutif d'un traitement inhumain et dégradant et dès lors inacceptable et de devra plus se reproduire.

Le CHdN avait sur demande de la Médiateure fourni la prise de position suivante :

« Commentaire alinéa 6, page 53 :

Nous regrettons ce cas très exceptionnel et nous tenons à préciser qu'il s'agissait d'un patient présentant une désinhibition sexuelle grave. Dans ce contexte la question du maintien en hôpital général d'un « délinquant sexuel majeur » se pose comme on ne pourra éviter qu'il y ait forcément un contact avec d'autres patients mineurs ou majeurs dès la sortie du service. Par ailleurs il faut soulever (pour des raisons de sécurité) la question de la présence d'agents de force de l'ordre pour des cas présentant une telle gravité vu que le personnel soignant n'a certainement pas de rôle à jouer dans le maintien de l'ordre public. À noter que dans le cas cité plus haut nous avons demandé l'avis de notre comité d'éthique. »

La Médiateure avait répondu comme suit :

« La Médiateure comprend les motivations à la base de la décision de priver ce patient de sorties à l'air libre, mais les juge néanmoins inacceptables. Priver un patient pendant une période aussi prolongée d'un accès à l'air libre constitue en effet une violation des droits de l'homme. La Médiateure invite dès lors les responsables du CHdN à réfléchir sur une solution permettant d'éviter pareilles situations dans le futur. »

Dans le même contexte, la Médiateure avait formulé la recommandation suivante :

« La Médiateure recommande de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes par jour dans le programme d'activités qui serait consacrée à l'accompagnement renforcé des patients représentant un risque de fuite. Ce droit devrait être garanti à chaque patient interné à tout moment où l'état de sa pathologie permet de conclure qu'il ne représente pas de danger pour soi-même ou pour autrui. »

(49) Comme il s'agit de deux points d'une importance capitale, la Médiateure demande de plus amples informations sur les procédures mises en place après le rapport de 2012 en vue de la mise en œuvre de ces recommandations.

L'offre globale, à l'intérieur et à l'extérieur de l'U41, en activités d'ergothérapie est très étoffée. Elle peut être de nature plus généraliste, s'adressant à des petits groupes comme notamment des ateliers créatifs, des ateliers à visée plutôt manuelle (bois p.ex.), des activités musicales, des ateliers cognitifs, Neurovitalis (programme visant à stimuler la capacité cognitive), Yoga, Snoezelen, cuisine thérapeutique (à l'extérieur de l'unité fermée qui comporte des activités plus développées comme la fabrication de confitures ou de jus de pommes) ou de nature davantage individuelle, en fonction des besoins spécifiques de chaque patient.

Au sein de l'unité fermée le service d'ergothérapie offre également des séances individuelles de rééducation fonctionnelle. A l'intérieur de l'unité fermée, ces activités sont partiellement réalisées par le personnel infirmier.

L'équipe de contrôle note avec satisfaction qu'une séance de sport organisée par le service de kinésithérapie est prévue chaque matin du lundi au vendredi ainsi que pendant 4 après-midis au sein de l'U41. A la lecture du plan de thérapie, il apparaît que les séances de sport de l'après-midi n'ont pas lieu à l'intérieur de l'U41.

(50) Si la mention « nach Absprache » ne veut pas dire que cette activité n'a lieu que sur demande d'un ou de plusieurs patients et que partant il n'y a que les plages qui sont réservées sans que l'activité n'ait forcément lieu pendant tous les jours et heures indiqués, la Médiateure conclut à une offre en activités sportives largement satisfaisante car, dans cette hypothèse, chaque patient aurait en théorie la possibilité de s'adonner pendant 5 jours de la semaine à des activités sportives.

Dans le cas contraire, s'il y lieu de lire la mention différemment, elle prie le CHdN de lui fournir de plus amples renseignements.

Une autre activité sportive est la promenade d'endurance organisée par les ergothérapeutes chaque vendredi matin.

Le service d'ergothérapie réalise également chaque année un bazar de Noël à l'occasion duquel des produits réalisés par le service sont mis en vente. Tous les deux ans, le service organise une exposition des œuvres réalisées par les patients.

Une exposition similaire, très réussie, avait également été organisée il y a quelques années par le service d'art-thérapie du CHNP au Kulturhaus Mersch.

A cet égard, la Médiateure tient à souligner que l'équipe de contrôle a été confrontée dans plusieurs hôpitaux au problème que les services d'ergothérapie et également le personnel infirmier seraient tout à fait disposés à organiser avec les patients des services psychiatriques des manifestations telles qu'un bazar de Noël ou d'une exposition. Or, une telle activité leur serait refusée par leurs directions respectives, à l'exception de celle des Hôpitaux Schumann qui appartient à une structure de droit privé, au motif qu'il serait interdit à un établissement public de percevoir des fonds et de pratiquer une activité commerciale.

Premièrement, la Médiateure tient à remarquer que le CHEM n'est pas revêtu de la forme d'un établissement public non plus, mais qu'il est revêtu de la forme juridique d'une Fondation, il est vrai, assez particulière, pour ne pas dire *sui generis* et que dès lors cet argument ne vaut également pas dans son chef.

En deuxième lieu, il faut constater qu'une activité ponctuelle telle qu'un bazar avec une vente de la production issue des séances d'ergo- ou d'art-thérapie (ou d'autres activités à visée médicale ou thérapeutique) ne constitue en rien une activité commerciale qui exige que d'autres critères, tels que le fait que le but de réaliser des bénéfices pour son propre compte et le caractère habituel de l'activité par exemple soient remplis.

La Médiateure et son équipe de contrôle ont pleinement conscience qu'il n'est pas dans la vocation première d'un service de psychiatrie, qu'il soit ouvert ou fermé, d'organiser des bazars ou des expositions.

(51) L'art-thérapie doit bien entendu être comprise comme étant de nature thérapeutique avant tout, ce qui n'est pas mis en doute. De ce fait, certaines œuvres ne sauraient être exposées car elles relèvent avant tout du domaine intime du patient. Il est entendu que toute ouverture vers l'extérieur de ce type d'activités exige prudence, retenue et réflexion.

La Médiateure a par contre constaté qu'au CHdN ces activités génèrent une valeur ajoutée considérable. Il s'agit d'un projet fédérateur, d'une activité valorisante pour les patients et pour le personnel, d'une possibilité de communiquer vers l'extérieur ce qui mériterait d'être encouragé davantage par les autorités responsables afin de contribuer ainsi à la lutte contre la stigmatisation des maladies psychiatriques qui existe malheureusement toujours et finalement il s'agit d'une activité à haute valeur thérapeutique encourageant les patients à communiquer avec le public.

Il est également à soulever positivement que le bénéfice réalisé est réaffecté directement aux ateliers d'ergothérapie, notamment par l'acquisition de nouveau matériel.

(52) La Médiateure tient à souligner qu'elle se prononce en faveur de la mise en place de ce genre d'activités et félicite expressément les responsables du CHdN de cet exemple de bonne pratique qui mériterait d'être copié par d'autres institutions à vocation identique.

Il est entendu que de telles activités ne peuvent être réalisées qu'avec une couverture de personnel qualifié suffisante.

Les ergothérapeutes tentent, dans la mesure du possible de sensibiliser et de motiver les patients à participer à un maximum d'activités. Cependant, il est possible pour un patient de ne pas participer à l'offre proposée pendant une ou deux journées.

(53) La Médiateure encourage le personnel à maintenir les efforts pour motiver les patients de participer en fonction de leurs capacités aux activités thérapeutiques proposées.

Tout comme lors de son rapport de 2012, la Médiateure tient à relever l'excellence de l'équipement de musicothérapie.

(54) Elle se féliciterait encore davantage s'il pouvait être fait un usage plus fréquent de cet équipement.

4.3. Les conditions de séjour

Tout comme en 2012, l'état d'hygiène des parties communes et des chambres individuelles sont à l'abri de tout reproche.

Egalement l'état de la literie est optimal. A défaut de patients tombant sous les compétences du Mécanisme National de Prévention, l'équipe de contrôle ne saurait se prononcer sur l'hygiène corporelle des patients et de l'état de leurs vêtements.

(55) La Médiateure est satisfaite de ce constat.

Les infrastructures sont très bien entretenues, lumineuses et adaptées à un séjour qui ne dépasse en théorie pas les 30 jours. Ici encore, la Médiateure répète qu'il est anormal qu'un patient doive être placé à moyen, voire même à long terme dans des infrastructures conçues pour un séjour en phase d'observation uniquement.

La Médiateure n'entend pas formuler un reproche aux hôpitaux régionaux qui essayent de limiter les effets négatifs d'un séjour prolongé au strict minimum avec les moyens qui sont à leur disposition. Elle veut simplement répéter qu'il existe un problème structurel généralisé au sein de la filière psychiatrique fermée au Luxembourg qui est constitutif d'un non-respect de certains droits fondamentaux dont les patients psychiatriques sont dépositaires.

La recommandation Rec2004(10) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux est particulièrement claire à cet égard.

Un maintien prolongé d'un patient placé dans une structure de psychiatrie fermée d'un hôpital régional viole le principe de la restriction minimale consacré à l'article 8 de la prédite recommandation aux termes duquel :

« 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. »

Cette pratique constitue également une violation de l'article 9, alinéa 1 de la même recommandation qui dit que :

« 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. »

La Médiateure reviendra ultérieurement sur cette problématique.

Tout comme en 2012, les horaires de visite sont suffisamment flexibles pour permettre aux patients de recevoir les visites voulues.

(56) La Médiateure apprécie particulièrement qu'il est évité dans la mesure du possible de faire entrer des enfants dans le service de psychiatrie fermée. Si un enfant rend visite à un patient, il est essayé d'organiser cette rencontre dans un endroit plus approprié, extérieur au service.

Contrairement à d'autres services de psychiatrie fermée, les chambres des patients de l'U41 sont équipées d'un téléphone, évitant ainsi aux patients de devoir mener des conversations privées, dans une pièce commune ou dans un couloir.

(57) La Médiateure s'en félicite et recommande aux autres hôpitaux concernés de s'inspirer de cette pratique qui, jusqu'aujourd'hui, n'a donné lieu à aucun incident et à aucun détournement de l'usage prévu.

L'équipe de contrôle relève avec satisfaction que tant les repas du midi que ceux du soir sont en principe pris en commun. Il s'agit d'une pratique qui stimule les patients et les aide dans le développement, voire la réhabilitation ou le maintien de leurs compétences sociales.

(58) La Médiateure ne peut qu'encourager les hôpitaux n'appliquant pas ou seulement partiellement cette procédure à adopter cet exemple de bonne pratique.

Au CHdN, les patients bénéficient d'eau potable gratuite, ce qui devrait être la norme dans tous les services de psychiatrie fermée.

(59) La Médiateure salue cet exemple de bonne pratique.

L'équipe de contrôle a étudié avec soin les menus des repas de midi et du soir servis entre le 1^{er} septembre 2015 et le 1^{er} novembre de la même année, soit pendant une période de deux mois.

Chaque jour, chaque patient se voit proposer deux choix, tant pour le repas du midi que pour celui du soir. La variation des mets servis sont à l'abri de tout reproche.

Selon les informations recueillies, tout nouveau patient en phase d'observation recevrait une explication détaillée de ses droits qui lui serait répétée sur simple demande après quelques jours si le patient le souhaite.

L'équipe de contrôle n'est pas en mesure de vérifier la véracité de ces affirmations à défaut de patients tombant sous les compétences du Contrôle externe au sein de l'unité au moment de la visite.

Le numéro de téléphone de l'Ombudsman est en tout cas affiché visiblement et il n'est pas rare que des patients prennent contact avec les services de la Médiateure par voie téléphonique.

4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Egalement au CHdN, les fixations font l'objet d'une documentation très précise et transparente.

(60) La Médiateure en félicite les responsables.

Une fixation ne peut avoir lieu que sur décision d'un médecin. L'équipe de contrôle a été informée que même dans les cas d'urgence l'accord médical serait demandé avant chaque fixation. Une validation de la mesure ex-post serait extrêmement rare.

L'équipe de contrôle n'a ici encore, à défaut de patients présents, aucun moyen de vérifier ces déclarations.

Les fixations peuvent être, selon les cas, de trois à cinq points. Il n'y aurait pas de fixations exclusivement ventrales.

Comme dans les autres hôpitaux, le patient fixé reçoit un traitement médical en parallèle afin de limiter les souffrances au strict minimum malheureusement inévitable.

Les fixations ont lieu prioritairement en chambre unique. Dans la mesure du possible des fixations en chambre double sont évitées.

(61) La Médiateure répète qu'elle ne peut marquer son accord avec une fixation en chambre double.

Il n'existe pas de surveillance par caméra.

Chaque patient fixé est contrôlé à des intervalles de 30 minutes.

Si un patient a besoin d'aller aux toilettes au cours d'une fixation, il est tenu compte de son état. Si le patient ne présente plus ou très peu de signes d'hétéro- ou d'auto-agressivité, il est détaché pour aller aux toilettes.

Si le patient continue à représenter un risque pour soi-même ou pour autrui, il ne sera pas détaché.

(62) La Médiateure apprécie le fait qu'il soit toujours procédé à une évaluation de la situation et de l'état de santé du patient fixé et que le patient ne soit pas systématiquement obligé de faire ses besoins dans un pot de chambre.

Pendant la période de référence du 1^{er} novembre 2014 au 1^{er} novembre 2015, l'unité 41 a compté 59 admissions, y compris certains patients admis plusieurs fois pendant cette période.

Dans cet intervalle, 77 fixations à 3, 4 ou 5 points ont été mises en œuvre. Ces mesures concernaient en tout 30 patients.

L'équipe de contrôle a noté avec satisfaction que le CHdN pratique, en matière de fixations, un régime souple et ajuste le nombre de points de fixation selon l'état du patient.

Ainsi, on note souvent une fixation dégressive de 5 points vers 3 points.

(63) La Médiateure félicite les responsables également de la bonne pratique de noter le temps de fixation séparément par nombre de points de fixation ce qui permet un contrôle très approfondi.

La durée totale de ces mesures était d'environ 1130 heures, ce qui correspond à une durée moyenne de fixation de 14.67 heures.

Il faut remarquer que la même patiente qui a également été hospitalisée pendant la période de référence dans les unités de psychiatrie fermée des autres hôpitaux régionaux a eu 17 (sic !) épisodes de fixation d'une durée totale de 268.5 heures. Si on fait abstraction de cette patiente, à besoins très spécifiques et qui demande également souvent à être fixée, il reste 60 actes de fixation s'étalant sur 861.5 heures, soit en moyenne sur 14.36 heures.

L'équipe de contrôle constate que le ratio des fixations est plus élevé qu'auprès des autres unités fermées, il est en effet, abstraction faite de la patiente à besoins spécifiques de 60 actes de fixation sur trente patients par rapport à un nombre total de patients accueillis de 58.

(64) Elle souhaite obtenir de plus amples explications sur la durée des fixations.

5. Le CHL

Au CHL, l'unité U53 constitue le service de psychiatrie fermé. Il est destiné, entre autres à accueillir l'ensemble des patients en phase d'observation ou en état de placement médical.

L'unité fermée compte 16 lits. 12 lits sont pris en charge par les organismes de la Sécurité sociale pour l'hospitalisation des patients tombant sous l'empire de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

Pendant la mission sur place, 9 patients faisaient l'objet d'un placement médical (5) ou se trouvaient en phase d'observation (4).

Tout comme le CHEM et l'HK, le CHL doit faire face à un afflux considérable de patients. Si la superficie totale utile des parties communes à l'intérieur de l'unité (hors chambres, bureaux des infirmiers et dépôts) fait pratiquement le double de la superficie dont bénéficient les patients du CHEM, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une unité relativement petite et non conçue pour un séjour prolongé de patients psychiatriques à besoins spécifiques.

(65) Dès lors, toutes les observations formulées au titre du CHEM en ce qui concerne le problème du transfert vers le CHNP en vue d'un séjour de réhabilitation restent pleinement valables également au CHL. Par la suite, on notera qu'il s'agit d'un problème systémique généralisé.

Il est à relever que contrairement au CHEM, un certain nombre de patients placés sont transférés pour des séjours de réhabilitation à l'étranger, ce qui allège le problème lié à l'attente excessive pour un transfert au CHNP.

Selon les informations reçues par l'équipe de contrôle, le transfert des patients vers les institutions spécialisées à l'étranger serait organisé ad hoc selon les besoins du patient et la localisation de l'institution qui l'accueille. En tout état de cause, il n'est pas organisé par le service d'assistance sociale et les assistants sociaux n'accompagnent pas le patient lors de son transfert comme tel est le cas à l'HK.

(66) La Médiateure estime que l'accompagnement d'un patient lors de son transfert à l'étranger par un professionnel qu'il connaît est une pratique qui mérite d'être soutenue car elle est susceptible de contribuer à la sérénité de l'action et d'exposer le patient à un minimum de stress psychologique.

(67) Indépendamment de considérations médicales tenant à l'absence d'infrastructures adaptées sur le territoire national, la Médiateure doit soutenir la possibilité de transferts vers des services spécialisés à l'étranger, alors que ceux-ci permettent souvent de proposer en temps utile la prise en charge nécessaire aux patients. Ceci ne résout cependant pas le problème du manque grave d'infrastructures au Luxembourg qui devra en tout état de cause trouver une solution au niveau national. La Médiateure consacra un chapitre séparé en fin de ce rapport à cette problématique.

Dans son rapport de 2012, la Médiateure avait recommandé de procéder à l'achat de quelques lits moins élevés, destinés à des patients plus âgés qui risquent de faire des chutes de leur lit pendant la nuit.

L'équipe de contrôle a été informée que ces lits ont été commandés et seront livrés sous peu.

(68) La Médiateure s'en félicite.

Les responsables du CHL ont également informé l'équipe de contrôle qu'ils constatent depuis quelques années que le nombre de patients demandeurs d'asile présentant des idées suicidaires ou d'autres pathologies psychiatriques lourdes est en augmentation constante.

(69) La Médiateure commentera ce phénomène, plus loin au titre de l'HK, à la page 48 du présent rapport.

Un autre problème porté à la connaissance de l'équipe de contrôle et qui semble surtout frapper le CHEM et le CHL est celui du transfert de patients gériatriques souffrant de démence au service de psychiatrie fermé.

Les responsables de l'HK n'en ont en tout cas pas fait état à l'équipe de contrôle et les problèmes de manque de lits fermés auprès du CHdN n'existent en pratique que très rarement.

Il est évident que le service de psychiatrie fermé doit être réservé à l'accueil de patients souffrant de pathologies psychiatriques majeures présentant un danger réel pour soi-même et/ou pour autrui.

(70) En aucun cas, ce service ne devra servir de vase d'expansion pour l'accueil des patients gériatriques, souvent poly-morbides et altérés dans leurs fonctions cognitives, envoyés aux urgences par les maisons de soins.

L'équipe de contrôle n'ignore pas qu'il existe une tendance auprès des maisons de soins et des gériatries à faire hospitaliser très rapidement des patients gériatriques en fin de vie. Il est évident que ces patients, qui sont très souvent tributaires des décisions prises par leur famille ou les médecins des institutions dans lesquelles ils séjournent doivent être traités avec dignité et selon les règles de l'art.

Ce type de patients est souvent démuni devant une situation d'urgence et peut souffrir d'un syndrome de transition ou il n'est pas en pleine possession de ses moyens intellectuels pour d'autres raisons (morphiniques, déshydratation, autres médications lourdes, abus prolongé de benzodiazépines/sevrage...) et risque dès lors d'engorger les services d'urgences déjà notoirement surchargés. Il semble exister une tendance à « psychiatriser » ces patients en attendant la réalisation d'un diagnostic plus approfondi dans les jours qui suivent.

(71) La Médiateure réitère que les services fermés de psychiatrie doivent être réservés aux seuls patients qui répondent aux critères légaux pour être soumis à une phase d'observation ou pour faire l'objet d'un placement médical.

Toute autre hospitalisation sans consentement dans un service fermé de psychiatrie pour des motifs non énoncés par la loi est constitutive d'une séquestration illégale et partant d'une violation des droits de l'homme.

5.1. Personnel et infrastructures

Le service de psychiatrie comprend un total de 8 médecins, dont un sous statut libéral et un coopérant. Ensemble, ils assurent également le service médical de l'unité fermée U53.

Un médecin-psychiatre assume également la responsabilité de la Clinique des Troubles Emotionnels du CHL et un autre est chargé de la Clinique du Jour.

(72) En tout état de cause, la couverture médicale ne donne lieu à aucune critique. Chaque patient consulte son médecin en moyenne 2 à 3 fois par semaine.

L'équipe de contrôle a eu des informations divergentes en ce qui concerne la fréquence des réévaluations de l'état des patients, notamment en ce qui concerne leur droit de sortie de l'unité. Selon plusieurs sources, ces réévaluations se feraient à l'occasion des consultations médicales, soit en moyenne deux à trois fois par semaine. Selon d'autres informations, la réévaluation aurait lieu chaque matin au cours de la réunion de service et pourrait même se faire pendant la journée si l'état du patient change.

(73) La Médiateure souhaite obtenir de plus amples informations à cet égard.

L'équipe de contrôle note qu'une autorisation de sortir non-accompagné est maintenue, même si le patient est mis sous placement médical.

(74) La Médiateure félicite les responsables de cette attitude responsable. En effet, seuls les médecins-psychiatres sont en mesure de déterminer avec le minimum de certitude requis dans quel état un patient se trouve. Si partant le médecin traitant est d'avis que *lege artis*, un patient donné répond aux critères pour pouvoir bénéficier d'une sortie non-accompagnée, il s'agit d'un constat médical, basé sur des critères

scientifiques objectifs. Une décision judiciaire ordonnant un placement médical ne change rien à la situation médicale du patient. Dès lors, la Médiateure considère qu'il est logique que l'autorisation de sortir seul soit maintenue.

Il s'agit d'un exemple de bonne pratique qui mériterait d'être largement généralisé.

L'U53 dispose de 5,35 ETP en infirmiers psychiatriques, de 8,6 ETP en infirmiers et de 1,6 ETP en aides-soignants, donc d'un total de 15,55 ETP.

Ceci constitue une baisse de 4,45 ETP par rapport à 2012.

La Médiateure s'étonne de cette baisse, notamment parce que le personnel soignant est aussi appelé à effectuer des entretiens thérapeutiques de sa propre initiative en fonction des objectifs déterminés dans la réunion de service commune.

A relever également que le personnel infirmier est chargé d'autres interventions à visée thérapeutique, comme par exemple l'art-thérapie, la sophrologie et la relaxation.

(75) La Médiateure souhaite obtenir des informations détaillées justifiant ce changement important de la dotation en personnel soignant.

L'ensemble du personnel a suivi une formation APIC ou similaire.

Une formation spéciale en matière de gestion des patients et de respect des normes de sécurité quant à la manipulation de produits nocifs et toxiques a été organisée à l'attention des femmes de charge.

(76) La Médiateure félicite explicitement les responsables d'avoir intégré les femmes de charge dans les formations proposées.

Le service est également doté de 0,8 ETP en psychologue, d'1 ETP en ergothérapeute et d'1 ETP en assistant social.

La Médiateure considère que pour un service de 12 lits une dotation de 0,75 ETP en psychologue constitue un minimum.

La Médiateure estime que cette dotation est suffisante pour exécuter les tâches journalières actuelles. Elle ne permet par contre pas d'augmenter le nombre de patients qui sont vus par le psychologue, ni d'organiser des groupes thérapeutiques par le psychologue à l'unité U53.

Actuellement le psychologue réalise avant tout des tests et des évaluations sur demande du médecin. Il participe à la réunion du staff journalière. Le psychologue dépend de la direction médicale et jouit d'une autonomie relative, cependant toujours sous la prescription des médecins. Les interventions thérapeutiques des psychologues semblent pour l'instant plutôt s'orienter vers les patients de l'unité ouverte de psychiatrie.

(77) La Médiateure réitère sa question déjà posée en 2012 sur les raisons qui conditionnent la possibilité de consulter un psychologue à une autorisation médicale. Une telle autorisation ne semble par exemple pas être nécessaire pour avoir accès aux services d'un ergothérapeute.

Il est évident que le médecin-psychiatre puisse déférer un patient à un psychologue, notamment pour faire des tests, mais il semble tout aussi évident que le patient devrait avoir un accès facile à un psychologue s'il en exprime le désir.

Comme il serait dans l'intérêt manifeste d'étendre les activités du psychologue, une augmentation en ETP deviendrait nécessaire.

(78) La Médiateure recommande aux responsables du CHL de réfléchir à cette possibilité.

(79) La Médiateure recommande également, notamment dans la perspective de la nouvelle construction d'attribuer au service de psychologie une salle destinée aux entretiens et aux évaluations qui, jusqu'à présent ont lieu soit dans la salle où ont lieu les réunions multidisciplinaires de staff, soit dans la chambre du patient.

(80) La Médiateure apprécie la bonne pratique du CHL consistant à prolonger le contact avec le psychologue au-delà du séjour hospitalier si le patient ou le médecin-psychiatre le demandent.

L'équipe de contrôle a appris que le psychologue réalise un petit rapport à l'occasion de chaque sortie d'un patient. La psychologue qui a participé à l'entretien n'était pas en mesure d'informer les membres de l'équipe si ce rapport est intégré par la suite au dossier médical.

(81) La Médiateure demande de plus amples informations à ce sujet.

Selon l'équipe de contrôle, les tensions importantes constatées entre les différents corps de métier en 2012 auraient disparu.

(82) La Médiateure en est satisfaite.

(83) Contrairement à 2012, l'équipe de contrôle n'a pas recueilli de réclamations quant à l'implication effective de tous les intervenants dans le concept thérapeutique et lors de la réunion multidisciplinaire.

L'équipe de contrôle a constaté que l'offre en psychologie n'est que mal connue par les patients.

(84) La Médiateure recommande dès lors d'informer tout nouveau patient systématiquement de l'ensemble de l'offre thérapeutique existante et à laquelle il peut prétendre.

Il en est de même en ce qui concerne les assistants sociaux où la Médiateure considère une dotation de 0,5 ETP comme limite inférieure d'une dotation correcte.

(85) A cet endroit, la Médiateure se doit de formuler la même recommandation qu'elle a déjà émise au titre du CHEM, et qu'elle entend généraliser. Elle recommande aux autorités concernées de faciliter l'accès des assistants sociaux aux bases de données pertinentes, notamment au CCSS afin de pouvoir préserver les droits sociaux de leurs patients dans un délai utile. Notamment l'information sur l'éventuelle existence d'un employeur et sur les liens familiaux du patient sont importants.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il existe une procédure employée au service de réanimation aux termes de laquelle le médecin traitant peut demander par écrit des renseignements sur un patient comateux ou dans l'impossibilité de communiquer.

La Médiateure s'interroge pourquoi une telle procédure ne pourrait pas trouver son application en matière de médecine psychiatrique. Elle rappelle qu'il en va, le cas échéant, de la préservation de l'emploi d'une personne malade.

Pour le surplus, elle renvoie à ses commentaires faits à ce sujet au titre des autres hôpitaux régionaux.

Ici, comme dans d'autres services de psychiatrie, l'équipe de contrôle a eu connaissance que des patients sont hospitalisés et que par la suite, ou bien le personnel infirmier ou les assistants sociaux sont obligés, afin de régulariser la procédure, de se mettre à la recherche d'une « autorité plaçante », prête à demander le placement.

La Médiateure souligne qu'elle n'entend nullement contester la nécessité médicale d'un placement dans ces cas.

(86) Elle estime cependant que la procédure légalement prévue devrait être observée aux termes de laquelle une demande en placement est toujours antérieure à l'hospitalisation à l'exception des rares cas couverts par les dispositions de l'article 8 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

Dans tous les autres cas qui se situent en dehors d'une situation d'extrême urgence, la procédure normale est applicable et elle exige que la demande soit antérieure à l'admission.

Il s'agit d'une garantie introduite à juste titre pour assurer au mieux les intérêts des patients concernés.

La Médiateure n'ignore pas que cela pose des problèmes dans la pratique et elle fait appel aux instances compétentes de reformuler la loi précitée en la matière.

Il a été porté à la connaissance de l'équipe de contrôle que le service des assistants sociaux ne dispose d'aucun crédit budgétaire destiné au financement de la participation de patients indigents à certaines activités.

(87) La Médiateure est choquée par ce constat et demande aux responsables de dégager dans les tout meilleurs délais les fonds (certainement très modiques) nécessaires afin que cette discrimination inacceptable cesse.

Elle demande formellement d'être informée des suites réservées à cette recommandation.

Une dotation équivalant à 1 ETP en ergothérapeute est tout à fait acceptable. Ceci de surcroît si l'on ajoute qu'une infirmière de l'unité U50, diplômée en art-thérapie anime également des groupes à l'unité U53.

L'accès aux services de neuropsychologues, de psychomotriciens, de sport-thérapeute, de diététiciens et de kinésithérapeutes est organisé sur base des ressources internes du CHL en raison des besoins spécifiques de chaque patient.

(88) La Médiateure constate que la dotation en personnel thérapeutique est satisfaisante, à l'exception de la baisse en ETP au niveau du personnel soignant.

En tant que service fermé, l'U53 dispose de la dotation de sécurité.

Or, si à l'époque du dernier rapport, l'unité était encore effectivement composée de 3 infirmiers par tour, également pendant la nuit, la situation a évolué, tout comme dans tous les autres hôpitaux concernés.

En effet, le tour de nuit est maintenant, comme partout, plutôt du type 2+1, le troisième infirmier est actuellement partagé entre l'unité fermée et l'unité ouverte selon les besoins du service.

(89) La Médiateure se voit dans l'obligation de répéter ses observations formulées au même titre en ce qui concerne le CHEM, à savoir :

« La Médiateure n'apprécie pas ce détournement de l'esprit de la dotation de sécurité. En effet, cette dotation, non conditionnée par le PRN, a pour but de répondre aux besoins très spécifiques, des services de psychiatrie fermée, ceci tant au niveau des sollicitations plus importantes dans ce genre de services, mais avant tout aussi pour assurer la sécurité du personnel, des autres patients et finalement aussi pour garantir la sécurité et l'ordre publics.

La Médiateure recommande de revenir à une dotation réelle de trois infirmiers par tour, également pendant la nuit. »

L'unité 53 dispose à côté des 12 lits, répartis majoritairement en chambres doubles et en quelques chambres à un lit, de deux chambres équipées d'un dispositif de vidéo-surveillance.

Ces chambres sont destinées au séjour de patients particulièrement agités et/ou présentant un haut potentiel d'auto- ou d'hétéro-agression.

Les fixations sont dans toute la mesure du possible effectuées dans ces chambres, donc à l'abri du regard des autres patients.

(90) Elle apprécie que les mesures de fixation aient lieu à l'abri du regard de tierces personnes. Elle met cependant en garde devant le faux sentiment de sécurité qui peut être généré par la vidéosurveillance et encourage le personnel à ne pas négliger les contrôles physiques réguliers pendant la durée de la fixation

Finalement, il y a lieu de remarquer, fait spécifique au CHL et à l'HK comme on verra plus loin dans ce rapport, que les détenus sous mandat de dépôt et en phase d'observation en vue d'un placement médical, sont également hébergés dans ces chambres.

Dans ce cas, la surveillance est assurée par des gardiens du CPL ou par des agents de la Police grand-ducale qui, contrairement à l'ancienne pratique n'effectuent plus la surveillance

dans le couloir devant la chambre, mais dans une autre pièce à partir de laquelle ils peuvent suivre les agissements du patient détenu par vidéosurveillance.

(91) Il s'agit d'un progrès incontestable pour lequel la Médiateure félicite les responsables du CHL.

En effet, la présence de personnes en uniforme, et, dans le cas des agents de police, également armés, au sein d'une unité fermée de psychiatrie est toujours un élément perturbateur pour les patients.

Les agents pénitentiaires se rendent en civil à l'unité pour effectuer la surveillance des détenus alors que les agents de Police portent l'uniforme et sont armés.

(92) A l'instar des usages en milieu pénitentiaire qui interdisent, pour des raisons de sécurité évidentes, la présence d'armes à feu ou d'armes blanches au sein d'un établissement pénitentiaire, la Médiateure recommande aux autorités concernées de faire établir les mêmes interdictions, et ce pour des motifs identiques, également au sein de la psychiatrie fermée. La Médiateure recommande également aux autorités policières d'autoriser les agents de police appelés à assurer la garde d'un détenu au sein de l'unité fermée à porter le costume civil, ceci dans l'intérêt des autres patients.

La Médiateure n'accepte pas l'argument de la sécurité publique si souvent avancé en la matière. Les agents pénitentiaires ne sont jamais armés sans que le moindre incident ne se soit produit. En plus, cette recommandation ne vise nullement d'autres moyens de coercition tels que les menottes ou autres.

La Médiateure reviendra plus loin dans ce rapport en détail sur cette question.

Toutes les chambres destinées à accueillir des patients sont suffisamment grandes, bien aérées et lumineuses. Les installations sanitaires ne donnent également lieu à aucune critique. L'état de propreté est excellent.

(93) La Médiateure n'a partant plus de critiques à formuler à cet égard.

L'équipe de contrôle a constaté que les fenêtres de l'unité sont, contrairement 2012, dotées d'un dispositif permettant leur ouverture sur un angle limité, mais suffisant pour permettre une circulation d'air frais.

(94) La Médiateure remercie les responsables du CHL d'avoir mis en œuvre sa recommandation.

Elle rappelle que l'accès à l'air libre et une aération adéquate des chambres sont essentiels et elle recommande d'en tenir compte dans les travaux de planification des nouvelles infrastructures.

L'équipe de contrôle a noté avec satisfaction que les membres du personnel soignant prennent bien en charge les patients qui ne sont, en raison de leur état physique, plus à même d'assurer leur hygiène corporelle et l'entretien de leurs effets vestimentaires.

(95) La Médiateure remercie le personnel soignant pour son dévouement qui est une contribution réelle au maintien de la dignité de ces patients.

L'ensemble du personnel de l'unité fermée bénéficie d'une supervision externe régulière.

Cette pratique existe auprès de certains hôpitaux et elle semble y recevoir un accueil très favorable.

(96) La Médiateure suggère aux responsables des hôpitaux de réfléchir sur la possibilité d'accorder une supervision régulière à tous les membres de leurs services fermés de psychiatrie.

5.2. Les activités

L'unité fermée ne dispose pas de salle de gymnastique proprement dite et se trouve dès lors limitée au niveau des activités qui peuvent être proposées. Certains patients, plus stables, peuvent cependant participer aux activités sportives de l'unité ouverte.

(97) Au vu de l'importance accordée aux activités sportives en milieu psychiatrique, la Médiateure recommande de prendre cet aspect en considération lors de la conception des plans des nouvelles infrastructures.

L'équipe de contrôle n'a pas pu détecter de plan individualisé en ce qui concerne les activités thérapeutiques.

(98) La Médiateure recommande aux responsables de réfléchir sur la mise en place d'un tel outil. Suite aux remarques formulées à l'égard de cette recommandation déjà faite en 2012, elle souligne qu'il devrait s'agir d'un plan adapté aux besoins spécifiques de chaque patient qui fait constamment l'objet d'une adaptation selon l'état du patient concerné. Il ne s'agit donc pas d'un ensemble d'activités thérapeutiques spécifiques, mais d'un corps cohérent et intégré d'activités adaptées aux besoins individuels de chaque patient

Les activités thérapeutiques sont mises en œuvre par l'ergothérapeute (15 unités par semaine, activités collectives et individuelles cumulées). Le personnel soignant organise 6 activités classiques par semaine, le personnel infirmier organise en sus deux fois par jour des activités de promenade ou de sports. Une des deux promenades journalières est effectuée en 1 : 1, donc un infirmier avec un patient.

Les activités sont assez variées: l'ergothérapeute offre chaque semaine des groupes de travail centrés sur la perception corporelle, un groupe cognitif, un groupe de cuisine, un groupe de musique, un groupe de création libre et un groupe de walking. Ces groupes ont lieu une à deux fois par semaine. L'ergothérapeute organise aussi 5 activités de travail en individuel avec les patients. Le personnel soignant organise des activités sportives, des groupes de relaxation, des promenades individuelles et en groupe, des soirées cinéma et un atelier artistique organisé par une infirmière diplômée en art-thérapie. La fréquence de ces groupes varie de chaque jour à deux fois par semaine.

Une fois par semaine, une sortie dans la nature ou en ville est organisée, pour laquelle la participation est subordonnée à l'autorisation du médecin.

Il s'agit ici des activités régulières, récurrentes, planifiées et habituelles. A côté de celles-ci plusieurs autres activités ont lieu dans des intervalles plus ou moins réguliers, comme le chant, la guitare, le djembé ou l'art-thérapie. A relever encore l'offre de cours de relaxation et de sophrologie.

Pour Noël des activités spéciales adaptées au contexte sont organisées.

(99) Le nombre et la variation de l'offre pour les patients disposant de l'autorisation de sortir seuls ou accompagnés de l'U53 sont excellents dans l'optique de la vocation d'un service fermé de psychiatrie d'un hôpital régional.

(100) Même si en général la très large majorité des patients obtiennent l'autorisation de sortie accompagnée après quelques jours (en moyenne 3), la Médiateure constate que l'offre en direction des patients confinés à l'intérieur de l'U53 devrait être quelque peu élargie.

Comme les activités sportives sont d'une importance capitale pour les patients hospitalisés en unité fermée, la Médiateure recommande d'élargir l'offre existante, notamment pour les patients qui ne peuvent quitter l'unité fermée, mais également pour les autres.

(101) Dans ce sens, la Médiateure suggère aux responsables du CHL de considérer s'il n'était pas possible d'autoriser l'accès, accompagné bien évidemment, d'un certain nombre de patients pendant les samedis ou les dimanches aux installations de la salle du sous-sol, servant pendant la semaine à la réhabilitation cardiologique et oncologique.

Cette salle est très bien équipée et de par son agencement, elle présente de surcroît les garanties de sécurité nécessaires à la prévention de toute fuite de la part d'un patient.

La Médiateure est consciente des limites imposées par l'agencement des lieux et elle formule cette recommandation notamment à titre de solution provisoire dans l'optique de la nouvelle construction.

Comme le problème déjà soulevé du manque de capacités d'accueil du CHNP exige de plus en plus l'accueil de patients placés pendant un moyen, voire un long séjour de réhabilitation, les besoins de ce service deviennent différents. Même dans cette optique nouvelle, l'offre existante demeure pour le moment encore satisfaisante.

(102) La Médiateure félicite les responsables du CHL d'avoir anticipé cette évolution par la mise à disposition suffisante d'ETP en ergothérapie notamment.

Il est à souligner ici que l'U53 du CHL dispose d'une salle d'ergothérapie au sein de l'unité, ce qui facilite l'accès à l'offre.

Comme le CHEM, le CHL fera dans un avenir proche l'objet d'un réaménagement complet des infrastructures bâties par une nouvelle construction.

Si l'offre en ergothérapie est bonne, on ne peut prétendre la même chose des infrastructures dans lesquelles la majorité des activités ont lieu. L'équipe de contrôle doit réitérer son constat de 2012, à savoir que les deux locaux, quoique présentant l'avantage de se trouver à l'intérieur de l'U53, sont assez petites.

Notamment la salle utilisée pour certaines activités de sport est exiguë et dotée d'un plafond très bas. En plus, on y trouve une table de ping-pong, un punchingball et un ergomètre (vélo). Tout ce matériel doit d'abord être sorti si une activité est organisée dans cette pièce.

(103) Il est illusoire de plaider pour un agrandissement à court terme, mais la Médiateure recommande de prévoir une petite salle de sport et une salle d'ergothérapie de taille et d'équipement suffisants, au profit des patients de l'U53 au moment de la nouvelle construction du CHL.

L'équipe de contrôle a été informée que le principe de base de l'organisation de soins serait de permettre à chaque patient de bénéficier chaque jour d'une sortie à l'air libre, sous réserve bien entendu que son état de santé le lui permette. La décision de sortie hors de l'unité doit toujours être validée par un médecin.

Trois types de sortie sont envisageables : les sorties, ayant lieu tous les jours avec des petits groupes de 4 à 5 patients stabilisés, les sorties individuelles lors desquelles un patient à risque est accompagné par un ou deux soignants, tributaires de la disponibilité d'un nombre suffisant de soignants et finalement les sorties dans le cadre d'une activité de réhabilitation (cuisine thérapeutique et achats p.ex.) qui ont lieu selon le plan des activités.

(104) La Médiateure rappelle encore une fois le souhait que chaque patient de l'U53 puisse avoir chaque jour un accès d'au moins 30 minutes à l'air libre. Elle ne se refuse pas à une limitation de ce droit pour trois jours maximum en cas de situation de crise ou de danger avéré, dûment documenté.

L'équipe de contrôle a été informée que le service de psychiatrie fermé collabore avec un grand nombre d'agents spécialisés externes tels que les Alcooliques anonymes, Mobbing a.s.b.l., Omega 90, SPAD, Bambini, et l'Alternativ Berodungsstell.

(105) La Médiateure félicite les responsables pour cette ouverture qui contribue très largement à garantir une prise en charge spécialisée après la sortie de l'hôpital.

5.3. Les conditions de séjour

L'état d'hygiène de l'ensemble des chambres et des parties communes est à l'abri de tout reproche.

Tout comme elle l'a déjà fait en 2012, la Médiateure félicite les responsables du CHL de la procédure standardisée visant à informer le patient et le cas échéant, une personne proche par lui désigné, des droits et des moyens de recours qui sont à sa disposition. Cette information se fait par écrit et le patient doit signer un récépissé à des fins de documentation. Le patient reçoit également des informations à un stade ultérieur sur simple demande, ce qui est utile si son état de santé ne lui permettait pas de comprendre sa situation au début de son hospitalisation.

(106) Cette procédure est optimale, la Médiateure se réjouit de ce constat.

L'équipe de contrôle a reçu de nombreuses réclamations de patients qui se plaignaient de l'absence d'un téléviseur dans la salle commune.

L'équipe de contrôle avait posé la question lors de la mission sur place et des arguments de sécurité ou de crainte d'une détérioration ont été avancés.

La Médiateure sait qu'il est impossible d'obtenir une garantie totale, mais elle donne cependant à considérer que les salles communes des autres services fermés de psychiatrie, y compris ceux du CHNP sont tous équipés d'un téléviseur.

Mis à part une tentative de destruction qui avait lieu il y a plusieurs années au BU6 du CHNP, l'équipe de contrôle n'a pas connaissance du moindre acte de vandalisme perpétré par un patient à cet égard, ni d'actes d'auto- ou hétéroagression par le biais de la télévision.

(107) La Médiateure suggère donc d'installer un téléviseur dans la salle commune.

L'équipe de contrôle a constaté que les patients de l'U53 doivent acheter leur eau potable en bouteilles et que des jetons sont mis à disposition des patients indigents.

Si cette pratique ne pose pas de problèmes à une grande partie des patients, elle peut constituer une situation embarrassante pour d'autres qui sont, en raison de leur manque de moyens financiers, contraints à solliciter une prise en charge.

(108) La Médiateure recommande de mettre l'eau gratuitement à disposition des patients de l'unité 53, tel qu'elle l'a déjà recommandé en 2012.

L'équipe de contrôle constate avec satisfaction que les patients ont chaque jour à leur disposition gratuite les quotidiens luxembourgeois habituels, en langue allemande, française et portugaise.

L'initiative est excellente.

Les contacts vers l'extérieur sont faciles, alors que les patients ont la possibilité d'avoir un téléphone dans leur chambre. Ceux qui n'ont pas des moyens pour ce faire peuvent utiliser deux fois par jour un téléphone de l'hôpital (sauf pour les appels internationaux).

(109) La Médiateure apprécie les modalités entourant les contacts vers l'extérieur, mais recommande de réfléchir sur une possibilité de permettre aux patients dans le besoin d'effectuer des appels internationaux, si ses personnes de référence, notamment les membres de sa famille habitent à l'étranger. Les appels par skype ou similaire pourraient constituer une alternative intéressante à analyser.

L'horaire des visites est également suffisamment large pour permettre aux familles et aux proches des patients de leur rendre visite sans difficultés.

La Médiateure s'en réjouit.

La Médiateure maintient son avis que la salle de sports est nettement trop petite, ne dispose pas de fenêtre et d'aération adéquate.

(110) Elle sait qu'il sera impossible d'y apporter des changements majeurs dans un futur proche, mais elle répète sa recommandation consistant à respecter les besoins en la matière lors de la nouvelle construction.

La Médiateure doit également revenir sur la promesse faite en 2012 à l'équipe de contrôle consistant en la mise en place d'une soft-cell au sein de l'unité.

(111) Ici encore, la Médiateure recommande d'en tenir compte dans le cadre de la nouvelle construction.

Le dernier rapport critiquait également le type de photographies affichées à titre de décoration au sein de l'unité U53. Il s'agit en effet de photographies qui sont potentiellement de nature à perturber des patients atteints de certaines pathologies psychiatriques.

L'équipe de contrôle a constaté que ces photos se trouvent toujours au même endroit.

(112) La Médiateure suggère dès lors à nouveau de les échanger par d'autres photographies, plus adaptées aux patients psychiatriques.

L'équipe de contrôle a reçu de nombreuses réclamations en ce qui concerne les repas, notamment ceux de midi.

Aux dires des patients, ces repas ne sont pas assez variés.

Comme pour les autres hôpitaux, l'équipe de contrôle a sollicité l'ensemble des menus servis dans les deux mois précédant la mission sur place.

A l'étude attentive de ces menus, on constate en effet qu'il y a une fréquence de rotation d'un mois, c'est-à-dire que les mêmes menus réapparaissent après un mois.

Ceci peut être désagréable pour les patients psychiatriques qui séjournent souvent longtemps à l'hôpital.

Mais il ne faut pas perdre de vue que chaque patient se voit proposer chaque jour, en dehors des régimes alimentaires médicaux spécifiques servis sur ordonnance médicale, un choix entre trois menus différents, à savoir une formule « santé », plus légère, une formule « standard » et une formule végétarienne.

(113) Comme le patient dispose de ce choix, la rotation sur base de 4 semaines est tout à fait acceptable et la Médiateure ne peut pas apporter de critique justifiable relative à l'alimentation.

Les entretiens menés avec différents patients n'ont pas permis à l'équipe de contrôle de se faire une idée concrète de la recherche du consentement éclairé du patient en cas de traitement médical.

En effet, certains patients affirment avoir reçu des explications utiles quant à leur médication et d'autres affirment le contraire.

(114) La Médiateure souligne l'importance de la recherche de ce consentement, notamment eu égard au respect des droits de l'homme des patients. Elle recommande au personnel soignant d'être particulièrement attentif à cet aspect.

5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les fixations font l'objet d'une documentation rigoureuse et transparente, permettant un contrôle aisé.

(115) La Médiateure en remercie les responsables du CHL.

Toutes les fixations ont lieu sur ordre d'un médecin. Selon les cas, la fixation peut être uniquement ventrale, à 3 ou à 5 points.

Un traitement médical est toujours administré en parallèle à la fixation pour la rendre aussi supportable que possible.

Après chaque fixation, un entretien est mené avec le patient. Si d'autres patients étaient témoins de l'acte de fixation, le personnel soignant mènera également un entretien avec ceux-ci afin de pallier tout traumatisme.

(116) La Médiateure félicite les responsables pour cette procédure qui mériterait d'être appliquée de manière systématique partout où des fixations sont nécessaires.

Si au cours de la fixation, le patient a besoin d'aller aux toilettes, il est évalué ad hoc, tenant compte de son état actuel, si la fixation est interrompue ou non.

(117) La Médiateure apprécie le fait que la situation est évaluée au moment de la demande du patient et que la décision pour lever la fixation ou non pour aller aux toilettes soit prise en fonction de l'état actuel du patient.

Pendant la période de référence du 1^{er} novembre 2014 au 1^{er} novembre 2015, 20 patients des 175 patients accueillis en total à l'unité ont fait l'objet d'une contention au service U53.

Ces 20 patients ont fait l'objet d'un total de 64 mesures de contention.

Les mesures de contention étaient d'une durée totale de 615 heures et d'une durée moyenne de 9,62 heures.

Il n'est pas possible de fournir une répartition des mesures de contention et de leur durée selon les motifs les ayant rendues nécessaires.

La durée minimale d'une contention était de 15 minutes et la durée maximale de 48 heures.

Ici encore, il convient de mentionner que la même patiente qui a eu une influence majeure sur les statistiques en matière de fixation du CHEM a également hospitalisée, pendant une durée moins longue au CHL.

Si l'on considère les chiffres déduction faite de cette patiente, on arrive à un total d'heures de fixation de 504 au lieu de 615 et à une durée maximale de fixation de 31 heures au lieu de 48 heures.

Sans prendre en compte cette patiente, la durée moyenne des contentions descend de 9,61 heures à 8,7 heures.

Le ratio des fixations est, abstraction faite de la patiente à besoins spécifiques, de 58 fixations effectuées sur un total de 19 patients par rapport à un nombre total de 174 patients accueillis pendant la période de référence.

(118) La Médiateure souhaite avoir des explications plus détaillées sur les circonstances ayant rendu nécessaires une mesure de fixation de 31 heures.

De manière générale, elle rappelle que les mesures de contention doivent être limitées à la durée strictement nécessaire et ne constituer qu'une solution de dernier recours. Elle encourage les personnes concernées à recourir dans la mesure du possible à des moyens moins invasifs.

Comme déjà développé en 2012, elle regrette qu'il n'y ait sur le plan international pas de critères précis déterminant une durée maximale d'une mesure de contention physique et au-delà de laquelle le médecin devrait obligatoirement réexaminer la nécessité de la mesure de contention.

6. L'HK

Au HK, l'agencement des services de psychiatrie, qui compte aussi une unité de psychiatrie juvénile, est différent de celui mis en œuvre par les autres hôpitaux régionaux.

En effet, il y a lieu de remarquer premièrement que l'ensemble des services de psychiatrie sont logés dans une annexe à l'hôpital général et deuxièmement, il faut noter que l'HK ne dispose pas d'une unité de psychiatrie fermée à proprement parler.

La psychiatrie des adultes est répartie sur les trois étages 0C, 1C et 2C de l'annexe, le sous-sol (et partiellement parterre, l'immeuble étant situé sur un talus important) étant réservé à la psychiatrie juvénile.

Les trois étages de psychiatrie adulte appliquent les mêmes procédures mais bénéficient d'une relative autonomie entre eux, chaque étage travaillant avec son propre personnel et avec ses médecins-psychiatres. La garde est assurée à tour de rôle par un autre étage et les patients qui sont mis en phase d'observation sont dès lors placés à l'étage qui assume la garde.

Les trois étages fonctionnent selon le principe de la « semi-ouverture ». Ceci implique qu'en principe, les portes ne sont pas fermées aux patients qui peuvent librement se déplacer, accompagnés ou non selon leur statut, dans un périmètre qui leur est fixé par leur psychiatre traitant.

Uniquement au cas où la situation médicale d'un patient à risque l'exige, les portes de son étage sont fermées temporairement et ce pendant le laps de temps minimal nécessaire. Cette fermeture n'entrave pas la liberté de mouvement des autres patients, qui doivent alors solliciter l'ouverture de la porte pour eux par le personnel.

La nécessité de procéder à la fermeture des portes d'une unité est évaluée chaque matin lors de la réunion de service.

(119) La Médiateure apprécie cette manière de procéder.

L'équipe de contrôle a été informée que suite au rapport de 2012, le nombre de réunions du personnel a été augmenté.

Une réunion ordinaire a lieu chaque jour et chaque lundi, une réunion avec les patients et le responsable de l'étage a lieu (Team-visit).

(120) La Médiateure remercie les responsables d'avoir mis en œuvre sa recommandation.

Il a été rapporté à la connaissance de l'équipe de contrôle qu'on constate une nette baisse du temps d'ouverture des portes et qu'il serait à craindre que le temps de fermeture va encore s'élargir dans un futur proche.

Cette baisse du temps d'ouverture des portes serait en partie due à une augmentation du nombre des patients mais également à une augmentation du nombre de patients atteints de pathologies psychiatriques plus importantes. Enfin, un dernier facteur serait le manque de personnel infirmier pour encadrer ces patients d'une manière permettant de laisser les portes ouvertes pendant une grande partie de la journée.

La Médiateure soutient le principe de la « semi-ouverture », mais il faudra qu'il reste la pratique normale et que l'évolution n'aille pas dans le sens d'en faire une exception.

(121) La Médiateure fait appel aux responsables de maintenir ce système exemplaire et de prévoir, si cela s'avère nécessaire au maintien d'un maximum de plages pendant lesquelles les portes sont ouvertes, une dotation en ETP de personnel soignant et d'agents de sécurité suffisante.

L'équipe de contrôle a eu l'occasion à de nombreuses reprises de s'entretenir avec des patients qui étaient en phase d'observation ou en placement médical auprès de différents services nationaux de psychiatrie fermés pour adultes. Tous ont confirmé que le système semi-ouvert de l'HK présente des avantages considérables pour chaque patient bénéficiant d'une forme de sortie autorisée.

Le fait de répartir les patients en phase d'observation et en situation de placement médical sur les trois étages disponibles en fonction des services de garde a un avantage supplémentaire, à savoir que l'espace à disposition des patients bénéficiant d'une forme d'autorisation de sortie est beaucoup plus grand. Il est à remarquer que chaque étage pris isolément est déjà d'une superficie supérieure à chacun des services de psychiatrie fermés des trois autres hôpitaux régionaux.

La Médiateure rappelle qu'en matière de placements en milieu psychiatrique, le principe de la restriction minimale est d'une importance capitale.

Tant la Médiateure que son équipe de contrôle savent que la plupart des acteurs professionnels luxembourgeois ne partagent pas leur opinion positive de l'organisation interne et de la configuration architecturale du service de psychiatrie de l'Hôpital Kirchberg. Il faut cependant constater que les patients ayant séjourné dans plusieurs services de psychiatrie affirment unanimement préférer le service de l'Hôpital Kirchberg.

(122) C'est pour cette raison et suite à des constats personnels que la Médiateure recommande avec insistance notamment au CHEM et au CHL, qui sont tous les deux en phase de conception des plans pour la nouvelle construction de leur hôpital, de s'inspirer du modèle de l'HK.

La Médiateure note avec satisfaction que les plans envisagés par le CHEM semblent aller dans cette direction.

La visite des lieux a eu lieu avant la fermeture des urgences de la ZithaKlinik, de sorte que l'équipe de contrôle n'a pas pu vérifier si cette fermeture a un impact sur le nombre de patients soumis à une mesure d'observation ou à un placement médical.

Même si tel devait être le cas, le service de psychiatrie de l'Hôpital Kirchberg est de loin celui qui, par sa capacité d'accueil, est le mieux outillé pour faire face à une augmentation du nombre de patients qui, en principe seraient destinés à un séjour en unité fermée.

Force est de rappeler dans ce contexte que, depuis 2014, les patients psychiatriques en phase d'observation à la Zithaklinik sont transférés au plus tard après 72 heures à l'HK, cette pratique avait déjà générée une augmentation de 25% du nombre de patients.

Tout comme au CHL, les responsables de l'HK ont également informé l'équipe de contrôle qu'ils constatent depuis quelques années que le nombre de patients demandeurs d'asile présentant des idées suicidaires ou d'autres pathologies psychiatriques lourdes est en augmentation constante.

Dès lors, les mêmes commentaires et recommandations que ceux faits à cet égard au titre du CHL à s'appliquent.

Il s'agit d'une patientèle particulièrement vulnérable, qui présente souvent les symptômes d'un trouble de stress post-traumatique. De plus en plus souvent, le personnel infirmier et les médecins doivent avoir recours à l'aide de traducteurs pour pouvoir aider ces patients.

Il s'ajoute que les demandeurs d'asile sont, selon les dires des médecins, majoritairement au courant du fait que leur rapatriement sera souvent impossible s'ils souffrent d'une pathologie psychiatrique majeure. Ceci aurait un impact sur la collaboration des patients et partant sur la rapidité du diagnostic.

Il doit en tout cas être clair que ces patients nécessitent une attention particulière qu'il est difficile d'assurer avec la dotation en ETP existante.

(123) La Médiateure prie tous les services de psychiatrie fermés de lui faire parvenir des données chiffrées. Si celles-ci démontrent un besoin supplémentaire en personnel, la Médiateure se fera l'interprète des hôpitaux auprès qui de droit.

6.1. Personnel et infrastructures

Comme il a déjà été dit, le service de psychiatrie de l'Hôpital Kirchberg est de très loin le plus grand en superficie, chaque étage compte une superficie nette (hors espace occupé par les chambres et les bureaux) de 310 m² environ.

6 ETP en médecins-psychiatres sont affectés au service de psychiatrie, à raison de deux par étage. Il est à noter que chaque étage dispose de son équipe permanente, il n'y a pas de rotation habituelle entre les étages.

Ceci correspond à la couverture médicale telle qu'elle existe également auprès des autres services de psychiatrie, avec, comme il ne faut pas l'oublier, la spécificité qu'il s'agit d'une patientèle mixte et non exclusivement placée ou en phase d'observation.

L'équipe de contrôle a été informée que les patients voient leur médecin-psychiatre en moyenne tous les deux à trois jours et plus souvent si leur état de santé l'exige. Ceci a été corroboré lors des entretiens avec les patients dont aucun ne s'est plaint d'une difficulté d'accès à des soins médico-psychiatriques.

(124) La Médiateure se réjouit de ce constat.

La dotation forfaitaire de sécurité attribuée par l'UCM à un service de psychiatrie fermé est de 17,5 ETP en infirmiers, qui, au HK sont répartis sur les trois étages.

La dotation en personnel infirmier est de 3-2-2 pour les jours normaux, les jours de garde, la dotation est de 3-3-2. Dans les deux cas de figure, il faut ajouter pour le tour du matin un responsable de service. Un autre infirmier est en charge de la Clinique du Jour qui fonctionne du lundi au vendredi.

L'équipe de contrôle a reçu l'information qu'en sus de ce personnel, un infirmier rouleur serait à disposition de l'ensemble du service de psychiatrie adulte. Cette information n'est cependant pas reprise dans la documentation écrite versée par l'HK.

(125) La Médiateure sollicite de plus amples informations à ce sujet et souhaiterait en même temps être informée de l'effectif infirmier (infirmiers, infirmiers psychiatriques et aides-soignants) réel en ETP par étage.

L'HK a comme spécificité d'employer des agents de sécurité au service de psychiatrie.

La Médiateure renvoie à ce sujet sur ses commentaires déjà faits dans son rapport de 2012.

« Il est à relever que plusieurs hôpitaux, dont également le CHK ont recours à des agents de sécurité mis à disposition par des sociétés de gardiennage, ceci surtout pour assurer la sécurité des établissements pendant la nuit ou au sein des services d'urgence, ce qui n'appelle pas de commentaires de la part de la Médiateure.

Or, la pratique mise en œuvre au CHK¹ va autrement plus loin. Ici, certains agents de sécurité assistent surtout le personnel soignant en cas de besoin. Leurs tâches sont très variées, et limitativement énumérées dans une description minutieuse du profil de leur poste élaborée par le CHK.

Ainsi, les agents de sécurité sont bien évidemment en charge du maintien de l'ordre au sein du service de psychiatrie, ils peuvent être chargés du transport de dossiers ou de matériel d'un service à l'autre, ils accompagnent les patients des urgences vers le service de psychiatrie, mais avant tout, ils sont appelés à assister le personnel médical

¹ Actuellement HK

et soignant, sur demande de celui-ci, à l'occasion de fixations ou en cas d'incident. Ils peuvent également assister le personnel médical et soignant en cas d'administration de traitements forcés si des considérations de sécurité l'indiquent. A cet effet, ils peuvent également pénétrer dans les chambres des patients, sous réserve expresse d'être accompagnés par un membre du personnel soignant.

Cette pratique a, dans un premier temps, interpellé l'équipe de contrôle qui avait de vifs doutes sur le respect du secret professionnel et sur la qualité des interventions contraignantes exécutées par des agents non spécialisés dans ce domaine délicat et complexe.

Avant d'avoir voulu se prononcer sur le fond, l'équipe de contrôle a dès lors sollicité de plus amples détails sur l'organisation et les modalités de cette collaboration.

La Médiateure ne cache pas non plus qu'elle a sollicité à ce sujet l'avis d'autres experts en matière de droits de l'homme.

Après lecture du profil de poste et des modalités qui entourent l'affectation des agents de sécurité aux postes de surveillance à l'unité psychiatrique, il a été possible de lever les doutes existants, notamment parce que les compétences et devoirs des agents de sécurité sont déterminés de manière très précise et limitative.

Ainsi, les agents de sécurité qui sont affectés au service de psychiatrie du CHK doivent premièrement suivre une formation interne au CHK sur la technique de fixation de patients et sur les procédures de sécurité spécifiques à la psychiatrie et deuxièmement, participer à une formation externe en matière de désescalade de situations critiques.

Cette formation est la même que celle qui doit être suivie par le personnel soignant travaillant au service de psychiatrie et doit faire l'objet d'une mise à jour annuelle.

Le profil de poste impose également la stricte observation du secret professionnel et l'interdiction de consulter les dossiers des patients ainsi que les informations médicales de manière générale.

Il est en plus précisé que l'agent de sécurité ne peut jamais intervenir seul auprès d'un patient, sauf dans les cas pouvant être assimilés à des situations de « non-assistance à personne en danger », ni entrer seul dans la chambre d'un patient. Lorsqu'il intervient auprès d'un patient, l'agent de sécurité est toujours sous la responsabilité et sous les ordres du personnel médical et soignant.

Après avoir eu connaissance de ces éléments, la Médiateure estime que le recours à des agents de sécurité constitue une pratique très intéressante.

La participation des agents de sécurité aux mesures contraignantes est en effet susceptible de protéger la relation de confiance qui doit s'établir entre les patients et le personnel médical et soignant.

En outre, la présence des agents de sécurité, auxquels incombent également des tâches logistiques, décharge le personnel soignant qui dès lors est plus disponible pour dispenser les soins infirmiers proprement dits, nécessitant une intervention très qualifiée.

Finalement, cette pratique ne reste pas sans impact budgétaire majeur tel qu'il ressort du nombre d'ETP en personnel infirmier qualifié affecté au service psychiatrique pendant la nuit.

(...) Dans le souci d'une gestion raisonnable des deniers publics, la Médiateure ne peut cacher son approbation de cette pratique qui devrait pouvoir servir d'exemple, à condition d'être entourée des mêmes garanties formelles et écrites, dans d'autres institutions à besoins similaires, psychiatriques ou non. »

L'ensemble du personnel, y compris les femmes de charge affectées au service de psychiatrie a suivi une formation spécifique, selon ses fonctions, en matière de prévention et de gestion des conflits, de désescalade verbale et de communication non-violente.

(126) La Médiateure tient à féliciter les responsables d'avoir étendu cette formation à tous les collaborateurs, ce qui constitue un exemple de bonne pratique.

Outre le personnel infirmier, le service de psychiatrie est également doté de 0,8 ETP en ergothérapeute, 0,24 ETP en sport-thérapeute et 0,8 ETP en psychologue.

L'équipe est complétée par 0,8 ETP en assistant social et 0,8 ETP en agent de sécurité.

Il faut remarquer que ces ETP sont théoriques et se calculent sur base de l'ensemble des ETP pour les trois unités (45 lits) en considérant que l'unité fermée est composée de 12 lits.

(89) La dotation en personnel thérapeutique ainsi déterminée est correcte mais elle correspond plutôt à un minimum et ne saurait faire l'objet d'une diminution.

L'accès aux services d'un psychologue est facilité aux patients qui peuvent eux-mêmes faire la demande sans passer par leur psychiatre. Cette possibilité est communiquée aux patients par le personnel infirmier et thérapeutique et également lors de la « team-visit » hebdomadaire.

Les psychologues sont également sollicités par les médecins-psychiatres afin de réaliser des évaluations ou des activités thérapeutiques.

(127) La Médiateure apprécie cette liberté laissée aux patients. Il s'agit encore d'un exemple de bonne pratique qui devrait inspirer d'autres services de psychiatrie fermés.

Elle donne cependant aussi à considérer que l'effectif théorique de 0,8 ETP en psychologue constitue une limite inférieure au cas où ces services sont fréquemment sollicités.

Un plan individuel de traitement est élaboré pour chaque patient et en collaboration avec celui-ci. Ce plan fait constamment l'objet d'une réévaluation et d'une adaptation.

(128) La Médiateure félicite les responsables de la mise en place de cet outil important.

Le budget accordé aux psychologues semble être suffisant pour procéder à l'achat de tests et de la documentation nécessaire au travail.

(129) Il serait souhaitable de débloquer les fonds nécessaires afin que le service de psychologie puisse avoir un accès informatique à une ou plusieurs bases de données scientifiques spécifiques.

L'équipe de contrôle a relevé que les locaux à la disposition du service d'art-thérapie ont été agrandis au détriment de l'ancienne salle des sports.

(130) Si les infrastructures dédiées à l'art-thérapie et à l'ergothérapie sont excellentes, il en est autrement en ce qui concerne la salle désormais destinée à des activités sportives.

Elle est en effet très éloignée du service de psychiatrie, elle est très mal aérée, ne dispose pas de fenêtres et le plafond de la salle est très bas ce qui empêche la pratique de certains jeux de balle.

Cette salle n'est certainement pas adaptée à la pratique régulière d'activités sportives et ne saurait être considérée que comme étant de nature provisoire. La Médiateure lance un appel aux responsables de l'HK afin de trouver à terme une solution à cette situation non satisfaisante.

L'équipe de contrôle a été assez souvent interpellée par les patients qui se plaignent du manque de sorties à l'extérieur.

Il semble que le nombre de sorties est en diminution depuis quelques années en raison de l'augmentation considérable du nombre de patients et de la typologie de leurs pathologies.

Comme la dotation de personnel est limitée auprès de tous les hôpitaux régionaux, les sorties à l'air libre doivent être supprimées à l'occasion par manque de personnel.

(131) La Médiateure est consciente des contraintes budgétaires qui entourent la gestion des ressources humaines, mais elle fait appel aux responsables de garantir en tout état de cause à chaque patient placé ou en phase d'observation et disposant d'une forme d'autorisation de sortie, une sortie journalière à l'air libre.

Le service de psychiatrie compte en tout 3 ETP en assistants sociaux, soit une dotation théorique pour les 12 lits attribués à la psychiatrie fermée de 0,8 ETP.

Cette dotation est correcte et supérieure à la moyenne des hôpitaux régionaux.

Les remarques déjà faites pour les autres hôpitaux régionaux en ce qui concerne le service des assistants sociaux, notamment en ce qui concerne le CHL, valent également au HK.

Il est un fait que les assistants sociaux ont des difficultés pour accéder en temps utile aux données nécessaires afin de préserver les droits de leurs patients. Il s'agit, pour rappel, essentiellement des informations relatives aux membres de la famille et à l'employeur de leurs patients.

Les problèmes les plus importants en matière de communication, voire en ce qui concerne l'opposition systématique du secret professionnel semblent exister pour tous les hôpitaux avec le CCSS. Or, c'est précisément l'interlocuteur le plus important pour les services d'assistance sociale car il s'agit du seul moyen, en présence d'un patient dément, désorienté ou confus, incapable de communiquer, de savoir s'il a une occupation salariée ou non et dans l'affirmative, de faire parvenir un certificat médical à l'employeur en temps utile, au moins dans les formes et délais prévus en pareil cas par les dispositions de l'article 121-6(4) du code du travail.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il arriverait régulièrement que l'emploi d'un patient soit en danger ou que le patient ait même été licencié à défaut d'avoir introduit un certificat médical en temps utile.

L'équipe de contrôle a été informée que la Police grand-ducale serait à l'occasion disposée à fournir certaines informations.

(132) La Médiateure renvoie à ce sujet aux commentaires développés au titre du CHL.

Comme dans les autres hôpitaux, il existe une réserve en vêtements pour les patients qui sont dans le besoin. Ce stock est géré à l'HK par les assistants sociaux. Ces stocks sont généralement constitués par des dons du personnel.

Le service d'assistance sociale gère également un petit budget, spécifique à chaque unité et destiné à faire face aux menues dépenses.

(133) La Médiateure félicite les membres du personnel pour leur engagement à cet égard.

L'eau potable est gratuitement mise à disposition des patients.

(134) La Médiateure s'en félicite.

Le service d'assistance sociale gère encore un petit stock de tabac destiné à dépanner les patients indigents.

L'équipe de contrôle a été informée que les assistants sociaux visitent systématiquement chaque nouveau patient pour évaluer s'il a besoin de leurs services et également pour lui expliquer ses droits et l'assister, le cas échéant, si le patient le désire, dans la formulation d'un recours contre la mesure d'observation ou de placement.

Selon les informations reçues, les assistants sociaux remettraient une brochure d'information aux patients.

(135) L'équipe de contrôle souhaiterait obtenir une copie de cette brochure.

Il existe une collaboration étroite du service d'assistance sociale avec les offices sociaux des communes luxembourgeoises et également avec certains foyers.

Il a été porté à la connaissance de l'équipe de contrôle qu'il serait particulièrement difficile de faire accepter un patient âgé et dément dans une maison de soins ou une maison de retraite. En effet, les responsables semblent avoir des réticences manifestes à accepter un patient qui provient d'un service de psychiatrie.

Il s'agit d'une stigmatisation intolérable que la Médiateure désapprouve. Ce comportement est constitutif d'un traitement dégradant et discriminatoire portant atteinte aux droits de l'homme des patients concernés.

La Médiateure n'ignore pas que la plupart des CIPA ou des maisons de soins sont soit des établissements publics, soit des institutions de droit privé.

(136) Néanmoins, tous les établissements sont bénéficiaires de subventions étatiques. La Médiateure recommande aux organismes publics qui accordent ces subventions aux CIPA et aux maisons de soins de les conditionner à l'acceptation de patients de toute provenance, sans discrimination aucune.

La Médiateure est choquée par cette information et se réserve le droit de mener des investigations plus poussées en la matière, le cas échéant, en collaboration avec le CET.

En tout cas, elle soumettra cette situation à l'attention particulière de la CCDH.

L'équipe de contrôle a noté avec satisfaction que les assistants sociaux conduisent souvent personnellement leurs patients à l'étranger si ceux-ci sont supposés y continuer leur traitement.

(137) Ceci est un exemple de bonne pratique qui mérite d'être suivi. En effet, la Médiateure rappelle qu'en matière de placements en milieu psychiatrique fermé, le principe de la restriction minimale prévaut toujours. Il est de loin moins traumatisant pour un patient d'être transporté par les soins d'une personne qu'il connaît que par des étrangers, voire-même des agents de sécurité ou des agents de police.

Il est clair que cette pratique trouve ses limites dans les considérations de sécurité évidentes.

L'équipe de contrôle note que la dotation en personnel du service de psychiatrie est correcte et dépasse en certains domaines les normes inférieures.

Egalement en ce qui concerne l'HK, la Médiateure doit répéter qu'elle n'apprécie pas le détournement de l'esprit de la dotation de sécurité réservée aux services fermés de psychiatrie et prévoyant une dotation de trois ETP en personnel infirmier/aide-soignant pour chacun des trois tours.

En effet, même si l'HK dispose d'une organisation interne spécifique, déjà amplement décrite, il n'en reste pas moins qu'aucun des 3 étages n'est doté pendant la nuit de 3 personnes.

Il faut cependant relativiser le constat en ce qui concerne l'HK pour plusieurs raisons : premièrement, il n'existe comme on l'a déjà relevé, pas d'unité fermée à proprement parler, donc les patients potentiellement plus exigeants d'un point de vue de la surveillance ou des besoins médicaux ne se trouvent pas concentrés dans une unité.

En deuxième lieu, il y a lieu de remarquer que le service de nuit est à géométrie variable, organisé selon les besoins momentanés de l'unité. Il peut être composé, par étage, de deux soignants ou d'un soignant et d'un agent de sécurité.

Dès lors, l'absence d'une troisième personne en cas d'incident est moins importante qu'auprès des services fermés de psychiatrie des autres hôpitaux, organisés et agencés différemment.

Il n'en reste cependant pas moins que cette organisation ne reflète pas l'idée dans laquelle la dotation de sécurité a été conçue. Elle ne constitue en effet pas un réservoir d'ETP en personnel infirmier à disposition d'autres services, mais bien une faveur financière des pouvoirs publics à l'intention des services concernés afin de pouvoir répondre utilement à une situation très spécifique.

Chaque étage dispose de 15 lits, répartis sur 5 chambres individuelles et 5 chambres doubles.

Chaque étage compte en outre deux chambres sécurisées, destinées à la prise en charge, pendant un bref temps de transition, les patients très agités et/ou représentant un risque important d'auto- ou d'hétéro-agressivité.

Les chambres des patients sont spacieuses, bien éclairées et correspondent en tout point aux normes en vigueur. L'état de propreté des chambres et des parties communes est exemplaire.

Il en est de même en ce qui concerne l'état des effets vestimentaires et l'hygiène corporelle des patients, ce qui est un point auquel l'équipe de contrôle attache une importance particulièrement grande pour des raisons déjà évoquées à l'occasion d'autres hôpitaux régionaux.

(138) La Médiateure tient à en féliciter expressément les responsables et le personnel soignant. Il s'agit, comme déjà mentionné d'un constat qui est loin d'être superfétatoire ou banal. En effet, nombreux sont les patients psychiatriques qui n'ont, du moins transitoirement, plus les moyens de prendre en charge correctement leur hygiène corporelle et le soin de leur vêtements.

Assurer la dignité de ces patients, en les assistant dans les tâches de la vie quotidienne pré-décrites, constitue un élément important dans la préservation des droits de l'homme dont ils sont dépositaires. Il s'agit pour l'équipe de contrôle aussi d'un outil permettant une première évaluation grossière de l'engagement du personnel soignant.

La Médiateure et l'équipe de contrôle insistent avec conviction sur cet aspect qui est d'une importance similaire dans tous les autres établissements et institutions privatives de liberté.

6.2. Les activités

Comme il a déjà été mentionné plus haut, une large gamme d'activités est organisée chaque semaine.

Les activités thérapeutiques sont inscrites dans un plan thérapeutique individuel qui est constamment réévalué.

Un nombre important d'activités a lieu à l'extérieur des unités et n'est dès lors accessible qu'aux patients bénéficiant d'une forme d'autorisation de sortie.

Selon les informations obtenues par l'équipe de contrôle, les autorisations de sorties, d'abord accompagnées, puis seules avec un périmètre de plus en plus large, sont accordées assez rapidement, de sorte qu'il serait rare qu'un patient ne bénéficierait pas d'une autorisation de sortie accompagnée après trois à quatre jours.

(139) La Médiatrice répète ce qu'elle a déjà remarqué au titre des autres hôpitaux régionaux, à savoir qu'elle peut tolérer pour des raisons tenant aux infrastructures bâties, à l'organisation interne et à la dotation en personnel qu'un patient doit rester pendant 3 jours maximum à l'intérieur de son unité. Passé ce délai, la situation doit cependant changer et le patient devra avoir au minimum un accès journalier à l'air libre, tout en étant accompagné si son état l'exige.

Le personnel infirmier propose des séances de relaxation qui ont lieu 3 fois par semaine.

Les activités sont nombreuses et assez variées. Chaque jour les patients disposant d'une autorisation de sortie au moins accompagnée ont la possibilité de participer pendant 30 minutes à une marche pédestre. Du côté des activités sportives il existe encore une offre en gymnastique douce et en stretching, une séance de sensibilisation corporelle et une séance de sports collectifs.

Il y a une activité de pâtisserie et les produits y réalisés sont consommés ensemble le même après-midi, ce qui constitue alors également une activité destinée à augmenter les compétences sociales.

Il existe deux fois par semaine une offre en art-thérapie, deux séances en ergothérapie (kreatives Werken) ainsi que plusieurs groupes de parole plus spécifiques concernant les phobies, les dépendances, les psychoses, l'anxiété, la dépression etc.

Parallèlement, des activités individuelles sont organisées selon les besoins spécifiques des patients.

Les nombreuses activités sportives sont gérées par un sport-thérapeute spécialisé.

Elles se déclinent en trois niveaux d'intensité : un niveau de base où surtout de la gymnastique douce est proposée, un niveau intermédiaire représenté par la thérapie corporelle et un niveau plus intensif où on propose des activités de fitness aux patients, sous réserve d'absence de contre-indications médicales.

Il existe en outre un groupe sportif qui est focalisé sur l'endurance où la natation, la course à pied et le vélo sont proposés.

Les différents groupes peuvent être composés de 9 personnes au maximum.

Selon le sport-thérapeute, un des défis majeurs qui se posent à lui serait de garantir des séances productives et efficaces malgré la très grande hétérogénéité de la composition des groupes. Il serait dans certains cas préférable de travailler avec des groupes plus petits,

permettant de mieux tenir compte des spécificités et des besoins de chaque patient, mais cela supposerait, si l'on veut maintenir une offre identique, une augmentation des ETP en sport-thérapeute.

(140) La Médiateure souhaite souligner l'importance des activités sportives en milieu psychiatrique, permettant un épanouissement physique, mais aussi une prise de conscience de son corps et donne à considérer, eu égard à l'importance majeure et avérée des activités sportives pour les patients psychiatriques de long séjour notamment, si une augmentation de la dotation en ETP en sport-thérapeute ne s'imposerait pas dans le sens d'une démarche augmentant la qualité.

Des séances de sport individuelles pour des patients à besoins très spécifiques peuvent être organisées.

La Médiateure s'en réjouit.

(141) La Médiateure doit répéter à cet endroit qu'elle est d'avis que l'actuelle salle des sports ne peut constituer qu'une solution intermédiaire à laquelle il faudra remédier à moyen terme au plus tard.

L'équipe de contrôle a appris qu'un projet d'aménagement d'une salle de sports existait mais que sa mise en œuvre aurait nécessité la suppression de 7 emplacements de parking.

Si tel était le cas, la Médiateure doit souligner qu'elle considère qu'un hall sportif est évidemment prioritaire, pour un service psychiatrique, par rapport à des emplacements de parking, qui ne relèvent que de considérations de confort ou vénales.

L'équipe de contrôle a été informée que le sport-thérapeute ne participe qu'à la réunion de service de l'unité OC. Il est évident que cette personne ne peut pas être présente partout au même moment.

(142) La Médiateure se féliciterait néanmoins si les informations importantes que peut détenir le sport-thérapeute pouvaient être mises à disposition des autres intervenants par le biais d'une procédure qui garantit un échange effectif dans les deux sens.

L'équipe de contrôle a également relevé que la répartition des interventions entre les différents acteurs n'est pas toujours très claire.

Ainsi l'ergothérapeute s'occupe de la cuisine thérapeutique à l'unité 1C alors que sur les autres étages les infirmiers interviennent parfois aussi pour assurer cette activité.

(143) Au vu de l'importance de l'activité (plus amplement décrite au titre du CHEM), la Médiateure recommande de confier l'activité de cuisine thérapeutique exclusivement aux ergothérapeutes.

6.3. Les conditions de séjour

L'hygiène de toutes les parties publiques et des chambres, des trois étages est exemplaire.

L'équipe de contrôle a constaté avec satisfaction qu'au HK, une source potentielle de danger au sein d'un service fermé de psychiatrie a été éliminée. En effet, les chariots des femmes de charge sont désormais fermés et équipés d'un dispositif de sécurité empêchant l'ouverture par les patients.

Ceci peut sembler anodin, mais il faut rappeler que le personnel de nettoyage travaille en milieu hospitalier et que les normes d'hygiène y sont particulièrement strictes. Dès lors, les femmes de charge doivent recourir à des produits spécifiques, très puissants qui, dans leur forme non-diluée, telle qu'ils se trouvent sur chaque chariot, peuvent constituer un danger mortel en cas d'ingestion ou compromettre gravement la santé en cas de contact avec les yeux ou les muqueuses.

(144) La Médiateure se réjouit de cette initiative.

Au HK, il existe une procédure standardisée destinée à renseigner les patients en phase d'observation sur leurs droits, notamment à un recours effectif.

Le personnel infirmier prodigue des informations dès l'entrée du patient. Par la suite, chaque patient est obligatoirement vu, dans les 48 heures de son arrivée, par un assistant social qui l'informe en détail sur ses droits. Il est demandé à chaque patient de signer un accusé de réception documentant qu'il a été informé sur ses droits.

(145) La Médiateure est très satisfaite de cette procédure exemplaire garantissant que chaque patient ait une connaissance précise des moyens qui lui sont réservés par la loi.

La mise à disposition gratuite d'eau potable pour tous les patients et de petites quantités de tabac pour les patients indigents a déjà été évoquée.

La Médiateure salue ces initiatives.

La communication des patients avec l'extérieur est aisée, chacun pouvant utiliser son téléphone portable. Un réseau WIFI est également à la disposition des patients.

Le droit d'utiliser un téléphone portable peut cependant être suspendu sur décision médicale. Dans ce cas, les patients peuvent toujours utiliser, à titre gratuit, le téléphone se trouvant dans le bureau des infirmiers.

(146) La Médiateure est satisfaite de la manière flexible dont l'utilisation des téléphones portables est gérée. Elle note également avec satisfaction qu'aucun incident relatif à une utilisation malveillante de la fonction d'appareil-photo des smartphones n'ait été rapporté. Il s'agit en effet d'un problème épineux en milieu privatif de liberté où il est également important de préserver en toutes circonstances l'anonymat des autres personnes séjournant dans une institution fermée.

Au HK se pose le même problème que celui déjà mis en évidence en ce qui concerne le CHL, à savoir la présence de policiers armés et en uniforme si un détenu doit être hospitalisé au service de psychiatrie.

Vu l'impact particulièrement négatif qu'une telle présence peut avoir sur les patients et également au vu du danger permanent que représente la présence d'une arme à feu dans un service de psychiatrie qui accueille également des patients potentiellement dangereux ou à haut risque d'auto- ou d'hétéro-agression, la Médiateure rappelle ses observations déjà faites au titre du CHL en la matière.

« Finalement, il y a lieu de remarquer, fait spécifique au CHL et à l'HK comme on verra plus loin dans ce rapport, les détenus sous mandat de dépôt et en phase d'observation en vue d'un placement médical, sont également hébergés dans ces chambres.

Dans ce cas, la surveillance est assurée par des gardiens du CPL ou par des agents de la Police grand-ducale qui, contrairement à l'ancienne pratique n'effectuent la surveillance plus dans le couloir devant la chambre, mais dans une autre pièce à partir de laquelle ils peuvent suivre les agissements du patient détenu par vidéosurveillance.

Il s'agit d'un progrès dont la Médiateure se félicite. En effet, la présence de personnes en uniforme, et, dans le cas des agents de police, également armés, au sein d'une unité fermée de psychiatrie est toujours un élément perturbateur pour les patients.

Les agents pénitentiaires se rendent en civil à l'unité pour effectuer la surveillance des détenus alors que les agents de Police portent l'uniforme et sont armés.

A l'instar des usages en milieu pénitentiaire qui interdisent, pour des raisons de sécurité évidentes, la présence d'armes à feu ou d'armes blanches au sein d'un établissement pénitentiaire, la Médiateure recommande aux autorités concernées de faire établir les mêmes interdictions, et ce pour des motifs identiques, également au sein de la psychiatrie fermée. La Médiateure recommande également aux autorités policières d'autoriser les agents de police appelés à assurer la garde d'un détenu au sein de l'unité fermée à porter le costume civil, ceci dans l'intérêt des autres patients.

La Médiateure n'accepte pas l'argument de la sécurité publique si souvent avancé en la matière. Les agents pénitentiaires n'étaient jamais armés sans que le moindre incident ne se soit jamais produit. En plus, cette recommandation ne vise nullement d'autres moyens de coercition tels que les menottes ou autres. »

(147) L'équipe de contrôle a eu plusieurs entretiens avec les représentants de la Police grand-ducale à ce sujet. Malgré tous les arguments fournis, notamment prétendant un risque quasi inexistant qu'une tierce personne arrive à défaire l'arme de service du policier, la Médiateure maintient la recommandation alors qu'il s'agit, surtout en milieu psychiatrique, également d'une question d'apparences et non seulement de danger réel, que la Médiateure considère cependant toujours être présent.

L'équipe de contrôle a analysé en détail les menus offerts aux patients pendant la période de référence du 1.9.2015 au 1.11.2015.

L'offre est exemplaire en tout point.

Chaque patient a le choix entre un petit-déjeuner continental à 6 composants ou un petit-déjeuner à céréales à 4 composants.

A l'intérieur de ce choix principal, il peut encore se composer les différents ingrédients selon ses désirs.

A midi, les patients ont un choix entre deux entrées, et 4 plats et ils peuvent choisir un dessert parmi 5 à 6 propositions.

Le dîner offre à nouveau une entrée, un choix entre 4 plats principaux et un dessert au choix parmi 5 à 6 propositions.

En sus, chaque patient peut choisir ses préférences en ce qui concerne les boissons chaudes accompagnantes à raison de trois choix différents par jour.

Le menu se répète partiellement toutes les trois semaines, ce qui, au vu du grand choix proposé, ne pose aucun problème.

(148) La variation de l'offre et le fait que le patient peut se composer en grandes parties son alimentation selon ses préférences constitue un exemple de bonne pratique qui mérite d'être mis en évidence. Si le choix et la variation alimentaires sont plus que satisfaisants dans tous les hôpitaux concernés, les possibilités de modulation par le patient sont les plus importantes au HK.

6.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Selon les informations reçues, le consentement éclairé du patient est toujours recherché dans la mesure du possible.

Le service de psychiatrie du HK poursuit une stratégie de médication préconisant des dosages aussi réduits que possibles. A cet effet, un plan de diminution de la médication est mis au point pour chaque patient en cas de besoin, la dose minimale efficace étant toujours recherchée.

(149) Selon certains patients avec lesquels l'équipe de contrôle a pu s'entretenir, des efforts pourraient encore faits en ce qui concerne la précision des explications de leur traitement médicamenteux aux patients. Il s'agit d'un exercice délicat et qui doit être adapté à chaque patient. Si certains patients se contentent d'informations du type « *et as fier d'Laun* » ou « *et as géint d'Opreegung* », d'autres patients souhaiteraient obtenir des explications qui vont plus loin, notamment dans la phase initiale du traitement où les effets secondaires se font sentir souvent le plus. Une meilleure compréhension de l'utilité et de la nécessité du traitement médicamenteux peut en effet également contribuer à ce que le patient ait plus de facilités à accepter les effets secondaires.

L'équipe de contrôle a été informée qu'un nouveau manuel décrivant le déroulement des fouilles est en cours d'élaboration.

(150) La Médiateure souhaite obtenir un exemplaire de ce manuel dès sa publication. Elle salue l'initiative de codifier une procédure de cette importance.

Tout comme l'équipe de contrôle a pu le constater auprès des autres hôpitaux régionaux, les fixations sont aussi ici très bien documentées de sorte à permettre un contrôle efficace.

(151) La Médiateure en remercie les responsables.

Une fixation ne peut avoir lieu que sur décision médicale et une médication adjuvante pour diminuer le désagrément au maximum pour le patient lui est administrée.

En principe, les fixations ont lieu dans la chambre du patient mais il est essayé de ne pas procéder à une fixation dans une chambre double en présence de l'autre patient.

Dans l'hypothèse d'une chambre double, l'autre patient est délocalisé vers une autre chambre ou la fixation devra être opérée, exceptionnellement, dans une autre pièce à l'abri du regard des autres patients.

(152) La Médiateure propose d'entériner cette pratique en interdisant simplement de procéder à la fixation d'un patient en chambre double si le voisin de chambre ne peut être délocalisé, sauf l'accord de principe explicite donné préalablement par les patients concernés.

Chaque patient sous fixation est contrôlé visuellement toutes les 15 minutes et il fait l'objet d'un contrôle plus approfondi (paramètres vitaux) au moins trois fois par nuit.

Il existe un projet en cours de réalisation visant à acquérir une télémétrie au profit du service de psychiatrie qui permet un contrôle permanent et à distance des paramètres vitaux. Un système fonctionnant sans câbles est en usage auprès de la Clinique universitaire de Homburg (Sarre).

(153) La Médiateure soutient cette initiative qui est à ses yeux excellente et qui devrait être appliquée également auprès des autres services fermés de psychiatrie. Elle fait un appel aux responsables de la dotation budgétaire hospitalière afin d'attribuer à chaque hôpital, y compris au CHNP, les moyens financiers en vue de l'acquisition d'un dispositif de télémétrie à l'attention des patients faisant l'objet d'une fixation.

Elle souhaite une prise de position écrite par Madame la Ministre de la Santé et par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à cet égard.

Pendant la période de référence qui allait du 1.11.2014 au 1.11.2015, 141 mesures de fixation ont dû être exécutées.

Les mesures de fixation étaient d'une durée totale de 1.806 heures, soit d'une durée moyenne de 12,8 heures par mesure.

L'HK a accueilli, pendant la période de référence, comme tous les autres hôpitaux régionaux, la même patiente à besoins spécifiques.

Si l'on ne tient pas compte de cette patiente, les statistiques s'en trouvent légèrement modifiées.

On compte un total de 137 mesures de fixation d'une durée totale de 1.666 heures, soit d'une durée moyenne de 12,2 heures.

Le ratio des fixations sur la période de référence du 1.11.2014 au 1.11.2015 est de 141 fixations opérées sur 45 patients par rapport à un total de 216 patients accueillis en phase d'observation ou sous placement médical.

En sus des 141 fixations, il a été procédé à 41 mesures d'isolement d'une durée totale de 10 heures, la durée moyenne des mesures d'isolement était de 12 minutes par patient.

(154) La Médiateure est d'avis qu'une durée moyenne de fixation de 12,2 heures est élevée et souhaite obtenir de plus amples explications à cet égard.

7. L'information et la communication en cas d'urgence

Le CELPL a depuis plusieurs années déjà mis en place une procédure de communication et d'information en cas d'incident grave avec certaines institutions soumises à son contrôle.

La première procédure a été mise en place en 2011 et elle concernait le CPL et le CPG. Cette procédure a été adaptée aux besoins réciproques au fil du temps.

Par la suite, des schémas de communication adaptés au contexte spécifique de l'institution concernée ont été mis en place en ce qui concerne, par ordre chronologique, le Centre de Rétenion, le CHNP et la Police grand-ducale.

Au vu du nombre toujours croissant de patients en phase d'observation et surtout en phase de placement accueillis dans les hôpitaux régionaux, le CELPL estime qu'il devient nécessaire de mettre en place une telle procédure également en ce qui concerne les services fermés de psychiatrie du CHEM, de l'HK, du CHL et du CHdN.

Le schéma retenu est dans ses grandes lignes identique à celui appliqué au CHNP avec plus de latitudes cependant alors que les hôpitaux concernés par cette procédure n'accueillent ni des placés judiciaires, ni, en principe, des patients psychiatriques sous mandat de dépôt, du moins pas en phase de placement.

Cette communication n'a pas pour finalité de s'ériger en contrôle permanent des institutions visées, son but est simplement de garantir au mieux les droits des personnes concernées par une phase d'observation ou un placement médical.

Cette procédure vise également, en cas de survenance d'un incident particulièrement grave comme le décès (par suicide notamment) d'un patient ou en cas de constat d'un traitement dégradant, cruel ou inhumain grave, à assurer la transparence requise, ceci dans l'intérêt tant des patients que des institutions ou de leurs salariés.

En effet, si cette procédure a été reçue au début un accueil mitigé en milieu pénitentiaire, il s'est vite avéré, après un certain nombre de décès survenus en prison, qu'elle ne sert pas

seulement à garantir les droits des détenus, mais aussi ceux des agents pénitentiaires. En effet, avant cette procédure, les agents pénitentiaires se retrouvaient parfois au centre de rumeurs injustifiées et infondées, notamment dans le cas de la survenance d'un décès d'un détenu, surtout si ce dernier était connu du public.

Il s'agit donc d'un instrument de prévention par la dissuasion comme l'exige le protocole facultatif qui constitue la base légale du CELPL, mais également d'un instrument de protection en tant qu'il favorise une plus grande transparence et permet le regard neutre d'une instance externe habilitée à cette fin.

Le schéma proposé devra être identique aux 4 hôpitaux concernés, le CHNP devant faire l'objet d'une procédure plus spécifique. La Médiateure est disposée à amender le contenu du schéma sur demande des hôpitaux concernés, mais insiste sur la mise en place d'une procédure unique, commune aux 4 institutions concernées.

Le schéma proposé est le suivant :

INCIDENT	DELAI	VOIE DE COMMUNICATION	INFORMATIONS REQUISES
Décès d'un patient en phase d'observation ou sous placement médical	Immédiatement	Téléphonique (pas de SMS)	Nom du patient et heure de survenance du décès, un collaborateur se transportera immédiatement sur les lieux.
Décès d'un patient en phase d'observation ou sous placement médical atteint d'une pathologie létale en phase terminale <u>et dont le CELPL a été informé au préalable</u>	Dans les 12 heures du décès	Par courriel	Nom du patient et heure de survenance du décès, d'autres informations peuvent être demandées par l'agent de permanence
Traitement dégradant, inhumain, cruel <u>grave</u> et/ou <u>atteinte grave</u> à l'intégrité physique et psychique d'un patient en phase d'observation ou sous placement médical (par un autre patient ou par une tierce personne, membre du personnel ou non)	Immédiatement	Téléphonique (pas de SMS)	Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance. D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances

<p>Suspicion de traitement dégradant, inhumain, cruel grave et/ou atteinte grave à l'intégrité physique et psychique d'un patient en phase d'observation ou sous placement médical (par un autre patient ou par une tierce personne, membre du personnel ou non)</p>	<p>Dans les 24 heures</p>	<p>Par courriel, également pendant les fins de semaine</p>	<p>Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées par la suite.</p>
<p>Acte de rébellion <u>grave avec violences ayant entraîné des séquelles physiques graves</u> (ayant nécessité une intervention médicale) dans le chef du patient placé médical ou en phase d'observation ou dans le chef de toute autre tierce personne.</p>	<p>Immédiatement</p>	<p>Téléphonique (pas de SMS)</p>	<p>Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances</p>
<p>Acte de rébellion avec violences commis par un patient placé médical ou en phase d'observation ou dont un tel patient a été la victime.</p>	<p>Dans les 24 heures</p>	<p>Par courriel</p>	<p>Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées par la suite.</p>

Toute fugue et tout retour	Dans les 12 heures	Par courriel	Nom du patient, description de son état de santé somatique et psychiatrique, <u>au retour également</u> : modalités du retour (seul, police, tierce personne ?) blessures apparentes, heure du retour. D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances
Incident grave (hors décès) survenu lors du transport d'un patient placé médical ou en phase d'observation	Dans les 12 heures	Par courriel	Nom du patient, noms des agents en charge, description de l'incident, heure et lieu de survenance. D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances.
Grève de la faim, fin de la grève	Après 48 heures à partir du début	Par courriel	Nom de la personne concernée, motifs éventuels, appréciation sommaire de son état de santé, éventuellement actions entreprises/envisagées.
Rixe avec violences physiques manifestes impliquant au moins un patient en phase d'observation ou sous placement médical	Dans les 12 heures	Par courriel	Noms des personnes concernées, heure de survenance, description sommaire des événements, appréciation sommaire sur l'état de santé des personnes impliquées, blessures graves. D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances

8. Le CHNP

Le CHNP doit être traité à part car sa vocation est celle d'une institution de réhabilitation qui peut inclure un moyen, voire un long séjour.

Cette vocation très spécifique implique bien entendu une organisation différente et un traitement plus ciblé des patients. Elle n'est également pas sans influence sur les infrastructures des lieux.

Au moment de la visite, 23 patients se trouvaient sous le statut d'un placement médical dans les différentes unités du CHNP. A ces 23 patients s'ajoutent encore 5 patients, toujours placés, mais qui disposent d'un congé et qui ne fréquentent plus que la policlinique pour des consultations et des thérapies prédéterminées. Comme ces patients ne sont *de facto* plus privés de liberté, le présent rapport ne les concerne pas.

Pour un maximum de clarté, il est rappelé que ce rapport ne concerne également pas les patients du CHNP qui font l'objet d'un placement judiciaire en application de l'article 71 du code pénal.

Les unités dans lesquelles séjournaient des patients placés médicaux au moment de la visite étaient les suivants : BU2, BU3, BU4, BU6, OR1, Um Weier et CTD.

Mis à part le BU2, les conditions matérielles de séjour de tous les autres services ont déjà été décrites dans le rapport de 2012. Elles n'ont guère changé depuis cette époque et sont toujours globalement très bonnes, et même excellentes dans certaines unités.

Seule la dotation en personnel et les infrastructures seront traitées individuellement, les activités, les conditions de séjour et les fouilles, traitement involontaires ainsi que les fixations sont traitées ensemble pour toute la Rehaklinik alors que les différences sont mineures, voire inexistantes.

8.1. Le BU2

Un seul patient placé médical se trouve dans cette unité qui est située au deuxième étage du building. Il s'agit d'une unité qui accueille majoritairement des patients gérontopsychiatriques.

La personne qui y séjourne n'a pas atteint l'âge pour séjourner en gériatrie, mais sa pathologie psychiatrique a très lourdement atteint ses facultés mentales. En sus, le patient souffre d'une pathologie somatique importante et invalidante, ce qui explique le choix de l'unité d'hospitalisation.

L'unité compte 18 lits d'hospitalisation, au début de la visite, donc en date du 23 novembre 2015, tous les lits étaient occupés.

8.1.1. Personnel

Le BU2 dispose de 19 ETP en infirmiers psychiatriques (1,75), infirmiers (11,75) et aides-soignants (5,5). Il est cependant à noter que 3 ETP d'aides-soignants assurent également l'accompagnement aux visites médicales externes.

Au niveau des soignants, l'unité fonctionne à 4-3-1, donc, pendant la nuit, un seul infirmier est présent à l'unité. Il arrive qu'il doive changer un très grand nombre de couches. En pareil cas, il est obligé à faire appel à l'aide de ses collègues des autres étages du building et, en priorité, à celle des étages disposant de la dotation de sécurité (Bu3 et Bu6).

Si la Médiateure comprend très bien la situation de l'infirmier en charge du BU2, elle souligne que la dotation de sécurité répond, comme le nom l'indique à un besoin sécuritaire renforcé de certaines unités accueillant des patients à haut potentiel d'hétéro- ou d'auto-agression.

La Médiateure n'ignore pas qu'à l'intérieur du building, les chemins sont courts, que des renforts en personnel peuvent affluer très rapidement et qu'il est hautement improbable qu'un incident majeur se produise pendant la nuit, mais elle se doit de mettre le doigt sur cette pratique qui peut constituer une faille de sécurité, certes très limitée, mais quand même.

Outre le personnel soignant, le BU2 dispose de 0,33 ETP en psychologues, d'1 ETP en ergothérapeute et de 0,5 ETP en assistants sociaux.

La dotation en personnel est suffisante. Il ne faut en effet pas appliquer les mêmes clés que dans les hôpitaux régionaux dont la vocation est (devrait être) différente et cible(r) plus le court terme jusqu'à un mois.

Dans le cas d'un séjour de réhabilitation, après la phase aiguë et à moyen ou à long terme en général, la dotation existante est absolument suffisante.

(155) La Médiateure donne cependant à considérer s'il n'était pas opportun de songer à l'emploi d'un aide-soignant supplémentaire pour le tour de nuit au BU2 puisque ce service a vocation de géronto-psychiatrie avec la surcharge de travail inhérente à ce type de patients. De cette manière, il serait évité de déplacer du personnel des unités fermées en cas de besoin ce qui fermerait une lacune de sécurité, bien théorique, la Médiateure en est consciente.

En plus, l'ensemble de la Rehaklinik, c'est-à-dire le Building, l'Orangerie, le CTD et Um Weier dispose encore d'un ETP en neuropsychologue, de 2,5 ETP en psychomotriciens, de 2 ETP en sport-thérapeutes, de 2 ETP en art-thérapeutes, de 0,5 ETP en musicothérapeute et de 2 ETP en kinésithérapeutes. Ce personnel spécialisé est à disposition des patients de toutes les unités.

Un staff multidisciplinaire réunissant tous les intervenants a lieu chaque mercredi matin de 10 heures à midi.

(156) La Médiateure apprécie l'approche multidisciplinaire et félicite les responsables de l'initiative.

8.2. Le BU3

Au moment de la visite, le BU3 accueillait 10 patients placés médicaux ce qui n'a rien d'étonnant car il s'agit du service qui est en principe destiné à fonctionner comme unité fermée non-judiciaire.

Il dispose de la dotation de sécurité.

Le service comprend 12 lits et accueillait au moment de la visite 14 patients (sic !). Le chiffre de douze lits constitue le chiffre officiel, pris en charge par les instances de sécurité sociale, en réalité (on parle de lits « architecturaux »), le service peut accueillir quelques patients en plus.

En tant que service fermé, le BU3 sert avant tout à hospitaliser des patients qui présentent toujours un haut potentiel d'auto- ou d'hétéro-agressivité.

8.2.1. Personnel

Le personnel soignant est composé de 16 ETP d'infirmiers psychiatriques (4), d'infirmiers (10) et d'aides-soignants(2).

L'organisation des tours est de type 3-3-2.

La dotation de sécurité permettant la présence d'un troisième soignant pendant la nuit, la Médiateure rappelle ici encore ce qu'elle a déjà dit au sujet de l'interprétation assez large faite auprès de tous les hôpitaux de la dotation de sécurité.

(157) La Médiateure n'est, comme elle l'a déjà mentionné au titre des autres hôpitaux concernés, pas d'accord avec une solution qui ne prévoit pas de troisième personne au sein d'un tel service pendant la nuit. Elle est uniquement disposée à considérer la présence d'un agent de sécurité, sous des conditions très restrictives, limitatives, fixées par écrit et opposables comme suffisante.

La motivation de cette approche a déjà été plusieurs fois développée au titre de l'HK, tant pour le rapport de 2012 que pour celui-ci.

Le service dispose également de 0,83 ETP en psychologue, d'1 ETP en ergothérapeute ainsi que de 0,5 ETP en assistant social.

A ces intervenants s'ajoutent les autres professionnels déjà cités en ce qui concerne le BU2 et qui sont à la disposition de toute la Rehaklinik.

Une réunion de service multidisciplinaire a lieu tous les mardis après-midi.

La Médiateure n'a pas de critique à apporter à la dotation en personnel soignant, en assistants sociaux et en psychologues de l'unité BU3, sauf ce qui a déjà été itérativement mentionné en relation avec le tour de nuit et la dotation de sécurité.

8.3. Le BU4

Le BU4, encore appelé unité « Horizon » était au moment de la visite encore destinée à accueillir des patients en réhabilitation ouverte, souvent après leur passage au BU3.

L'unité compte 18 lits qui étaient tous occupés au moment de la visite.

Cette unité sera délocalisée dans un futur proche et l'espace sera occupé par la filière socio-judiciaire qui occupe déjà le BU6 et le BU5. La Médiateure y reviendra plus exhaustivement vers la fin de ce rapport.

A l'époque de la présence de l'équipe de contrôle au CHNP, le BU4 accueillait 1 patient placé médical.

8.3.1. Personnel

Le service est doté de 11,5 ETP en infirmiers psychiatriques (3,5), infirmiers(6) et aides-soignants (2).

Il ne dispose pas de la dotation de sécurité en tant qu'unité ouverte de réhabilitation et les tours sont organisés de type 2-2-1.

Au vu des patients qui sont accueillis au BU4, cette dotation et l'organisation des trois tours n'appellent aucune remarque.

Outre le personnel soignant, 0,75 ETP en psychologues, 0,75 ETP en ergothérapeute et 0,375 ETP en assistants sociaux sont affectés à cette unité.

Il est à relever que la patiente placée (placement médical) au BU4 disposait d'une autorisation de sortir seule, dès lors l'intégralité des offres thérapeutiques lui était accessible.

La dotation en personnel de l'unité est correcte et ne donne lieu à aucun commentaire.

8.4. Le BU6

A l'époque de la visite, 5 patients placés médicaux séjournèrent au BU6 qui est en principe l'unité fermée, la plus sécurisée et destinée avant tout à l'accueil des placés judiciaires et des placés médicaux sous mandat de dépôt.

L'unité qui dispose de la dotation de sécurité, compte, comme le BU3, 12 lits officiels et 18 lits architecturaux (plus la chambre sécurisée). Comme c'était le cas au BU3, 14 personnes étaient accueillies dans ce service pendant la période de présence de l'équipe de contrôle.

8.4.1. Personnel

Le service est doté de 16.75 ETP en infirmiers psychiatriques (1,5), infirmiers (10) et aides-soignants (5,25), à cet effectif s'ajoute 1,93 ETP en agent de sécurité (1 agent de sécurité présent à l'étage pendant le tour de nuit)

L'organisation est de type 3-3-(2+1).

La Médiateure répète encore une fois qu'elle n'est pas d'accord avec une diminution de la dotation de sécurité pendant la nuit comme elle l'a déjà expliqué plusieurs fois.

Sous les conditions très restrictives et limitatives, telles qu'elles sont appliquées au CHNP, elle accepte que le troisième soignant puisse être remplacé par un agent de sécurité.

En effet, la Médiateure ne saurait tolérer la présence d'agents de sécurité à l'intérieur de services de psychiatrie fermés que sous des conditions très précises.

Leur rôle doit être clairement défini préalablement à leur prise de fonction et ce rôle doit être connu de tous les intervenants et, ce qui serait souhaitable aussi des patients.

Le CHNP définit le rôle des agents de sécurité comme suit² :

- *Le rôle premier de l'agent de sécurité au sein de l'Unité est de remplir une mission d'observation active, tout en agissant dans la discrétion. Il supervise les écrans de surveillance et prévient rapidement le personnel soignant en cas de débordement. Il ne discute pas avec les patients et n'intervient pas dans les décisions de l'équipe soignante.*
- *Durant une agitation, l'agent de sécurité applique les instructions du personnel et ne prend aucune initiative de son propre chef.*
- *Vu que l'agent sécurité aide à assurer la sécurité dans l'unité il doit être au courant des risques éventuels du moment. Il écoute donc les transmissions de l'équipe soignante. Il ne participe pas au Staff.*
- *L'agent participe à toute action nécessaire lors du déclenchement des plans d'urgence. (Système automatique, Bip)*

Ils sont appelés à intervenir dans les limites suivantes¹ :

- *Si l'agent est intervenu à la demande du personnel ou suite à une alarme automatique, l'agent se met à la disposition du personnel CHNP (responsable) et agit selon les consignes de celui-ci.*
- *La simple présence de l'agent participera à la désescalade des incidents de type agressivité et trouble de l'ordre.*
- *Si la situation nécessite que le personnel demande à l'agent de l'assister pour la maîtrise physique d'une personne, les techniques employées permettront de le faire sans blesser les personnes (formation de l'agent) et toujours sous la direction du personnel CHNP.*
- *L'agent ne prend jamais l'initiative de la maîtrise physique d'une personne.*
- *En cas d'urgence médicale, les interventions de l'agent doivent se limiter à ses compétences certifiées (formation de l'agent), en attendant l'intervention du personnel CHNP ou des services de secours.*

² texte fourni par le CHNP

Afin de pouvoir travailler au CHNP, les agents de sécurité doivent disposer de certaines compétences ¹:

- *L'agent connaît les principaux dispositifs techniques de sécurité et d'alarme du CHNP et particulièrement du BU 6.*
- *Il parle le luxembourgeois, le français et l'allemand.*
- *Une attention toute particulière et permanente du respect de la personne est demandée.*
- *Secret professionnel : même si ceci est déjà repris dans le contrat avec la société de gardiennage, une vigilance supplémentaire est demandée.*
- *L'agent de sécurité est respectueux envers le patient et le personnel. Il se fait le plus discret possible au sein de l'Unité.*
- *Il a participé à une formation de gestion de désescalade management et peut donc agir de manière appropriée et efficace lors de la mise sous contrainte d'un patient.*
- *Il porte une tenue en adéquation avec la nature du poste, pantalon foncé, polo à courte manches, pull-over. (Il doit être reconnaissable comme personne de sécurité.)*

Pour le surplus, la Médiateure renvoie à ses remarques déjà faites lors du rapport de 2012 et dans ce document au titre de l'HK qui emploie également des agents de sécurité au sein du service de psychiatrie.

Le BU6 est également doté de 0,3 ETP en psychologues, de 0,75 ETP en ergothérapeutes et de 0,5 ETP en assistants sociaux.

Eu égard au fait que cette unité accueille majoritairement des patients à long, voire à très long séjour, la dotation de 0,3 ETP en psychologue est justifiable. Il est en effet possible que chaque patient puisse bénéficier des services du psychologue s'il le désire.

La dotation en ergothérapeutes et en assistants sociaux est correcte.

8.5. Um Weier

L'unité Um Weier, située dans une des villas du parc est une unité de soins ouverte destinée à l'accueil de patients atteints de troubles psychiatriques chroniques, ayant souvent un lourd passé psychiatrique.

L'unité compte 18 lits, tous occupés au moment de la visite des lieux par l'équipe de contrôle. Un seul patient placé médical séjournait à ce moment dans cette unité.

8.5.1. Personnel

Um Weier est doté de 13,75 ETP en infirmiers psychiatriques (2,5), infirmiers(8) et aides-soignants (3,25).

Le personnel soignant de cette unité qui accueille des patients chroniques, souffrant souvent aussi de comorbidités somatiques, a, tout comme le BU2, la spécificité de devoir prodiguer beaucoup plus de soins infirmiers classiques somatiques (changement de pansements,

application de crèmes etc) que ne le font leurs collègues des autres unités, confrontés à une population plus jeune et en meilleur état somatique.

A cela s'ajoute la relative inadéquation des lieux dont il sera question encore plus loin dans ce rapport.

Les deux facteurs font que la dotation en personnel soignant est à la limite inférieure du raisonnable.

Comme une partie importante du temps est prise par les soins infirmiers somatiques, la Médiateure donne à considérer s'il n'était pas indiqué d'augmenter légèrement la dotation en ETP de personnel soignant de cette unité afin de garantir qu'en tout état de cause, il reste suffisamment de temps au personnel soignant pour s'occuper du bien-être et de la santé mentale de leurs patients ce qui doit demeurer leur première préoccupation.

Selon certaines informations préoccupantes reçues par l'équipe de contrôle, ceci ne serait pas garanti tous les jours et des entretiens qui s'imposeraient en principes devraient selon les mêmes sources être postposés par manque de temps.

(158) La Médiateure s'en montre préoccupée et demande aux responsables de veiller avec attention au maintien impératif des standards au sein de cette unité.

L'unité dispose en sus de 0,3 ETP en psychologue, de 0,5 ETP en ergothérapeute et de 0,25 ETP en assistants sociaux.

Cette offre est suffisante pour couvrir les besoins de l'unité.

Comme tous les patients de l'unité peuvent se déplacer seuls, y compris le patient placé médical, ils bénéficient de l'accès intégral à toute l'offre thérapeutique.

8.6. L'Orangerie 1

Cette unité est destinée à accueillir des patients de 18 à 65 ans en séjour de réhabilitation avec une concentration poussée sur les patients atteints de psychoses en phase de rémission et sur les patients à diagnostic double, incluant une psychose.

L'unité, totalement ouverte, peut accueillir 18 patients, il n'y avait aucune vacance, comme dans tous les autres services par ailleurs, à l'exception du CTD au moment de la visite.

A cette époque, le service hébergeait 4 patients placés médicaux.

8.6.1. Personnel

Il est doté de 11,5 ETP en infirmiers psychiatriques (2,25), infirmiers (5,75) et aides-soignants(3,5).

Il fonctionne sur trois tours de type 2-2-1. La dotation en personnel soignant est suffisante eu égard à la patientèle.

L'unité compte en outre 0,83 ETP en psychologues, 0,75 ETP en ergothérapeutes et 0,75 ETP en assistants sociaux.

La dotation correspond aux besoins spécifiques de l'unité.

En règle générale, on peut observer que les dotations en personnel non soignant varient d'unité en unité. Cette dotation est toujours adaptée dans la mesure du possible aux besoins spécifiques de chaque type de patients.

Ces besoins peuvent en effet varier très fortement selon la durée du séjour, selon l'âge et la santé somatique du patient, selon le besoin d'un logement, selon la disponibilité d'une autre structure qui accepte de reprendre le patient etc.

Selon ces cas, notamment le besoin en assistants sociaux et en psychologues peut varier assez fortement.

8.7. Le CTD

Le Centre thérapeutique de Diekirch qui est une structure externe du CHNP accueille des patients stabilisés souffrant de troubles psychiatriques. La visée du CTD est d'offrir à ces patients un séjour de réadaptation et à terme un retour dans l'autonomie.

Le CTD compte 12 lits dont 9 étaient occupés au moment de la visite des lieux. Un seul patient placé médical, disposant, comme tous les patients du CTD d'une autonomie de mouvement totale y séjournait en ce moment.

La structure du CTD est totalement différente du fonctionnement hospitalier du CHNP et s'apparente beaucoup plus à un foyer.

Les dotations en personnel ne sont dès lors pas comparables.

Les patients du CTD ont évidemment accès à toute l'offre thérapeutique du CHNP. Des activités spécifiques au CTD ont également lieu.

Il y a en permanence un membre du personnel sur place.

Tous les patients ont leur petit appartement privé, avec une salle de bain privative. La cuisine et la salle de séjour sont communes.

8.8. Les activités au CHNP

Les activités sont très variées pour chaque unité.

Une pléthore de personnel spécialisé prend en charge les patients à tous les niveaux.

Il faut distinguer, en ce qui concerne les patients placés médicaux, entre ceux qui bénéficient d'une autorisation de sortie, au minimum avec accompagnateur, et ceux qui n'en disposent pas.

L'offre à disposition des patients sans autorisation de sortie est limitée aux activités qui peuvent être réalisées au sein de l'unité.

En ce qui concerne les patients placés médicaux, ceux qui ne disposent pas encore d'autorisation de sortie séjournent en principe à l'unité BU3, à l'exception des placés médicaux sous mandat de dépôt (détenus) qui sont accueillis au BU6.

A l'exception des patients sous mandat de dépôt, qui ne peuvent bénéficier d'une autorisation de sortie alors qu'ils sont en train de purger une peine d'emprisonnement, tous les autres patients placés médicaux obtiennent assez rapidement cette autorisation.

Ceci se fait par paliers, en commençant par une autorisation de sortie accompagnée, de durée de plus en plus longue et plus d'une autorisation de sortir seul dans un périmètre déterminé pour finir par une autorisation de sortir sans restrictions.

Comme le BU2 est en principe une unité non fermée, la question de l'organisation de certaines activités à l'intérieur du service pour les patients qui ne disposent pas d'une autorisation de sortie est superfétatoire, ceci d'autant plus que le seul placé médical dispose d'une autorisation de sortie non accompagnée permanente.

Le degré d'autorisation dont dispose chaque patient est fixé par le médecin-psychiatre traitant et fait l'objet d'une réévaluation constante, journalière s'il le faut. Ces évaluations ont normalement lieu lors des réunions de service quotidiennes. Des cas plus complexes peuvent faire l'objet d'une discussion lors de la réunion multidisciplinaire hebdomadaire.

Le programme des activités est très fourni. Les activités sont organisées selon les spécificités de chaque unité, toute unité ayant vocation à accueillir un type de patients différent.

Il existe une offre de thérapies individuelles.

Les intervenants spécialisés sont nombreux.

L'équipe de contrôle a noté avec grand intérêt le travail de l'équipe des psychomotriciennes qui interviennent auprès de tous les patients à l'exception de ceux de Manternach et du CTD.

L'équipement de leur service est très bon et tout à fait adapté.

Des activités thérapeutiques sont offertes pour tout type de patients, quelle que soit son état physique.

Généralement la prise en charge se fait par groupe, des interventions individuelles sont assez rares.

Il existe deux groupes principaux, un groupe dynamique et un groupe de relaxation, les programmes de chaque groupe est essentiellement adaptable.

L'équipe de contrôle a appris avec satisfaction qu'un groupe de relaxation pour patients lusophones a été mis en place.

(159) La Médiateure félicite le CHNP pour cette initiative louable.

Les psychomotriciennes participent également au projet « fitmate » dont il sera question plus loin.

Elles sont également intégrées dans les activités impliquant l'intervention des chiens thérapeutiques.

Dans le passé, des activités aquatiques à visée thérapeutique ont été proposées aux patients. Or, il semble que depuis peu, il soit difficile de trouver une piscine publique qui serait disposée à réserver, du moins partiellement, ses capacités pendant quelques heures par semaine aux patients du CHNP.

D'autres sources avancent que l'arrêt de ces activités serait une conséquence de restrictions budgétaires.

L'équipe de contrôle a également reçu des plaintes à cet égard par de nombreux patients qui auparavant participaient à cette activité qu'ils semblent avoir apprécié grandement.

Egalement au niveau de la sport-thérapie on peut regretter la suppression de ce type d'activités.

(160) La Médiateure suggère aux responsables du CHNP d'analyser tous les moyens à leur disposition en vue de réintroduire la possibilité que les patients du CHNP puissent à nouveau bénéficier de thérapies en milieu aquatique. Il s'agit d'une demande qui a été exprimée par les thérapeutes concernés et, il faut le souligner, aussi de très nombreuses fois par les patients qui ont pu profiter de ce genre d'activités auparavant.

Il s'agit sans doute d'un des points sur lesquels les patients étaient le plus clair et le plus insistant. Il s'agissait en toute occurrence d'une activité très appréciée des patients qui, d'après les informations reçues par les thérapeutes en charge, produisait également une valeur ajoutée certaine.

Il s'agit ici d'un point auquel la Médiateure attache une grande importance.

L'équipe de contrôle s'est également penchée avec grand intérêt sur l'art-thérapie qui constitue une autre offre qui est manifestement très appréciée par un grand nombre de patients.

Cette offre thérapeutique a normalement lieu dans les locaux spécialement dédiés à cette activité, mais également dans les services fermés pour les patients qui ne bénéficient pas d'une autorisation de sortie.

Il s'agit, tout comme l'offre des psychomotriciennes, qui mériterait d'ailleurs d'être davantage promue parmi les patients, d'un moyen alternatif pour trouver un accès à un patient chez qui les autres voies d'accès ne fonctionnent pas ou plus. A l'inverse, ces activités permettent aux patients de s'extérioriser, même si les moyens de communication habituels ne leurs sont pas ou plus accessibles.

Il s'agit donc sans nul doute d'un moyen thérapeutique complémentaire très important, à côté de l'offre en psychomotricité, de l'ergothérapie et de la sport-thérapie, dans tout l'enchevêtrement complexe et interdépendant qu'est la thérapie de patients souffrant de pathologies psychiatriques majeures.

L'équipe de contrôle se rappelle de l'exposition organisée il y a quelques années par le service de l'art-thérapie au Centre culturel de Mersch.

Il est évident que l'art-thérapie constitue avant tout d'une thérapie psychiatrique complémentaire à la thérapie médicale. L'équipe de contrôle n'ignore pas non plus que certaines œuvres expriment des sentiments ou des faits trop personnels pour être exposés.

Néanmoins, l'organisation régulière, quoique suffisamment et raisonnablement espacée, par exemple une fois tous les trois à quatre ans, d'une exposition-vente de certaines œuvres sélectionnées ensemble avec les patients, pourrait constituer un projet fédérateur et une source de gain en estime de soi pour les patients.

A côté de ces effets positifs au niveau des patients, une telle exposition, bien encadrée et accompagnée des explications nécessaires, organisée le cas échéant avec d'autres services de psychiatrie intensive, constituerait un vecteur de sensibilisation hors pair contribuant ainsi d'une manière importante à la dé-stigmatisation malheureusement toujours existante des patients psychiatriques.

(161) La Médiateure soutiendrait activement toute initiative en ce sens.

L'équipe de contrôle a également noté avec satisfaction la mise en place du projet appelé « fitmate » destiné à prendre en charge les patients obèses et à prévenir la surcharge pondérale.

Il ne faut pas oublier que la majorité des médicaments psychotropes que doivent prendre les patients peuvent avoir à moyen terme un impact majeur sur leur poids.

Pour cette raison, ce programme, qui commence par une évaluation des capacités fonctionnelles du patient au niveau pulmonaire et cardiaque sous le contrôle d'un médecin généraliste, a été conçu.

La prise en charge des patients est multidisciplinaire. Interviennent, à côté du médecin-généraliste, les psychomotriciennes, le sport-thérapeute, au besoin le kinésithérapeute et une diététicienne.

Au moment de la visite sur place, le projet était dans sa première semaine.

(162) La Médiateure désire obtenir de plus amples informations sur le déroulement et l'évolution de cette activité.

L'équipe de contrôle a été informée de manière convergente par plusieurs patients qu'ils refusent un transfert de l'unité BU3 ou BU4 vers l'OR1, où ils bénéficieraient d'une liberté plus grande et également de plus de confort à cause du programme des activités extrêmement fourni à l'OR 1.

Un certain nombre de patients parfaitement en état de partager leurs soucis d'une manière cohérente ont fait savoir à l'équipe de contrôle qu'ils jugent le programme d'activités à l'OR1 trop exigeant.

La Médiateure n'entend pas s'exprimer sur ces critiques, qui, à ses yeux constituent plutôt une confirmation du sérieux des interventions thérapeutiques.

La Médiateure insiste qu'elle ne veut par-là pas laisser sous-entendre qu'elle ne prendrait pas au sérieux les critiques et observations des patients, bien au contraire. Force est cependant de constater qu'il s'agit de dépositions d'une minorité de patients et qu'il s'agit en partie d'appréciations extrêmement subjectives comme l'équipe de contrôle a pu constater.

Il ne faut pas négliger que de nombreux patients reçoivent une médication qui est riche en effets secondaires tels que la prise de poids, l'indifférence ou la somnolence, notamment en début de traitement. Il est évident que ces patients ont un besoin accru de repos et qu'ils sont moins faciles à motiver pour des activités corporelles.

Il ne semble pas exister de plan thérapeutique individuel au sens propre du terme, la Médiateure ne veut pas dire par ce constat qu'il n'existe pas d'approche thérapeutique individuelle pour chaque patient, mais seulement qu'elle n'est pas codifiée et disponible par écrit.

(163) La Médiateure suggère vivement de mettre en place cet outil pour chaque patient placé.

(164) Tout comme en 2012, la Médiateure apprécie que les soignants expliquent chaque matin le plan des activités de la journée aux patients. La Médiateure estime qu'il s'agit d'un bon moyen de les stimuler et de combattre d'éventuelles inhibitions.

8.9. Les conditions de séjour

L'état d'hygiène de toutes les unités est très bien et parfois même excellent.

Ceci vaut tant pour les parties communes que pour les chambres de patients.

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie, des effets vestimentaires et de l'hygiène corporelle des patients.

Les draps sont en principe changés une fois par semaine. Notamment aux unités qui accueillent plus de patients gériatriques ou des patients sous médication très lourde, la literie est de fait changée beaucoup plus souvent, selon les besoins.

La Médiateure attache, comme il a déjà été amplement expliqué dans ce rapport, une très grande importance à ces aspects, notamment à l'état des vêtements et à l'hygiène corporelle des patients qui sont des indicateurs fiables reflétant d'une manière très directe l'attachement que le personnel porte au respect de la dignité de leurs patients.

Cet aspect est géré d'une manière exemplaire au CHNP. Il est très facile de s'en rendre compte au sein des unités fermées, mais également si l'on s'assoit à la buvette du Pontalize où l'on voit défileur un très grand nombre de patients.

(165) A cet endroit, la Médiateure tient à féliciter explicitement le personnel affecté à la buvette du Centre Pontalize qui est confronté chaque jour à de très nombreuses reprises à des patients gravement altérés dans leurs facultés intellectuelles qui viennent s'acheter des viennoiseries ou qui viennent consommer une boisson.

Très souvent ces patients, dont un bon nombre ont le statut de placés médicaux, sont plus lents dans leur réactions, maîtrisent mal ou pas du tout la langue française, ont des problèmes avec la monnaie de change ou ne savent communiquer au personnel ce qu'ils désirent. Certains viennent en toute occurrence simplement pour engager une conversation.

Or, tout porte à croire que le personnel de la société qui gère la buvette n'a jamais suivi une formation sur la manière de communiquer correctement avec ce type de patients à besoins très spécifiques.

Malgré cela, l'équipe de contrôle a constaté très souvent dans les trois semaines de présence sur place, que les femmes qui assurent le service à la buvette sont d'une douceur, d'un respect et d'une gentillesse exemplaires avec les patients.

La Médiateure tient à les féliciter et à les remercier de cet engagement.

Elle tient à souligner que de l'avis unanime de l'équipe de contrôle le Building, si souvent décrié pour son aspect extérieur qui est certes d'un esthétisme des plus limités, ne manque, hormis le problème de l'ouverture des fenêtres et celui de la thermorégulation, pas d'avantages et d'aménagements très pratiques, tout à fait adaptés aux besoins.

Le seul réel problème qui demeure est en effet celui de l'aération adéquate, notamment quand il fait chaud. En effet, pour des raisons de sécurité évidentes, les fenêtres ne peuvent être entrouvertes que sur environ 10 centimètres ce qui ne permet pas une aération adéquate des chambres en été.

(166) Tout comme dans son rapport de 2012, la Médiateure insiste sur la recherche d'une solution mécanique à ce problème.

Egalement en ce qui concerne l'unité Um Weier, l'infrastructure est satisfaisante. Si elle est très belle et exemplairement propre, elle est moins adaptée à accueillir le type de patients qui y séjournent.

En effet, l'infrastructure bâtie impose tant aux patients qu'au personnel d'utiliser les escaliers pour monter à l'étage, l'installation d'un ascenseur étant impossible.

Notamment le personnel soignant, déjà pas en sureffectif est contraint de franchir ces escaliers de très nombreuses fois par jour.

(167) La Médiateure espère que ce bâtiment sera affecté à une autre utilisation dans le contexte du réaménagement du CHNP.

Les infrastructures de l'OR 1 et du CTD sont excellentes, tout à fait adaptées au but visé.

L'information du patient sur ses droits de recours est bien documentée par la signature du patient d'un document attestant qu'il a reçu une information écrite de ses droits. Au besoin, l'information est répétée à un patient qui a des problèmes cognitifs.

Si un patient est dans l'impossibilité médicale de signer eu égard à sa pathologie, il sera demandé à signer le document ultérieurement, dès que son état le lui permet.

L'équipe de contrôle souligne pour autant que de besoin qu'elle n'a pas rencontré un seul patient en état de se prononcer sur la question, qui aurait dit ne pas avoir reçu une explication détaillée sur ses droits de recours.

Quant aux droits de recours, il ne faut pas oublier que le CHNP n'accueille en principe que des placés médicaux et non des personnes en phase d'observation.

Comme dans les hôpitaux régionaux, l'équipe de contrôle a vérifié avec soin le choix des menus offerts aux patients pendant la période de référence du 1.9.2015 au 1.11.2015.

Chaque midi, les patients ont à leur disposition un menu composé d'une soupe, d'une entrée froide, d'un plat principal et d'un dessert. Le soir, le dîner se compose également d'un potage, de crudités, d'une préparation froide et d'un dessert. En dehors de ce menu existent évidemment les régimes spéciaux, sur prescription médicale.

Le changement des menus se fait sur base de 6 semaines.

Il est à noter que le CHNP offre une particularité au niveau de l'alimentation, à savoir la possibilité que des patients de chaque service peuvent aller manger entre midi au Centre Pontalize.

Le Centre Pontalize, en tant que CIPA et maisons de soins à vocation psycho-gériatrique est soumise à d'autres obligations au niveau de l'alimentation que le CHNP qui dispose du statut d'hôpital.

En effet, le Centre Pontalize a la possibilité de préparer des menus issus de la chaîne dite « du chaud » alors que les hôpitaux sont limités à la chaîne dite « du froid ». Or, celle-ci exige la régénération des aliments réfrigérés et préparés avant leur service dans des récipients spéciaux. Cette manière de procéder interdit d'office certaines préparations qui ne peuvent être réalisées avec cette technique comme tout ce qui est frit, gratiné ou poêlé par exemple.

Il s'agit d'un motif de plainte récurrente des patients de tous les hôpitaux.

Le CHNP a dès lors introduit un système de roulement permettant aux patients de chaque unité (y compris les unités fermées, à condition que le patient dispose au minimum d'une autorisation de sortir accompagné) d'aller manger régulièrement à midi au Centre Pontalize sans frais supplémentaires.

Il est à relever que ceci ne compte pas pour le CTD qui est autonome en matière d'alimentation et qui n'est pas soumis à des normes particulières en la matière.

Le CHNP est le seul hôpital à ne pas offrir chaque jour un choix entre plusieurs plats pour les repas du midi et du soir. Au HK par exemple, les patients ont même la possibilité de se composer leur petit-déjeuner.

La Médiateure est consciente du fait qu'un hôpital n'est pas un hôtel et qu'il y a des considérations plus importantes.

Cependant, il ne faut pas oublier qu'on est en milieu psychiatrique ce qui implique très souvent des séjours de moyen terme, des fois même des séjours très prolongés. L'alimentation est pour ces patients, tout comme dans les CIPA, d'une grande importance ce qui est régulièrement confirmé à l'équipe de contrôle.

Parce que les patients ont la possibilité d'aller se restaurer régulièrement au Centre Pontalize, ce qui est unanimement apprécié par tous les patients, la Médiateure n'apporte pas de critique formelle à l'absence de la possibilité de choix du moins en ce qui concerne le repas du midi.

Il ne faut pas oublier cependant que certains patients ne bénéficient pas d'une autorisation de sortie et que même certains patients de très long séjour tombent sous cette catégorie.

(168) La Médiateure recommande de prévoir du moins pour cette catégorie de patients un choix plus élargi.

Lors du dernier rapport en 2012, l'équipe de contrôle avait constaté qu'aux unités OR2 et BU3, les patients physiquement et mentalement aptes étaient appelés à participer aux tâches domestiques quotidiennes.

L'équipe de contrôle constate avec grande satisfaction que cette pratique très intelligente et génératrice de résultats positifs s'est répandue sur d'autres unités.

La Médiateure s'en félicite et encourage les responsables d'installer ce système intéressant, qui existe également au HK, dans toute la mesure du possible, et eu égard aux impératifs de sécurité qui doivent prévaloir, dans toutes les unités.

L'équipe de contrôle a constaté non sans étonnement que dans certains services des espèces de rituels se sont développés et que certains patients ont fait de l'une ou de l'autre activité domestique spécifique leur violon d'Ingres pour ne pas dire leur chasse gardée.

Ceci a largement été confirmé au cours des entretiens où de nombreux patients ont fait état avec joie et parfois avec fierté de leur participation au déroulement de la vie quotidienne dans leur unité.

L'équipe de contrôle avait un grand plaisir à recueillir ces dépositions venant de patients qui, du moins en ce moment étaient en grande partie heureux.

Les horaires des visites sont extrêmement flexibles et s'orientent surtout aux besoins et aux limites des visiteurs. Il est tâché de ne pas trop interférer avec le programme thérapeutique, mais les visites bénéficient d'une priorité importante.

(169) L'équipe de contrôle est extrêmement attristée de constater que certains patients, souvent de très long séjour, ne reçoivent aucune visite. Après avoir interrogé certains de ces patients, il apparaît que les causes sont multiples, il existe évidemment des patients qui n'ont pas de famille ou d'amis, il existe ceux qui ont rompu toutes relations avec leurs familles et il existe des patients qui sont issus de familles extrêmement fragilisées, vivant dans des situations souvent précaires ou marginales et qui ne manifestent qu'un désir de contact très sporadique et souvent

intéressé avec leurs proches. Finalement il y a encore l'un ou l'autre patient dont la famille séjourne loin du pays.

La Médiateure s'interroge si une association comme celle des visiteurs bénévoles des prisons, qui font également des visites au Centre de Rétection, ou d'autres initiatives du monde associatif, ne seraient pas également d'une utilité au CHNP afin de soulager un peu le sort des patients, surtout de long ou de très long séjour, ne recevant aucune visite.

8.10. Fouilles traitements involontaires et fixations

Tout comme la Médiateure l'a déjà mentionné au titre des hôpitaux régionaux, le CHNP dispose d'une très bonne documentation des activités de fixation qui permet de garantir une transparence totale.

La Médiateure remercie les responsables d'accorder l'importance nécessaire aux traitements coercitifs.

Le CHNP poursuit une stratégie visant à éviter les fixations dans toute la mesure du possible, les fixations ne sont jamais effectuées dans la chambre d'un patient, mais dans une chambre dédiée à cet effet.

En dehors des fixations proprement dites, le CHNP applique également une autre mesure de contention, à savoir des mises en soft-cell (chambre d'isolation) afin que des patients sur-agités puissent se calmer et trouver une ouverture vers une régression.

Il ne faut pas oublier non plus que le CHNP n'accueille en principe que des patients en séjour de réhabilitation, donc des patients qui sont supposés avoir leur phase aiguë derrière eux.

Sur la période de référence, donc du 1.11.2014 au 1.11.2015, le CHNP a accueilli 35 patients en placement médical. 21 d'entre eux ont fait l'objet d'une ou de plusieurs mesures de contentions, donc des fixations ou des placements en chambre d'isolement.

Les 21 patients ont été fixés à 32 reprises (dont 26 actes sur uniquement deux patientes, la première qui séjournait à tous les hôpitaux et dont il a déjà été question et une autre patiente gravement malade), en sus 343 placements en chambre d'isolement sans fixation ont été effectués dont 232 sur les deux patientes pré-mentionnées).

Abstraction faite de ces deux patientes, il y a donc eu 6 fixations et 111 mises en isolement pendant la durée d'une année.

La durée moyenne des actes de contention était de 532 minutes, fixations et mises à l'isolement confondues.

Ces chiffres sont extrêmement bas. Outre le fait que le CHNP n'admet guère des patients en phase aiguë, ce qui dénote les efforts menés en vue d'éviter dans la mesure du possible des traitements coercitifs.

(170) La Médiateure tient à remercier les responsables de cette approche exemplaire en tous points.

La Médiateure doit cependant réitérer un constat fait dans tous ses rapports relatifs au CHNP. En effet le revêtement mural des cellules d'isolement (Soft-cells) s'est durci au fil des années de sorte qu'il ne peut raisonnablement plus être garanti qu'aucun patient qui y est enfermé ne puisse se blesser plus sérieusement.

(171) La Médiateure recommande dès lors de songer soit à remplacer l'équipement vétuste ou au moins de prévoir un équipement adapté au moment de la reconstruction partielle du CHNP.

Elle informe les responsables du CHNP (et de tous les autres hôpitaux d'ailleurs aussi) que le CSEE à Dreiborn dispose dans l'UNISEC d'une soft-cell répondant aux normes les plus récentes et les plus strictes en la matière. Cette soft-cell est exemplaire et pourrait utilement servir de modèle.

L'équipe de contrôle note avec satisfaction qu'il existe une procédure très précise en matière de traitement involontaire et de fixation. Cet outil sert à la fois d'instrument de décision de l'application de la mesure, mais en même temps d'outil d'évaluation sur la pertinence de la maintenir.

9. Le problème des personnes sous mandat de dépôt en phase d'observation ou de placement médical.

Comme le problème du respect des droits de l'homme de ces patients, persiste en grande partie, notamment auprès des hôpitaux régionaux, la Médiateure se doit de rappeler avec insistance ses observations et recommandations formulées à ce sujet déjà dans son rapport de suivi relatif à l'entrée et à la santé en milieu carcéral de 2013 ainsi que dans son rapport sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux de 2012.

Les consignes communes élaborées entre les autorités pénitentiaires, policières, judiciaires et le CHL sur l'hospitalisation des détenus prévoient également que les détenus admis au CHL sous l'empire de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, soient hospitalisés à l'unité de psychiatrie intensive (U53).

La Médiateure a certaines difficultés avec ce type de placements en ce qui concerne le respect des droits de l'homme des patients concernés.

Elle a déjà amplement traité ce problème dans son précédent rapport sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. Or, la Médiateure regrette de constater que depuis lors, la situation n'a absolument pas changé et aucune de ses recommandations n'a été suivie.

Dès lors, elle est obligée de réitérer ces recommandations qu'elle maintient dans leur intégralité :

« (...) Il en découle que les détenus séjournant au CPL font l'objet d'un internement dans un service psychiatrique fermé d'un des hôpitaux de l'arrondissement de Luxembourg. Eu égard au fait que la ZithaKlinik ne dispose pas d'un tel service, l'internement a lieu, au gré des services de permanence, soit au CHL, soit au CHK³.

En pratique, il n'y a pas encore eu d'internement d'un détenu séjournant au CPG. Si tel devait être nécessaire, il devrait, en application de la même logique être admis au CHdN, seul hôpital doté d'un service psychiatrique dans l'arrondissement de Diekirch.

De nombreux intervenants des services psychiatriques fermés du CHL et du CHK ont fait état des problèmes générés par l'admission d'un détenu au sein d'une telle unité.

Les détenus sont sous la surveillance permanente, soit de la Police grand-ducale (prévenus et détenus potentiellement dangereux), soit des agents pénitentiaires (condamnés seulement).

Les détenus admis séjournent toujours dans une chambre individuelle qui doit être gardée en permanence, soit par un agent de police, soit par un agent pénitentiaire.

Depuis peu de temps, le CHL a aménagé un système de vidéo-surveillance permettant à l'agent de surveillance de suffire à ses devoirs à partir d'une autre pièce, sans avoir besoin, comme c'était le cas jusqu'alors d'occuper une chaise dans le couloir devant la porte de la chambre du détenu.

Il s'agit ici d'un des rares cas d'exception dans lesquels une surveillance continue par vidéo est acceptable du fait qu'elle constitue le moindre mal. Dans ce cas précis, la Médiateure ne peut que se féliciter de la mise en place de cette technique.

Un tel aménagement n'existe pas au CHK, qui, pour rester fidèle à la réalité, est également beaucoup moins concerné, les détenus étant hospitalisés de préférence au CHL en raison de la convention de collaboration conclue entre le CPL et le CHL en matière de soins médicaux somatiques.

Les problèmes qui se présentent sont de deux ordres.

Il est aisé d'imaginer que la présence permanente d'un agent en uniforme au sein d'une unité psychiatrique fermée, accueillant bon nombre de personnes souffrant de troubles d'anxiété ou de psychoses à composante paranoïde, risque d'être fortement préjudiciable au maintien d'un climat thérapeutique adéquat.

Ceci a été corroboré par de nombreux intervenants, médecins et soignants.

Le second problème, potentiellement dangereux, est généré par le fait que les agents de police chargés de la surveillance d'un prisonnier sont armés.

Si le port d'armes est formellement prohibé en milieu carcéral pour des raisons de sécurité évidentes, cette considération est encore plus importante dans un milieu où se trouvent, dans un espace fort limité, de nombreuses personnes altérées tant dans leurs facultés de décision que dans leurs facultés intellectuelles. En tout état de cause, il s'agit de patients qui peuvent à tout moment avoir des réactions et des actions totalement imprévisibles et/ou irrationnelles et qui risquent de tenter de s'accaparer de l'arme de l'agent de police ou, bien pire encore, qu'ils aboutissent dans leur tentative.

³ Actuellement : HK

Il existe dès lors un danger que pendant la manœuvre ou par une réaction inappropriée, un coup de feu puisse se déclencher. En cas d'aboutissement de la tentative, un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique grave viendrait en possession d'une arme à feu avec toutes les conséquences potentielles que cela peut engendrer.

Un cas de danger réel a été rapporté à l'équipe de contrôle. Deux patrouilles de police ont conduit un patient, probablement psychiatrique et hautement agité à l'hôpital de garde. A l'urgence, le responsable médical a conclu à la nécessité de fixer le patient qui s'est opposé violemment à toute mesure de contention. Les agents de police ont alors prêté main forte au personnel soignant et dans la mêlée, un agent de police a pu s'apercevoir en dernière minute que le patient en question tentait d'arracher le pistolet à un des agents de police. Ce n'est que grâce à l'intervention ferme mais raisonnée de cet agent qu'un incident majeur a pu être évité.

Le Médiateur est consciente que les agents de police sont entraînés à l'usage des armes à feu et qu'ils sont également formés à réagir d'une manière adaptée dans des situations potentiellement dangereuses, mais demeure d'avis que le port d'une arme à feu pendant une mission de surveillance au sein d'une unité psychiatrique fermée constitue un risque réel.

Ce risque paraît totalement disproportionné par rapport à l'utilité potentielle que peut avoir une telle arme en cas d'incident, alors qu'il s'agit de la surveillance de personnes malades, en milieu hospitalier, donc généralement traités par une médication psychotrope assez conséquente, réduisant grandement les facultés physiques du patient.

Force est également de constater que cette surveillance s'effectue en milieu fermé, limitant par définition le risque d'une fugue du fait que les portes de sortie sont sécurisées et fermées à clé ou par des dispositifs électriques.

Dans le même ordre d'idées, la Médiateur tient à souligner que les détenus placés, donc séjournant à plus long terme en milieu psychiatrique fermé sont hospitalisés au sein du CHNP (BU6) où ils ne sont plus surveillés, ni par un agent de police, ni par un agent pénitentiaire. Il est superfétatoire de dire qu'au sein du CHNP, il n'existe aucune arme à feu.

Dès lors, la Médiateur est amenée à recommander aux responsables de la Police grand-ducale et aux responsables pénitentiaires de donner les instructions nécessaires afin que la surveillance des détenus admis en milieu psychiatrique fermé se fasse par des agents en tenue civile.

Elle recommande en outre aux responsables de la Police grand-ducale de donner les instructions nécessaires afin que cette surveillance puisse se faire par des agents non armés.

Pour le bon ordre, la Médiateur tient à souligner que cette recommandation ne vaut que pour la seule surveillance de détenus admis en section psychiatrique fermée et qu'elle ne s'applique nullement aux autres détenus hospitalisés pour d'autres raisons au sein de l'unité U20 du CHL ou au sein d'un autre service hospitalier.

D'une manière générale, la Médiateur ne peut se déclarer satisfaite avec les procédures actuellement appliquées dans le cas d'un détenu qui nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique fermé.

En phase de placement, ces détenus, sont normalement internés au sein de l'unité BU6 du CHNP alors qu'en phase d'observation, ils peuvent être admis, comme il a été indiqué plus haut, dans le service psychiatrique d'un hôpital de l'arrondissement de leur domicile.

Les détenus mis en observation dans un service psychiatrique fermé d'un hôpital ne bénéficient pas des mêmes droits que ceux accordés aux autres patients, ni même des droits desquels ils bénéficient au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils se trouvent habituellement.

En effet, il est interdit à ces détenus de participer à toute activité ayant lieu en dehors du service, y compris des activités à vocation thérapeutique. Les modalités entourant la visite de proches, l'accès à la télévision, l'accès aux journaux, l'accès au téléphone et d'une manière plus générale la liberté relative de mouvement sont également plus restrictives en milieu hospitalier qu'en milieu carcéral. »⁴.

⁴ pages 98 et ss., rapport sur rapport sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

10. Le parcours d'un patient placé médical

Depuis que la Médiatrice est active dans le domaine de la privation de liberté en psychiatrie, elle est confrontée à un problème grave qui est d'ordre systémique au Luxembourg, à savoir le manque flagrant de possibilités de placement de ces patients en raison de leur évolution.

Rappelons les différentes étapes d'un placement médical tel qu'il est prévu par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

Après l'admission du patient commence une phase d'observation, en principe d'une durée maximale de 30 jours, prolongeable une fois pour un maximum de 30 jours si le juge ordonne une mesure supplémentaire pour éclairer la situation.

En cas de nécessité, la phase d'observation sera suivie d'une décision judiciaire de placement. A cet endroit on entendra par placement un placement médical au sens de la prédite loi.

Aux termes de l'article 23 de cette loi, le médecin traitant décidera, s'il est d'avis que son patient nécessitera une hospitalisation de longue durée, de son transfert vers un établissement psychiatrique spécialisé.

En général, au Luxembourg, le CHNP remplit cette fonction, ce qui n'exclut pas que des patients à besoins très spécifiques puissent être transférés vers des structures hautement spécialisées à l'étranger, ou, plus exceptionnellement, dans des structures spécialisées nationales.

Or, force est de constater que les patients nécessitant un séjour hospitalier prolongé deviennent de plus en plus nombreux et qu'il n'existe guère des structures adaptées à prendre en charge ce type de patients à l'issue de leur hospitalisation.

Il serait illusoire de croire que ces patients pourraient vivre en toute autonomie après leur hospitalisation. Une vie en toute autonomie constitue une exception plutôt rare en la matière, les différents niveaux d'assistance requis sont extrêmement variables et dépendent d'une multitude de facteurs tels que l'âge du patient, sa situation familiale, la nature de sa pathologie, l'existence d'éventuelles comorbidités ou de dépendances.

Le manque de possibilités de prise en charge de ces patients après une hospitalisation plus prolongée et de possibilités de pouvoir orienter le patient dans une structure adaptée à ses besoins futurs a créé un bouchon au niveau du CHNP qui est obligé d'héberger bien trop souvent des patients au-delà du temps requis pour le traitement adéquat de la pathologie et au-delà de la durée nécessaire à un traitement en milieu hospitalier.

A cela s'ajoute un autre phénomène très préoccupant, à savoir l'augmentation constante des patients faisant l'objet d'un placement judiciaire en application des dispositions de l'article 71 du code pénal.

Tous les patients placés judiciaires sont accueillis au CHNP, sans intervention d'un hôpital régional en principe.

Depuis 5 ans, on assiste à une augmentation impressionnante du nombre de patients placés médicaux. Si il y a 10 ans, l'ensemble des patients placés, médicaux et judiciaires étaient hospitalisés à l'unité BU6 du CHNP et qu'il y avait encore des lits libres, on doit relever que d'abord les placés médicaux ont été transférés au BU3 et ensuite, vers 2012 il a été décidé d'étendre la filière socio-judiciaire du CHNP vers l'unité BU5. Actuellement, seulement quatre années plus tard, il est prévu d'intégrer également l'unité BU4 à cette filière.

Il est évident que ces lits seront perdus pour l'accueil de patients placés médicaux.

Si l'on prend en compte que le BU2 est en principe destiné à fonctionner comme psychogériatrie, et que le Lannenhaff est destiné avant tout à l'accueil de patients psychotiques réfractaires aux thérapies, il ne reste, après le changement d'affectation du BU4, que le BU3, Um Weier et OR1 pour accueillir les patients placés médicaux.

Or, ces services sont saturés au maximum et n'affichent pas la moindre disponibilité.

Le CHNP dispose de quelques appartements destinés à l'hébergement de patients après leur sortie hospitalière. Le SPAD peut les prendre en charge dans ces appartements ou à leur domicile. En sus, il existe encore d'autres structures d'accueil, mais l'insuffisance de leur capacité d'accueil est notoire.

Finalement une dernière considération s'ajoute encore, à savoir le problème des détenus, en détention préventive ou condamnés, nécessitant un transfert en milieu psychiatrique fermé.

Ces patients sont normalement aussi admis dans la filière socio-judiciaire du CHNP. Force est de constater que le nombre de ce type de patients est également en augmentation.

En résumé, on assiste à une augmentation constante et assez rapide du nombre des placés médicaux et des placés judiciaires.

En parallèle, il existe un manque inquiétant de structures d'écoulement adaptées à la prise en charge de ce type de patients à besoins spécifiques.

Il s'en suit que les services du CHNP doivent héberger des patients qui n'y ont plus leur place mais qui ne sont pas dans un état de santé mentale qui leur permettrait une vie autonome. Comme les places dans les structures d'accueil sont rares, les listes d'attente sont très longues, ce qui provoque inévitablement un engouement au niveau du CHNP dont les ressources sont limitées et qui est de plus en plus pris en otage par les placements judiciaires qu'il ne peut refuser.

Il est évident que cet engouement au niveau du CHNP se répercute sur les services de psychiatrie intensive des 4 hôpitaux régionaux. Si l'article 23 de la prédite loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux prévoit un transfert vers le CHNP il est bien souvent matériellement impossible de procéder à ce transfert, faute de capacités d'accueil.

Les statistiques des transferts vers le CHNP sont extrêmement préoccupantes. Pendant la période de référence du 1.11.2014 au 1.11.2015 elles se lisent comme suit :

		Patients placés après phase d'observation		
	Patients admis en phase d'observation	Placements à l'hôpital régional d'accueil ou dans un autre hôpital régional	Transferts au CHNP	Autres placements (autres structures, étranger etc.)
CHEM	236	21	2	0
CHdN	59	11	6	1
CHL	133	53	14	3
HK	191	25	16	0

On dégage de ces données que le plus grand nombre des patients admis en phase d'observation doivent séjourner après leur placement médical au sein de services fermés de psychiatrie qui d'un point de vue de leur taille, de leur dotation en personnel, de leur orientation thérapeutique et de leur vocation ne sont absolument pas adaptés à la prise en charge de patients psychiatriques de long ou de très long séjour.

Maintenir un patient pendant plusieurs mois dans une petite unité, sans moyens thérapeutiques adaptés et sans l'infrastructure nécessaire est proche de la maltraitance institutionnelle et est constitutive d'un traitement inhumain.

Afin de pouvoir comparer utilement les différentes situations, l'équipe de contrôle a relevé, pour chaque hôpital régional la surface au sol des parties communes (hors chambres des patients et bureaux des infirmiers/médecins), accessibles aux patients des services de psychiatrie fermée.

Le résultat est le suivant :

Hôpital	surface	Nombre de lits intensifs
CHEM	129,55 m ²	12
CHdN	148,62 m ²	10+2 ⁵
CHL	265,84 m ²	12
HK ⁶	3 X 309,5 m ²	12

Les différences entre les hôpitaux sont manifestes. La plus petite unité, celle du CHEM, est aux yeux de la Médiateure inadaptée à tout séjour de longue durée (au-delà de la période

⁵ 10 lits effectifs et deux lits d'isolation

⁶ Voir les commentaires sur l'agencement architectural spécifique de l'HK

d'observation). La situation est quelque peu meilleure au CHL, la taille du service étant presque du double de celui du CHEM avec un nombre de patients nettement inférieur par année. Toutefois elle ne répond, aux yeux de la Médiateure, pas aux critères architecturaux d'une infrastructure destinée au séjour de patients pour un terme prolongé.

Au CHdN la situation est différente : si la surface commune de l'unité est assez réduite, et donc également inadaptée à un séjour de longue durée à vocation de réhabilitation, il est à noter que cette unité accueille nettement moins de patients en phase d'observation ou sous placement que le CHEM, l'HK ou le CHL.

A l'HK, la situation est acceptable d'un point de vue de la surface du service, grâce à l'agencement spécifique de l'ensemble des services de psychiatrie de cet hôpital.

Les hôpitaux régionaux n'ont pas comme mission d'accueillir des patients psychiatriques de long séjour avec une visée thérapeutique de réhabilitation. Dès lors, ils ne disposent pas des ressources humaines spécialisées en quantité nécessaire pour prendre correctement en charge ce type de patients. S'ils sont contraints de le faire néanmoins, cela va forcément au détriment d'autres patients auxquels ces intervenants ne peuvent alors plus consacrer le temps nécessaire.

Il en découle que la situation devient de plus en plus préoccupante. Il serait utile de procéder à un inventaire détaillé de la situation, chiffres à l'appui, et d'identifier des pistes de solution.

La Médiateure s'est déjà penchée sur la question dans différents rapports.

Certaines pistes de solution peuvent être envisagées. Premièrement, des efforts conséquents doivent être entrepris pour augmenter significativement le nombre de places d'accueil extra-hospitalières adaptées aux pathologies des patients.

En parallèle, les services d'aide à domicile, extrêmement utiles et précieux, comme le SPAD ou l'Antenne mobile psychiatrique devraient être renforcés en moyens et effectifs afin de pouvoir augmenter le nombre des prises en charge à domicile.

Les assistants sociaux des différents hôpitaux et notamment du CHNP ont en outre informé l'équipe de contrôle qu'il serait très difficile de convaincre un propriétaire à louer son immeuble à un patient placé médical bénéficiant généralement du RMG ou du RPGH.

La Médiateure donne à considérer aux responsables politiques s'il n'était pas indiqué de créer des incitations légales au niveau fiscal par exemple qui augmenterait la propension des propriétaires à louer leur bien à un patient psychiatrique stabilisé.

Une autre piste de solution contribuant à un désengorgement du CHNP est certainement celle de mettre, déjà à relativement court terme, fin à la croissance incontrôlable de la filière socio-judiciaire au sein des infrastructures actuelles du CHNP.

En effet, il faut souligner que les responsables du CHNP ne contrôlent absolument pas la situation, le CHNP étant légalement tenu d'admettre immédiatement tout placé judiciaire. Il ne faut pas non plus oublier que l'application de l'article 71 du code pénal est totalement imprévisible de sorte qu'il soit impossible au CHNP de mieux se préparer en planifiant dans le futur.

Enfin, une piste de solution supplémentaire serait, à côté d'un transfert plus fréquent des patients dans des infrastructures adaptées à l'étranger, de stimuler une sorte d'entraide entre les différents services de psychiatrie fermés des hôpitaux nationaux.

La Médiateure sait que des transferts de patients entre les hôpitaux régionaux ont parfois lieu. Elle suggère aux responsables de réfléchir à un recours plus fréquent à cette pratique dans des situations d'urgence dans lesquelles les capacités d'accueil sont totalement épuisées ou qu'il est dans l'intérêt d'un patient ou d'un service qu'un transfert ait lieu, en tenant notamment compte des besoins personnels du patient tels que la proximité de sa famille ou de ses autres contacts sociaux.

La Médiateure recommande dès lors de modifier la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans ce sens.

L'équipe de contrôle a constaté que le ChdN a fréquemment des latitudes au niveau de l'occupation de son unité de psychiatrie intensive.

Une piste de solution parmi toutes celles suggérées ou soulevées est capitale aux yeux de la Médiateure.

Il devient en effet urgent de trouver une solution durable et adéquate à la demande de plus en forte de la filière socio-judiciaire.

Il n'existe qu'une seule solution réaliste à cette impasse et elle est déjà prévue au chapitre 3, article 21 dans le projet de loi 6382 portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire, à savoir la création d'une Unité de Psychiatrie Spéciale (UPS) destinée à recevoir l'ensemble des placés judiciaires, du moins dans une première phase, ainsi que les détenus en phase d'observation ou sous placement médical.

La Médiateure sait que la création de cette unité, d'une capacité provisoire de 40 lits, est actuellement à l'étude.

La question de son emplacement semble avoir trouvé une solution.

Il est évident que cette unité devra répondre à des normes de sécurité nettement plus élevées que ce n'est actuellement le cas au sein des unités BU6, et plus particulièrement des unités BU5 et BU4 du CHNP.

La Médiateure s'est déjà prononcée à plusieurs reprises sur le sujet.

(172) Elle préconise de réorganiser la filière socio-judiciaire en plusieurs niveaux.

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

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

Enfin, au troisième niveau, qui serait un niveau d'entretien, les patients stabilisés pourraient intégrer d'autres institutions protégées adaptées à leur état de santé mentale.

Il est évident qu'il existe également un grand manque en infrastructures plus ou moins protégées ou en logements encadrés capables d'accueillir durablement ce type de patients. C'est également à ce niveau que se démontre l'extrême utilité de services tels que le SPAD ou de l'Antenne Mobile Psychiatrique.

La création d'une UPS est extrêmement urgente compte tenu du fait que sa mise en place nécessitera inévitablement plusieurs années. En effet la menace d'arriver d'ici en quelques années à une situation qui empêche l'admission d'un patient placé médical dans une infrastructure de réhabilitation par faute de places libres est réelle.

Une telle situation aurait inévitablement comme conséquence de confiner systématiquement les patients dans les services de psychiatrie intensive des hôpitaux régionaux pendant toute la durée de leur traitement qui peut être très long ce qui est inacceptable d'un point de vue des droits de l'homme.

Comme ces services ne sont pas adaptés, ni en personnel, ni en infrastructures et en superficie, pour ce type de tâches, on serait contraint de faire face à une situation qui serait sans doute constitutive d'une violation des droits de l'homme des patients concernés. En effet, le système ne serait plus apte à garantir à chaque patient privé de liberté le meilleur traitement médical possible et il contreviendrait entre autres également au principe de la restriction minimale.

Si les services de psychiatrie fermée des hôpitaux régionaux doivent accueillir les patients placés médicaux pendant toute la durée de leur séjour parce que le CHNP, destiné et équipé à cette fin, n'a plus de capacité d'accueil (24 lits ont été absorbés en trois ans par la filière socio-judiciaire), il en découle inévitablement un engorgement en amont dans les services fermés des hôpitaux régionaux empêchant automatiquement l'accueil de personnes souffrant de pathologies majeures au niveau de leur santé mentale.

Il est aux yeux de la Médiateure insensé d'augmenter les capacités des hôpitaux régionaux en la matière. Le CHNP doit pouvoir suffire à sa vocation et pour lui permettre de le faire, la création de l'UPS est inévitable et urgente.

Conformément à l'article 21 du prédict projet de loi 6382, l'UPS aura également vocation d'accueillir les détenus en phase d'observation ou en placement médical.

(173) En conclusion, la Médiateure recommande de procéder dans les meilleurs délais à la mise en place d'une UPS, sous le contrôle du CHNP, disposant d'une unité hautement sécurisée afin de libérer des capacités au CHNP pour la filière des placés médicaux.

Cette mesure devrait être accompagnée par de sérieux efforts en matière d'identification, voire de création de logements encadrés ou de structures protégés aptes à accueillir les patients placés judiciaires en phase trois, incapables de vivre en autonomie complète, pour un très long séjour. A défaut de ces efforts, un nouvel engorgement sera provoqué au CHNP.

11. Conclusion

Tout d'abord tant la Médiateure que son équipe de contrôle tiennent à remercier les membres des directions des institutions visitées, les médecins, le personnel thérapeutique et infirmier, les assistants sociaux, tous les autres membres du personnel des hôpitaux visités, mais avant tout aussi les patients qui ont consenti à répondre aux nombreuses questions de l'équipe de contrôle dans des contextes parfois difficiles et souvent délicats, de leur disponibilité, de leur patience et des fois aussi de leur flexibilité qui a grandement facilité le travail sur le terrain.

Globalement, la situation des patients faisant l'objet d'un placement médical est satisfaisante à tous les niveaux et dans toutes les institutions concernées.

Suite à la visite de 2012, aucun manquement majeur n'était par ailleurs attendu ou suspecté.

La Médiateure et l'équipe de contrôle soulignent l'excellence du travail, souvent très difficile, fourni quotidiennement par les équipes thérapeutiques et soignantes et les autres intervenants en milieu psychiatrique fermé.

Ce travail est humainement et moralement prenant et l'impact physique n'est pas à négliger non plus. Augmenter les ETP de différentes catégories de personnel, tel qu'il est recommandé individuellement pour chaque institution visitée ne constituerait certainement pas un luxe superflu, mais une garantie supplémentaire pour un traitement adéquat d'une partie de la population, malheureusement grandissante, qu'on peut sans hésiter classer parmi la plus déshéritée de notre société.

La Médiateure tient à souligner qu'elle est d'avis que le traitement non médical des patients psychiatriques ou leur condition de vie est directement fonction du niveau de satisfaction du personnel. Cette considération vaut par ailleurs pour toutes les institutions dans lesquelles des personnes sont privées de leur liberté et la Médiateure en a déjà souvent fait état.

Dans certaines institutions visitées la charge de travail qui incombe notamment au personnel infirmier est effectivement importante. Cela tient notamment au fait que bon nombre de patients psychiatriques, surtout les plus âgés, nécessitent également des soins somatiques (pansements etc.) qui demandent beaucoup de temps et à l'inadaptation de certaines infrastructures réparties sur plusieurs étages.

Si le personnel soignant parvient toujours à effectuer son programme de travail, il faut tenir compte du fait qu'il reste de moins en moins de temps aux infirmiers pour parler à leurs patients, d'être à leur écoute exclusive et attentive pour quelques minutes.

Il s'agit d'une considération qui va au-delà de l'empathie nécessaire et qui touche aussi le domaine thérapeutique.

L'équipe de contrôle a constaté que dans certaines institutions, les intervenants bénéficient d'office d'une supervision externe, individuelle ou collective, dans d'autres elle a lieu sur demande et dans certaines institutions cette offre n'existe pas.

L'équipe de contrôle a été informée par de nombreux salariés des différentes institutions qu'ils considèrent qu'une supervision externe est utile.

La Médiateure comprend ce point de vue et recommande de proposer une supervision externe à l'ensemble du personnel de toutes les institutions dans lesquelles se trouvent des patients placés médicaux.

Même si la situation des patients est globalement satisfaisante, la Médiateure tient à revenir au problème majeur qui est celui de l'écoulement des patients.

Elle a amplement décrit le problème grave existant actuellement en raison du manque d'infrastructures adaptées à l'accueil de patients placés judiciaires et à l'accueil de patients placés médicaux incapables de vivre en autonomie complète après une phase de réhabilitation.

De ce fait la construction de l'Unité de Psychiatrie Spéciale s'impose dans un futur proche.

La Médiateure insiste pour dire que le fait de laisser séjourner pendant une durée assez prolongée dans un service intensif de superficie souvent réduite (et non conçu à cette fin alors qu'une offre adaptée existe mais est inaccessible car sursaturée), constitue pour le patient une violation de ses droits de l'homme.

Il est de jurisprudence constante qu'une violation des droits de l'homme ne saurait être tolérée en raison de l'insuffisance des infrastructures.

La Médiateure souligne qu'elle ne fait ici nullement le procès ni des hôpitaux régionaux, ni celui du CHNP mais il s'agit d'un problème systémique qui doit trouver une solution rapide à un niveau politique. La solution à mettre en place devra être transversale et multifactorielle.

La Médiateure recommande aux autorités politiques concernées de mettre en place dans un futur proche des pistes de solution aptes à permettre à la filière psychiatrique fermée non judiciaire de suffire à ses obligations dans une mesure qui soit enfin à la hauteur des moyens de notre pays.

La Médiateure constate par ailleurs que le taux de suivi de ses recommandations est inférieur à celui qu'elle peut constater dans d'autres institutions tombant sous ses compétences.

Elle s'interroge sur les raisons de cet état de fait déplorable et invite les responsables des institutions concernées à prendre position par rapport à ce constat.

Finalement, la Médiateure invite les deux institutions concernées par une reconstruction complète de leurs infrastructures dans un futur proche à réserver une attention particulière aux besoins spécifiques des patients psychiatriques internés.

A cet égard, elle renvoie notamment à ses commentaires faits au titre des infrastructures bâties de l'HK. Elle répète qu'elle se félicite des plans du futur CHEM qui vont partiellement dans cette direction et qui constituent déjà une bonne base de départ qui pourrait cependant encore être affinée.

La Médiateure a pris connaissance de l'état actuel de la planification de la reconstruction du CHL qui ne prévoit aucune construction à part pour le service de psychiatrie. Il est vrai que le CHL souffre d'un manque de superficie au sol pour sa reconstruction, mais la Médiateure tient tout de même à insister sur la spécificité des besoins en la matière, même si d'autres services sont de loin économiquement plus intéressants pour un hôpital.

Il s'agit d'offrir et de maintenir un cadre de vie digne à une tranche de la population fragile et incapable de défendre elle-même ses intérêts.

La Médiateure se tient évidemment à la disposition de toutes les institutions concernées par le présent rapport.

Luxembourg, le 7 juin 2016

Lydie ERR

Médiateure

Ombudsman

Le Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

Le système disciplinaire en milieu carcéral

Commentaires et réactions

1. Commentaires et réactions du CPL

Observations liminaires

Il est fait référence dans le rapport, parmi d'autres, à l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus¹, adopté par le Premier Congrès des Nations Unies dans sa version modifiée du 13 mai 1977.

Il est vrai qu'à l'heure de l'analyse effectuée par le CGLPL, la nouvelle version de l'Ensemble des règles minima – désignée également par Règles Nelson Mandela – n'avait pas encore été divulguée². Cette nouvelle version paraît pourtant mieux indiquée comme référence et ce d'autant plus qu'elle s'étend bien plus en détail sur les procédures à respecter en matière disciplinaire et qu'elle fixe des limites précises à l'isolement notamment. Ses dispositions concordent d'autre part avec les normes du CPT et certains éléments de jurisprudence de la CEDH alors que la version antérieure restait assez sommaire sur le sujet.

Autre détail, en marge cette fois, le règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires³ a subi une 2^e modification en date du 20 septembre 2002.

La Médiateure se réfère d'autre part au projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire déposé le 12 janvier 2012 à la Chambre des députés. Or, à la suite de l'avis du Conseil d'Etat du 13 juillet 2012, le texte de ce projet de loi a été entièrement revu et largement remanié. Il est regrettable que la Médiateure n'ait pas eu accès à ce texte nouveau et il est aujourd'hui difficile de prendre position par rapport à certaines de ses recommandations qui se réfèrent à un texte qui est devenu obsolète. Dans un certain nombre de cas, la prise de position ne relève pas de la compétence de la direction du CPL mais de l'autorité du Ministre de la Justice.

Commentaires de la Médiateure :

Monsieur le Directeur répond lui-même à sa propre question pourquoi le présent rapport se réfère encore à l'ancienne version de l'ERM et non à la nouvelle appelée « Règles de Mandela ». Tant la mission préparatoire sur le terrain en amont de ce rapport que la rédaction du document ont eu lieu avant la publication de la version définitive des « Règles de Mandela », adoptées le 17 décembre 2015 par l'AGNU.

La Médiateure n'ignore pas que le RGD a été modifié par le règlement grand-ducal du 20 septembre 2002. Comme ce règlement grand-ducal est cependant relatif à la création d'un Centre de séjour provisoire pour étrangers en situation irrégulière et partant sans aucun lien avec le présent rapport, elle a décidé, dans l'intérêt d'une lecture aussi facile que possible, de ne pas mentionner cette modification.

La Médiateure rejoint intégralement Monsieur le Directeur en déplorant de ne pas avoir eu accès au nouveau texte remanié et ceci malgré des demandes répétées par les membres de l'équipe de contrôle. Ceci est d'autant plus regrettable que l'équipe de contrôle de la Médiateure a, dans le passé, toujours été largement associée à l'élaboration des textes des projets de loi 6381 et 6382. Elle s'étonne qu'elle n'ait même pas été informée par Monsieur le Ministre de la Justice de la reprise des travaux en la matière après deux entrevues auxquelles les membres de l'équipe de contrôle

¹ désigné dans le rapport par l'acronyme ERM

² La résolution n'a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies que le 17 décembre 2015.

³ désigné dans le rapport par l'acronyme RGD89

participaient encore à la suite de la publication de l'avis du Conseil d'Etat. Elle renvoie encore une fois à ses commentaires faits en début de rapport sur l'absence d'une prise de position du Ministère de la Justice malgré un courrier de rappel.

La Médiateure estime que l'ancienne collaboration avec le Ministère de la Justice était excellente et tout à fait favorable au principe d'une bonne administration. En effet, une association de son service au niveau de l'élaboration des textes légaux semble en tout état de cause plus productive et plus efficiente que d'apporter des critiques à des textes votés définitifs.

Elle souhaite obtenir dans les meilleurs délais une entrevue avec Monsieur le Ministre de la Justice afin de clarifier les relations de collaboration futures.

Première partie : Analyse de conformité du droit interne avec les normes internationales

I. Principes de base en matière disciplinaire

1. Principes directeurs

(1)⁴ La Médiateure recommande d'entériner le principe de la règle 57 des RPE⁵ dans la loi. Alors que la recommandation s'adresse à l'autorité compétente qu'est le Ministre de la Justice, il est renvoyé toutefois à l'avis du Conseil d'Etat du 13/7/2012 relatif au projet de loi portant réforme pénitentiaire⁶, qui avait « insisté à voir omettre » tout paragraphe qui « se borne à énoncer un objectif et est dépourvu de toute valeur normative ».

Commentaires de la Médiateure :

Il n'appartient pas à la Médiateure de commenter les avis du Conseil d'Etat.

La Médiateure considère que les principes suivants énoncés par la Règle 57 de l'ERM (actuelle Règle 3 des Règles de Mandela) sont essentiels :

« L'emprisonnement et les autres mesures qui ont pour effet de couper des personnes du monde extérieur sont afflictifs par le fait même qu'ils les dépouillent du droit de disposer d'elles-mêmes en les privant de leur liberté. Sous réserve des mesures de séparation justifiées ou du maintien de la discipline, le système pénitentiaire ne doit donc pas aggraver les souffrances inhérentes à une telle situation. »

La Médiateure rappelle que les Nations Unies ont également reconnu l'importance de ces principes d'une manière explicite en déplaçant le contenu de l'ancienne règle 57, énoncée au chapitre des principes directeurs applicables aux détenus condamnés vers la règle 3 au titre des principes fondamentaux.

La Médiateure n'a pas à mener des considérations d'ordre légistique ou technique. L'argument avancé par le Conseil d'Etat quant à l'absence de toute valeur normative dans l'énoncé de l'actuelle règle 3 est de nature purement technique et n'enlève rien à la pertinence des principes énoncés.

⁴ référence à la numérotation des recommandations de la Médiateure dans son rapport

⁵ Règles pénitentiaires européennes.

⁶ projet de loi 6382

La Médiateure insiste que l'ancienne règle 57 de l'ERM, donc, l'actuelle règle 3 des Règles de Mandela trouve sous une forme ou une autre son entrée dans le droit interne.

La Médiateure rappelle que le rapport est adressé à l'ensemble des autorités compétentes, elle rejoint Monsieur le Directeur en tant que cette recommandation est de la compétence exclusive du Ministère de la Justice qui n'a cependant pas réagi au présent rapport.

2. Les garanties accordées aux détenus en matière disciplinaire

2.1. Existence de procédures publiques et garanties formelles

(3) La direction du CPL s'accorde avec la Médiateure pour dénoncer une réglementation obsolète qui date de 1989 et qui paraît insuffisante au vu des normes internationales actuelles. Aussi a-t-elle soumis en février 2014 au Ministre de la Justice des propositions de modifications du projet de loi 6382 qui visent à garantir au détenu un droit de défense équitable tel que le prescrivent ces normes internationales et qui sont concordantes avec les recommandations que le CPT avait formulées déjà en 2009 et qu'il réitère dans son rapport de visite de 2015.

La direction du CPL a attiré l'attention de l'autorité supérieure à d'itératives reprises sur le fait que ses moyens en personnel sont à l'heure actuelle insuffisants et devront être adaptés aux besoins supplémentaires qui résulteront de l'introduction d'une procédure contradictoire lourde et coûteuse en temps telle que préconisée par le CPT et les normes internationales.

Contrairement au constat relevé par le CPT, les détenus sont informés par écrit et dans 4 langues sur les moyens de recours contre les décisions disciplinaires au moment de la communication de ces décisions.

Les considérations de la Médiateure au sujet des voies de recours relèvent de la compétence du Ministre de la Justice.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est informée que le projet de loi 6382 a été changé depuis sa version initiale. La Médiateure a d'ailleurs mentionnée certains de ces changements dans son rapport (article 36 et sections XI et XII du PL 6382).

Pour les raisons déjà amplement développées, la Médiateure a dû se baser sur la dernière version des modifications du projet de loi dont l'équipe de contrôle dispose. Comme ni elle, ni son équipe de contrôle n'ont reçu la moindre information quant aux travaux réalisés dans le cadre de ce projet de loi, elle ne saurait garantir que ses commentaires demeurent toujours valables.

Il est évident que la Médiateure maintient qu'elle est intégralement de l'avis du CPT en ce qui concerne les garanties en matière des droits des détenus qui doivent être insérés dans la procédure disciplinaire.

(4) Compétence du Ministre de la Justice.

Commentaires de la Médiateure :

Voir supra

2.3. Le droit à la défense et au recours

(7) Le texte du projet de loi remanié prévoit pour l'avenir un double degré de recours en ce sens que le recours judiciaire devant la chambre d'application des peines devra être précédé d'un recours administratif adressé au directeur de l'administration pénitentiaire.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure s'en montre satisfaite, néanmoins elle estime qu'il est regrettable qu'elle reçoive cette information de la part de Monsieur le Directeur du CPL et non de l'autorité publique compétente.

La Médiateure répète, pour la pure forme, qu'elle aurait largement préféré un système à double degré de recours juridictionnel.

3. *Les principes de la restriction minimale et de la proportionnalité*

(8) Le texte du projet de loi remanié énonce les catégories de comportements qui constituent des infractions disciplinaires susceptibles d'être poursuivies et sanctionnées.

Le texte prévoit également la possibilité d'assortir une sanction d'un sursis à l'exécution partiel ou total.

Commentaires de la Médiateure :

Voir supra

4. *Les alternatives*

4.1. *Les méthodes alternatives de résolution de conflits*

(9) La direction du CPL prend acte de la recommandation de la Médiateure qui tombe toutefois sous la compétence du Ministre de la Justice.

Il est présumé que la référence vers le « *point II.6 de la deuxième partie de ce rapport* » constitue une erreur de frappe et devrait se lire « *point III* ».

Commentaires de la Médiateure :

Quant aux méthodes alternatives de résolution de conflits, la Médiateure n'entend plus se répéter quant à l'autorité compétente.

Elle constate qu'il y a effectivement eu un problème de numérotation et qu'il y a lieu de remplacer point II.6. par point III.

5. *L'égalité entre détenus*

(11) L'interdiction de toute forme de discrimination étant un principe de droit commun généralement applicable⁷, il a été considéré superfétatoire d'y insister spécialement dans le texte du projet de loi portant réforme pénitentiaire. – Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure répète sa position développée sub I.1.(1) plus haut dans ce document.

Ce n'est pas à elle de mener des considérations légistiques, ni de proposer des formulations en matière de conception du droit interne. Il est cependant de son devoir en tant que responsable du contrôle externe des lieux privés de liberté, de veiller à ce que les normes internationales, et plus particulièrement les plus importantes d'entre elles trouvent leur entrée, sous une forme ou une autre (préambule, commentaire, exposé...), dans le droit interne.

⁷ Cf. Protocole additionnel n° 12 du 4/11/2000 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et articles 454 à 457-3 du Code pénal.

6. *Les interdictions formelles*

(12) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure partage l'analyse des compétences faite par Monsieur le Directeur. Elle répète qu'à son regret, le Ministère de la Justice n'a pas réagi à son rapport et ceci malgré un rappel.

7. *Les sanctions disciplinaires et le droit aux visites*

(13) Le texte remanié du projet de loi portant réforme pénitentiaire précise que la sanction de la « *suppression partielle de la correspondance ou de l'accès aux visites, ou le changement des modalités de visite, pendant une durée n'excédant pas 3 mois [...] ne peut être prononcée que si la faute disciplinaire a été commise en relation avec la correspondance ou la visite* ».

Commentaires de la Médiateure :

Comme elle l'a déjà dit, la Médiateure ne dispose pas de la version finale du projet de loi auquel il est fait référence.

Si le projet, dans sa version finale, est conforme aux affirmations de Monsieur le Directeur du CPL relatives au point (13) du rapport, la Médiateure marque son accord avec ce changement.

II. Règles générales en matière disciplinaire

1. *Les instruments de contrainte*

(14) Compétence MJ. - Le texte remanié du projet de loi portant réforme pénitentiaire précise de manière limitative les conditions d'application des moyens de contrainte et ne laisse aucune latitude à d'éventuels abus.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure estime avoir vidé la question à suffisance.

2. *L'exercice de la médecine en milieu privatif de liberté et la discipline*

(15) Compétence MJ. - La pratique d'usage au CPL est concordante avec les exigences énoncées par la règle 46 des nouvelles Règles Mandela.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est contente de constater que la règle 46 des Règles de Mandela soit appliquée au CPL. Elle maintient son argumentaire déjà développé en insistant que le contenu de cette règle trouve son entrée explicitement dans le droit interne.

III. De l'isolement en tant que sanction disciplinaire

2. *Les principes généraux de l'isolement*

2.2. Le principe de la restriction minimale

(16) Le texte remanié du projet de loi portant réforme pénitentiaire prévoit l'abolition pure et simple du régime cellulaire strict.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure s'en félicite.

3. *La procédure et la mise en œuvre de l'isolement*

(17) et (18) Le texte remanié du projet de loi portant réforme pénitentiaire prévoit les dispositions nécessaires pour aligner la législation nationale aux normes internationales admises en la matière.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure s'en félicite.

4. *Le rôle du personnel médical dans le placement à l'isolement en tant que sanction disciplinaire*

(19) Il est prévu d'adapter les dispositions légales et réglementaires visées aux normes internationales qui sont déjà d'application au CPL.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure en remercie les responsables et les prie de lui faire parvenir les nouveaux textes dès que possible.

IV. Régimes spécifiques

2. *Le régime disciplinaire des mineurs*

2.1. Les principes généraux

(21) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure saisit l'occasion pour souligner encore une fois qu'elle ne saurait marquer son accord avec une version du projet de loi 5351 relatif à la protection de la jeunesse qui permette de continuer à admettre des mineurs au CPL, à l'exception de ceux tombant sous l'application de l'article 32 de l'actuelle loi sur la protection de la jeunesse.

2.2. Les garanties

(22) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

Si l'avis de la Médiateure, mais aussi celui de l'ORK et de la CCDH sera respecté, ce point deviendra superfétatoire alors qu'il n'y aura plus de mineurs au CPL. Il importe cependant d'entériner cette garantie, de même que l'ensemble des autres garanties dans les textes régissant la future structure d'accueil destinée aux mineurs qui auraient auparavant fait l'objet d'un placement au CPL.

2.3. Obligation d'informer les parents ou l'ancien dépositaire de l'autorité parentale

(23) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

Idem que supra

2.4. Obligation d'informer le mineur, garanties et recours

(24) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

Idem que supra

3. Confidentialité absolue du dossier et droit à l'oubli

(25) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

Idem que supra

4. Les méthodes alternatives de résolution de conflits

(26) Compétence MJ. - Il est présumé que la référence vers le « *point II.6 de la deuxième partie de ce rapport* » constitue une erreur de frappe et devrait se lire « *point III* ».

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure présente ses excuses, en effet, il faudra lire « point III ».

Deuxième partie : Analyse du système disciplinaire appliqué au CPL et au CPG

I. Analyse des sanctions appliquées au CPL

(27) La direction prend soin de diligenter les décisions dans les jours qui suivent l'incident respectif ; certaines enquêtes peuvent néanmoins se révéler plus complexes et donc nécessiter plus de temps, et dans des cas exceptionnels, plus d'une semaine.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure n'ignore pas que certaines enquêtes sont plus complexes à mener que d'autres. Elle est cependant convaincue du fait que dans l'immense majorité des infractions disciplinaires, les enquêtes peuvent se terminer dans un délai assez rapproché permettant en tout état de cause de prononcer la sanction encore dans les sept jours qui suivent l'infraction.

La Médiateure est d'avis qu'il serait utile d'en informer l'auteur présumé de l'infraction commise si l'enquête devait subir des retards pour une raison quelconque et que partant la sanction éventuelle ne pourra être prononcée qu'avec un retard en conséquence.

1. L'enquête menant à la prise de décision

(28) Une documentation en images est jointe au dossier à chaque fois qu'elle se révèle utile et nécessaire.

(29) Concernant les témoins, la direction du CPL convient sur le principe du droit du détenu à commettre des témoins à décharge, mais défend tout de même une approche plus nuancée voire opportuniste en raison de deux difficultés qu'elle rencontre dans sa pratique.

Les témoins n'étant pas astreints au serment, leurs dépositions sont par conséquent démunies de toute valeur de preuve. L'expérience a montré que trop souvent ces témoignages sont fournis soit par complaisance, soit sous la peur de représailles de la part du détenu en cause.

Les détenus qui ont témoigné à charge se retrouvent dans une situation à risque de représailles où les moyens de l'administration, qui ne dispose que d'un seul établissement fermé sans autre alternative, pour garantir la protection du témoin menacé sont limités.

Dans des conditions où l'interrogatoire de témoins engendre plus de mal que de bien, il arrive que la direction préfère se désister dans l'intérêt du détenu ou du témoin.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure comprend le point de vue et les craintes formulés par Monsieur le Directeur, mais ne saurait accepter qu'elles servent d'argumentaire pour ne pas entendre un témoin, qu'il soit entendu à charge ou à décharge.

S'il est bien vrai qu'il faut interpréter les dépositions des détenus avec la plus grande prudence, il n'en reste pas moins que ces indications, si elles ne fournissent pas une preuve certaine et irréfutable, constituent au moins un début de preuve et permettent souvent de faciliter et d'orienter les enquêtes.

La Médiateure s'interroge par ailleurs comment une personne suspectée d'avoir commis une infraction disciplinaire peut savoir si un co-détenu a déposé contre lui.

La Médiateure n'ignore pas qu'une certaine flexibilité doit rester acquise à l'administration pénitentiaire en la matière, mais elle insiste que le principe selon lequel chaque auteur d'une infraction disciplinaire est libre de citer tout co-détenu comme témoin demeure acquis.

(30) La direction du CPL est d'avis que la proposition de remettre le guide du détenu contre signature est superfétatoire, alors qu'il est distribué de manière systématique à chaque personne nouvellement admise au courant de la procédure d'accueil.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure ne partage pas l'avis de Monsieur le Directeur en la matière. S'il semble bien être de pratique constante que chaque détenu se voit remettre le guide du détenu dans une langue qu'il comprend, il n'en reste pas moins que l'équipe de contrôle est assez régulièrement confrontée à des détenus qui affirment ne jamais avoir reçu ce guide. La signature d'un accusé de réception qui serait versé dans le dossier personnel du détenu mettrait une fois pour toutes fin à ces sollicitations et viderait cette déclaration de tout sens dans le contexte d'une enquête disciplinaire.

(31) La direction du CPL convient que la procédure telle que proposée par la Médiateure constituerait une réelle optimisation par rapport à celle d'usage actuellement, mais donne à considérer qu'au vu du nombre de mouvements à effectuer, le personnel sur place n'est aujourd'hui pas à même d'assumer de manière systématique l'investissement supplémentaire en temps nécessaire.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure ne rejoint pas Monsieur le Directeur. En effet, si l'établissement d'un état des lieux, qui finalement ne correspond à rien d'autres qu'à quelques photos et d'un bref descriptif au vu de l'équipement des cellules ne demande qu'un minimum en

investissement de temps. Force est également de constater que ce temps investi serait très largement récupéré au moment des enquêtes pour détérioration de matériel. La Médiateure doute en outre que le nombre de changements de cellule soit, comme le mentionne Monsieur le Directeur, d'une importance telle qu'elle rende impossible la documentation proposée. Si tel devait cependant être le cas, la Médiateure invite le CPL à lui communiquer les chiffres à l'appui.

(32) Les délais d'élimination métabolique des stupéfiants détaillés par la Médiateure sont bien connus et donc respectés au CPL. La Médiateure ayant eu accès à la version électronique des dossiers disciplinaires n'a évidemment pas pu se rendre compte de l'inscription à la main dans les dossiers papier des délais de carence à respecter avant un prochain test.

De toute façon, en cas de doute, aucune sanction n'est prise à charge du détenu concerné.

La direction du CPL concède toutefois que la procédure plus approfondie et plus coûteuse mise en place au CPG peut présenter certains avantages dans des cas où le détenu conteste le résultat du test de dépistage rapide, et s'en inspirera afin de minimiser le risque d'erreur à l'avenir.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est satisfaite de ce changement de procédure.

(33) A chaque fois que le test de dépistage amène à conclure à la consommation de médicaments psychoactifs, la direction consulte le service médical, qui cependant ne peut fournir de renseignements que sous condition que le détenu en cause y ait marqué son accord par écrit, secret médical oblige. Aucune sanction n'est prise évidemment si les médicaments ont été prescrits par le médecin.

(34) La direction du CPL veillera à l'avenir que la facture et le résultat des analyses soient remis au détenu concerné.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure en remercie Monsieur le Directeur.

(35) La direction applique le principe du bénéfice du doute de manière générale et classe de nombreux dossiers sans suites.

Considérant toutefois qu'en l'absence de disposition légale spécifique astreignant les témoins à déposer sous la foi du serment et prévoyant des sanctions pour faux témoignage, il est légitime de douter de nombreux témoignages pour les raisons évoquées plus haut sous (29), la direction n'a souvent pas d'autres moyens que de se laisser guider – à défaut de preuves – par les indices qui corroborent les observations rapportées par les agents – qui sont des fonctionnaires assermentés – et de prononcer des décisions basées sur son intime conviction.

La direction concède que les dossiers électroniques sur lesquels la Médiateure base son analyse sont en général sommaires et que les enquêtes, pondérations et motivations qui ont mené à une décision finale y sont insuffisamment renseignées, mais renvoie dans ce contexte à l'insuffisance en ressources humaines qualifiées relevée plus haut sous (3).

Dans le cas cité à titre d'exemple (dossier D12214), une enquête interne a été diligentée à la suite des allégations faites par le détenu et le dossier a été transmis pour compétence à la Déléguée du Procureur général d'Etat.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est consciente des difficultés que les instructions en matière de discipline interne peuvent présenter, notamment au niveau des preuves.

Elle maintient cependant sa recommandation d'apporter le plus grand soin au constat de la culpabilité au-delà de tout doute raisonnable et d'appliquer à défaut le principe de l'*in dubio pro reo*.

(36) Chaque allégation par un détenu de mauvais traitement, d'exaction ou de transgression des obligations légales ou réglementaires par un membre du personnel – sauf si elle est manifestement démunie de tout fondement - fait l'objet d'une enquête interne dont le dossier est transmis à la Déléguée du Procureur général d'Etat en sa qualité de chef d'administration pour appréciation et compétence. Si les faits allégués sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, dénonciation en est faite conformément aux exigences de l'article 23(2) du Code d'instruction criminelle.

Sauf exception, il n'en est pas fait mention dans la version électronique du dossier disciplinaire du détenu.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Monsieur le Directeur pour ces précisions.

(37) La direction n'a pas connaissance de cas précis où un détenu aurait été privé de ses médicaments indispensables tel que décrit par la Médiateure, sans qu'il ait pu faire appel à une intervention du personnel de soins en cas de besoin urgent.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure confirme qu'elle a été saisie à plusieurs reprises par des détenus à ce sujet. Elle maintient dès lors sa recommandation.

2. *Les motifs de la sanction*

(38) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

Voir supra

(39) La direction du CPL considère qu'une prise sanguine devrait constituer un ultime recours. Vu qu'une implication du médecin traitant ou du personnel soignant portera préjudice à leur relation de confiance avec le détenu et sera de ce fait à exclure, une prise sanguine ne pourra être effectuée qu'en milieu extérieur moyennant extraction du détenu.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure souligne qu'elle recommande justement la prise de sang comme alternative de dernier recours qui ne pourrait être appliquée que sur demande du détenu lui-même en cas d'incapacité ou de refus de fournir une épreuve d'urine.

Comme il s'agit en tout état de cause d'une demande émanant du détenu, la Médiateure ne partage pas les craintes exprimées par Monsieur le Directeur au sujet de la relation de confiance entre le personnel soignant et les détenus. En plus, la relation avec les médecins semble demeurer intouchée vu que les prises de sang sont faites par le personnel infirmier.

(40) Il n'y a pas eu de sanction pour simple discussion verbale qui n'aurait pas été à l'origine d'un trouble concomitant de l'ordre intérieur.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure a une lecture différente des dossiers soumis à l'attention de l'équipe de contrôle. Elle prie Monsieur le Directeur de fournir de plus amples renseignements à ce sujet.

(41) La direction du CPL partage l'avis de la Médiateure et l'assure que sa pratique est celle recommandée dans le rapport, qu'elle veille notamment à bien différencier l'autoutilisation à laquelle s'est adonné un détenu dans la détresse des chantages et autres actes de mauvaise intention.

En suivant la critique de la Médiateure, la direction libellera à l'avenir avec plus de précision les reproches qui ont pu justifier le prononcé d'une sanction (chantage, atteinte à l'ordre interne etc...).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure s'en félicite.

(42) L'interdiction de fumer à l'intérieur des bâtiments et locaux non privatifs est aujourd'hui généralisée au point que nul ne peut se prévaloir d'ignorance de cette prohibition. Elle est d'autre part renseignée dans le guide du détenu et par des autocollants omniprésents dans l'établissement. Le fait de fumer dans les lieux où l'interdiction a cours peut donc légitimement être perçu comme pure provocation. Les infractions à cette interdiction sont cependant réprimées par des sanctions mineures.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est tout à fait d'accord avec Monsieur le Directeur. Sa recommandation visait plutôt à établir une procédure permettant de conserver la preuve de l'infraction au lieu de s'exposer *ex post* à des contestations non vérifiables.

(43) Il est évident que les dénonciateurs n'encourent des sanctions que si leur participation ou implication dans l'événement est avérée. Tel a été le cas dans les dossiers référencés par la Médiateure. Il est renvoyé par ailleurs aux observations sub (35) supra.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Monsieur le Directeur de ces précisions.

3. *Les situations particulières*

(44) Même si le RGD89 reste muet sur la question de la « *récidive* », la direction du CPL tient généralement compte, dans le choix de la sanction à prononcer, des éventuels antécédents disciplinaires du détenu concerné, dont elle limite la prise en considération aux infractions comparables commises durant les 6 mois précédant le nouvel incident.

Hormis la tentative d'évasion, aucune tentative n'a été considérée ni sanctionnée récemment.

Le sursis étant sujet à appréciation individuelle, n'a en effet été concédé que rarement.

Il est renvoyé au commentaire relatif au dossier électronique émarginé plus haut sub (35).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure réitère qu'elle comprend qu'une certaine flexibilité est de mise en la matière. Elle recommande néanmoins, dans l'intérêt d'un maximum de transparence et de sécurité juridique d'établir des règles claires et publiques en matière de récidive, de sursis ou de tentative.

4. Les sanctions

(45) La direction du CPL ne partage pas l'avis de la Médiateure quand bien même elle est consciente du fait que le détenu innocent qui partage la cellule du détenu sanctionné peut en éprouver un désavantage, qui est alors l'effet collatéral de la surpopulation. Dans la logique de la Médiateure, aucun père de famille ne devrait être condamné à l'emprisonnement, puisque c'est sa famille qui, en étant dépourvu de revenu, en subit le préjudice. Il incombe par contre au détenu d'assumer ses responsabilités en évitant de transgresser le règlement interne.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure n'est pas d'accord avec la Direction du CPL et ne partage pas son argumentaire on plus.

La surpopulation carcérale ne saurait être considérée comme justification de faire subir à un innocent une sanction. Il ne s'agit nullement d'un « effet collatéral » mais d'une situation inacceptable.

Si un détenu partageant avec d'autres détenus une cellule fait l'objet d'une sanction qui inévitablement affectera aussi les détenus innocents, il devrait être possible d'extraire le détenu à sanctionner de la cellule pour le faire subir sa sanction dans une cellule à occupation unique. Si ceci, par impossible, ne devrait pas être faisable, une sanction alternative, sans conséquence sur les co-détenus de la même cellule, devrait s'appliquer.

(46) La direction du CPL prend acte de la critique de la Médiateure et partage son raisonnement.

Elle précise cependant que la sanction du déclassement de régime qui consiste à tenir un nombre limité de visites dans un parloir sécurisé où le détenu est séparé de ses visiteurs par une vitre n'est appliquée que s'il peut être présumé que le détenu abusait et abuserait de la visite en parloir ouvert pour organiser son trafic de stupéfiants ou d'autres objets prohibés. La sanction a donc surtout un effet de prévention. A l'avenir, l'opportunité d'appliquer cette mesure sera évaluée de manière plus critique et plus différenciée.

En pratique, de nombreux sursis à l'exécution de cette sanction ont été concédés ad hoc quand les visiteurs étaient de la proche famille, voire les enfants du détenu, sans que ces sursis ne soient alors renseignés dans le dossier électronique.

Le retrait temporaire du permis de visite d'un membre de la famille n'est pratiqué que si ce parent ou allié est directement impliqué dans un flagrant délit de trafic ou autre incident grave (art. 234 du RGD89).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est satisfaite de ces explications complémentaires.

(47) Après vérification des dossiers sous rubrique, il s'est avéré que le délai entre les deux tests de dépistage était de 28 jours et non de 3 jours, et donc suffisant (premier test 20/03/2014, deuxième test 17/04/2014).

La décision de révocation d'un congé pénal ressort de la compétence de la Déléguée du Procureur général d'Etat. Elle est à considérer comme conséquence logique du non-respect d'une condition définie a priori et connue du détenu, alors que la sanction disciplinaire est encourue du fait d'une infraction disciplinaire et sans préjudice d'une sanction pénale éventuelle du chef des mêmes faits.

La Médiateure reconnaît qu'il y a eu une erreur dans les références mentionnées et qu'il y a eu une confusion entre plusieurs données. Elle s'en excuse. Dans les dossiers référencés, il y a effectivement un délai de 28 jours entre les deux tests et non de 3 jours.

Il y a un 3^{ème} dossier communiqué pour le même détenu (D12159) qui fait référence à un test d'urines réalisé le 11 avril, qui aurait été positif, puis l'ordre de soumettre le détenu à un nouveau test le 14 avril que le détenu aurait refusé et pour lequel il a été sanctionné pour refus d'ordre et vient ensuite le test du 17 avril 2014 pour lequel le détenu a été sanctionné.

En fonction de ces données, le détenu aurait été, à deux reprises, invité à se soumettre à un test de dépistage, chaque fois à 3 jours d'intervalle.

(48) De manière générale, les montants appliqués sont ceux émarginés dans l'annexe à l'instruction de service DIS15. Dans certains cas de vandalisme aggravé cependant, le détenu ne serait jamais à même de s'acquitter de la valeur de la remise en état qui peut dépasser plusieurs milliers d'euros. La direction s'arroge alors le droit de fixer un montant forfaitaire de façon discrétionnaire – toujours inférieur à la valeur réelle – dans un souci de responsabiliser le détenu sans le démunir de tous ses moyens sur une période prolongée. Les montants retenus sur le pécule des détenus sont versés au Trésor conformément aux règles de la comptabilité de l'Etat.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure approuve la manière de procéder, mais elle demande à ce que le prix des objets cassés soit repris individuellement dans la décision disciplinaire.

(50) L'isolement du mineur pendant quelques jours n'a été pratiqué qu'exceptionnellement dans des cas d'une gravité telle qu'aucune autre mesure ne pouvait être envisagée pour assurer la sécurité. Le texte du projet de loi remanié portant réforme pénitentiaire interdira le placement à l'isolement de mineurs.

Le retrait des activités en commun limite le contact avec les autres sans en priver le mineur totalement. Cette sanction n'est prononcée contre les mineurs que dans les cas où l'infraction commise est en relation directe avec ces activités, tel que le préconise la Médiateure. Les contacts du mineur avec le monde extérieur ne sont pas affectés par le retrait des activités en commun.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Monsieur le Directeur pour ces précisions. Néanmoins, elle souligne que les travaux relatifs au projet de loi 5351 sont toujours en cours (bien que la Médiateure s'étonne que la Direction du CPL n'y soit pas associée) et que

l'interdiction de placer un mineur à l'isolement n'est pas encore entrée dans le droit interne.

Elle souligne que les normes du CPT, précisées dans le rapport, doivent trouver une application stricte dans le domaine.

(51) La direction du CPL tiendra compte de la proposition de la Médiateure dans ses réflexions tendant à améliorer les pratiques ; elle donne à considérer cependant qu'une médiation telle que préconisée ne pourra s'envisager que moyennant mise en place d'un dispositif de plus longue haleine avec des intervenants en quantité suffisante et dotés d'une formation spécifique (= compétence MJ).

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure se félicite que sa recommandation, qui vise en effet plus particulièrement le Ministère de la Justice, soit prise en considération.

Elle est consciente que la mise en œuvre de cette recommandation ne pourra se faire qu'à moyen, voire, à long terme.

(53) Il est renvoyé aux commentaires sub (44) et (46) supra.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure renvoie également à sa prise de position détaillée sub (44)

(54) Les facteurs pris en compte pour juger de la gravité d'une agression et qui détermine donc la sévérité de la sanction sont la véhémence de l'agression, la présence ou l'absence de motifs ou provocations, la gravité des blessures, la préméditation, l'usage d'armes ou d'objets contondants, l'évaluation de circonstances atténuantes ou aggravantes, les antécédents disciplinaires, l'effet sur l'ordre interne etc...

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure partage l'appréciation du CPL, mais, comme toujours, elle plaide la transparence et insiste dès lors que ces critères soient entérinés par écrit dans une procédure.

5. La mise en œuvre des sanctions

(55) Compétence MJ.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure en est consciente, le même rapport était également adressé, sans suites, au Ministère de la Justice.

6. Autres constats

(57) Compétence CHNP / SMPP.

(58) Compétence CHNP / SMPP.

(59) L'instruction de service DIS01 sur la fouille corporelle a déjà été adaptée aux normes du CPT depuis septembre 2012 et prescrit d'opérer la fouille à nu en deux temps.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure s'en félicite. Malgré les mises à jour des instructions de service régulièrement envoyées à l'équipe de contrôle, elle note que la nouvelle version de l'instruction de service DIS01 ne lui a pas été communiquée. Elle demande à en obtenir la version actuelle.

(60) La direction du CPL a pris acte de la recommandation de la Médiateure et a complété l'instruction de service DIS01 relative à la fouille dans le sens voulu.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie les autorités compétentes pour leur compréhension.

(61) La direction partage absolument la position de la Médiateure et fait tout son possible pour prévenir le genre de conflits tels qu'ils sont décrits dans le rapport. Malheureusement la situation de surpopulation à laquelle elle se voit confrontée depuis des années limite de manière fort contraignante les possibilités d'affectation des cellules.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure maintient sa recommandation et répète que le manque d'infrastructures adaptées ne saurait justifier une atteinte aux droits de l'homme. Par ailleurs, le phénomène de surpopulation grave, fléau qui frappait le CPL pendant une période prolongée, s'est sensiblement atténué au vu des chiffres d'occupation.

(62) Dans les cas où il est incontestable qu'un membre de la famille est gravement malade et plus généralement dans chaque cas dûment justifié, le détenu aura accès à un téléphone, serait-ce dans le bureau des agents SPSE, et ceci même en dehors des plages horaires prévues.

Concernant la vidéophonie (Skype), il sera procédé prochainement à une évaluation de la première année de pratique. Ce ne sera que sur base de cette évaluation que la direction pourra redéfinir le cas échéant les conditions et modalités d'utilisation.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie le CPL de ces précisions, elle demande à recevoir une copie de document d'évaluation de l'utilisation du logiciel Skype au CPL.

(63) Il est rappelé d'emblée que le régime A correspond au régime cellulaire qui est le régime auquel le prévenu est soumis d'office par application des dispositions de l'article 3 du RGD89, et que le régime B plus favorable a été introduit dans l'intérêt des prévenus qui peuvent en bénéficier, mais sans qu'il puisse être considéré comme un droit.

Les problèmes engendrés par la surpopulation relative au CPL sont amplement connus, dont celui évoqué par la Médiateure et auquel la direction n'a pas de solution réalisable avec les moyens existants à proposer.

Dans la situation actuelle, certains prévenus admis au régime B doivent malheureusement patienter avant de pouvoir bénéficier de tous les avantages de ce régime. De par son architecture, le bâtiment D, initialement conçu pour l'hébergement de prévenus en régime cellulaire, présente certains désavantages et n'offre pas les mêmes facilités aux détenus qui y sont logés. Ainsi e.a., l'accès au téléphone est plus limité pour les prévenus du régime B logés au 1^{er} étage. Leur transfert vers un autre bâtiment dans le délai d'une semaine, tel que requis par la Médiateure, n'est pas réalisable.

Commentaires de la Médiateure :

S'il n'est pas possible, pour des raisons de manque de place, de transférer les prévenus bénéficiant du régime B dans un délai maximal d'une semaine en l'état actuel des choses, la Médiateure estime que tout devrait être fait pour garantir un transfert aussi rapide que possible.

La situation sera résolue avec l'ouverture du CPU.

En attendant, il devrait du moins être possible, par l'installation d'un téléphone supplémentaire, de permettre aux détenus du régime B de bénéficier des droits au téléphone inhérents à leur statut.

(64) Compétence CHL / CHNP.

(65) Le nombre très élevé d'activités organisées au CPL au bénéfice des détenus et la multitude de mouvements qui en résultent ne nous permettent malheureusement pas de donner suite à la recommandation de la Médiateure de façon générale et au profit de tous. Dans les cas individuels où il est matériellement possible de faire preuve de flexibilité et donc d'accorder à certains détenus de bénéficier de leur promenade à un autre moment de la journée, il est évident qu'il en résulte une discrimination positive que la direction du CPL assume volontiers, puisqu'elle œuvre dans l'intérêt de ces détenus.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure est consciente du fait que dans des cas individuels, des circonstances exceptionnelles peuvent engendrer la privation de promenade ou la diminution de sa durée. Elle insiste cependant que ces privations ou diminutions doivent demeurer tout à fait exceptionnelles et individuellement justifiables. Le principe du droit à la promenade ne saurait être mis à disposition.

Ceci est d'autant plus important au CPL, où le temps de la promenade est nettement inférieur à celui accordé aux détenus d'autres prisons dans les pays limitrophes.

III. Traitement alternatif dans l'exécution des peines privatives de liberté

(86) La direction du CPL se féliciterait si elle pouvait bénéficier du soutien de la Médiateure pour organiser des cours de formation en médiation tant pour le personnel que pour les détenus.

Commentaires de la Médiateure :

Le soutien de la Médiateure est acquis à la direction du CPL.

2. Commentaires et réactions du CPG

Observations liminaires

(25) Comme le CPG n'accueille pas de délinquants mineurs, la direction remercie Madame la Médiateure de biffer « ou au CPG » dans l'énoncé « Aucune disposition légale ou réglementaire n'impose des règles de confidentialité plus strictes ou une date de destruction en ce qui concerne les dossiers des mineurs placés au CPL **ou au CPG.** »

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure a donné suite à la demande du CPG pour des raisons pratiques. Elle souligne cependant qu'aucun texte légal actuellement en vigueur ne porterait interdiction à un placement de mineurs au CPG.

Deuxième partie : Analyse du système disciplinaire appliqué au CPL et au CPG

II. Analyse des sanctions appliquées au CPG

(67) Les services du CPG s'efforcent d'amoinrir les délais entre le constat d'un incident et le prononcé d'une sanction autant que possible, notamment en ce qui concerne les fautes disciplinaires mineures. A part le traitement des tests toxicologiques, les enquêtes et la collection des déclarations des détenus requièrent un certain temps. Ceci concerne surtout les détenus profitant du régime de la semi-liberté et qui ne sont pas directement disponibles aux services de surveillance pour les dépositions.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure réitère ses observations déjà formulées à cet égard au titre du CPL.

7. *L'enquête menant à la prise de décision*

(69) Les photographies sont utilisées dans tous les cas relatifs à l'hygiène, l'endommagement de matériel, des violences physiques envers des co-détenus ou des membres du personnel ou la détention d'objets non-autorisés ou illicites. Lors de sa déposition, la photo prise est montrée au détenu respectif. Les services du CPG veilleront, dans la mesure du possible, à ce que le lien soit clair entre le détenu et l'infraction.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Monsieur le Directeur de ces précisions. Elle suggère de faire entrer sa recommandation dans les procédures internes.

(70) Le résultat d'un test d'urines est montré au détenu. S'il conteste le résultat, il peut demander la copie du document par écrit. Si le test positif est alors confirmé, la facture afférente lui est remise comme il doit la payer. Si le résultat du test est négatif, il ne reçoit pas de facture et le CPG prend en charge les frais.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure approuve intégralement la manière de procéder.

(72) Les services de surveillance demandent uniquement au service médical si un test positif au BUP ou BZO et aux opiacés d'un détenu « peu(ven)t être expliqué(s) par un traitement mis

en place ». Bien entendu, une sanction n'est pas prise lorsque les médicaments ont été prescrits par un médecin.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure approuve intégralement la manière de procéder.

8. Les motifs de la sanction

(73) Le projet de loi 6382 remanié, portant réforme de l'administration pénitentiaire, énonce les catégories de comportements qui constituent des infractions disciplinaires susceptibles d'être poursuivies et sanctionnées.

Le texte prévoit également la possibilité d'assortir une sanction d'un sursis à l'exécution partiel ou total.

Commentaires de la Médiateure :

Les termes du projet de loi 7042 n'apportent, aux yeux de la Médiateure, pas les améliorations requises. En effet, ce projet énonce une liste d'infractions de même qu'une liste de sanctions et des règles d'application en ce qui concerne diverses sanctions, néanmoins il ne constitue pas un catalogue des infractions et des sanctions tel que la Médiateure le souhaiterait.

La Médiateure n'exige pas la création d'un texte qui s'approcherait en matière disciplinaire du code pénal car elle est consciente des exigences particulières qui différencient le régime disciplinaire du droit pénal commun, mais elle demeure persuadée qu'il serait dans l'intérêt d'une plus grande transparence et d'une sécurité juridique améliorée de préciser davantage les textes régissant la matière disciplinaire.

(74) Les détenus peuvent fumer à l'extérieur pendant la journée. Ils sont autorisés à fumer dans leur chambre dès la fermeture pour la nuit, à partir de 21.30 heures. Ils en ont aussi le droit en cas de maladie ou de sanctions disciplinaires (retrait de tout ou partie des activités en commun, art. 197.9 du Règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires). Cependant, le CPG requiert des détenus d'ouvrir la fenêtre de leur chambre et de fermer la porte. Cette mesure a été prise dans le cadre des contrôles des chambres pour rester en conformité avec l'article 32, paragraphe 2 alinéa 1 de la loi du 11 août 2006 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat «c) (...) afin que les fonctionnaires soient protégés de manière efficace contre les émanations résultant de la consommation de tabac d'autrui.»

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure approuve intégralement la manière de procéder, mais afin de faciliter l'adhérence des détenus à cette règle, elle propose que le bien-fondé de cette règle soit explicité davantage aux nouveaux arrivants.

9. Les situations particulières

(75) La direction du CPG apprécie la recommandation de Madame la Médiateure et envisage d'inscrire la récidive de manière explicite dans la décision disciplinaire. La récidive est à considérer s'il s'agit d'une répétition du même genre de comportement fautif, p. ex. la consommation répétée de substances psychotropes (rechute).

Le sursis est, de manière générale, uniquement appliqué sur les récidives. Il est considéré d'outil pédagogique pour prévenir de futurs manquements.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure répète sa prise de position formulée au titre du CPL à cet égard. Elle réitère qu'elle comprend qu'une certaine flexibilité est de mise en la matière. Elle recommande néanmoins, dans l'intérêt d'un maximum de transparence et de sécurité juridique d'établir des règles claires et publiques en matière de récidive, de sursis ou de tentative.

10. Les sanctions

(76) Le déclassement de régime en visite cat. 1 est, entre autres, prononcé pour des fautes disciplinaires en relation avec la consommation d'alcool ou de stupéfiants à l'intérieur ou l'extérieur du CPG. Le déclassement de régime en visite cat. 1 n'annule cependant pas le droit aux visites pour que les relations familiales ne soient pas entravées. Beaucoup de détenus ont aussi droit à des congés pour raisons familiales. Le déclassement de régime en raison de consommation d'alcool, par exemple, vise aussi l'autoprotection du détenu face à des abus d'alcool.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure maintient sa recommandation. Elle considère que le droit aux visites est primordial en vue du maintien des relations familiales et que celles-ci sont essentielles pour une réinsertion réussie. Dès lors, elle insiste que d'autres sanctions soient prononcées, sauf en ce qui concerne les infractions commises ayant un lien direct avec les visites ou les sorties.

(77) La quantité d'alcool consommée est un facteur déterminant. La gravité de la sanction prononcée est en rapport avec le parcours carcéral individuel du détenu déterminé par les facteurs du taux d'alcoolémie, de l'éventuelle rechute, de l'introspection, de l'aveu ou du déni, de la collaboration avec le programme TOX et des antécédents disciplinaires.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure peut suivre le raisonnement de Monsieur le Directeur. Elle recommande par contre de préciser la procédure actuelle par écrit en détaillant les critères de décision et leur pondération.

(78) La direction souhaite maintenir le seuil de tolérance du taux d'alcoolémie à 0,1‰. Même des taux d'alcoolémie très faibles peuvent engendrer des agressions envers des co-détenus,

des membres de la famille et du personnel et amplifie des troubles du comportement ou de la personnalité déjà existants. D'un autre côté, la direction est d'avis que les critères pris en compte dans la définition de la sanction pour consommation d'alcool valent pour chaque détenu, indépendamment du régime auquel il est soumis.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure ne partage pas le point de vue de Monsieur le Directeur. Néanmoins, elle reconnaît que la position du CPG est défendable et qu'elle ne se heurte à aucune considération ayant trait aux droits de l'homme.

(79) La gravité de la sanction respectivement le (re)transfèrement au CPL d'un détenu sont conditionnés par le genre de substance, les circonstances autour de l'incident, son projet, son parcours général au CPG, sa collaboration avec le SPSE-CPG et le Programme TOX. Les décideurs de la sanction tiennent aussi compte du passé carcéral antécédent. La sanction la plus grave est le transfèrement au CPL, qui est prononcée par la déléguée du procureur général d'Etat, sur proposition de la direction.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure répète sa position selon laquelle ce genre de décision devrait être revêtu de plus de transparence. Un catalogue des infractions avec les sanctions subséquentes, le cas échéant assorti de mesures modulatoires (sursis, circonstances etc...) devra être établi. Elle renvoie à cet égard également à son avis sur l'attribution des sursis, l'appréciation de la récidive et les considérations relatives à la tentative.

(80) Il est primordial que le détenu annonce un éventuel retard aux services de surveillance. Cette mesure permet d'éviter une alerte d'évasion. Un retard de 5 minutes sans annonce est toléré lors des sorties autorisées. Le détenu est sanctionné sur la validité de son retard, vérifié le cas échéant par le personnel.

Commentaires de la Médiateure :

Ici encore, les conditions d'appréciation de l'infraction et les sanctions possibles devraient être entérinées par écrit et portées à la connaissance des détenus.

(81) Lors de son entrée au CPG, chaque détenu reçoit le règlement interne, dont il contresigne la copie en guise de réception, et est informé des conditions à respecter au CPG, notamment aussi en matière d'hygiène. En cas d'infraction à l'hygiène, le détenu est informé par une affiche sur les points à remédier. Si l'état de la chambre est jugé insatisfaisant à la troisième reprise, un dossier disciplinaire est établi.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie le CPG d'avoir apporté ces précisions.

(82) L'outil de la médiation est appliqué au CPG. En ce qui concerne la résolution de conflits entre détenus, les agents pénitentiaires sont les premiers interlocuteurs. Le service SPSE-CPG a une entrevue avec le(s) détenu(e/s) dans le cadre de ses fonctions pour des cas plus complexes, même occasionnellement avec la direction du CPG.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples informations quant à cette offre.

(83) La proposition d'un dernier avertissement par la direction du CPG à Madame la déléguée du Procureur général d'Etat est communiquée au détenu par le biais de la notation sur la décision disciplinaire que le détenu signe et, par conséquent, accepte. Le chef de détention mentionne aussi par voie orale la proposition d'un dernier avertissement lorsqu'il lui remet la décision disciplinaire. L'agent SPSE-CPG l'évoque auprès de son client dans une autre logique.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure apprécie cette manière de procéder.

11. *La mise en œuvre des sanctions*

(84) = compétence MJ

Commentaires de la Médiateure :

Voir *supra*, le présent rapport s'adresse à l'ensemble des institutions compétentes et concernées.

12. *Autres constats*

(87) La direction fait sienne la proposition de la Médiateure pour éviter autant que possible de recourir à des sanctions prononcées à durée indéterminée et de privilégier d'indiquer un terme précis de la sanction au détenu.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure remercie Monsieur le Directeur de ce changement d'avis important.

IV. *Traitement alternatif dans l'exécution des peines privatives de liberté*

(86) Au cours de leur parcours professionnel, diverses formations traitant de la communication, voire de la gestion des émotions et des conflits sont proposées au personnel du CPG. L'offre de formations pour les détenus s'oriente aussi vers ces matières. Dans un avenir proche, l'offre de formations dans cette thématique sera plus systématique.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiatrice va solliciter une entrevue avec Monsieur le Ministre de la Justice à ce sujet.

3. Commentaires et réactions de Madame la Déléguée du Procureur Général à l'Exécution des Peines

En tant que déléguée à l'exécution des peines, je prends position comme suit par rapport aux paragraphes 55 et 56.

Je toise à l'heure actuelle les recours contre les décisions disciplinaires avec la célérité que la matière requiert, soit le jour même pour les affaires les plus simples, soit endéans la semaine après la communication du recours, pour les affaires plus complexes.

Je constate que les détenus prennent en règle générale plus de trois jours pour formuler un recours, que le fait à la base de la décision est rarement contesté-il est habituellement expliqué, nuancé et ensuite excusé par le détenu lui-même- et que le recours porte souvent sur certains aspects précis des sanctions disciplinaires dont notamment le parloir sécurisé. Forte d'une expérience de cinq ans, je puis affirmer que moins de 5% des recours sont déclarés fondés. Il en ressort que 95% des sanctions disciplinaires sont confirmées par la soussignée.

Je me rapporte à la sagesse du législateur s'il entend modifier l'article 212 du règlement grand-ducal du 24 mars 1989 et rendre les recours contre les décisions disciplinaires suspensifs en conformité avec les propositions formulées au paragraphe 55 du rapport de Madame la contrôleur externe des lieux privatifs de liberté.

La question se pose, au regard de la réforme de la procédure disciplinaire qui multiplie les possibilités de recours (recours administratif et recours juridictionnel) si le fait que l'exécution des sanctions devenait suspensive, n'enlèverait pas l'atout de la réactivité et de l'efficacité du système actuel. Au regard de mon expérience professionnelle, je pense que le fait de sanctionner le détenu pendant un délai très rapproché de la constatation du fait disciplinaire est plus propice à favoriser sa réflexion sur ce fait qu'une sanction tardive.

Commentaires de la Médiateure :

La Médiateure ne doute ni de la qualité, ni de la célérité du travail presté en matière de recours contre les sanctions disciplinaires par Madame la déléguée à l'exécution des peines.

Il n'en reste pas moins que ne nombreux détenus ont déjà informé les membres de l'équipe de contrôle qu'il ne sert à rien d'introduire un recours contre une sanction disciplinaire, notamment si elle comporte une mise en cellule de punition alors que généralement la peine est purgée avant la décision sur le recours.

Dès lors, la Médiateure maintient sa recommandation, tout en soulignant qu'elle est entièrement d'accord avec l'argumentaire développé par Madame la déléguée quant à la nécessaire rapidité entre les faits et la décision de la sanction.

Ombudsman

Le Médiateur du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

**Le système disciplinaire
en milieu carcéral**

Table des matières

Introduction	4
Première partie : Analyse de conformité du droit interne avec les normes internationales	5
I. Principes de base en matière disciplinaire	5
1. Principes directeurs	5
2. Les garanties accordées aux détenus en matière disciplinaire	6
2.1. Existence de procédures publiques et garanties formelles.....	6
2.2. L'accès à l'information.....	10
2.3. Le droit à la défense et au recours	11
3. Les principes de la restriction minimale et de la proportionnalité	12
4. Les alternatives	13
4.1. Les méthodes alternatives de résolution de conflits	13
4.2. L'instauration d'un système de récompenses	14
5. L'égalité entre détenus	14
6. Les interdictions formelles	15
7. Les sanctions disciplinaires et le droit aux visites	16
II. Règles générales en matière disciplinaire	17
1. Les instruments de contrainte	17
2. L'exercice de la médecine en milieu privatif de liberté et la discipline	17
III. De l'isolement en tant que sanction disciplinaire	19
1. La définition	19
2. Les principes généraux de l'isolement	20
2.1. Le principe de la proportionnalité	20
2.2. Le principe de la restriction minimale	21
3. La procédure et la mise en œuvre de l'isolement	22
4. Le rôle du personnel médical dans le placement à l'isolement en tant que sanction disciplinaire	24
IV. Régimes spécifiques	26
1. Le régime disciplinaire des prévenus	26
2. Le régime disciplinaire des mineurs	27
2.1. Les principes généraux.....	27
2.2. Les garanties	29
2.3. Obligation d'informer les parents ou l'ancien dépositaire de l'autorité parentale .	30
2.4. Obligation d'informer le mineur, garanties, et recours	30

3. Confidentialité absolue du dossier et droit à l'oubli	31
4. Les méthodes alternatives de résolution de conflits.....	33
Deuxième partie : Analyse du système disciplinaire appliqué au CPL et au CPG	34
I. Analyse des sanctions appliquées au CPL	34
1. L'enquête menant à la prise de décision	34
2. Les motifs de la sanction	40
3. Les situations particulières	43
4. Les sanctions	44
5. La mise en œuvre des sanctions	48
6. Autres constats.....	49
II. Analyse des sanctions appliquées au CPG.....	57
1. L'enquête menant à la prise de décision	57
2. Les motifs de la sanction	59
3. Les situations particulières	60
4. Les sanctions	60
5. La mise en œuvre des sanctions	64
6. Autres constats.....	64
III. Traitement alternatif dans l'exécution des peines privatives de liberté	65
Des mots contre les maux	65

Légende

(par ordre d'apparence)

- ERM : Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977
- RPE : Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes, adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des Délégués des Ministres
- CPT : Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du Conseil de l'Europe
- EPPD : Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 43/173 du 9 décembre 1988
- PEM : Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 37/194 du 18 décembre 1982
- RDP : Recommandation Rec(2006)13 du Comité des Ministres aux Etats membres concernant la détention provisoire, les conditions dans lesquelles elle est exécutée et la mise en place de garanties contre les abus, adoptée par le Comité des Ministres le 27 septembre 2006, lors de la 974e réunion des Délégués des Ministres
- RECSMP : Recommandation R (98) 71 du Comité des Ministres aux Etats membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le Comité des Ministres le 8 avril 1998, lors de la 627e réunion des Délégués des Ministres
- RNUMIN : Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, adoptées par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/113 du 14 décembre 1990
- ERMMIN : Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs, adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution 40/33 du 29 novembre 1985 (Règles de Beijing)
- RGD89 : Règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires tel que modifié par le Règlement grand-ducal du 18 mars 1995 portant modification du règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires.

Introduction

Dans ce rapport, la Médiateure se focalise sur un point particulier du fonctionnement quotidien des établissements pénitentiaires, à savoir le système disciplinaire.

Elle est en effet d'avis qu'il s'agit d'un élément important qui peut avoir de répercussions importantes sur le vécu d'une peine privative de liberté et de ce fait sur l'atmosphère générale en milieu carcéral et la sérénité de l'exécution des peines.

Il est évident que tout établissement pénitentiaire doit disposer d'un système disciplinaire pour réagir aux incidents qui peuvent se présenter en milieu carcéral. Ce système doit en outre permettre de maintenir et de garantir au mieux la sécurité des détenus et du personnel.

Une situation dans laquelle une personne peut exercer un pouvoir de discipline sur autrui est toujours une situation délicate qui expose dans le cas d'espèce le détenu à une particulière vulnérabilité, marquée par le déséquilibre de forces entre les parties.

A cause du pouvoir important accordé à l'administration pénitentiaire, la Médiateure estime qu'il s'agit d'un domaine qui demande une attention particulière en vue de garantir, voire d'augmenter la transparence du système, d'éviter l'arbitraire et de renforcer la confiance dans le système et dans l'administration.

La Médiateure souligne que plus un système disciplinaire est transparent, plus il permet d'augmenter la compréhension et l'acceptation des sanctions prononcées et de ce fait contribuer à un climat serein en milieu pénitentiaire.

Pour mener son analyse, la Médiateure a procédé, comme pour tous ses rapports, d'abord à une analyse du droit interne quant à sa conformité avec les normes internationales en la matière. L'abondance des normes internationales montre également l'importance qui est généralement accordée à ce domaine particulier.

La Médiateure procède ensuite à une analyse du système actuellement mis en œuvre au CPL et au CPG.

Première partie : Analyse de conformité du droit interne avec les normes internationales

Dans ce chapitre, la Médiateure se propose d'analyser la conformité du droit et de la réglementation internes avec les normes internationales.

A de multiples reprises, la Médiateure renvoie dans ce rapport aux travaux législatifs concernant les projets de loi 6381 et 6382 qui, ensemble avec leurs règlements d'exécution devront constituer la base de la future réforme pénitentiaire.

La Médiateure s'est limitée, pour son analyse aux versions publiées et dès lors officielles des projets de loi 6381 et 6382. Elle n'ignore pas que les textes actuels sont sujets à des modifications substantielles, notamment aussi suite au premier avis du Conseil d'Etat. La Médiateure a également connaissance d'une version amendée qui fut soumise par les directeurs des établissements pénitentiaires à Monsieur le Ministre de la Justice.

I. Principes de base en matière disciplinaire

1. Principes directeurs

ERM :

Règle 57 : L'emprisonnement et les autres mesures qui ont pour effet de retrancher un délinquant du monde extérieur sont afflictives par le fait même qu'elles dépouillent l'individu du droit de disposer de sa personne en le privant de sa liberté. Sous réserve des mesures de ségrégation justifiées ou du maintien de la discipline, le système pénitentiaire ne doit donc pas aggraver les souffrances inhérentes à une telle situation.

RPE :

49. Le bon ordre dans la prison doit être maintenu en prenant en compte les impératifs de sécurité, de sûreté et de discipline, tout en assurant aux détenus des conditions de vie qui respectent la dignité humaine et en leur offrant un programme complet d'activités, conformément à la Règle 25.

Règle 25 : 25.1 Le régime prévu pour tous les détenus doit offrir un programme d'activités équilibré.

25.2 Ce régime doit permettre à tous les détenus de passer chaque jour hors de leur cellule autant de temps que nécessaire pour assurer un niveau suffisant de contacts humains et sociaux.

25.3 Ce régime doit aussi pourvoir aux besoins sociaux des détenus.

25.4 Une attention particulière doit être portée aux besoins des détenus qui ont subi des violences physiques, mentales ou sexuelles.

Commentaires de la Médiateure :

(1) Aucun texte normatif interne ne fait actuellement mention de la Règle 57 de l'Ensemble des Règles minima ci-dessus citée. Pourtant elle est essentielle car elle consacre le principe que le système pénitentiaire n'est pas en droit d'aggraver les souffrances inévitablement générées par le seul fait de la privation de liberté.

Il est évident que ce principe doit s'appliquer aussi et même surtout en matière disciplinaire.

La Médiateure est convaincue que le principe énoncé par la règle 57 est observé tant au CPL qu'au CPG, néanmoins, elle recommande, notamment eu égard aux travaux législatifs en cours, d'entériner ce principe dans la loi.

Il en est de même en ce qui concerne l'obligation imposée aux autorités responsables d'assurer aux détenus des conditions de vie conformes à la Règle 25 des RPE, reproduite plus haut.

La Médiateure se penchera plus loin, au chapitre des visites, sur la question des besoins sociaux des détenus subissant une sanction disciplinaire.

2. Les garanties accordées aux détenus en matière disciplinaire

2.1. Existence de procédures publiques et garanties formelles

ERM :

Règle 29. : Les points suivants doivent toujours être déterminés soit par la loi, soit par un règlement de l'autorité administrative compétente :

- a) La conduite qui constitue une infraction disciplinaire;*
- b) Le genre et la durée des sanctions disciplinaires qui peuvent être infligées;*
- c) L'autorité compétente pour prononcer ces sanctions.*

30 : 1) Aucun détenu ne peut être puni que conformément aux dispositions d'une telle loi ou d'un tel règlement, et jamais deux fois pour la même infraction.

2) Aucun détenu ne peut être puni sans être informé de l'infraction qu'on lui reproche et sans qu'il ait eu l'occasion de présenter sa défense. L'autorité compétente doit procéder à un examen complet du cas.

3) Dans la mesure où cela est nécessaire et réalisable, il faut permettre au détenu de présenter sa défense par l'intermédiaire d'un interprète.

RPE :

57.1 Seul un comportement susceptible de faire peser une menace sur le bon ordre, la sûreté et la sécurité peut être défini comme une infraction disciplinaire.

57.2 Le droit interne doit déterminer :

- a. les actes ou omissions des détenus constituant une infraction disciplinaire ;
- b. les procédures à suivre en matière disciplinaire ;
- c. le type et la durée des sanctions disciplinaires pouvant être infligées ;
- d. l'autorité compétente pour infliger ces sanctions ; et
- e. l'instance pouvant être saisie d'un recours et la procédure d'appel.

58. Toute allégation de violation des règles de discipline par un détenu doit être signalée rapidement à l'autorité compétente qui doit lancer une enquête sans délai.

60.1 Toute sanction infligée à la suite de la condamnation d'un détenu ayant commis une infraction disciplinaire doit être conforme au droit interne.

63. Aucun détenu ne peut être puni deux fois pour les mêmes faits ou la même conduite.

CPT :

« Il est aussi de l'intérêt tant des prisonniers que du personnel pénitentiaire que des procédures disciplinaires claires soient à la fois formellement établies et mises en œuvre dans la pratique. Toute zone d'ombre dans ce domaine comporte le risque de voir se développer des systèmes non officiels (et non contrôlés). Les procédures disciplinaires devraient assurer au prisonnier le droit d'être entendu au sujet des infractions qu'il est censé avoir commises et de faire appel auprès d'une autorité supérieure de toute sanction imposée.

En parallèle à la procédure disciplinaire formelle, il existe souvent d'autres procédures aux termes desquelles un prisonnier peut être séparé de manière non volontaire des autres prisonniers pour des raisons liées à la discipline et/ou à la sécurité (par exemple dans l'intérêt du « bon ordre » au sein de l'établissement). La mise en œuvre de telles procédures devrait également être assortie de garanties efficaces. Le prisonnier devrait être informé des raisons de la mesure prise à son encontre (sauf si des impératifs de sécurité s'y opposent), avoir la possibilité d'exprimer ses vues sur la question et être en mesure de contester la mesure devant une autorité appropriée. »¹.

Commentaires de la Médiateure :

(2) Certaines des exigences énoncées par l'ERM, les RPE et par les normes du CPT sont reprises dans la législation ou la réglementation interne, voire dans les dispositions de service internes.

L'article 2 de la loi rectifiée du 27 juillet 1997 portant organisation de l'administration pénitentiaire attribue la direction générale et la surveillance des établissements pénitentiaires au Procureur général d'Etat, tout en accordant à ce dernier la faculté de déléguer l'exercice de tout ou de partie de ces attributions à un magistrat du Parquet général ou d'un des

¹ Extrait du 2^e rapport général [CPT/Inf (92) 3.], point 55.

Parquets. Il est dès lors évident que le Procureur général d'Etat, ou, en pratique le magistrat délégué, est également compétent en dernier ressort en matière disciplinaire des personnes privées de liberté au sein des établissements pénitentiaires.

L'article 8 de la même loi stipule entre autres que le régime de discipline des détenus est déterminé par règlement grand-ducal.

Pour le surplus, la loi est muette quant au régime disciplinaire.

Le prédit article 8 vise le RGD89 qui constitue la seule source publique quelque peu exhaustive de droit en matière disciplinaire.

Les articles 55, 56, 63, 66, 68, 98, 99, 100, 101, 104 de ce règlement déterminent les compétences et les rapports hiérarchiques des différents acteurs au sein des établissements pénitentiaires en matière disciplinaire en ce qui concerne la responsabilité de la surveillance, le constat des faits et la continuation de l'information aux autorités hiérarchiques.

Les articles 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193 et 194 énoncent plusieurs règles, devoirs et obligations des détenus dont la non-observation est susceptible d'entraîner des conséquences à un niveau disciplinaire.

Ces articles sont pour moitié généralistes en obligeant les détenus par exemple à obéir aux ordres des gardiens, à afficher un comportement poli, à soigner leur cellule et leur hygiène corporelle et pour moitié très précis comme p.ex. l'interdiction de fumer en certains endroits ou l'interdiction d'intervenir dans les affaires d'un codétenu.

En tout état de cause, il est à relever qu'ils ne couvrent d'aucune manière l'ensemble des situations qui peuvent se présenter et qui sont susceptibles d'entraîner des conséquences disciplinaires.

(3) L'article 196 du RGD89 garantit au détenu qu'il ne peut être puni disciplinairement sans être informé de l'infraction ou de la faute qu'on lui reproche et sans qu'il ait eu l'occasion de présenter sa défense. Cet article précise en outre que le directeur ou l'agent désigné par lui doit procéder à un examen complet du cas.

De l'avis de la Médiateure, les garanties accordées par cette disposition sont totalement insuffisantes et ne rencontrent pas les exigences des normes internationales citées plus haut. Si le texte en question est à peu près identique à la règle 30.2. de L'Ensemble des Règles minima précité, il n'accorde en pratique que très peu de droits au détenu concerné.

La présentation de la défense consiste bien souvent seulement dans une déposition faite au bureau des adjudants, la procédure n'est pas contradictoire, le détenu n'a pas droit à une assistance judiciaire et il n'est pas admis à faire citer des témoins.

Il n'a également aucun droit de regard sur la procédure.

Cette situation est totalement inacceptable de sorte que la Médiateure fait siennes les conclusions suivantes que le CPT a formulées dans son récent rapport de visite de 2015 :

« La procédure disciplinaire est régie par l'article 196 du règlement grand-ducal du 24 mars 1989, aux termes duquel « aucun détenu ne peut être puni sans être informé de l'infraction ou de la faute qu'on lui reproche et sans qu'il ait eu l'occasion de présenter

sa défense. Le directeur ou l'agent désigné par lui doit procéder à un examen complet du cas ». Les sanctions disciplinaires étaient consignées dans un registre informatique, lequel n'appelle pas de commentaire particulier.

Sur la base des informations recueillies, et en particulier des dossiers disciplinaires examinés, il ressort que la situation observée lors de la visite de 2009 n'a guère évolué: les détenus étaient en règle générale entendus seulement par un cadre supérieur en charge d'établir les faits. Ni la législation ni la procédure au sein du CPL ne prévoyaient la possibilité d'un débat contradictoire devant la personne/l'autorité compétente pour décider de la sanction, de faire citer des témoins ou de bénéficier d'une assistance juridique. La décision, souvent dépourvue de motivation, consistait en général en un simple visa apposé par le directeur, ou son adjoint, sur le rapport disciplinaire. Les détenus étaient en général informés des voies de recours oralement, celles-ci n'étant pas précisées dans la décision.

Le CPT recommande que les autorités prennent les mesures nécessaires afin que tout détenu accusé d'une infraction disciplinaire se voie formellement garantir les droits suivants :

- être entendu en personne par l'autorité appelée à statuer ;
- être autorisé à citer des témoins à décharge et faire contre-interroger les témoins à charge ;
- recevoir une copie de la décision dûment motivée et comportant des informations concernant les voies de recours.

De plus, le détenu devrait confirmer par écrit avoir reçu une copie de la décision. Les autorités devraient également envisager la mise en place d'une assistance juridique lors des audiences disciplinaires. »²

La Médiateure n'ignore pas que la procédure prévue au projet de loi 6382, et plus particulièrement par l'article 36 de ce projet comblera en grande partie les insuffisances actuelles. Il en est de même en ce qui concerne les dispositions des articles énoncés aux sections XI et XII du projet de loi 6382.

Elle rappelle toutefois l'importance de créer des procédures claires, transparentes et conformes aux normes en la matière et recommande aux autorités concernées de s'en inspirer largement en ce qui concerne les travaux législatifs à accomplir en matière de réforme pénitentiaire.

(4) Dans ce contexte, la Médiateure se doit de revenir aux projets de loi 6381 et 6382 précités.

Ces deux projets entérinent une procédure de recours en matière disciplinaire qui rencontre déjà davantage les critères minima qui devraient être d'application.

Ces dispositions précisent en effet les droits accordés au détenu, règlent la procédure et accordent enfin le droit à un procès contradictoire, avec l'assistance d'un avocat, devant une juridiction, la Chambre à l'application des peines.

Or la procédure préconisée ne constitue qu'un compromis.

² CPT/Inf (2015) 30, point 60

En effet, contrairement à la solution retenue, la proposition initiale, soutenue tant par la Médiateure que par son prédécesseur, prévoyait l'introduction d'un double degré de recours juridictionnel.

L'actuel projet prévoit que le détenu doit, avant de pouvoir saisir la Chambre à l'application des peines, introduire un recours administratif devant le directeur de l'administration pénitentiaire.

Si le détenu conteste la décision de recours pris par celui-ci, il peut saisir la Chambre à l'application des peines d'un recours qui statuera alors en dernière instance.

La Médiateure connaît les arguments à la base de l'abandon de la piste du double degré de recours. Elle n'ignore pas que le nombre de recours risquerait de ralentir le processus décisionnel et d'encombrer encore davantage les juridictions.

Or, pour garantir les droits de défense et augmenter la transparence et l'indépendance des décisions, la Médiateure demeure persuadée que l'introduction d'un double degré de juridiction s'impose à terme et ceci aussi bien en matière disciplinaire qu'en matière d'exécution des peines de manière générale.

Une dotation correcte en personnel administratif et judiciaire, la mise en place d'un juge unique en première instance et des procédures adaptées devraient pouvoir garantir l'efficacité et l'efficience d'un recours purement juridictionnel.

(5) L'article 197 du RGD89 énumère les sanctions disciplinaires applicables. Cet article devrait être mis à jour.

La Médiateure y reviendra ultérieurement au titre de l'isolement appliqué comme sanction disciplinaire.

2.2. L'accès à l'information

ERM :

Règle 35 : 1) Lors de son admission, chaque détenu doit recevoir des informations écrites au sujet du régime des détenus de sa catégorie, des règles disciplinaires de l'établissement, des moyens autorisés pour obtenir des renseignements et formuler des plaintes, et de tous autres points qui peuvent être nécessaires pour lui permettre de connaître ses droits et ses obligations et de s'adapter à la vie de l'établissement.

2) Si le détenu est illettré, ces informations doivent lui être fournies oralement.

RPE :

Règle 15.2 Au moment de l'admission, chaque détenu doit recevoir les informations prévues à la Règle 30.

Règle 30 (extrait) : 30.1 Lors de son admission et ensuite aussi souvent que nécessaire, chaque détenu doit être informé par écrit et oralement – dans une langue

qu'il comprend – de la réglementation relative à la discipline, ainsi que de ses droits et obligations en prison.

Commentaires de la Médiateure :

(6) L'article 334 du RGD89 dispose que : « *Le texte du titre IV du présent règlement est tenu à la disposition des prévenus dans chaque cellule et à la disposition des condamnés et des mineurs dans chaque salle commune ainsi qu'au greffe de l'établissement de détention.*

Le directeur est autorisé à le faire traduire en telle langue qu'il juge utile. »

Il est un fait que les dispositions de cet article ne sont pas respectées au pied de la lettre dans la pratique.

Au lieu de mettre à la disposition de chaque prévenu dans sa cellule et à la disposition des condamnés et des mineurs dans les salles communes le titre IV du RGD89, chaque détenu du CPL et du CPG reçoit le guide du détenu (en deux volumes), disponible en de nombreuses langues. Ce guide contient de manière claire, exhaustive et détaillée toutes les informations requises en matière disciplinaire.

Ces guides sont constamment mis à jour et procurent une pléthore d'informations très utiles.

Cette procédure constitue un exemple de bonne pratique, à condition cependant qu'il soit effectivement distribué à chaque détenu.

2.3. Le droit à la défense et au recours

EPPDE :

Principe 30

(...) Toute personne détenue ou emprisonnée a le droit d'être entendue avant que des mesures d'ordre disciplinaire soient prises à son égard. Elle a le droit d'intenter un recours contre ces mesures devant l'autorité supérieure.

RPE :

59. Tout détenu accusé d'une infraction disciplinaire doit :

a. être informé rapidement, dans une langue qu'il comprend et en détail, de la nature des accusations portées contre lui

b. disposer d'un délai et de moyens suffisants pour préparer sa défense

c. être autorisé à se défendre seul ou avec une assistance judiciaire, lorsque l'intérêt de la justice l'exige

d. être autorisé à demander la comparution de témoins et à les interroger ou à les faire interroger ; et

e. bénéficiaire de l'assistance gratuite d'un interprète s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue utilisée pendant l'audience.

61. Tout détenu reconnu coupable d'une infraction disciplinaire doit pouvoir intenter un recours devant une instance supérieure compétente et indépendante.

Commentaires de la Médiateure :

(7) Quant au droit à un recours effectif et à une défense, la Médiateure rappelle ses commentaires et sa recommandation formulée à ce titre au chapitre I.2.1.

La procédure régie par l'article 196 est largement insuffisante et ne garantit pas les droits les plus élémentaires du détenu en matière de recours contre une sanction disciplinaire.

L'article 212 du RGD89 autorise le détenu à introduire un recours auprès du Procureur général contre une décision prise par le directeur d'un établissement pénitentiaire.

La procédure décrite à cet article est largement insuffisante et ne répond d'aucune manière aux normes existantes.

La Médiateure rappelle sa recommandation aux autorités responsables de prévoir dans le cadre de la réforme pénitentiaire une procédure de recours en matière disciplinaire qui réponde en tout point aux exigences.

3. Les principes de la restriction minimale et de la proportionnalité

ERM :

Règle 27. L'ordre et la discipline doivent être maintenus avec fermeté, mais sans apporter plus de restrictions qu'il n'est nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une vie communautaire bien organisée.

Code de conduite pour les responsables à l'application des lois :

Article 3 : Les responsables de l'application des lois peuvent recourir à la force seulement lorsque cela est strictement nécessaire et dans la mesure exigée par l'accomplissement de leurs fonctions.

Commentaire de l'article 3 : b) Le droit national restreint généralement le recours à la force par les responsables de l'application de la loi, conformément à un principe de proportionnalité. Il est entendu que l'interprétation de la présente disposition doit tenir compte de ces principes nationaux de proportionnalité. La présente disposition ne doit en aucun cas être interprétée comme autorisant un usage de la force hors de proportion avec le but légitime poursuivi.

RPE :

Règle 60.2 : La sévérité de la sanction doit être proportionnelle à la gravité de l'infraction.

Commentaire de la Médiateure :

(8) Le RGD89 prévoit à l'article 195 que « *les infractions aux lois, règlements et instructions ainsi que les actes de désobéissance, les actes d'indiscipline et d'insubordination sont punis suivant les circonstances et la gravité du cas* ».

L'article 179 du même règlement dispose que « *l'ordre et la discipline doivent être maintenus avec fermeté, mais sans apporter plus de restrictions qu'il n'est nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une vie communautaire bien organisée.* »

Ces dispositions énoncent le principe général, mais elles mériteraient d'être complétées par des dispositions claires régissant la prescription des faits susceptibles d'engendrer une action disciplinaire et les modalités de la récidive.

La Médiateure donne à remarquer que les dispositions régissant le sursis (article 205 du RGD89) sont également peu claires et mériteraient d'être précisées.

La Médiateure recommande de tenir compte de ces considérations dans le cadre de la finalisation des textes régissant la réforme pénitentiaire.

4. Les alternatives

4.1. Les méthodes alternatives de résolution de conflits

RPE :

56.1. Les procédures disciplinaires doivent être des mécanismes de dernier ressort.

Règle 56.2. Dans toute la mesure du possible, les autorités pénitentiaires doivent recourir à des mécanismes de restauration et de médiation pour résoudre leurs différends avec les détenus et les disputes entre ces derniers.

« Cette règle souligne que les procédures disciplinaires doivent être des mécanismes utilisés en dernier ressort. Les prisons sont, par nature, des institutions fermées où un grand nombre d'individus, généralement du même sexe, sont détenus contre leur volonté dans des conditions restrictives. Il est inévitable que, de temps à autre, quelques détenus enfreignent, de multiples façons, les principes et les règles pénitentiaires.

Il faut donc un ensemble de procédures claires pour traiter pareils incidents. ».

Commentaires de la Médiateure :

(9) Aux yeux de la Médiateure, la Règle 56.1. des Règles pénitentiaires européennes est particulièrement importante. Cette règle qui énonce qu'une procédure disciplinaire ne saurait être qu'une procédure de dernier ressort après un échec notamment d'autres procédures telles que la réparation ou la médiation.

Cette règle ne trouve son reflet dans aucun des textes nationaux en vigueur.

La Médiateure recommande vivement d'en tenir compte lors des travaux législatifs concernant les projets de loi 6381 et 6382.

Elle renvoie à ses commentaires sous le point II.6. de la deuxième partie de ce rapport.

4.2. L'instauration d'un système de récompenses

ERM :

Règle 70 : Il faut instituer dans chaque établissement un système de privilèges adapté aux différents groupes de détenus et aux différentes méthodes de traitement, afin d'encourager la bonne conduite, de développer le sens de la responsabilité et de stimuler l'intérêt et la coopération des détenus à leur traitement.

Commentaires de la Médiateure :

(10) Le régime des récompenses est régi par les articles 208-201 du RGD89 ainsi que par le point 2 de l'article 197 du même texte.

L'article 178 de ce règlement fait également référence à un régime progressif en ce qui concerne l'attribution d'avantages en raison des mérites et des aptitudes des condamnés.

Ces dispositions n'appellent pas de commentaires particuliers.

5. L'égalité entre détenus

ERM:

Règle 28 :1) Aucun détenu ne pourra remplir dans les services de l'établissement un emploi comportant un pouvoir disciplinaire.

2) Cette règle ne saurait toutefois faire obstacle au bon fonctionnement des systèmes à base de self-government. Ces systèmes impliquent en effet que certaines activités ou responsabilités d'ordre social, éducatif ou sportif soient confiées, sous contrôle, à des détenus groupés en vue de leur traitement.

RPE :

Règle 62. Aucun détenu ne peut occuper dans la prison un emploi ou un poste lui conférant des pouvoirs disciplinaires.

Commentaires de la Médiateure :

(11) Les exigences de ces normes sont rencontrées à suffisance par les dispositions de l'article 181 du RGD89 stipulant expressément qu'aucun détenu ne peut remplir dans les services de l'établissement un emploi comportant un pouvoir d'autorité ou de discipline.

L'article 178 de ce règlement souligne également qu'il n'est fait aucune différence de traitement en raison de préjugés basés sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.

Même si ces dispositions peuvent paraître évidentes, la Médiateure tient à souligner leur importance.

Compte tenu du caractère fondamental de ces dispositions, la Médiateure recommande de les intégrer au projet de loi 6382 en tant qu'article indépendant et non seulement en tant que principe qui doit présider aux contrôles prévus à l'article 38(4) de ce projet comme il est actuellement prévu.

6. Les interdictions formelles

ERM :

Règle 31. Les peines corporelles, la mise au cachot obscur ainsi que toute sanction cruelle, inhumaine ou dégradante doivent être complètement défendues comme sanctions disciplinaires.

RPE :

Règle : 60.3 Les sanctions collectives, les peines corporelles, le placement dans une cellule obscure, ainsi que toute autre forme de sanction inhumaine ou dégradante doivent être interdites.

Commentaires de la Médiateure :

(12) L'article 52 du RGD89 fait interdiction à l'ensemble des membres du personnel pénitentiaire de se livrer à des actes de violence sur les détenus, d'user à leur égard, soit de dénominations injurieuses, soit de langage grossier ou familier ou de les tutoyer.

Ceci constitue déjà une bonne garantie contre certains abus relevant des violences et du traitement dégradant et inhumain.

Une garantie supplémentaire est donnée par l'article 128 aux termes duquel : « *Lorsqu'un crime ou un délit a été commis dans l'établissement, le directeur dresse rapport des faits et en avise directement et sans délai le procureur d'Etat; copie du rapport est transmise au procureur général d'Etat.* »

Une précision est également fournie par l'article 179 du même règlement grand-ducal : « (...) *Toute violence, toute voie de fait à l'égard des détenus est défendue; seule la contrainte*

rigoureusement nécessaire au maintien de l'ordre est autorisée; elle doit être signalée par écrit et sans retard au surveillant-chef. »

Compte tenu de la portée de ces dispositions, la Médiateure suggère de les entériner dans le projet de loi 6382. Elle n'ignore pas que l'article 27 de ce projet de loi s'y réfère partiellement, mais elle estime que ce texte pourrait être plus explicite en la matière.

7. Les sanctions disciplinaires et le droit aux visites

RPE :

Règle : 24.1 Les détenus doivent être autorisés à communiquer aussi fréquemment que possible – par lettre, par téléphone ou par d'autres moyens de communication – avec leur famille, des tiers et des représentants d'organismes extérieurs, ainsi qu'à recevoir des visites desdites personnes.

24.2 Toute restriction ou surveillance des communications et des visites nécessaire à la poursuite et aux enquêtes pénales, au maintien du bon ordre, de la sécurité et de la sûreté, ainsi qu'à la prévention d'infractions pénales et à la protection des victimes – y compris à la suite d'une ordonnance spécifique délivrée par une autorité judiciaire – doit néanmoins autoriser un niveau minimal acceptable de contact.

60.4 La sanction ne peut pas consister en une interdiction totale des contacts avec la famille.

Commentaire de la Médiateure :

(13) La Médiateure traitera le droit aux visites des détenus soumis au placement en cellule de punition. au chapitre de l'isolement.

Il n'y a aucune autre disposition interdisant les visites pour des raisons disciplinaires. Des modulations du droit de visite (p.ex. en parloir sécurisé derrière une baie vitrée) peuvent être ordonnées en cas d'abus du droit de visite ou d'inconduite.

La Médiateure renvoie au projet de loi 6382 qui précise à l'article 29 qu'un règlement grand-ducal déterminera les modalités des visites.

La Médiateure recommande d'entériner dans le projet 6382 le principe selon lequel le droit au contact familial ne pourra jamais être enlevé dans sa totalité à un détenu pour des raisons disciplinaires.

Elle recommande également de ne prévoir la possibilité de modifier les droits de visite que lorsque la faute disciplinaire est directement liée à la visite ou s'il y a des suspicions concrètes en ce sens.

II. Règles générales en matière disciplinaire

1. Les instruments de contrainte

ERM :

Règle 33. : Les instruments de contrainte tels que menottes, chaînes, fers et camisoles de force ne doivent jamais être appliqués en tant que sanctions. Les chaînes et les fers ne doivent pas non plus être utilisés en tant que moyens de contrainte. (...)

RPE :

Règle : 60.6 Les moyens de contrainte ne doivent jamais être utilisés à titre de sanction.

CPT :

53. (...) En outre, les instruments de contention devraient être ôtés le plus tôt possible. Ils ne devraient jamais être utilisés, ou leur utilisation prolongée, à titre de sanction. Enfin, un registre devrait être tenu où serait consigné chaque cas dans lequel la force a été utilisée à l'encontre de prisonniers.

Commentaire de la Médiateure :

(14) Aux termes de l'article 180 du RGD89 : « *Les instruments de contrainte tels que menottes et camisoles de force ne doivent jamais être appliqués en tant que sanction.* »

Les dispositions de ce règlement sont tout à fait claires et ne permettent aucune latitude en la matière.

La Médiateure tient à relever qu'elle n'a par ailleurs jamais été saisie par une réclamation dans ce domaine.

Compte tenu de l'importance de la question, la Médiateure recommande de faire entrer ce principe dans le projet de loi 6382.

2. L'exercice de la médecine en milieu privatif de liberté et la discipline

PEM :

Principe 4

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé en particulier des médecins: (...)

b) Certifient, ou contribuent à ce qu'il soit certifié, que des prisonniers ou des détenus sont aptes à subir une forme quelconque de traitement ou de châtement qui peut avoir

des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou participent, de quelque manière que ce soit, à un tel traitement ou châtement non conforme aux instruments internationaux pertinents.

Principe 5

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, participent, de quelque manière que ce soit, à la contention de prisonniers ou de détenus, à moins que celle-ci ne soit jugée, sur la base de critères purement médicaux, nécessaire pour la protection de la santé physique ou mentale ou pour la sécurité du prisonnier ou du détenu lui-même, des autres prisonniers ou détenus, ou de ses gardiens et ne présente aucun danger pour sa santé physique et mentale.

RECSMP :

65. Le médecin ne devrait pas s'impliquer dans l'octroi de l'autorisation ou de l'interdiction du recours à la force physique par le personnel pénitentiaire, qui doit lui-même assumer la responsabilité du maintien de l'ordre et de la discipline.

66. Dans le cas d'une sanction d'isolement disciplinaire, de toute autre mesure disciplinaire ou de sécurité qui risquerait d'altérer la santé physique ou mentale d'un détenu, le personnel de santé devrait fournir une assistance médicale ou un traitement à la demande du détenu ou du personnel pénitentiaire.

Commentaires de la Médiateure :

(15) En ce qui concerne le respect du principe 4, la Médiateure y reviendra au chapitre IV, point 3.

L'équipe de contrôle n'a pas connaissance d'une quelconque infraction au principe 5.

L'application du point 65 de la RECSMP ne pose également pas de problèmes à Luxembourg.

Même si la Médiateure n'a pas de connaissance d'une transgression de ces principes à Luxembourg, elle recommande cependant de préciser ces points du moins dans le cadre de la réglementation prise en exécution des lois sur la réforme pénitentiaire.

III. De l'isolement en tant que sanction disciplinaire

1. La définition

CPT :

« Le CPT entend par le terme « isolement » tout placement d'un détenu séparément des autres détenus, tel qu'il résulte par exemple de la décision d'un tribunal, d'une sanction disciplinaire imposée au sein du système pénitentiaire, d'une mesure administrative préventive ou d'une mesure de protection du détenu concerné. »³

« Etant donné les effets potentiels très dommageables de l'isolement, le CPT considère que le principe de proportionnalité exige qu'il soit utilisé au titre de la sanction disciplinaire seulement dans des cas exceptionnels et en tout dernier recours, et pour la période de temps la plus brève possible. La tendance dans nombre d'Etats membres du Conseil de l'Europe va vers une réduction de la durée maximale possible d'isolement à des fins disciplinaires. Le CPT considère que cette durée maximale ne devrait pas excéder 14 jours pour une infraction donnée, et devrait de préférence être plus courte. En outre, il devrait être interdit d'imposer des sanctions disciplinaires successives résultant en une période d'isolement ininterrompue allant au-delà de cette durée maximale. Toute infraction commise par un détenu dont on pense qu'elle justifie une sanction plus sévère devrait être traitée dans le cadre du système de justice pénale. »⁴

« (...) Le principe de proportionnalité demande à ce qu'un équilibre soit trouvé entre les exigences de la cause et la mise en œuvre du régime d'isolement, qui est une mesure pouvant avoir des conséquences très néfastes pour la personne concernée. La mise à l'isolement peut, dans certaines circonstances, constituer un traitement inhumain et dégradant. En tous cas, toutes les formes de mise à l'isolement devraient être de la durée la plus brève possible.

Lorsqu'un tel régime est imposé ou mis en œuvre sur demande, une garantie essentielle réside dans le fait qu'à chaque fois que le prisonnier concerné, ou un fonctionnaire pénitentiaire pour le compte du prisonnier, sollicite un médecin, celui-ci soit appelé sans délai afin d'examiner le prisonnier. Les conclusions de l'examen médical, comportant une appréciation de l'état physique et mental du prisonnier ainsi que, si nécessaire, les conséquences prévisibles d'un maintien à l'isolement, devraient figurer dans un rapport écrit, à transmettre aux autorités compétentes. »⁵

³ Extrait du 21^e rapport général [CPT/Inf (2011) 28], vo. L'isolement de détenus, point 54.

⁴ *Ibid.*, point 56 b).

⁵ Extrait du 2^e rapport général [CPT/Inf (92) 3], point 56.

2. Les principes généraux de l'isolement

2.1. Le principe de la proportionnalité

CPT :

« Toute action qui interfère avec un droit de la Convention doit, pour être acceptable, être :

(a) Proportionnée : toute restriction supplémentaire des droits d'un détenu doit être en rapport avec les dommages potentiels ou réels causés par le détenu ou qu'il causera par ses actes (ou le dommage potentiel auquel il est exposé) dans l'environnement carcéral. Etant donné que le placement à l'isolement est une restriction grave des droits d'un détenu et qu'il emporte des risques intrinsèques inhérents pour le détenu, le niveau des dommages potentiels ou réels doit être au moins aussi grave et pouvoir être traité seulement par ce moyen. Ceci est reflété, par exemple, par le fait que la plupart des pays ont recours à l'isolement à titre punitif que pour les infractions disciplinaires les plus graves, mais le principe doit être respecté dans tous les recours à cette mesure. Plus la durée de la mesure se prolonge, plus les raisons qui la motivent doivent être importantes et plus il faut veiller à ce qu'elle atteigne son objectif.

(b) Légale : des dispositions doivent être prises, en droit interne, pour chacun des différents types de placement à l'isolement autorisés dans un pays, et ces dispositions doivent être raisonnables. Elles doivent être communiquées de façon compréhensible à toute personne qui peut y être soumise. La loi doit spécifier dans quelles circonstances précises chaque forme d'isolement peut être appliquée, les personnes qui peuvent l'imposer, les procédures à suivre par ces personnes, le droit du détenu concerné d'exprimer son point de vue dans le cadre de la procédure, l'obligation de communiquer au détenu les motivations les plus détaillées possibles de la décision (étant entendu qu'il peut, dans certains cas, exister des justifications raisonnables pour ne pas divulguer des détails spécifiques en raison de motifs liés à la sécurité ou afin de protéger les intérêts de tiers), la fréquence et les modalités de réexamen de la décision et les voies de recours à l'encontre de celle-ci. Le régime de chaque type d'isolement doit être établi par la loi, chaque régime d'isolement devant être clairement différencié des autres.

(c) Justifiable : toutes les décisions de placement à l'isolement et tous les réexamens effectués doivent être consignés de façon exhaustive. Les éléments consignés doivent faire apparaître tous les facteurs pris en compte et les informations sur lesquelles ils se fondent. De même, les commentaires du détenu concerné ou son refus d'en formuler dans le processus de décision doivent être consignés. Il convient également de consigner de manière complète tous les contacts du personnel avec le détenu pendant la mesure d'isolement, y compris les tentatives du personnel de dialoguer avec le détenu et les réactions de ce dernier.

(d) Nécessaire : la règle selon laquelle seules sont permises les restrictions nécessaires à un confinement sûr et correctement mis en œuvre et répondant aux exigences de la justice, s'applique de la même manière aux détenus soumis à l'isolement. En conséquence, lors d'un placement à l'isolement, il ne devrait, par exemple, y avoir aucune suppression automatique des droits de visite, d'accès au téléphone et à la correspondance, ou d'accès à des loisirs généralement à la disposition des détenus (tels que la lecture). De la même manière, le régime doit être

suffisamment flexible pour permettre la levée de toute restriction qui n'est pas nécessaire dans un cas individuel.

(e) Non discriminatoire : non seulement il faut veiller à ce que tous les éléments pertinents soient pris en compte dans la décision d'imposer le placement à l'isolement, mais il faut aussi s'assurer que les éléments non pertinents ne soient pas pris en compte. Les autorités doivent contrôler le recours à toute forme d'isolement, afin de veiller à ce qu'il ne soit pas utilisé de manière disproportionnée, sans motif objectif et raisonnable, à l'encontre d'un détenu particulier ou de groupes particuliers de détenus. »⁶.

2.2. Le principe de la restriction minimale

RPE :

Règle 60.5 La mise à l'isolement ne peut être imposée à titre de sanction que dans des cas exceptionnels et pour une période définie et aussi courte que possible.

CPT :

« Comme pour tous les régimes appliqués aux détenus, le principe selon lequel les détenus placés à l'isolement ne doivent pas être soumis à davantage de restrictions que ce qui est nécessaire pour un confinement sûr et correctement mis en œuvre, doit être respecté. Par ailleurs, des efforts spéciaux doivent être faits pour améliorer le régime de ceux qui sont maintenus à l'isolement pour une longue durée, lesquels ont besoin d'une attention particulière afin de minimiser les dommages que cette mesure peut leur causer. Il n'est pas nécessaire d'adopter une approche « tout ou rien » de cette question. Chaque restriction particulière ne devrait être appliquée qu'en réponse, appropriée, à une évaluation du risque d'un détenu individuel. De même, il devrait y avoir une nette différenciation entre les régimes appliqués aux personnes soumises à l'isolement, eu égard au type d'isolement concerné.

(...)

b) Les détenus placés à l'isolement en tant que sanction disciplinaire ne devraient jamais être totalement interdits de contacts avec leurs proches, et toute restriction de ces contacts ne devrait être imposée que lorsque l'infraction a un lien avec ces contacts. Et il ne devrait pas avoir de restrictions quant à leur accès à un avocat. Ils devraient bénéficier d'une heure au moins par jour d'exercice en plein air, et ce dès le premier jour de leur placement à l'isolement, et devraient être encouragés à prendre de l'exercice en plein air. Ils devraient aussi avoir accès à de la lecture raisonnablement variée (qui, par exemple, ne devrait pas être limitée à des ouvrages religieux). Il est fondamental qu'ils bénéficient d'une stimulation qui les aide à maintenir leur bien-être mental. »⁷

Commentaires de la Médiateure :

⁶ Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015, point 55.

⁷ *Ibid.*, point 61.

(16) L'article 3 du RGD89 énonce que les détenus réputés dangereux ainsi que les détenus faisant l'objet d'une mesure disciplinaire peuvent être soumis au régime cellulaire strict et précise quelques points de procédure. L'article 6 définit ce régime et l'article 85 garantit une surveillance médicale avant l'exécution de cette mesure et pendant toute sa durée.

Il est à relever que ce texte ne correspond plus à la pratique actuelle. En effet, depuis 2011 au moins, le régime cellulaire strict n'est plus appliqué en matière disciplinaire quoique le droit interne permette toujours son application.

Comme le régime cellulaire strict a été définitivement aboli en matière disciplinaire tel qu'il ressort également du rapport du CPT concernant sa visite à Luxembourg de 2015, la Médiateure fait sienne la recommandation suivante formulée dans ce document :

« En matière de discipline, le CPT constate que des améliorations ont été apportées dans la pratique notamment en (...) en mettant un terme au recours au régime cellulaire strict pour des raisons disciplinaires ; il est recommandé de modifier la législation en vigueur en conséquence. Le Comité formule également plusieurs recommandations spécifiques afin de renforcer les droits des détenus dans le cadre des procédures disciplinaires. »⁸

et

« (...) Cela étant, il (i.e. le CPT) note avec satisfaction que les autorités ont pris la décision de ne plus recourir au RCS pour des raisons disciplinaires depuis 2011. Le Comité recommande que la législation en vigueur soit modifiée afin de mettre un terme définitif à la possibilité de placer un détenu au régime cellulaire strict en tant que sanction disciplinaire. »⁹.

Tout comme le CPT, la Médiateure lance un appel aux autorités compétentes afin d'adapter la réglementation nationale et la disposition de service interne du CPL correspondante (DIS 12) en excluant le régime cellulaire strict des sanctions disciplinaires possibles.

3. La procédure et la mise en œuvre de l'isolement

CPT :

« Afin de faire en sorte que le placement à l'isolement soit seulement imposé dans des circonstances exceptionnelles et pendant la durée nécessaire la plus brève, chaque type de placement à l'isolement devrait suivre sa propre procédure quant à sa mise en œuvre et son réexamen. Le CPT expose ici ce qu'il considère être les procédures appropriées :

(...)

En tant que sanction disciplinaire :

La motivation pour l'imposition d'une mesure d'isolement en tant que sanction disciplinaire, ainsi que la durée pour laquelle celle-ci est imposée, doivent être

⁸ CPT/Inf (2015) 30, page 6, vo. Centre pénitentiaire de Luxembourg

⁹ *Ibid.*, point 62.

consignées de manière détaillée dans les documents de l'audience disciplinaire. De telles informations doivent être à disposition des cadres supérieurs et des organismes de contrôle. Une procédure de recours effectif devrait également exister, permettant de réexaminer le verdict de culpabilité et/ou la peine infligée en temps utile pour faire la différence dans la pratique. Un corollaire nécessaire est la mise à disposition sans délai d'une aide juridictionnelle pour les détenus se trouvant dans cette situation.»¹⁰

CPT :

« Les détenus soumis à l'isolement en tant que sanction disciplinaire devraient recevoir la visite quotidienne du directeur ou de membres du personnel d'encadrement, et la décision de mettre fin à l'isolement devrait être prise lorsque nécessaire en raison de l'état de santé ou du comportement du détenu. Ces visites et toute décision y afférente devraient être dûment consignées. »¹¹

CPT :

« Les cellules utilisées à des fins d'isolement doivent répondre aux mêmes normes minimales que les autres lieux d'hébergement pour détenus. Dès lors, elles doivent offrir un espace adéquat, bénéficier d'un accès à la lumière naturelle et être équipées d'un éclairage artificiel (dans les deux cas, suffisant pour lire), et d'un chauffage et d'une aération adéquats. Elles doivent également être équipées d'un moyen de communiquer avec les surveillants. Des arrangements adéquats doivent être prévus afin que les détenus puissent subvenir à leurs besoins naturels, de manière décente et en tout temps, ainsi que prendre des douches, au moins aussi souvent que les autres détenus en régime normal. Les détenus devraient être autorisés à porter des habits pénitentiaires normaux, et leur alimentation devrait être celle du régime pénitentiaire normal, y compris les régimes spéciaux lorsqu'ils sont indiqués. Quant à l'aire d'exercice en plein air utilisée par ces détenus, elle doit être suffisamment grande pour leur permettre une activité physique véritable et disposer de moyens permettant de se protéger des aléas climatiques.

A de trop nombreuses reprises, les délégations du CPT constatent que ces exigences de base ne sont pas respectées, en particulier s'agissant des détenus soumis à l'isolement en tant que sanction disciplinaire. Par exemple, les cellules destinées à ce type d'isolement sont parfois situées au sous-sol, avec un accès inadéquat à la lumière naturelle et à l'aération, et propices à l'humidité. Et il n'est pas inhabituel que les cellules soient trop exigües, mesurant parfois de 3 à 4 m² ; dans ce contexte, le CPT souhaite souligner que toute cellule mesurant moins de 6 m² devrait être mise hors service comme lieu d'hébergement pour détenu. Les aires d'exercices en plein air utilisées par les détenus concernés sont souvent aussi inadéquates.

Il est courant que les cellules hébergeant des détenus soumis à l'isolement disciplinaire disposent d'un mobilier limité, lequel est souvent fixé au sol. Néanmoins, de telles cellules devraient être équipées, au minimum, d'une table ainsi que d'un moyen de s'asseoir de manière adéquate durant la journée (c'est-à-dire, d'une chaise ou d'un banc), et disposer d'un vrai lit et de literie pour la nuit. (...) »¹²

¹⁰ Extrait du 21e rapport général [CPT/Inf (2011) 28], point 57.

¹¹ *Ibid.*

¹² Extrait du 21e rapport général [CPT/Inf (2011) 28], points 58-60.

Commentaires de la Médiateure :

(17) L'article 197 du RGD89 énumère en son point 10 la sanction disciplinaire du placement en cellule de punition pendant trente jours au maximum.

Les articles 198, 199, 200 et 201 du même règlement grand-ducal apportent des précisions quant aux modalités d'exécution de cette sanction, notamment en ce qui concerne la nature exacte des restrictions entraînées par cette sanction, quant au droit aux réclamations et quant aux garanties médicales.

La Médiateure ne saurait être d'accord avec la durée maximale énoncée de trente jours.

Aux yeux de la Médiateure, cette durée excède le principe posé par la règle 60.5. des Règles pénitentiaires européennes précitées imposant une période d'isolement aussi courte que possible.

Le CPT est plus précis en ce qui concerne la durée maximale d'une mesure d'isolement décidée à titre de sanction disciplinaire.

Dans son 21^e rapport général¹³, il note au point 56 b), deuxième paragraphe que la durée maximale d'une telle mesure d'isolement devrait être de 14 jours.

Même si la Médiateure est informée que depuis 2014, la direction du CPL ne prononce plus de placements en cellule de punition qui excèdent 14 jours, il n'en reste pas moins que cette pratique ne se retrouve pas dans un texte normatif.

Tout comme le CPT, elle insiste que cette pratique trouve son entrée dans les normes législatives et/ou réglementaires et ce au plus tard dans le contexte des travaux qui s'imposent dans le cadre de la réforme pénitentiaire.

(18) L'équipe de contrôle a également été informée que la privation de correspondance avec l'extérieur et la privation de visite, prévues par l'article 199 du règlement grand-ducal précité ne sont plus appliquées, de sorte que les détenus placés en cellule de punition peuvent désormais correspondre avec l'extérieur et recevoir de la visite en parloir individuel sécurisé.

La Médiateure s'en félicite, mais elle lance un appel aux responsables politiques d'adapter les textes normatifs à la pratique.

4. Le rôle du personnel médical dans le placement à l'isolement en tant que sanction disciplinaire

ERM :

Règle 32 : 1) Les peines de l'isolement et de la réduction de nourriture ne peuvent jamais être infligées sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de les supporter.

2) Il en est de même pour toutes autres mesures punitives qui risqueraient d'altérer la santé physique ou mentale des détenus. En tout cas, de telles mesures ne devront jamais être contraires au principe posé par la règle 31, ni s'en écarter.

¹³ [CPT/Inf (2011) 28]

3) *Le médecin doit visiter tous les jours les détenus qui subissent de telles sanctions disciplinaires et doit faire rapport au directeur s'il estime nécessaire de terminer ou modifier la sanction pour des raisons de santé physique ou mentale.*

CPT :

« Les médecins travaillant en milieu pénitentiaire agissent en tant que médecin personnel des détenus, et veiller à ce que s'installe une relation médecin-patient positive entre eux est un facteur fondamental pour la préservation de la santé et du bien-être des détenus. La pratique consistant à obliger les médecins à certifier qu'un détenu est apte à être placé à l'isolement à des fins disciplinaires (ou à tout autre type d'isolement que le détenu aurait à subir contre son gré) n'est guère propice à l'établissement de ce type de relations. Ce point est reconnu dans la Recommandation Rec (2006) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, relative aux Règles pénitentiaires européennes révisées ; en effet, la règle qui, dans l'ancienne version, exigeait que les médecins pénitentiaires certifient qu'une personne est apte à supporter une sanction a été supprimée. Le CPT estime que le personnel médical ne devrait jamais participer aux processus décisionnels aboutissant à un placement à l'isolement, sauf lorsque la mesure s'impose pour des raisons médicales.

D'un autre côté, le personnel de santé devrait être très attentif aux besoins de tous les détenus placés à l'isolement. Le personnel de santé devrait être informé de tous les cas de tels placements et rendre visite au détenu immédiatement après son placement et par la suite, à intervalles réguliers, au moins une fois par jour, et leur fournir une assistance et une prise en charge médicales promptes, telles que nécessaire. Il doit rendre compte au directeur de la prison dès lors que la santé d'un détenu est gravement mise en danger du fait de son placement à l'isolement. »¹⁴.

Commentaires de la Médiateure :

(19) Les articles 200 et 201 règlent le rôle des médecins et du personnel paramédical en matière de mise à l'isolement pour des raisons disciplinaires.

L'article 200 exige que toute personne à soumettre à un placement en cellule de punition doit être examinée avant l'exécution de la mesure disciplinaire par un médecin qui doit constater par écrit que la personne en cause est capable de supporter cette sanction.

L'article 38 de l'ancienne version des Règles pénitentiaires européennes imposait cet examen médical avant toute mise à l'isolement.

La version actuelle des mêmes Règles prévoit en matière d'isolement que « *le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit prêter une attention particulière à la santé des détenus dans des conditions d'isolement cellulaire, doit leur rendre visite quotidiennement ; et doit leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire.* »¹⁵

Le RGD89 étant antérieur aux Règles de 2006 fait donc encore mention de l'obligation de l'examen médical.

¹⁴ *Ibid.*, points 62 et 63.

¹⁵ Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes, article 43.2.

Comme il est entretemps considéré qu'un tel examen pratiqué par le médecin traitant est de nature à nuire à la nécessaire relation de confiance qui doit exister entre le patient et son médecin, cette procédure a été abandonnée et il ne subsiste que les obligations imposées par l'article 43.2. précité, à savoir la visite quotidienne par un médecin ou un infirmier qualifié.

En pratique cette procédure est observée au CPL selon les informations recueillies par l'équipe de contrôle, mais, comme souvent, elle n'est pas reprise dans les textes normatifs.

La Médiateure lance donc un appel aux autorités responsables d'adapter également en matière de visites médicales la législation, respectivement la réglementation nationale.

IV. Régimes spécifiques

1. Le régime disciplinaire des prévenus

RDP :

41. Aucune sanction disciplinaire décidée contre un prévenu ne doit avoir pour effet de prolonger sa détention provisoire ou de nuire à la préparation de sa défense.

42. L'imposition à un prévenu d'un régime d'isolement en tant que sanction ne doit pas affecter l'accès à son avocat et elle doit permettre le maintien d'un contact minimal avec la famille à l'extérieur. Elle ne devrait pas affecter ses conditions de détention, s'agissant de la literie, de l'exercice physique, de l'hygiène, ainsi que de l'accès à la lecture et à des représentants religieux agréés.

Commentaire de la Médiateure :

(20) Ni la législation ni la réglementation nationales ne font état d'un traitement distinct entre prévenus et condamnés en matière disciplinaire.

Aucune sanction disciplinaire existante et énumérée dans la réglementation ne saurait prolonger de quelque manière que ce soit la détention provisoire ou influencer la défense d'une personne privée de liberté.

Les prévenus et les condamnés bénéficient de deux régimes distincts (régime A ou B pour les prévenus et régime B pour les condamnés), sauf déclassement pour des raisons disciplinaires. En cas de déclassement de régime d'un prévenu pour des faits disciplinaires, celui-ci est réintégré temporairement au régime A, moins favorable. Il est à relever que le régime A garantit cependant tous les droits énoncés à la recommandation Rec(2006)13 précitée.

Même si le droit interne ne prévoit pas de garanties spéciales pour les prévenus, la Médiateure est satisfaite que les garanties préconisées par les normes internationales soient rencontrées par les textes en vigueur.

2. Le régime disciplinaire des mineurs

2.1. Les principes généraux

RNUMIN:

66. *Toute mesure ou procédure disciplinaire doit assurer le maintien de la sécurité et le bon ordre de la vie communautaire et être compatible avec le respect de la dignité inhérente du mineur et l'objectif fondamental du traitement en établissement, à savoir inculquer le sens de la justice, le respect de soi-même et le respect des droits fondamentaux de chacun.*

67. *Toutes les mesures disciplinaires qui constituent un traitement cruel, inhumain ou dégradant, telles que les châtiments corporels, la réclusion dans une cellule obscure, dans un cachot ou en isolement, et toute punition qui peut être préjudiciable à la santé physique ou mentale d'un mineur doivent être interdites. La réduction de nourriture et les restrictions ou l'interdiction des contacts avec la famille doivent être exclues, quelle qu'en soit la raison. Le travail doit toujours être considéré comme un instrument d'éducation et un moyen d'inculquer au mineur le respect de soi-même pour le préparer au retour dans sa communauté, et ne doit pas être imposé comme une sanction disciplinaire. Aucun mineur ne peut être puni plus d'une fois pour la même infraction à la discipline. Les sanctions collectives doivent être interdites.*

CPT :

Dans un certain nombre d'établissements visités par le CPT, il n'était pas rare que le personnel administre une soi-disante « gifle pédagogique » ou d'autres formes de punition physique aux mineurs qui se comportaient mal. Dans ce contexte, le CPT rappelle que les châtiments corporels peuvent être considérés comme étant des formes de mauvais traitements et doivent être strictement interdits.

127. *Le CPT souhaite souligner que les contacts d'un mineur avec le monde extérieur ne devraient jamais être interdits à titre de sanction disciplinaire, ni être limités, à moins que l'infraction disciplinaire commise ait trait à ces contacts.*

128. *Toute forme d'isolement de mineurs est une mesure qui peut compromettre leur bien-être physique et/ou mental et ne devrait donc s'appliquer qu'en tant que mesure de dernier ressort.*

De l'avis du CPT, le placement à l'isolement comme mesure disciplinaire ne devrait être imposé que pour des périodes très courtes, et en aucun cas pendant plus de trois jours. Lorsqu'un mineur est soumis à une telle mesure, il devrait bénéficier d'un soutien socio-éducatif et de contacts humains appropriés. Un membre du personnel soignant devrait rendre visite au mineur aussitôt après son placement et par la suite, régulièrement, au moins une fois par jour, et lui fournir sans délai une assistance et des soins médicaux.

129. *(extrait) De même, le placement d'un mineur violent et/ou agité dans une cellule d'isolement aux fins d'apaisement devrait être une mesure totalement exceptionnelle. Ce type de mesure ne devrait pas durer plus de quelques heures et ne devrait jamais être utilisé comme sanction informelle. Les moyens de contention mécaniques ne devraient jamais être utilisés dans ce contexte. Tout placement d'un mineur dans une*

salle aux fins d'apaisement devra être immédiatement porté à l'attention d'un médecin afin que ce dernier puisse répondre aux besoins en soins de santé du mineur concerné. En outre, chaque placement de ce type devra être consigné dans un registre central ainsi que dans le dossier personnel du mineur.

Commentaires de la Médiateure :

(21) Seul le RGD89 contient quelques indications relatives aux mineurs placés dans un établissement pénitentiaire.

Le règlement grand-ducal du 18 mars 1995 portant modification du RGD89 indique dans l'article 8 que les mineurs placés au CPL ou au CPG en application des articles 6 et 24 de la loi relative à la protection de la jeunesse bénéficient d'un régime approprié. D'après le même texte, les mineurs placés au CPL en application de l'article 26 de la loi concernant la protection de la jeunesse sont soumis au régime cellulaire ordinaire des adultes (mais toujours en cellule individuelle).

Les placements conformément aux articles 6 et 24 précités peuvent s'effectuer dans un établissement pénitentiaire, mais également dans tout autre établissement disciplinaire ou tout autre établissement spécial approprié à l'état du mineur.

Le placement en application de l'article 26 de la loi concernant la protection de la jeunesse, qui ne peut être que provisoire et ne pas dépasser la durée d'un mois, ne peut avoir que dans une maison d'arrêt.

Le même article prévoit que le mineur est soumis en maison d'arrêt, à un régime spécial à déterminer par l'administration pénitentiaire.

Il faut en conclure que ce régime spécial n'est rien d'autre que le régime commun des détenus défini à l'article 5 du RGD89, avec la restriction qu'il ne peut s'exercer qu'en cellule individuelle.

Le RGD89 prévoit le même régime disciplinaire pour les mineurs que pour les adultes avec la différence cependant que les voies de recours et les personnes à informer sont différentes.

Les remarques faites plus haut en ce qui concerne le respect des droits de l'homme en matière disciplinaire pour les adultes s'appliquent dès lors également aux mineurs.

La Médiateure rappelle cependant qu'à ces yeux, le fait de placer des mineurs dans un établissement pénitentiaire réservé aux adultes est constitutif en soi d'une violation des droits de l'homme réservés également aux mineurs.

Elle recommande donc, comme elle l'a déjà fait dans de nombreuses occasions, de maintenir en tout état de cause l'article 10 du projet de loi 6382 aux termes duquel « aucun mineur ne peut être admis aux établissements pénitentiaires, à l'exception de ceux visés à l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. »

La Médiateure souligne qu'il s'agit déjà de l'hypothèse minimale qui à ses yeux ne peut plus être discutée.

2.2. Les garanties

RNUMIN:

68. Les lois ou règlements adoptés par l'autorité administrative compétente doivent fixer des normes concernant les éléments ci-après, en tenant pleinement compte des caractéristiques, des besoins et des droits fondamentaux des mineurs:

- a) Conduite constituant une infraction à la discipline;*
- b) Nature et durée des sanctions disciplinaires qui peuvent être infligées;*
- c) Autorité habilitée à prononcer ces sanctions;*
- d) Autorité habilitée à examiner les recours.*

69. Tout rapport pour mauvaise conduite doit être promptement présenté à l'autorité compétente qui doit trancher dans des délais raisonnables. L'autorité compétente doit examiner le cas de manière approfondie.

Commentaires de la Médiateure :

(22) Comme déjà mentionné, le RGD89 accorde en matière disciplinaire des droits très similaires aux mineurs et aux adultes.

La Médiateure insiste donc pour souligner également à cet endroit l'insuffisance notoire des garanties procédurales existantes, notamment en matière d'accès au dossier, d'assistance d'un défenseur, de débat contradictoire, de la capacité de citer des témoins et d'une voie de recours effective et transparente.

L'article 206 du RGD89 règle des compétences, notamment en matière de recours contre des sanctions disciplinaires et en matière de communication des décisions. :

« Les punitions prévues à l'article 197 sub 1) à 10) sont prononcées par le directeur.

Les punitions prononcées contre des prévenus et des mineurs placés au centre pénitentiaire de Luxembourg en application de l'article 38 de la loi relative à la protection de la jeunesse (i.e. article 26 de la loi actuellement en vigueur) sont immédiatement portées à la connaissance du magistrat instructeur qui a la faculté de les modifier ou ordonner qu'il soit sursis à l'exécution.

Les punitions prononcées contre des mineurs placés dans l'un des deux centres en application de l'article 18 (i.e. article 26 de la loi actuellement en vigueur) de la loi relative à la protection de la jeunesse sont immédiatement portées à la connaissance du juge de la jeunesse compétent qui a la faculté de les modifier ou ordonner qu'il soit sursis à l'exécution.

Les punitions prévues à l'article 197 sub 6) à 10) sont immédiatement portées à la connaissance du procureur général d'Etat qui a la faculté de les modifier ou ordonner qu'il soit sursis à l'exécution.

Les punitions prévues à l'article 197 sub 11) et 12) sont prononcées par le procureur général d'Etat. »

Il s'agit ici des seules différences procédurales par rapport au droit disciplinaire des adultes.

La Médiateure est d'avis qu'un droit disciplinaire distinct et spécifique aux mineurs devrait être mis en place.

De toute façon, la Médiateure exige que la question du droit disciplinaire des mineurs au sein des établissements pénitentiaires destinés aux adultes soit rapidement résolue par l'interdiction d'y placer des mineurs, à l'exception de ceux placés en application de l'article 32 de la loi sur la protection de la jeunesse,

2.3. Obligation d'informer les parents ou l'ancien dépositaire de l'autorité parentale

CPT :

Toutes les informations sur le transfert, la libération, les sanctions disciplinaires et les mesures de protection et de sécurité appliquées à un mineur, ainsi que sur toute maladie, blessure ou décès doivent être communiquées sans délai aux parents ou au représentant légal du mineur concerné.¹⁶

Commentaires de la Médiateure :

(23) Le RGD89 est muet à ce sujet.

Par contre l'article 14 de la loi du 10 août 1992 concernant la protection de la jeunesse du énonce entre autres que « les parents reçoivent périodiquement des informations sur la situation de leurs enfants. »

Aux yeux de la Médiateure, cette disposition contenue dans la loi concernant la protection de la jeunesse est trop généraliste et vague.

La Médiateure ignore si elle est appliquée dans la pratique.

Elle recommande dès lors de faire entrer cette norme du CPT dans la législation ou la réglementation nationale.

2.4. Obligation d'informer le mineur, garanties, et recours

RNUMIN:

6. Les présentes Règles seront mises à la disposition des personnels de la justice pour mineurs dans leur langue nationale. Tout mineur qui ne parle pas la langue du personnel de l'établissement où il est détenu aura droit, à titre gracieux, aux services d'un interprète lorsque cela sera nécessaire, en particulier (...) et des procédures disciplinaires.

25. On doit aider chaque mineur à comprendre le règlement régissant l'organisation interne de l'établissement, les objectifs et la méthode du traitement appliqué, les règles

¹⁶ 24^e rapport général [CPT/Inf (2015) 1], Les mineurs privés de liberté en vertu de la législation pénale, point 125.

disciplinaires, les moyens autorisés pour obtenir des renseignements et formuler des plaintes, et toutes autres questions qu'il peut avoir besoin de connaître pour être en mesure de comprendre pleinement ses droits et ses obligations durant la détention.

70. Un mineur ne peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire que dans les strictes limites des dispositions légales ou réglementaires en vigueur. Aucun mineur ne peut être puni sans avoir été informé d'une manière qui lui soit totalement compréhensible de l'infraction qu'on lui reproche et sans avoir eu l'occasion de présenter sa défense et en particulier de faire appel devant une autorité impartiale compétente. Tout ce qui concerne des mesures disciplinaires doit être consigné par écrit.

71. Aucun mineur ne peut être chargé de fonctions disciplinaires sauf dans le cadre du contrôle de certaines activités sociales, éducatives, sportives ou de programmes de prise en charge des mineurs par eux-mêmes.

Commentaires de la Médiateure :

(24) La législation et la réglementation ne diffèrent en ce point pas de celle applicable aux adultes, dès lors les mêmes observations et remarques s'imposent.

3. Confidentialité absolue du dossier et droit à l'oubli

ERMMIN :

Déjà en 1985, ces règles ont précisé certains critères applicables à l'archivage des dossiers des mineurs:

21.1 Les archives concernant les jeunes délinquants doivent être considérées comme strictement confidentielles et incommunicables à des tiers. L'accès à ces archives est limité aux personnes directement concernées par le jugement de l'affaire en cause ou aux autres personnes dûment autorisées.

21.2 Il ne pourra être fait état des antécédents d'un jeune délinquant dans des poursuites ultérieures contre adultes impliquant le même délinquant.

Le commentaire de ces articles précise:

L'article vise à établir un équilibre entre des intérêts contradictoires concernant des archives ou des dossiers, à savoir, d'une part, ceux de la police, du parquet et des autres autorités soucieuses d'améliorer le contrôle et, d'autre part, les intérêts du délinquant. (...)

RNUMIN:

19. Tous les (...) dossiers disciplinaires et tous autres documents relatifs à la forme et au contenu du traitement, sont placés dans un dossier individuel confidentiel qui est tenu à jour, qui ne peut être consulté que par les personnes habilitées et qui est classé de manière à pouvoir être aisément consulté. Le mineur doit, dans la mesure du possible, pouvoir contester tout fait ou opinion figurant dans son dossier, de façon à permettre la rectification des mentions inexacts ou sans fondement, et, pour l'exercice

de ce droit, seront prévues des procédures permettant à un tiers approprié de consulter le dossier sur demande. A la libération du mineur, son dossier sera scellé et, à une date appropriée, sera détruit.

Commentaires de la Médiateure :

(25) Aucune disposition légale ou réglementaire n'impose des règles de confidentialité plus strictes ou une date de destruction en ce qui concerne les dossiers des mineurs placés au CPL.

A ce titre, la Médiateure adopte l'argumentation de la Commission Nationale pour la Protection des Données, qui, dans son avis du 27 juillet 2013 sur le projet de loi 6593 (i.e. Centre socio-éducatif de l'Etat), précise que l'article 4 paragraphe (1) lettre (d) de la loi modifiée du 2 août 2002 et l'article 6 paragraphe 1., lettre e) de la Directive 95/46/CE pose le principe que les données personnelles ne doivent pas être conservées pendant une durée qui excède celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont collectées.

Elle renvoie également à son propre avis du 27 février 2013 sur l'avant-projet de la même loi :

« Cependant elle suggère de les compléter par une disposition quant au traitement de ces données après la majorité du pensionnaire ou, en cas de continuation de la mesure au-delà de la majorité, après la fin définitive de la mesure.

Il ne fait aucun doute que le traitement des données relevant des juridictions de la jeunesse, de même que celui des données générées par le CSEE lui-même, doit être entouré de précautions toutes particulières en matière d'accès et de confidentialité afin de ne pas compromettre l'avenir des mineurs en question. (...)

La Médiateure fait intégralement sienne le raisonnement mené à la règle 19 précitée et recommande de compléter le point 8 de l'avant-projet de loi sous examen par une disposition prévoyant de rendre inaccessibles à toute personne les données recueillies sur la personne d'un mineur dès l'âge de sa majorité, ou, en cas de continuation de la mesure au-delà de la majorité, dès la fin de la mesure. Pour des raisons techniques et économiques, une destruction de ces données selon les standards actuels de confidentialité, peut être envisagée à une époque ultérieure, lorsqu'un nombre suffisant de dossiers s'est accumulé. Il est évident aux yeux de la Médiateure que les données informatisées devront être détruites moyennant des procédures adaptées dès l'âge de la majorité d'un pensionnaire, ou, en cas de continuation de la mesure au-delà de la majorité, dès la fin de la mesure. »

La Médiateure rappelle la nécessité d'insérer une disposition garantissant que les archives deviennent inaccessibles d'une manière générale à partir de la majorité légale des pensionnaires, sauf dans l'hypothèse où la mesure est continuée après la majorité, auquel cas, les dossiers devront être rendus inaccessibles à la fin de la mesure.

Pour des raisons de coût, la destruction matérielle des dossiers peut être envisagée à un moment ultérieur, dès qu'une quantité suffisante de dossiers, permettant leur destruction professionnelle à un coût rationnel se sera accumulée.

La Médiateure souligne que ces dispositions devraient entrer dans le droit interne d'une manière qu'elles garantissent le droit à l'oubli aux mineurs, quels que soit leur lieu de placement.

4. Les méthodes alternatives de résolution de conflits

CPT :

126. Les modes réparateurs de résolution de conflit doivent être préférés aux procédures disciplinaires formelles et aux sanctions. Les sanctions disciplinaires, lorsqu'elles sont appliquées, devraient se fonder sur le principe de proportionnalité et être imposées selon les procédures et règles disciplinaires en vigueur et non prendre la forme de punitions non officielles. Toute forme de punition collective est inacceptable.

Commentaires de la Médiateure :

(26) En l'absence d'un texte spécifique aux mineurs, la Médiateure renvoie à sa recommandation formulée au même titre en ce qui concerne les détenus majeurs au point II.6. de la deuxième partie de ce rapport.

Deuxième partie : Analyse du système disciplinaire appliqué au CPL et au CPG

I. Analyse des sanctions appliquées au CPL

Pour cette analyse, la Médiateure a opté pour une méthodologie différente de celle appliquée généralement pour les missions de contrôle effectuées. Dans un domaine susceptible de provoquer de fortes émotions, la Médiateure a jugé plus approprié de se baser sur des informations les plus objectives possibles, plutôt que sur des informations qualitatives qu'elle aurait pu obtenir en menant des entretiens avec les détenus.

Elle a donc privilégié la consultation des dossiers disciplinaires et n'a pas procédé à des entretiens sur place.

Pour se faire une opinion de la mise en pratique du système disciplinaire au CPL, la Médiateure a donc demandé les dossiers disciplinaires de toutes les sanctions prononcées pendant la durée d'une année.

(27) L'analyse des sanctions prononcées a permis de dégager qu'en moyenne, une sanction est prononcée après environ 3 jours suivant la commission des faits.

Dans de rares cas, la Médiateure a cependant pu noter que le délai entre la commission des faits et la prononciation de la sanction dépasse un délai de 10 jours, allant même jusqu'à 22 jours.

Si elle peut comprendre ce délai pour des affaires liées à la consommation de stupéfiants où une analyse est réalisée au laboratoire, elle est d'avis qu'il devrait être possible de prononcer les autres sanctions dans un délai plus rapproché aux faits.

La Médiateure recommande aux responsables pénitentiaires de tout mettre en œuvre pour qu'une mesure disciplinaire puisse être prononcée dans la semaine suivant les faits.

1. L'enquête menant à la prise de décision

De manière générale, il est à souligner positivement que le détenu mis en cause est toujours entendu en ses explications auprès du bureau d'enquête, tel qu'il est prévu par l'article 196 du règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires.

La Médiateure apprécie également que le CPL a régulièrement recours à une documentation des faits reprochés au détenu par photographies, ou, en cas d'affaires de stupéfiants, par des tests d'urines, le cas échéant confirmés par une analyse envoyée au laboratoire. Il arrive également que des témoins soient entendus.

Différents constats ont néanmoins pu être dressés en ce qui concerne l'enquête réalisée par les autorités du CPL.

(28) La Médiateure apprécie que des photos soient prises pour documenter certaines infractions, comme notamment les coups et blessures volontaires, mais également la

détention d'alcool, la détention d'un objet illicite ou la détérioration du matériel de l'établissement.

Néanmoins, dans les documents qui lui ont été transmis, il a pu être constaté que cette prise de photographies n'est pas systématique ou pas toujours pertinente. Ainsi, il y a des dossiers traitant par exemple de coups et blessures volontaires dans lesquels il n'y a aucune photo. D'un autre côté, des photos sont prises dans des dossiers relatifs à la détention d'un objet illicite, dans lesquels ces photos ne peuvent pas être légitimement considérées comme élément de preuve, alors qu'elles ne montrent qu'un objet, sans qu'un lien entre l'infraction et le détenu ne soit établi.

La Médiateure a remarqué que pour certains dossiers, les agents ayant procédé à la prise de photographies ont placé un petit carton indiquant le nom du détenu mis en cause et la date des événements près des objets photographiés.

Dans le but d'une plus grande transparence et afin de prévenir ou de réduire autant que possible, les contestations relatives aux photos, la Médiateure recommande de généraliser cette bonne pratique et de réaliser des photos qui permettent dans tous les cas l'identification des objets, ou leur attribution à un événement et un détenu précis.

(29) Comme déjà mentionné, la Médiateure salue le fait que la personne à laquelle l'on reproche d'avoir commis une transgression de règles soit toujours entendue en ses explications, voire du moins appelée au bureau d'enquêtes.

Néanmoins, cette pratique qui, à la base, est satisfaisante laisse percevoir d'autres problématiques.

Premièrement, la Médiateure a pu constater que, dans plusieurs dossiers, le détenu a demandé à ce que le bureau d'enquêtes entende d'autres détenus à titre de témoins.

Or, dans les dossiers communiqués, il arrive souvent qu'il n'y ait aucune mention d'un entretien mené avec l'un des témoins indiqués par le détenu. La Médiateure part du principe que s'il n'y a pas de telles dépositions dans le dossier, ces entretiens n'ont pas eu lieu.

Elle rappelle dès lors l'article 196 du règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires, qui impose qu'un détenu ne peut être puni sans avoir été informé de l'infraction ou de la faute qu'on lui reproche et sans avoir eu l'occasion de présenter sa défense. L'article précise en outre que « le directeur ou l'agent désigné par lui doit procéder à un examen complet du cas ».

La Médiateure est consciente que le fait de suivre les demandes des détenus sur ce point entraîne une surcharge en travail et que l'on ne peut pas toujours être sûr de la véracité des dépositions qui pourraient être faites par d'autres détenus, amenés, le cas échéant, à faire une déposition de complaisance en faveur du détenu fautif. Elle est néanmoins d'avis que dans les cas où il est vraisemblable que les personnes indiquées par le détenu entendu aient été témoins de l'événement, elles devraient être appelées au bureau d'enquête pour faire une déposition.

Ceci pourrait contribuer, dans un premier temps, à apaiser les sentiments d'injustice qui naissent souvent dans le chef des détenus alors que les différentes dépositions pourraient permettre une meilleure analyse et appréciation de la situation conflictuelle. Dans un deuxième temps, l'audition des témoins cités serait également de nature à contribuer à une plus grande transparence et ainsi également à une meilleure acceptation des sanctions éventuellement prononcées.

La Médiateure recommande d'entendre les témoins que le détenu mis en cause mentionne au bureau d'enquête pour recevoir leurs dépositions, sauf dans les cas où il est légitime de croire que les personnes indiquées n'aient pas pu être présentes lors des faits et qu'elles ne peuvent pas contribuer à une meilleure appréciation de la situation. Dans ces cas, ceci devrait clairement être renseigné dans le dossier disciplinaire.

Lorsqu'il peut être démontré qu'un détenu a fait une fausse déposition, celui-ci est à sanctionner pour déclaration mensongère.

(30) La consultation des dossiers disciplinaires et des dépositions faites par les détenus a permis de dégager deux arguments qui sont régulièrement avancés par les détenus pour excuser la faute qui leur est reprochée. Il s'agit en premier lieu de l'argument qu'ils ne connaissaient pas l'interdiction dont on lui reproche la violation (notamment en cas de prêt d'objets personnels ou détention d'un objet non autorisé, par exemple la détention d'un ustensile de la cuisine commune dans la cellule). En deuxième lieu, il s'agit d'un argument généralement avancé en cas de reproche de détérioration du matériel de l'établissement, notamment les draps. Les détenus prétendent alors que le matériel était se trouvait déjà dans cet état lorsqu'ils sont arrivés dans la cellule et que par exemple les draps déchirés étaient déjà utilisés comme rideau pour séparer l'espace des toilettes.

La Médiateure est d'avis qu'il s'agit d'arguments contre lesquels il est facile d'agir. En effet, elle estime que les informations concernant les règles de conduite à adopter et les interdictions à respecter sont défailtantes et mériteraient d'être mieux portées à la connaissance des détenus. Actuellement, le guide du détenu est distribué aux détenus les premiers jours suivant l'incarcération. La Médiateure est consciente des difficultés qui peuvent exister à cause des nombreux régimes linguistiques et apprécie que le guide du détenu est disponible en 11 langues.

Les deux tomes du guide du détenu contiennent de nombreuses informations pertinentes sur les règles à respecter au sein du CPL, mais pas de mention expresse qu'il est interdit de garder ou de prendre des objets de la cuisine commune dans sa cellule.

Comme, de manière générale, les informations pertinentes sont reprises dans le guide du détenu, la Médiateure recommande d'améliorer la procédure quant à la mise à disposition du guide du détenu et porter une attention particulière au fait que le détenu reçoive le guide dans une langue pour laquelle il est légitime de croire qu'il la comprend. La Médiateure répète que la distribution du guide du détenu dans sa forme actuelle constitue une bonne pratique, mais elle recommande que la remise du guide du détenu ait lieu contre signature du détenu pour éviter que le détenu nie l'avoir reçu.

(31) En ce qui concerne l'argument avancé que les détériorations du matériel ont déjà existé lorsque le détenu est entré dans la cellule, la Médiateure déduit des rapports disciplinaires consultés qu'il est établi une sorte d'état des lieux à chaque transfert de cellule qui documente d'éventuelles détériorations du matériel existant au moment du transfert à la cellule.

La procédure, telle qu'elle est actuellement appliquée ne semble cependant pas pouvoir éviter des discussions sur l'état de la cellule au moment du transfert.

La Médiateure recommande dès lors de porter un plus grand soin à l'établissement de cet état des lieux qui doit obligatoirement être signé par le détenu transféré vers la cellule qui déclare ainsi que le document reprend toutes les éventuelles dégradations existantes. Le cas échéant, des photos de la cellule ou des détériorations devraient

être prises et jointes à l'état des lieux. Le détenu devrait en obtenir une copie qu'il est autorisé à garder dans sa cellule.

(32) Avant une éventuelle application d'une sanction pour consommation de stupéfiants ou de médicaments non prescrits, le détenu est soumis à un test d'urine de dépistage. Dans la majorité des cas, les détenus admettent, en cas de test positif, d'avoir consommé des stupéfiants.

La Médiateure a néanmoins pu constater que le délai entre les différents tests de dépistage réalisés auprès d'un même détenu est parfois très court et elle se pose la question s'il peut toujours être garanti que le deuxième test n'est pas positif du fait que le corps n'a pas encore pu éliminer complètement les substances consommées et le cas échéant ses métabolites, en raison d'un laps de temps trop réduit entre les deux tests..

Selon les informations dont dispose la Médiateure, la période de détection de différentes substances dans les urines est la suivante^{17,18} :

- THC : 1-3 jours si consommation isolée, 5-14 jours si usage occasionnel ou modéré et jusqu'à 30 jours, voire même plus, en cas de consommation élevée ou régulière.
- COC : 1 à 4 jours en cas de consommation modérée et plus de 5 jours en cas de consommation élevée
- BUP : 2 à 6 jours
- BZO : 2-14 jours, mais éventuellement jusqu'à 6 semaines
- Opiacés : 1-3 jours

Au vu de ces données, la Médiateure est d'avis qu'il ne peut pas être exclu qu'un test de dépistage soit positif, sans nouvelle consommation, s'il y a un délai insuffisant entre les deux tests au vu de la liste indiquée ci-avant. Dans un pareil cas, le détenu serait sanctionné deux fois pour la même infraction, ce qu'il importe d'éviter.

La Médiateure recommande de respecter une période minimale, selon les critères scientifiques applicables selon le cas entre la réalisation de deux tests de dépistage pour réduire le risque de sanctionner une personne deux fois pour la même infraction.

Alternativement, la Médiateure renvoie, en ce qui concerne les tests effectués avec dosage au laboratoire aux développements faits dans la partie dédiée au CPG (point 70), alors que le CPG a mis en œuvre une pratique intéressante et efficace pour réduire au minimum le risque de tirer des mauvaises conclusions suite à un test de dépistage positif qui serait parfaitement applicable au CPL.

(33) Toujours dans le contexte des tests de dépistage de stupéfiants, la Médiateure a pu constater que les tests font parfois état d'un résultat qui pourrait s'expliquer par la prise de médicaments prescrits par le service médical du CPL, généralement par le service psychiatrique.

Les dossiers font souvent référence à un entretien mené avec les responsables du service médical pour vérifier si le résultat du test peut être expliqué par la prise de médicaments

¹⁷ Les documents consultés indiquent que ce sont les périodes pendant lesquelles une substance est dépistable. Effectué avant ou après ces délais, le test de dépistage indiquera probablement un résultat négatif. Il est en outre précisé que les valeurs sont données à titre indicatif et qu'elles peuvent varier en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé général et de la corpulence.

¹⁸ <http://toxicotest.com/shop/fr/multidrogues/17-test-urinaire-de-d%C3%A9pistage-multidrogues-6-drogues.html>, <http://www.informationhospitaliere.com/examensDetails.php?id=53>, <http://www.depistage-drogue.com/duree-depistage-drogues-dans-urines>

prescrits. La Médiateure doit quand même soulever qu'un pareil entretien ne semble pas être systématique lorsque les résultats du test pourraient laisser conclure à la prise de médicaments.

Afin d'éviter qu'un détenu soit sanctionné de manière injustifiée, la Médiateure recommande de procéder à un entretien avec le service médical chaque fois que le test affiche un résultat positif, notamment au BUP ou BZO ou aux opiacés. La Médiateure souligne que les personnes impliquées dans cet entretien demeurent tenues au respect du secret médical et ne peuvent demander, respectivement fournir que les informations strictement nécessaires à la clarification de la situation.

(34) La Médiateure apprécie que, dans les cas où le détenu conteste le résultat du test de dépistage réalisé, il ait la possibilité de demander que l'échantillon soit envoyé au laboratoire pour que l'analyse soit refaite. Si le résultat positif est confirmé, les frais du laboratoire sont à la charge du détenu.

La Médiateure approuve cette procédure. Elle a néanmoins pu constater qu'il arrive que les détenus ne croient pas que le test du laboratoire ait donné le même résultat ou qu'ils mettent en cause le montant qui leur est facturé par l'administration pénitentiaire.

Les dépositions faites par les détenus laissent croire que les détenus n'ont pas accès aux résultats du laboratoire, ni à la facture, mais que le résultat et le montant à payer leur est communiqué par l'administration pénitentiaire.

La Médiateure estime qu'il s'agit d'une procédure qui n'est pas transparente et comprend le mécontentement des détenus. Elle recommande dès lors de donner une copie des résultats et de la facture au détenu concerné, chaque fois qu'une analyse est réalisée par le laboratoire.

(35) Dans certains dossiers disciplinaires, la Médiateure est d'avis que les éléments à charge des détenus n'étaient pas suffisants pour permettre d'établir la culpabilité du détenu au-delà de tout doute.

Il en est notamment ainsi dans certains dossiers où le détenu a été sanctionné pour rixe avec un codétenu, lorsqu'il ne ressort pas clairement des éléments du dossier qu'il y a effectivement eu des violences entre les détenus¹⁹. Ainsi, il arrive qu'il n'y ait qu'un détenu, sans témoin, qui affirme avoir été frappé, sans qu'il n'y ait des photos ou un certificat médical qui pourraient corroborer ses affirmations et que le deuxième détenu mis en cause soutient qu'ils n'ont eu qu'une discussion, voire une dispute, sans violences.

Les mêmes réserves quant aux preuves à disposition peuvent être émises dans certains dossiers liés à la détention d'un objet non autorisé²⁰, si cet objet n'a cependant pas pu être trouvé dans la cellule.

Dans un dossier, le détenu a été sanctionné pour la détention d'un téléphone mobile, parce qu'un détecteur a émis un signal et qu'un gardien affirme avoir vu le téléphone. Néanmoins, l'appareil n'a pas pu être trouvé.

Si le détenu avait jeté le téléphone à travers la fenêtre, il aurait dû pouvoir être trouvé dans la cour. S'il l'a fait disparaître par le biais d'un « lift », la surveillance effectuée par caméras par le PGC aurait dû permettre de le constater et de déterminer la cellule vers laquelle le téléphone a été transporté.

¹⁹ Il s'agit par exemple des dossiers D12928, D12022, D13110.

²⁰ Par exemple dossiers D12774 et D12774.

Dans un autre dossier²¹, le détenu est sanctionné pour la détention d'un brûleur, bien que celui-ci n'ait pas non plus pu être trouvé dans la cellule.

La Médiateure a également pu constater qu'il existe des situations équivoques où, comme pour certains dossiers de rixe, les versions des faits relatés par les détenus impliqués sont en contradiction et où l'affaire est tranchée, sans que le dossier ne contienne des éléments clairs soutenant l'une ou l'autre déclaration.

Il en est par exemple ainsi dans un dossier où une détenue est sanctionnée pour don d'un objet à une autre détenue. Cette détenue affirme cependant qu'il s'agit d'un vol²².

Un problème de preuve existe, selon la Médiateure, également dans certains dossiers relatifs à des sanctions pour déclaration mensongère. Elle aimerait particulièrement soulever un dossier qui lui semble extrêmement délicat, parce qu'il s'agit d'une affaire dans laquelle un détenu a été sanctionné pour déclaration mensongère après avoir reproché à un gardien d'avoir donné un coup à un détenu²³. Les éléments du dossier dont dispose la Médiateure ne permettent pas de déterminer avec certitude que tel n'a pas été le cas. Le dossier ne contient ni de traces d'un entretien avec le service médical, ni des photos.

La Médiateure est d'avis que des décisions disciplinaires ne devraient être prononcées que si la culpabilité du détenu peut être prouvée, voire si la conviction de la culpabilité du détenu peut être établie au-delà de tout doute. Elle recommande de porter une plus grande attention à ce sujet.

(36) Comme dans le dossier sus-mentionné, la Médiateure a pu constater que dans plusieurs dossiers les détenus émettent des accusations ou reproches quant au comportement de différentes gardiens ou membres du personnel dans leurs dépositions au bureau d'enquête²⁴.

Les dossiers en cause, tels qu'ils ont été communiqués à la Médiateure ne contiennent cependant pas de documents permettant de tirer des conclusions quant aux suites réservées à ces déclarations.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les procédures et pratiques appliquées lorsqu'un détenu accuse, dans sa déposition, un gardien ou un autre membre du personnel d'un comportement inadapté ou d'une transgression des règles.

(37) Il est possible, qu'une fouille de cellule soit à la base d'une procédure disciplinaire. Dans ce contexte, la Médiateure souhaite revenir sur un sujet qu'elle a déjà été traité dans son rapport sur les populations vulnérables et qui concerne une problématique pour laquelle elle a déjà été saisie à plusieurs reprises, en tant que médiateur au sens de la loi du 22 août 2003.

En consultant les rapports disciplinaires, elle a pu noter que le problème semble toujours subsister.

²¹ Dossier D11847.

²² Dossier D12248.

²³ Dossier D12214

²⁴ Par exemple dossiers D12356, D12696, D12080, D12869 (concernant le service psychiatrique), D12314, D11989, D11789, D12547, D12515, D12213, D12949, D12355, D12563, D12911.

Dans son rapport prémentionné, la Médiateure avait abordé le fait que les médicaments trouvés dans une cellule sont enlevés à l'occasion d'une fouille cellulaire et elle avait critiqué le délai dans lequel ceux-ci sont restitués.

Ainsi, dans son rapport de l'année dernière, elle avait écrit :

« Dans le contexte des détenus atteints d'une maladie avérée, la Médiateure se doit de mentionner une pratique portée à la connaissance de l'équipe de contrôle, tant par des détenus que par des gardiens.

Lors des fouilles cellulaires, les agents chargés de la fouille enlèvent tous les médicaments qu'ils trouvent dans la cellule à fouiller, même si le détenu peut prouver qu'il les détient légalement au moyen de la copie bleue de la prescription médicale remise aux détenus.

Généralement ces médicaments sont soit retransmis à la pharmacie ou détruits.

Si la Médiateure peut comprendre qu'il existe un danger potentiel de dissimulation de substances illicites en les faisant passer pour des médicaments légalement prescrits, elle ne peut se déclarer d'accord avec les conséquences de cette pratique.

En effet, il ne semble pas être rare que le détenu qui s'est vu enlever ses médicaments ait des difficultés à se les voir restituer ou remplacer dans un délai acceptable.

Il semble être constant que les médicaments enlevés lors d'une fouille opérée en début d'après-midi ne peuvent être restitués lors de la distribution de médicaments en fin d'après-midi alors qu'il n'y a plus de médecin au CPL qui pourrait établir une nouvelle prescription.

La Médiateure rappelle qu'elle accepte, dans le contexte de la lutte contre les substances illicites en milieu privatif de liberté, que tous les médicaments présents dans une cellule soient enlevés en vue d'une vérification, mais elle insiste pour des raisons tout aussi évidentes que ces médicaments soient restitués ou remplacés le même jour. »²⁵.

La Médiateure constate que les médicaments ne semblent pas toujours être restitués, voire remplacés, le jour-même, ce qui n'est pas tolérable.

La Médiateure réitère dès lors sa recommandation de restituer en tout état de cause les médicaments enlevés le jour-même.

2. Les motifs de la sanction

(38) Les comportements susceptibles d'entraîner une mesure disciplinaire sont précisés dans le règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires, dans différentes instructions de service et dans le guide du détenu.

La Médiateure souhaite rappeler qu'il est primordial de créer un système disciplinaire transparent, basé sur des règles claires et prévisibles. Le détenu doit être en mesure de savoir exactement quel comportement est prohibé et quelles en sont les conséquences. Un

²⁵ Rapport sur La privation de liberté de détenus particulièrement vulnérables, p. 66

pareil système n'empêche évidemment pas de prendre en considération des circonstances atténuantes ou aggravantes pour déterminer la sanction appliquée.

La Médiateure apprécie que le guide du détenu énumère les comportements prohibés et les sanctions qui peuvent être prises. Elle regrette toutefois que les dispositions ne contiennent pas de précisions sur les sanctions qui peuvent être prises pour une infraction donnée, ce qui rendrait le système appliqué plus transparent et donc plus à l'abri de réclamations fondées ou non, alimentées par une impression d'arbitraire, d'impuissance et d'injustice.

La Médiateure recommande de s'inspirer du système appliqué en France qui classe les fautes disciplinaires en plusieurs degrés, selon leur nature et leur gravité. Cette classification permet de déterminer les sanctions, alors qu'elle indique généralement le maximum de la peine applicable. Il est pour le surplus à relever positivement que ces dispositions ont été intégrées dans le Code de la procédure pénale, ce qui leur contribue encore davantage un caractère transparent.

(39) L'analyse des dossiers communiqués a permis de noter qu'il arrive régulièrement que des détenus soient sanctionnés pour « refus d'ordre » et notamment pour le refus de se soumettre à un test d'urines.

Tout d'abord, la Médiateure tient à souligner qu'elle soutient le fait que les détenus puissent être sanctionnés pour « refus d'ordre », sous condition évidemment qu'il s'agisse d'un ordre légal. Néanmoins, elle se rend compte, que les détenus sanctionnés pour refus de se soumettre à un test d'urines font généralement valoir des arguments tenant ou bien au fait qu'ils aient été dans l'impossibilité matérielle d'uriner ou bien des arguments liés à leur religion, leur causant des problèmes à se dévêtir devant autrui.

Si la personne invitée à se soumettre à un test d'urines indique ne pas pouvoir uriner, la procédure actuelle prévoit qu'elle est, pour le temps nécessaire, enfermée dans une chambre avec une bouteille d'eau à sa disposition.

Néanmoins, la Médiateure peut comprendre l'argument des difficultés de se dévêtir et d'uriner devant autrui. Il est clair qu'il s'agit d'un refus volontaire d'un ordre qui a été donné par un agent de l'administration pénitentiaire à un détenu, qui peut entraîner une sanction, mais la Médiateure est d'avis qu'un certain nombre de mesures disciplinaires pourrait être évité, d'autant plus que le refus de se soumettre à un test d'urines est considéré comme équivalant à un test de dépistage positif.

La Médiateure recommande de proposer une prise de sang aux détenus refusant de se soumettre à un test d'urines. Cette prise de sang serait alors à envoyer au laboratoire, tout comme c'est le cas pour les tests de dépistage réalisés au CPL pour lesquels le détenu conteste le résultat. A l'image de ces tests de dépistage de vérification, les coûts de cette prise de sang pourraient également être mis à charge du détenu à l'origine de la demande.

(40) La consultation des dossiers a également mis en avant que des personnes sont sanctionnées pour avoir eu une dispute avec un autre détenu. La Médiateure a du mal à accepter cette disposition, alors qu'elle est d'avis que, du moment où cela reste une discussion verbale, il s'agit d'un événement normal et inévitable lorsqu'autant de personnes vivent pendant une période prolongée sur un espace réduit.

La Médiateure pourrait comprendre que ces sanctions soient prises dans l'objectif de désamorcer les situations et éviter qu'une dispute ne dégénère en rixe ou en agression physique. Néanmoins, elle a pu constater qu'il arrive que l'intervention des gardiens ait lieu après la dispute ou qu'il a suffi aux gardiens de s'approcher des détenus en cause pour

calmer suffisamment la situation. Il est même possible que les détenus qui étaient en dispute soient des détenus occupant une même cellule, sans qu'une séparation n'ait été nécessaire par après.

Au vu de ces éléments, la Médiateure recommande de supprimer la possibilité de prononcer une sanction disciplinaire pour simple discussion verbale, sans violences, ni menaces.

(41) Une autre situation qui peut donner lieu à une mesure disciplinaire et qui est répertoriée telle quelle dans les dispositions pertinentes est l'automutilation.

La Médiateure émet ses réserves quant à cette pratique, alors qu'elle est d'avis que les actes d'automutilation peuvent être le signe d'une détresse profonde d'un détenu et constituer un appel aux secours. Ils ne devraient en tant que tels pas être sanctionnés.

La Médiateure est consciente que l'article 267 du règlement grand-ducal modifié du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires prévoit que les frais médicaux résultant de traitements médicaux nécessaires suite à des actes d'automutilation sont à la charge des détenus. Elle peut également concevoir qu'il existe des situations dans lesquelles un détenu essaie de faire du chantage ou de mettre d'autres personnes sous pression en se blessant soi-même. Il est évident que tout chantage ou toute mise sous pression d'autrui est inacceptable et mérite d'être contré par une sanction disciplinaire.

La Médiateure est néanmoins d'avis qu'il faut veiller à très bien faire la distinction entre ces différentes situations. Si les actes d'automutilation sont destinés à exercer une pression sur les autorités ou sur d'autres personnes pour atteindre un but concret, la personne concernée est à sanctionner pour chantage. Si par contre les actes d'automutilation s'inscrivent dans une détresse ou un stress profond et constituent un réel appel aux secours d'une personne, qui a éventuellement déjà dans le passé manifesté des troubles d'ordre psychiatrique, ou qui a été régulièrement suivi par le service psychiatrique, la Médiateure s'oppose à une sanction.

La Médiateure recommande de supprimer la possibilité de prendre une mesure disciplinaire pour cause d'automutilation. Si un détenu se blesse volontairement dans le but d'atteindre un objectif précis, la Médiateure recommande de prononcer une punition pour cause de chantage. Elle estime pour le surplus que le détenu devrait, dans les deux cas, être vu par un psychiatre dans les meilleurs délais. Pour préserver la relation de confiance qui peut exister entre le détenu et son médecin-psychiatre, celui-ci ne devrait pas être sollicité pour donner une appréciation sur les faits et la légitimité d'une sanction.

(42) La Médiateure a noté qu'il arrive souvent qu'un détenu soit sanctionné pour violation de la loi anti-tabac, notamment lorsqu'il fume dans le couloir du bloc ou dans la cuisine commune. La Médiateure approuve le fait qu'il y ait un contrôle strict en la matière et que la transgression de cette règle soit suivie d'une sanction, pour des raisons de protection de la santé du personnel et des détenus, mais aussi pour des raisons d'hygiène.

Néanmoins, la Médiateure a remarqué que les détenus sanctionnés pour de tels faits affirment souvent que le gardien verbalisant ne se serait pas rendu auprès d'eux pour leur dire d'éteindre leur cigarette, voire qu'il aurait dénoncé les faits depuis le bureau des gardiens, sans qu'il n'ait été en mesure d'apprécier correctement la situation (cigarette éteinte, pas de cigarette du tout, etc.)

La Médiateure est d'avis qu'avant tout rapport disciplinaire pour non-respect de la loi anti-tabac, le gardien devrait aborder le détenu pour l'informer de l'infraction reprochée et pour lui annoncer qu'un rapport sera dressé. Une pareille démarche permettrait d'éviter des contestations, fondées ou non, du rapport dressé, tout en créant une plus grande transparence dans le processus disciplinaire.

(43) La Médiateure a consulté plusieurs dossiers où elle avait du mal à suivre le raisonnement qui a mené à la prise d'une mesure disciplinaire. Ces dossiers concernent souvent des affaires disciplinaires déclenchées par la dénonciation de certains faits par un détenu, notamment la détention d'alcool.

A la lecture des dossiers, la Médiateure a eu du mal à suivre les raisons ayant conduit à punir la personne qui a dénoncé le comportement prohibé commis par un autre détenu, alors qu'il ne ressort pas des documents transmis qu'il ait été impliqué dans les faits dénoncés. Il est à souligner que le détenu qui a dénoncé les faits est généralement puni pour les faits mêmes qu'il a dénoncés²⁶.

Dans une logique de prévention des transgressions de règles et de soutien des détenus qui osent dénoncer des infractions, la Médiateure est d'avis que les détenus ne devraient pas encourir un risque d'être sanctionné en cas de dénonciation de faits commis par un autre détenu s'ils n'y sont pas impliqués. Elle souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les raisons qui ont mené à prononcer une mesure disciplinaire à l'encontre du détenu ayant dénoncé les faits.

3. Les situations particulières

(44) Dans cette partie, la Médiateure souhaite aborder quelques aspects particuliers de la procédure disciplinaire, voire de la sanction prononcée.

La consultation des dossiers n'a en effet pas permis de dégager des règles claires et cohérentes relatives à la récidive, à la tentative et aux modalités d'octroi d'un sursis sur la mesure disciplinaire prononcée.

La Médiateure a pu constater que la récidive est très régulièrement retenue à la charge des détenus, sans qu'elle n'ait pu déterminer les modalités exactes quant au délai pendant lequel la nouvelle infraction est considérée comme étant en récidive avec la précédente.

Dans certains dossiers, la Médiateure a eu des difficultés à suivre le raisonnement menant à qualifier les faits comme étant une récidive et vice-versa. Également pour la tentative, bien qu'elle ne soit que très rarement retenue, il n'a pas été possible de dégager les critères appliqués, qui semblent différer des dispositions applicables en matière pénale.

En ce qui concerne la possibilité de prononcer une sanction avec sursis, telle que prévue par l'article 205 du règlement grand-ducal du 24 mars 1989 concernant l'administration et le régime interne des établissements pénitentiaires, la Médiateure constate que celle-ci n'est que très rarement appliquée.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les modalités d'application de la récidive, de la tentative et du sursis.

²⁶ Il s'agit notamment des dossiers suivants : D12605, D12676, D12585.

4. Les sanctions

(45) La Médiateure souhaite revenir sur un volet qu'elle a déjà traité dans son avis relatif au projet de règlement grand-ducal portant organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires (...).

Il s'agit de la décision d'une mesure disciplinaire à l'encontre d'un détenu qui partage la cellule avec d'autres détenus. Certaines sanctions peuvent avoir un effet également sur les autres détenus enfermés dans la même cellule. La Médiateure est d'avis qu'il faut veiller à ne pas prononcer par ce biais des sanctions collectives pour tous les détenus d'une même cellule s'il n'y en a qu'un seul qui a commis une infraction.

Dans son avis rédigé en 2013, la Médiateure avait précisé au sujet de l'article 50 (1), point 3 que :

« Pour éviter des problèmes survenus dans le passé, mais également pour des raisons de crédibilité, la Médiateure recommande d'entourer le retrait partiel ou intégral d'avantages ou d'objets personnels, à durée déterminée, d'attentions particulières dans tous les cas où un détenu faisant l'objet d'une telle sanction partage une cellule avec un ou deux autres détenus. »

La Médiateure maintient cet avis et souligne que toute forme de sanction collective est intolérable.

Elle invite les responsables du CPL à porter une attention particulière au fait de ne sanctionner que le détenu qui a réellement commis une infraction, sans que les codétenus, partageant la cellule avec lui, mais non impliqués dans la transgression de règles, ne soient frappés ou même concernés par la mise en œuvre de la mesure disciplinaire.

(46) Certaines infractions, notamment celles liées à la consommation de stupéfiants, sont sanctionnées par le retrait de la visite ou par la visite en parloir sécurisé.

La Médiateure rappelle l'importance du maintien des liens familiaux et des relations vers l'extérieur afin d'améliorer le pronostic de réussite de la réinsertion. Elle est d'avis que les sanctions menant à une restriction des visites, voire à un changement des modalités de visite, imposant notamment les visites derrière une vitre, ne devraient être prononcées que lorsque l'infraction à la base de la sanction est en lien avec la visite ou avec un visiteur particulier. Si le lien avec la visite ne peut pas être clairement établi, il devrait pour le moins exister des suspicions concrètes que le visiteur soit en lien direct avec l'infraction commise.

Les dossiers consultés n'ont pas permis de conclure que ce principe soit suivi. La Médiateure souligne qu'il s'agit néanmoins d'un principe général qui est notamment prévu par les cadres légaux français et belge²⁷.

La Médiateure rappelle que cette règle vaut évidemment également pour les mineurs et que ce principe est repris par la Recommandation CM/Rec(2008)11 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures qui stipule explicitement au point 95.6. que « *les sanctions*

²⁷ Art. R. 57-8-12 Code de procédure pénale français, art. 59 de la loi modifiée du 12 janvier 2005 appelée « Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus »

disciplinaires ne doivent pas inclure de restriction des visites ou contacts familiaux, hormis dans les cas où l'infraction disciplinaire concerne ces visites ou contacts ».

La Médiateure recommande d'appliquer les sanctions disciplinaires visant à modifier la fréquence ou les modalités des visites exclusivement dans des situations où la mesure disciplinaire est en lien avec des faits qui se sont déroulés à l'occasion d'une visite ou s'il existe des suspicions et indices concrets, de sorte qu'il soit légitime de penser que le visiteur est impliqué dans la commission de l'infraction, notamment par l'introduction d'objets prohibés.

(47) Dans certains dossiers, la Médiateure déduit des données communiquées que le détenu s'est vu infliger une double peine pour une seule et même infraction.

Il s'agit notamment d'un détenu qui a dû se soumettre à un test de dépistage la veille d'un congé pénal. Le test s'est révélé positif à la buprénorphine, ce qui a fait en sorte que le congé a été annulé immédiatement.

Le détenu s'est par la suite vu infliger une sanction de 6 heures de visite en parloir sécurisé.

Le même détenu a dû se soumettre de nouveau, dans les mêmes circonstances, à un test de dépistage 3 jours plus tard, qui était également positif à la buprénorphine. Le congé pénal lui a de nouveau été retiré et il a été sanctionné avec 3 heures de visite en parloir sécurisé et 10 jours de retrait d'activités récréatives et sportives²⁸.

A ces constats s'ajoute que les deux tests de dépistage ont été réalisés à 3 jours d'intervalle. D'après les informations consultées à cet égard, il ne peut pas être exclu qu'il n'y ait eu qu'une seule consommation qui ait toujours été détectable au moment du deuxième test.

La Médiateure se prononce contre toute forme de double sanction pour une même infraction. Si le congé pénal est annulé suite à un test de dépistage positif, cette mesure doit être prise en compte et être considérée comme une sanction disciplinaire à laquelle peuvent éventuellement, selon les circonstances, s'ajouter d'autres sanctions accessoires.

La Médiateure recommande de revoir les procédures applicables dans ces cas de figure et de porter une plus grande attention aux délais de réalisation d'un test de dépistage. Elle renvoie également de nouveau à la procédure appliquée au CPG, consistant à systématiquement comparer le résultat positif d'un test avec le résultat du dernier test réalisé.

(48) Dans de nombreux dossiers, principalement liés à la détérioration de matériel du CPL, la Direction du CPL a pris la mesure disciplinaire du retrait du pécule de base.

La Médiateure soutient la démarche de faire participer les détenus à la réparation des dégâts causés au matériel appartenant au CPL.

Néanmoins, au vu de l'état de certaines cellules et notamment du mobilier installé, la Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation de l'argent retenu par le biais des mesures disciplinaires suites à la détérioration du matériel du CPL et savoir si cet argent est systématiquement investi dans la réparation de ce mobilier. Elle recommande pour le surplus de mentionner clairement dans la décision disciplinaire, pour chaque mobilier détérioré, les montants mis à la charge du détenu, conformément aux prix indiqués dans la disposition de service DIS15

²⁸ Dossiers D12040 et D12182

(49) Une des sanctions qui peuvent être prises par la Direction du CPL est le retrait de toutes ou d'une partie des activités en commun, entraînant une certaine mise à l'écart d'un détenu, mais aussi le placement en cellule de punition qui revient à isoler une personne pour une période déterminée.

Théoriquement, le Directeur du CPL pourrait également proposer le placement en régime cellulaire strict, décision qui serait alors prise par le délégué du procureur général à l'exécution des peines. Cette sanction entraîne également un isolement temporaire de la personne concernée, mais elle n'a pas été appliquée pendant l'année analysée par la Médiateure.

La Médiateure exprime néanmoins ses réserves au sujet de toutes les mesures disciplinaires visant un isolement de la personne sanctionnée. Le placement en cellule de punition est principalement prononcé en cas de coups et blessures volontaires, mais aussi en cas de menaces contre un membre du personnel ou en cas de rébellion ou atteinte à la sécurité (notamment mise de feu à la cellule).

Pendant l'année analysée par la Médiateure, la durée maximale d'un placement en cellule de punition a été de 15 jours, ce qui est déjà considérable.

Le retrait des activités récréatives et sportives a été prononcé à plusieurs reprises pour une durée de 21 jours et ceci pour des raisons diverses, notamment, dans un cas, pour une récidive de consommation de stupéfiants.

Il est à souligner que le cadre légal et réglementaire luxembourgeois ne prévoit pas de durée maximale pendant laquelle une pareille mesure d'isolement peut être appliquée.

Comme une mesure d'isolement constitue l'une des mesures disciplinaires les plus dures, sinon la plus dure qui peut être prononcée à l'encontre d'un détenu, par le fait qu'elle est susceptible d'avoir des effets considérables sur la santé psychique et physique du détenu, la Médiateure est d'avis qu'une pareille mesure devrait être strictement limitée aux situations les plus graves, notamment celles mettant directement en danger d'autres personnes. Elle devrait pour le surplus être maintenue pour une durée aussi brève que possible.

En tout état de cause, il importe de se tenir scrupuleusement au principe de proportionnalité, tel qu'il est développé par la Cour européenne des droits de l'homme.

La Médiateure rappelle à ce sujet les développements sur le principe de proportionnalité faits à la première partie et sur les recommandations en matière d'isolement en tant que mesure disciplinaire (point 16)

(50) La Médiateure rappelle l'avis du CPT qui précise que la durée maximale d'un isolement pour un mineur devrait obligatoirement être inférieure à celle appliquée pour les adultes et qui soutient, comme mentionné en première partie (paragraphe 2.1., première partie, page 27) qu'un placement en isolement comme mesure disciplinaire ne devrait en aucun cas dépasser plus de trois jours.

Au sujet des mineurs, la Médiateure a pu noter que la sanction de retrait d'activités récréatives et sportives a été prononcée à plusieurs reprises et ceci allant jusqu'à une durée maximale de 14 jours.

Les contacts d'un mineur avec son entourage constituent un élément important dans son évolution et dans le pronostic de réinsertion. Elle se rallie entièrement aux propos du CPT qui soutient que « *les contacts d'un mineur avec le monde extérieur ne devraient jamais être*

interdits à titre de sanction disciplinaire, ni être limités, à moins que l'infraction disciplinaire commise ait trait à ces contacts » alors que l'isolement est susceptible de compromettre le bien-être physique et/ou mental des mineurs.

La Médiateure recommande de mettre en œuvre les normes du CPT et de n'appliquer une pareille mesure disciplinaire qu'en dernier ressort et lorsque les faits reprochés au mineur sont en lien direct avec les contacts, ou, le cas échéant, avec les activités retirés.

(51) La Médiateure rappelle que le principe de proportionnalité est un principe qui devrait être respecté pour toutes les mesures disciplinaires, pas seulement pour celles entraînant une forme d'isolement.

Elle est pour le surplus d'avis que le domaine disciplinaire est un domaine dans lequel il pourrait être recouru à des modes alternatifs de résolution de conflits et notamment à la médiation.

L'analyse de conformité réalisée à la première partie a mis en avant que les normes internationales favorisent le recours à des modes alternatifs de résolution de conflits en matière disciplinaire.

La Médiateure recommande de réfléchir à la mise en place d'une offre de médiation en cas de transgressions disciplinaires. Cette méthode devrait pouvoir fonctionner aussi bien dans des différends opposant les détenus entre eux que les détenus et les membres du personnel. Il est évident que le recours à la médiation doit se faire sur base volontaire de toutes les personnes impliquées.

(52) La Médiateure a également procédé à une analyse des sanctions prononcées par catégorie d'infraction.

De manière générale, les sanctions prononcées semblent cohérentes entre elles et ne varient que légèrement.

La Médiateure apprécie ce constat.

(53) Il n'en reste pas moins qu'il existe certains points qui méritent d'être éclairés.

En ce qui concerne la consommation de THC, la Médiateure a pu constater que les sanctions prononcées sont assez cohérentes ne varient que légèrement.

Elle a néanmoins des difficultés à voir comment la récidive est prise en compte, alors que les rapports disciplinaires font régulièrement référence à la récidive, sans qu'une différence de la sévérité de la sanction prononcée ne puisse être constatée.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les modalités et les effets de l'application de la récidive. Elle rappelle que les sanctions limitant ou modifiant les visites ne devraient être prises que lorsque l'infraction reprochée au détenu est en lien direct avec les visites du détenu, voire s'il existe des éléments concrets permettant légitimement de partir de cette prémisse.

(54) Les sanctions prononcées suites à des coups et blessures volontaires sont plus variables et la Médiateure n'arrive pas à déterminer des critères qui permettraient d'expliquer les variations dans les sanctions appliquées. Un critère qui lui aurait paru plausible aurait été

celui des blessures infligées, mais l'analyse des dossiers n'a pas permis de confirmer l'application de ce critère.

Elle a constaté que dans les dossiers de coups et blessures volontaires, la sanction du déclassement de régime est généralement prononcée, entraînant la privation de certains avantages du régime communément appliqué et éventuellement de certaines récompenses accordées individuellement au détenu.

Comme le déclassement de régime peut comprendre une limitation de la participation aux activités en commun, et ainsi conduire à une forme d'isolement, la Médiateure recommande de veiller au respect du principe de la proportionnalité.

Elle demande en outre à obtenir de plus amples renseignements sur les éléments qui sont pris en compte pour déterminer la sanction appliquée pour coups et blessures volontaires.

5. La mise en œuvre des sanctions

(55) Le principe applicable en matière de mesures disciplinaires au CPL est que les sanctions sont immédiatement applicables. Dès la décision de la Direction, la sanction est mise en œuvre.

Ceci a comme effet de décourager les détenus d'introduire un appel devant le délégué du procureur général d'Etat à l'exécution des peines, voire sinon de le rendre inintéressant ou inefficace.

Il est en effet possible qu'un détenu introduise un recours après une sanction disciplinaire, mais que, pendant le temps de l'instruction de ce recours, la sanction soit déjà entièrement exécutée.

Ceci va évidemment à l'encontre de tous les principes généraux de droit préconisant le droit à un recours effectif alors que la procédure actuelle prive le détenu de la possibilité de ne pas devoir subir la sanction prononcée. Il arrive bien souvent que, tout au plus, le détenu soit dédommagé ou qu'on lui restitue la somme d'argent qui lui a été enlevée.

S'il a été privé d'activités ou qu'il a été placé en cellule de punition, ces mesures sont immédiatement réalisées et un recours, même s'il est déclaré fondé, ne peut pas changer le fait que le détenu ait entièrement ou partiellement subi cette sanction.

La Médiateure soutient le principe qu'une sanction doit être prise et exécutée de manière aussi rapprochée que possible aux faits reprochés. Elle peut également comprendre qu'il existe des situations dans lesquelles il est inévitable d'isoler temporairement le détenu, voire de le séparer de certains autres détenus.

Néanmoins, elle est d'avis qu'une pareille mesure d'urgence ne devrait pas se confondre avec la mesure disciplinaire. La sanction proprement dite ne devrait pas être mise à exécution avant que le détenu n'ait pu faire valoir son droit à un recours effectif.

La Médiateure recommande de laisser un délai assez bref, de 3 jours maximum, au détenu pour se décider s'il veut faire un appel contre la mesure disciplinaire. Pendant ce délai, ou jusqu'au moment où le détenu a clairement fait savoir, par écrit, qu'il accepte la décision et qu'il n'entend pas introduire un recours, la sanction ne devrait pas encore être appliquée.

Si le détenu introduit un recours endéans ces 3 jours, celui-ci devrait avoir un effet suspensif sur la mise en œuvre de la sanction jusqu'à la décision du délégué du procureur général à l'exécution des peines.

Pour maintenir un système disciplinaire réactif et efficace, il est évident qu'il serait souhaitable que le recours du détenu soit tranché dans les meilleurs délais, sans que cela n'empêche de procéder, le cas échéant, à des mesures d'instruction supplémentaires.

(56) Le recours en matière disciplinaire, mais également le recours de manière générale en matière d'exécution des peines est un sujet important de la réforme pénitentiaire.

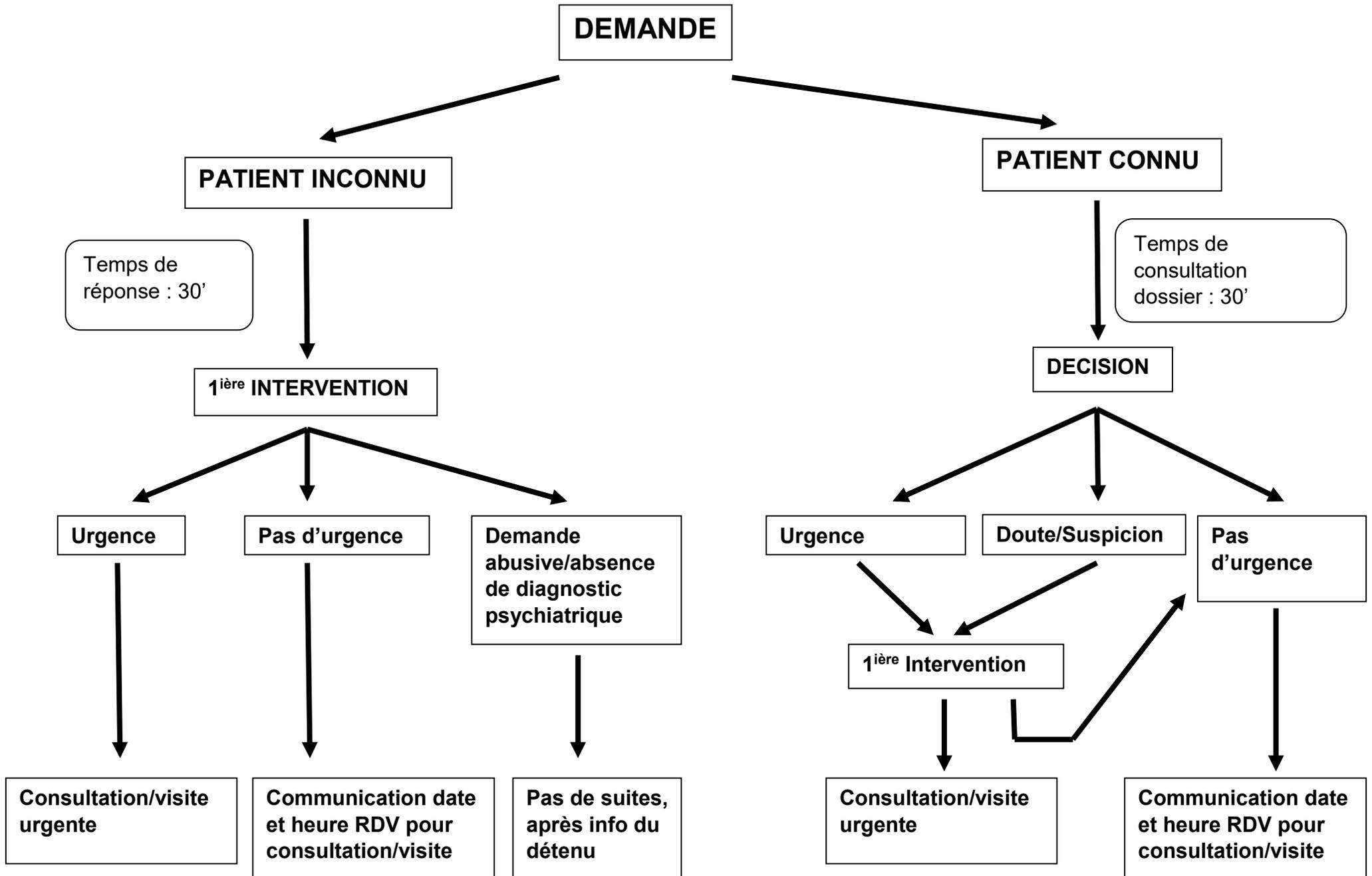
6. Autres constats

Cette partie reprend ou bien des problématiques qui se sont présentées de manière plus isolée ou bien des sujets qui s'écartent légèrement du système disciplinaire proprement dit, mais qui répondent à des questionnements qui se sont dégagés de l'analyse des dossiers et qui peuvent contribuer à apaiser certaines situations et prévenir des rapports disciplinaires.

(57) Les dossiers analysés ont révélé que certains incidents ont eu lieu parce que les détenus étaient désespérés ou en colère alors qu'ils auraient demandé un rendez-vous auprès du service psychiatrique, mais qu'ils n'auraient pas eu de réponse ou, à leurs yeux, une réponse tardive.

Les dossiers ne permettent pas toujours de dégager le délai d'attente des détenus, mais la Médiateure souhaite, à toutes fins utiles rappeler le schéma qu'elle avait communiqué au service psychiatrique en 2013.

Elle maintient sa recommandation de suivre le schéma d'analyse suivant :



(58) Un autre problème lié à celui décrit ci-dessus est qu'il incombe aux gardiens du bloc d'informer les détenus qu'ils n'ont pas immédiatement pu obtenir un rendez-vous auprès du service psychiatrique, voire qu'ils doivent attendre quelques jours ou qu'ils doivent d'abord adresser une demande par écrit au service psychiatrique.

Le même problème se présente également de temps en temps en ce qui concerne le service de médecine somatique.

La Médiateure est d'avis que cette situation est intenable. Elle place les gardiens dans une situation délicate et pénible en leur imposant une charge qui ne leur revient pas. Il est un fait que les gardiens, lorsqu'ils annoncent la réponse du service psychiatrique aux détenus, sont ceux qui doivent gérer la réaction des détenus face à l'annonce du délai d'attente ou des démarches à entreprendre pour obtenir un rendez-vous. La Médiateure estime cependant que ce n'est pas leur rôle de devoir faire face à ce genre de situation et qu'il faut réfléchir à instaurer un système qui implique directement les membres du personnel du service médical concerné dans la transmission des informations.

La Médiateure renvoie au schéma de communication pré-mentionné et recommande de mettre en place un système où les réponses aux demandes relatives à la prise de rendez-vous auprès du service psychiatrique soient communiquées aux détenus par un membre du service psychiatrique.

En ce qui concerne les rendez-vous auprès du service de médecine somatique, une telle procédure serait souhaitable lorsqu'un détenu n'est pas appelé chez le médecin lorsqu'il en a fait la demande le jour de la consultation ordinaire de son bloc.

(59) Un sujet à laquelle la Médiateure porte toujours une attention particulière est la réalisation des fouilles corporelles.

En consultant les dossiers disciplinaires, elle a pu identifier plusieurs dossiers, qui contenaient des problèmes liés aux fouilles corporelles. Elle voudrait ici revenir sur deux dossiers en particulier.

Le premier dossier²⁹ concerne la sanction d'un détenu pour refus d'ordre et plus particulièrement pour le refus de se soumettre à une fouille corporelle. Le détenu affirme dans sa déposition qu'il aurait « baissé le pantalon et le caleçon devant le gardien, au moins cinq fois », ce qui lui poserait des problèmes à cause de ses convictions religieuses.

La Médiateure a connaissance de la procédure de fouille telle qu'elle est prévue par les dispositions internes du CPL. Elle est partant consciente que la procédure appliquée par les gardiens est conforme à ces dispositions ce qui implique que les détenus sont invités à se mettre à nu devant les gardiens.

Néanmoins, elle souhaite rappeler que cette procédure n'est pas conforme aux dernières recommandations émises par le CPT qui préconise un déshabillage en deux temps pour éviter que la personne fouillée ne se trouve complètement à nu devant les agents. Cette pratique est sans doute susceptible de mettre les personnes fouillées moins mal à l'aise.

Elle recommande de mettre en œuvre les recommandations du CPT relatives à la fouille en deux temps.

(60) Le deuxième dossier concernant une fouille corporelle est le dossier D11828.

²⁹ D11844

La procédure qui est décrite aussi bien dans la déclaration faite par les gardiens que dans la déposition du détenu concerné laisse croire que le détenu s'est dévêtu dans l'une des petites salles près du greffe, prévues à cet effet et qu'il aurait été invité à reprendre ses vêtements dans la petite pièce à côté.

Cette manière de procéder ressemble très fortement à un autre dossier dont la Médiateure avait été saisie et dans lequel une plainte avait été déposée par le détenu en question, parce qu'il était exposé aux regards d'autres personnes lorsqu'il a dû récupérer ses vêtements. La plainte qui avait été déposée avec constitution de partie civile avait été déclarée fondée par la Chambre du conseil de la cour d'appel, notamment au vu du fait qu'une « visite corporelle, au cas où elle aurait effectivement été pratiquée en présence de huit personnes de la façon exposée par la partie civile et où elle aurait causé à l'appelant une atteinte à son intégrité psychique caractérisée par un choc émotif ou une perturbation psychologique, est susceptible d'être qualifiée notamment de coups et blessures volontaires, sinon involontaires ».

Une pareille procédure n'est donc pas seulement humiliante pour le détenu concerné, mais expose pour le surplus le personnel de l'administration pénitentiaire au risque de poursuites pénales.

La Médiateure recommande de rappeler aux gardiens chargés de réaliser les fouilles corporelles que le détenu doit récupérer ses vêtements dans la pièce dans laquelle il se trouve, sans devoir passer d'une salle à l'autre, même si la distance parcourue est très courte.

(61) Certains dossiers ont documenté une mesure disciplinaire prise suite à une rébellion ou un refus d'ordre en lien avec des changements de cellule, voire avec le refus d'un détenu d'accepter qu'un détenu soit mis avec lui dans une cellule.

Si la Médiateure peut comprendre le souhait des détenus d'occuper une cellule seul, elle est consciente qu'il est inévitable d'occuper les cellules de la manière dont elles ont été conçues, et qu'il n'est à long terme pas possible de laisser un détenu occuper une cellule double tout seul.

La Médiateure a toutefois, dans certains dossiers, pu noter que les détenus concernés indiquaient ou bien déjà connaître le détenu qui devrait être transféré dans la cellule avec eux et qu'ils auraient déjà rencontré des problèmes avec celui-ci ou bien ils ont indiqué que le détenu en question était fumeur alors qu'ils étaient non-fumeurs ou vice-versa.

La Médiateure ne peut pas vérifier les dires des détenus. Elle recommande toutefois de porter une attention toute particulière à ces deux aspects lors de l'affectation des cellules, alors que la prise en compte de ces éléments peut d'un côté réduire sensiblement les tensions et éviter des bagarres et de l'autre côté, en ce qui concerne les fumeurs et non-fumeurs, contribuer à respecter le droit fondamental au respect de la santé et de l'intégrité physique qui doit également être respecté en milieu carcéral.

(62) Un autre problème, un peu plus récurrent cette fois-ci, concerne des mesures disciplinaires en relation avec le téléphone.

Il arrive souvent que des détenus soient sanctionnés parce qu'ils n'ont pas respecté les modalités pour pouvoir téléphoner. Ils téléphonent soit avec le code d'un autre détenu, soit sans s'être inscrits préalablement sur une liste, soit ils téléphonent à une heure qui ne leur a pas été attribuée, soit qu'ils dépassent le temps de parole qui leur est accordé.

La consultation des instructions de service (REG46) et du guide du détenu n'ont cependant pas permis de déterminer les modalités pratiques précises du droit au téléphone, à part le fait que les détenus disposent d'un code personnel pour débloquent le téléphone et qu'ils doivent faire enregistrer préalablement les numéros de téléphone des personnes qu'ils souhaitent appeler. Les instructions consultées ne contiennent cependant pas d'indication sur l'inscription sur une liste ou sur la durée pendant laquelle un détenu a le droit de téléphoner. La description du déroulement-type d'une journée à la section permet quant à elle d'identifier plusieurs plages horaires pendant lesquelles l'accès au téléphone est autorisé.

Dans certains dossiers³⁰, les détenus sanctionnés font valoir des circonstances exceptionnelles qui les ont menés à transgresser les règles relatives aux modalités d'accès au téléphone ou à accéder d'une manière illicite à internet et font valoir qu'ils ont eu des problèmes à contacter des membres de leurs familles qui seraient malades.

La Médiateure peut comprendre qu'il s'agit d'une situation qui est difficilement gérable en prison et qu'il est, compréhensible qu'un détenu souhaite entrer en contact avec un membre de la famille malade, d'autant plus lorsqu'il s'agit, comme dans un des dossiers mentionnés, par exemple de l'enfant du détenu. Elle peut également s'imaginer que des détenus soient tentés d'affirmer qu'un membre de la famille est malade pour contourner le régime ordinaire d'accès au téléphone et pouvoir téléphoner davantage.

La Médiateure est consciente de l'envergure qu'une réglementation plus flexible à cet égard pourrait prendre, mais recommande néanmoins de faire preuve d'une certaine flexibilité quant à l'accès au téléphone, s'il peut être prouvé qu'un membre proche de la famille du détenu (notamment parents, conjoint/partenaire ou enfants) est malade.

Elle est également au courant que le CPL dispose d'une possibilité, actuellement très réduite, de téléphoner par le biais de Skype (ou similaire). Elle encourage vivement la Direction du CPL à développer cette offre et d'en faire profiter des détenus, spécialement dans des circonstances exceptionnelles, notamment en cas de maladie avérée d'un membre de la famille proche.

(63) La Médiateure souhaite revenir à une problématique qui a déjà été traitée à différentes occasions et qui concerne le régime appliqué au bloc D³¹. Le bloc D, accueillant majoritairement des détenus en détention préventive ne bénéficiant pas encore du régime B est équipé différemment et a un fonctionnement un peu à part. Il n'est de ce fait pas possible pour les prévenus auxquels le régime B a été accordé, de profiter effectivement de ces aménagements, notamment le droit de téléphoner.

La Médiateure estime qu'il s'agit d'une discrimination non défendable qui crée des tensions évitables et recommande d'y remédier le plus rapidement possible, en transférant systématiquement les détenus auxquels le régime B a été accordé vers un autre bloc et ceci dans un délai maximal d'une semaine. En attendant ce transfert, il devrait être essayé, dans toute la mesure du possible, de leur donner une possibilité de téléphoner au moins 1 fois par jour s'ils en font la demande, ou bien en les emmenant temporairement sur un autre bloc ou si nécessaire par le biais de l'utilisation de Skype ou par l'installation d'une ligne téléphonique.

(64) Un autre problème que la Médiateure et son prédécesseur ont déjà soulevé dans différents rapports concerne les modalités de distribution de médicaments et plus particulièrement le contrôle de la prise effective des médicaments administrés.

³⁰ Notamment les dossiers D11571 et D12470

³¹ Dossier D12831

La nécessité d'un pareil contrôle avait été mise en avant aussi bien pour éviter des tentatives de suicide, voire des suicides, par l'absorption d'une quantité létale de médicaments accumulés, mais également pour réduire le trafic de substances illicites.

Si le problème avait déjà été soulevé dans le premier rapport consacré aux modalités d'entrée des détenus et à la santé en milieu carcéral en 2010, il avait de nouveau été traité en 2013, dans le rapport de suivi.

Ainsi, la Médiateure a répété en 2013 que :

« Le personnel infirmier a fait état auprès de l'équipe de contrôle du problème qu'il leur est très difficile de surveiller sur place la prise effective des médicaments prescrits par manque de temps.

S'il est indéniable que chaque détenu doit rester responsable de la prise des médicaments qui lui ont été prescrits, il n'en est pas moins qu'en milieu carcéral ce problème mérite une attention toute particulière. En premier lieu, il existe un danger de stockage de substances médicamenteuses, qui, prises en combinaison et/ou à des doses très élevées peuvent avoir un effet létal. Comme il est du devoir des responsables de l'administration pénitentiaire de mettre tout en œuvre afin d'éviter tout suicide, il faut en conclure que la prise effective des médicaments prescrits devra être surveillée.

Force est également de constater que la surveillance de la prise effective de médicaments s'impose dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie en milieu carcéral. Dans ce contexte, une attention toute particulière et une surveillance très rapprochée de la prise effective des substitutifs aux opiacés (méthadone, suboxone etc) ainsi que des opiacés prescrits pour des raisons médicales sont absolument nécessaires.

Depuis quelque temps, la suboxone, qui est comme la méthadone un des produits de substitution utilisés, est directement administrée sous forme de pilules sublinguales aux détenus dans leur cellule. Or, la taille de ces pilules est telle qu'il faut un certain temps avant qu'elles ne se soient dissoutes complètement.

Il doit en tout état de cause être garanti que les infirmiers disposent du temps nécessaire afin de pouvoir contrôler la prise effective des médications prescrites et plus particulièrement celle des opiacés et des substitutifs à l'héroïne prescrits. »³².

Il est évident que le contrôle de la prise effective des médicaments distribués est tributaire du temps dont disposent les infirmiers concernés et que ce temps dépend du nombre d'ETP affectés au service concerné.

Un des dossiers disciplinaires consultés³³ a mis en avant qu'un contrôle de la prise effective du Suboxone a été réalisé, mais il semblerait que ce contrôle ait été réalisé par un gardien, accompagnant les infirmiers lors de la distribution des médicaments. La Médiateure ne souhaite à cet endroit pas faire de reproches au gardien concerné au vu de l'importance d'un pareil contrôle, surtout en matière de traitements de substitution et donc en matière de lutte contre la toxicomanie et de prévention de trafic illicite. Force est également de reconnaître que ce contrôle n'aurait probablement pas eu lieu en l'absence de l'initiative du gardien. Néanmoins, cette manière de procéder illustre le problème du respect du secret médical,

³² Rapport de suivi sur l'entrée du détenu en milieu carcéral et la santé en milieu carcéral, 2013, point 42, p. 23.

³³ Dossier D12839

traité plus en détail dans les rapports précédents, et évoque une question de responsabilité, alors que celle-ci ne devrait, en cas d'incident, pas être assumée par un gardien.

La Médiateure souhaite à cet endroit mentionner un autre dossier disciplinaire qui illustre l'existence de problèmes relatifs au respect du secret médical.

Ainsi, le rapport disciplinaire D11633 mentionne que « le 13.01.2014 le prévenu (...) a dû se soumettre à un test d'urine. Ce test s'est révélé positif au THC et négatif au BZO, alors qu'il aurait dû être positif au BZO ».

Ce n'est qu'après la déposition du détenu qu'une remarque est ajoutée au rapport, mentionnant qu' « *après avoir demandé à l'infirmier, le médecin (...) nous a confirmé que le médicament ZOLPIDEM ne donne pas de résultat positif sur BZO.* ».

Ce dossier montre que la procédure se fait à l'envers, dans le sens où, normalement, un détenu devrait être invité à se soumettre à un test de dépistage et que le résultat qui s'en dégage devrait être validé par l'infirmier et non que les gardiens concluent à un résultat déterminé du test en fonction des médicaments qu'ils voient éventuellement être distribués au détenu.

La validation d'un résultat par l'infirmier peut évidemment avoir lieu aussi bien en cas de test positif que négatif, notamment si le détenu est soupçonné de ne pas prendre ses médicaments et de participer à un trafic illicite.

La Médiateure ne saurait cependant tolérer que des conclusions hâtives soient tirées en fonction des médicaments distribués aux détenus.

Un autre dossier³⁴ faisait état de l'accumulation par un détenu de 57 comprimés de Risperdal. Si, d'un côté, le surdosage massif en Risperdal ne semble pas entraîner de risque léthal, il faut néanmoins considérer qu'il peut provoquer des symptômes somatiques et psychiatriques sérieux. D'un autre côté, l'absence de la prise de médicaments pendant un temps prolongé pendant lequel le traitement est médicalement indiqué peut avoir des conséquences néfastes pour la santé mentale du patient.

A côté de ces considérations, la Médiateure se demande comment il peut arriver que le service psychiatrique n'ait pas remarqué que le patient ne prenait pas les comprimés de Risperdal pendant un temps aussi prolongé, lui permettant d'accumuler 57 comprimés. Ou bien, son état ne s'est pas amélioré, voire même détérioré, ou bien, il faut se demander si un traitement par Risperdal était effectivement médicalement indiqué.

La Médiateure rappelle l'importance d'un contrôle de la prise effective des médicaments, du moins pour certaines catégories de médicaments, comme les traitements de substitutions ou encore les neuroleptiques. Elle répète qu'elle est d'avis qu'il n'incombe pas aux gardiens de réaliser le contrôle de la prise effective des médicaments administrés, mais que ce contrôle devrait être réalisé par les membres du service médical.

Elle rappelle également que, lorsque les gardiens consultent l'avis des membres du service médical pour interpréter un résultat à un test de dépistage, il importe que les personnes impliquées dans cet entretien veillent au respect du secret médical et ne demandent, respectivement ne donnent que les informations strictement nécessaires à la clarification de la situation.

³⁴ Dossier D12272

(65) Un autre dossier disciplinaire³⁵ a fait apparaître une problématique à laquelle il faudrait remédier d'une manière générale, même si la Médiateure n'a pas connaissance de cas similaires ou n'a pas été saisie de tels problèmes dans sa qualité de médiateur au sens de la loi du 22 août 2003.

Il s'agit d'une mesure disciplinaire qui a été prise suite au refus d'un détenu de regagner sa cellule. La Médiateure ne remet évidemment pas en cause le principe qu'il y ait une sanction dans un pareil cas de figure.

Néanmoins, la déposition du détenu, à la supposer conforme à la réalité, soulève un problème général au CPL. Le détenu indique en effet qu'il a été au tribunal le matin et qu'il a demandé pour cette raison de pouvoir participer à la promenade de l'après-midi, ce qui lui aurait été refusé.

Il expose qu'il fréquente, à une exception près, tous les matins l'école et qu'il ne peut de ce fait pas participer à la promenade. Le dimanche, il devrait également choisir entre aller à la messe ou participer à la promenade qui aurait lieu en même temps. Le détenu affirme également que des changements d'horaire de la promenade seraient accordés à d'autres détenus, mais pas à lui.

La Médiateure voit deux problèmes différents dans cette déposition.

Premièrement, la Médiateure rappelle que le droit à la sortie à l'air libre pendant une heure par jour est un droit qui doit être garanti à toute personne privée de liberté. Elle est consciente que la mise en place des promenades, du travail, des activités sportives, des cours à l'école demande une organisation importante qui doit tenir compte de nombreux facteurs et qu'il n'est donc pas chose aisée de concilier tous les impératifs à respecter.

Elle trouverait néanmoins inacceptable si des détenus étaient obligés de choisir entre la participation à la promenade et la fréquentation de l'école. Le même problème semble se poser avec la messe du dimanche, alors que l'exercice de sa religion est au même titre considéré comme un droit appartenant à chaque personne détenue.

Deuxièmement, le détenu concerné indique que des exceptions seraient faites pour d'autres détenus, donc qu'il y aurait des détenus à qui l'on autoriserait de participer à la promenade de l'après-midi lorsqu'ils en sont empêchés le matin. Si ces affirmations sont vraies, il est indéniable qu'il s'agit d'une discrimination non légitime et non acceptable.

La Médiateure recommande de revoir les horaires de la promenade ou de faire preuve d'une plus grande flexibilité afin de s'assurer que les détenus qui fréquentent régulièrement l'école puissent néanmoins participer à la promenade quotidienne. Dans toute la mesure du possible, ceci vaut également pour la messe du dimanche. Si le problème relatif à la fréquentation des cours pouvait être réglé, elle pourrait tolérer que le détenu doive choisir entre la messe et la promenade le dimanche, alors qu'il ne s'agirait alors que d'un seul jour par semaine où la personne pourrait éventuellement être privée de la sortie à l'air libre.

(66) Pendant l'analyse des dossiers disciplinaires, la Médiateure s'est heurtée plusieurs fois à des mesures disciplinaires prises à la suite de tests de dépistage positifs au THC, alors que les détenus affirmaient ne pas avoir fumé eux-mêmes, mais avoir été exposés à une consommation passive importante.

³⁵ Dossier D12231

La Médiateure a consulté les conclusions de plusieurs recherches scientifiques qui ont été menées à ce sujet depuis les années 1970 et qui ont tous affirmé la même chose. Un test urinaire peut, dans certaines circonstances, afficher un résultat positif en cas de consommation passive, mais il faudrait recourir à des tests très précis pour détecter un taux très faible de THC dans les urines.

Le seuil international retenu pour les tests habituels de dépistage est fixé à un niveau plus élevé afin d'éviter des faux positifs dus à une consommation passive. Les tests utilisés au CPL, conçus par l'entreprise *Nal Von Minden*, retiennent ce seuil international plus élevé comme seuil de dépistage, de sorte que les faux positifs au THC liés à une consommation passive peuvent être exclus³⁶.

La Médiateure ne remet donc pas en question les mesures disciplinaires prononcées.

II. Analyse des sanctions appliquées au CPG

(67) L'analyse des dossiers a permis de déterminer qu'en moyenne, une sanction est prononcée 5 jours après la constatation des faits.

Le délai est plus élevé et dépasse généralement 10 jours lorsqu'il s'agit d'infractions impliquant la consommation de stupéfiants pour lesquelles une analyse est réalisée au laboratoire. Néanmoins, au regard des données communiquées, il semblerait que le délai de réponse du laboratoire soit relativement court, de sorte que cette procédure à elle seule ne peut pas toujours expliquer les longs délais de la prise de décision.

La Médiateure recommande, tout comme elle l'a fait pour les sanctions prononcées au CPL, de tout mettre en œuvre pour qu'une mesure disciplinaire soit prononcée dans la semaine suivant les faits.

1. L'enquête menant à la prise de décision

(68) Également au CPG, le détenu mis en cause est toujours appelé par les adjudants-chefs pour faire une déposition et faire valoir son point de vue.

La Médiateure apprécie que le rapport disciplinaire mentionne toujours de manière claire les questions qui ont été posées au détenu avec ses réponses, ce qui permet de mieux retracer l'entretien mené et évite que des propos puissent être sortis de leur contexte.

(69) De manière générale, les dossiers analysés contenaient un compte-rendu d'incident, un rapport disciplinaire, une décision disciplinaire, le cas échéant un document renseignant sur la durée des travaux d'intérêt commun imputés au détenu et un relevé des mesures disciplinaires précédentes.

La Médiateure ignore si les dossiers qui lui ont été communiqués étaient tous complets ou si le CPG dispose encore d'autres éléments de documentation pour les infractions constatées. Elle a cependant noté qu'il était très rare que les dossiers contenaient des photographies permettant de documenter les infractions alléguées ou constatées.

³⁶ Voir notamment : La consommation passive de cannabis peut-elle générer un test de dépistage positif ? sur www.depistage-drogue.com/cannabis-passif-test-depistage-positif.

La Médiateure recommande de procéder systématiquement à la prise de photographies pouvant documenter les faits, notamment dans des dossiers liés à l'allégation de violences entre détenus ou impliquant des membres du personnel, la détérioration du matériel du CPG, le non-respect de l'hygiène ou la détention d'objets non-autorisés ou illicites. Cette procédure aurait l'avantage d'une plus grande transparence, mais aussi de mettre les responsables à l'abri de fausses contestations.

Lors de la prise de photographies, il devrait être veillé à établir autant que possible le lien entre le détenu et l'infraction qui lui est reprochée, notamment en identifiant ou bien la cellule du détenu ou l'objet photographié.

(70) Avant la prise de décision dans un dossier concernant la consommation de stupéfiants ou la consommation de médicaments non-prescrits, les détenus sont soumis à un test d'urines de dépistage au CPG.

Si un test de dépistage réalisé au CPG donne un résultat positif, un échantillon est envoyé au laboratoire. Ce n'est que lorsque les deux tests réalisés affichent un résultat positif qu'une procédure disciplinaire est déclenchée et que le détenu est entendu quant aux faits. Lorsque le détenu conteste les deux résultats, il peut demander qu'un deuxième échantillon soit, à ses frais, envoyé au laboratoire.

La Médiateure apprécie cette procédure et le contrôle réalisé par l'analyse faite au laboratoire. Elle souligne son importance surtout lorsque le détenu concerné conteste le résultat du test. Les dossiers communiqués contenaient une référence vers les résultats du test réalisé par le laboratoire.

La Médiateure recommande, tout comme elle l'a fait dans le chapitre consacré au CPL, de montrer le résultat du test du laboratoire au détenu, voire de lui donner une copie, surtout s'il avait contesté le résultat des premiers tests réalisés. Si le détenu a demandé une deuxième analyse et a dû prendre en charge les frais occasionnés par l'analyse au laboratoire, le détenu devrait en plus recevoir une facture y relative.

(71) Le délai entre différents tests de dépistage réalisés peut être très court.

La Médiateure renvoie à ses développements faits au chapitre précédent sur la durée de dépistage des différentes substances.

En analysant les dossiers du CPG, la Médiateure a toutefois pu observer que le compte-rendu d'incident lié à la consommation de stupéfiants contenait toujours une référence au résultat du test précédent du détenu. Ceci permet aux responsables du CPG d'apprécier si le résultat positif du test de dépistage peut être le résultat d'une consommation précédente qui a déjà été sanctionnée ou si le taux a augmenté depuis le dernier test, prouvant ainsi qu'il y a eu une nouvelle consommation entre les deux tests.

Elle a pu constater que cette manière de procéder a permis de classer certains dossiers, alors qu'une nouvelle consommation ne pouvait pas être établie de manière certaine.

La Médiateure félicite le CPG pour cet exemple de bonne pratique.

(72) Dans certains dossiers liés à des tests de dépistage positifs, les détenus ont déposé qu'ils prenaient des médicaments prescrits par les médecins exerçant au CPG.

Dans quelques dossiers, il a été clairement renseigné que des informations ont été sollicitées auprès du service médical pour éclairer la situation.

La Médiateure souligne que, pour préserver au maximum le secret médical, les agents procédant à l'entretien avec le service médical ne devraient pas obtenir les informations précises sur les médicaments administrés, ni sur les raisons du traitement, mais uniquement un renseignement sur le fait si le résultat du test peut être expliqué par un traitement mis en place ou non.

Dans le but de prévenir des sanctions non justifiées, la Médiateure recommande de recueillir systématiquement ces renseignements auprès du service médical, lorsque le test affiche un résultat positif, notamment au BUP ou BZO et aux opiacés lorsque le détenu nie consommer des stupéfiants, mais affirme prendre des médicaments.

Les personnes impliquées devraient veiller au respect du secret médical et ne demander, voire donner que les informations strictement nécessaires à la clarification de la situation.

2. Les motifs de la sanction

(73) Les comportements susceptibles d'être sanctionnés par une mesure disciplinaire sont exposés dans le règlement interne du CPG qui renseigne également sur les sanctions qui peuvent être appliquées.

Différentes observations à ce sujet ont déjà été faites dans la partie dédiée à l'analyse de conformité de ces dispositions avec les normes internationales existant en la matière.

La Médiateure rappelle qu'il est indispensable d'appliquer un système disciplinaire transparent, basé sur des règles claires et prévisibles, permettant aux détenus de connaître les comportements prohibés et les conséquences en cas de transgression.

Si le règlement interne précise les règles de conduite que les détenus doivent respecter, la Médiateure constate, tout comme au CPL, que les dispositions ne contiennent pas de précisions sur les sanctions qui peuvent être prises en réponse à une infraction donnée. Ceci rendrait le système appliqué plus transparent et le mettrait davantage à l'abri de réclamations fondées ou non, occasionnées par une impression d'arbitraire, d'impuissance et d'injustice.

La Médiateure recommande également aux responsables du CPG de s'inspirer du système appliqué en France qui classe les fautes disciplinaires en plusieurs degrés d'infractions, selon leur nature et leur gravité. Cette classification permet alors de déterminer les sanctions, alors qu'elle indique généralement le maximum de la peine applicable. Il est pour le surplus à relever positivement que ces dispositions ont été intégrées dans le Code de la procédure pénale, ce qui leur contribue encore davantage un caractère transparent.

(74) La Médiateure a pu constater qu'il arrive que des détenus soient sanctionnés pour non-respect de la loi anti-tabac. Au CPG, le règlement interne prévoit en effet qu'il n'est permis de fumer dans sa cellule qu'après 22h00.

La Médiateure est consciente que la situation des détenus au CPG n'est guère comparable en ce point à celle des détenus au CPL, alors que les détenus du CPG sont plus souvent à l'extérieur des bâtiments de détention et que les détenus-fumeurs ont dès lors plus de possibilités de fumer pendant la journée à l'extérieur de leur cellule.

Elle souligne également qu'elle soutient toute initiative visant à promouvoir la santé et le non-tabagisme.

Elle a cependant des difficultés à suivre le raisonnement derrière cette réglementation et donne à penser que le fait de motiver et d'expliquer cette procédure aux détenus pourrait améliorer l'adhérence des détenus à cette règle et en favoriser le respect.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements à cet égard.

3. Les situations particulières

(75) Tout comme pour le CPL, la Médiateure souhaite traiter quelques aspects particuliers de la procédure disciplinaire, voire de la sanction prononcée, alors que l'analyse des dossiers communiqués n'a pas permis de dégager des règles claires à cet égard.

Il s'agit des modalités de traitement de la récidive, de la tentative, mais aussi des modalités d'octroi d'un sursis.

De manière générale, la Médiateure constate que la récidive n'est que très rarement mentionnée de manière explicite dans les décisions disciplinaires, même s'il lui semble qu'une gradation dans la sévérité des sanctions prononcées puisse être déterminée.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les modalités d'application de la récidive, de la tentative et du sursis.

En tout état de cause, elle recommande de mentionner ces éléments de manière explicite dans les comptes rendus d'incident ou dans les décisions disciplinaires, de sorte à rendre la mesure appliquée la plus transparente possible.

4. Les sanctions

(76) Les sanctions qui peuvent être prononcées à l'égard des détenus du CPG sont reprises par le règlement interne. Ainsi, le règlement précise que peuvent être décidées les mesures disciplinaires suivantes :

« En fonction des circonstances et de la gravité du cas, vous risquez l'une ou plusieurs de ces sanctions :

- une réprimande,*
- un retrait de tout ou d'une partie des récompenses accordées,*
- une privation de radio en cellule,*
- un retrait de tout ou d'une partie des articles de la cantine*
- une suppression pendant 6 mois maximum de la possibilité de recevoir des aides de l'extérieur (argent, nourriture,...),*
- un déclassement de régime (régime cellulaire ou régime de visite),*
- un déclassement ou un changement d'emploi,*
- un renvoi temporaire ou définitif d'un atelier,*
- une interdiction de participer à toutes ou à une partie des activités en commun,*

- un transfert du CPG vers le CPL ».

Parmi les dossiers analysés, la sanction qui est le plus souvent appliquée est le déclassement de régime et plus particulièrement le régime de visite, dans le sens que les détenus sont privés des visites, voire de sorties du dimanche à une ou plusieurs reprises.

Le plus souvent, il s'agit d'un déclassement en catégorie 1 de visites, ce qui se traduit par une limitation des visites au dimanche de 14h00 à 16h30, à la salle de visite au CPG et non par des sorties à l'extérieur les dimanches de 10h30 à 16h00.

La Médiateure souligne l'importance du maintien des relations familiales, surtout pour les détenus du CPG, pour lesquels le travail de réinsertion est, au vu de la durée de peine restante souvent assez réduite, primordial. Elle comprend néanmoins que des mesures doivent être prises lorsque les règles liées à ces visites ne sont pas respectées.

Elle encourage les responsables du CPG de ne prononcer cette sanction que lorsque l'infraction constatée est en lien direct avec les visites ou les sorties accordées.

(77) Le non-respect des modalités de visite donne très régulièrement lieu à des mesures disciplinaires, que ce soit pour des raisons de consommation de stupéfiants ou d'alcool pendant la sortie ou pour des raisons de retour tardif au CPG.

La Médiateure a examiné de plus près ces sanctions et elle est d'avis, du moins en fonction des données qui lui ont été communiquées, qu'il existe une certaine incohérence voire du moins, un manque de transparence dans la prononciation de ces sanctions.

En ce qui concerne la consommation d'alcool ou de stupéfiants pendant la sortie, la Médiateure n'a pas pu déterminer de ligne directrice permettant de dégager une certaine logique ou cohérence dans les sanctions prononcées qui varient entre le déclassement de régime de visite pour 1 à 4 dimanches, avec parfois une partie sur sursis.

La quantité d'alcool consommée ne semble pas être un facteur déterminant pour la gravité de la sanction prononcée. La Médiateure suppose que le facteur de la récidive intervient dans la prise de décision, mais les documents relatifs à la prise de décision ne contiennent aucune référence à la récidive ou à des circonstances atténuantes éventuellement retenues.

La Médiateure demande à obtenir de plus amples renseignements sur ce sujet et invite les responsables du CPG à faire entrer plus de transparence dans ces décisions et dans la manière dont elles sont communiquées aux détenus concernés.

(78) La Médiateure ne peut pas non plus dégager de différence significative entre les sanctions prononcées pour consommation d'alcool et celles infligées pour consommation de stupéfiants, notamment de cannabis. Si elle peut comprendre que les responsables du CPG soient soucieux de contrôler et de limiter la consommation d'alcool des détenus, la Médiateure donne toutefois à penser que la consommation de cannabis est, contrairement à la consommation d'alcool, illégale et devrait de ce fait être plus lourdement sanctionnée.

La Médiateure constate pour le surplus qu'il arrive que des détenus soient punis pour des taux très faibles d'alcoolémie, se situant aux alentours de 0,1 à 0,2 ‰, voire même encore en-dessous.

Dans le cadre d'une plus grande adéquation à la vie dans la société, la Médiateure pourrait imaginer, uniquement en ce qui concerne le CPG, et exclusivement pour les détenus bénéficiant d'une sortie autorisée, voire de la semi-liberté un système qui ne les pénaliserait plus s'ils affichent un taux d'alcoolémie inférieur ou égal à 0,5‰.

Par sortie autorisée il faudrait entendre une sortie accordée pendant la fin de semaine ou un autre jour, à titre privé et ayant le caractère d'une récompense.

La Médiateure exclurait cependant de cette faveur les détenus éprouvant un problème de dépendance à l'alcool actuel ou passé connu ou qui ont commis des infractions en état d'ébriété.

(79) La consommation de stupéfiants en tant que telle semble également entraîner des sanctions de gravités différentes. Les documents transmis n'ont pas permis d'éclairer la situation et de déterminer si des circonstances atténuantes peuvent éventuellement être prises en compte ou si le détenu doit toujours avoir consommé à plusieurs reprises avant d'être transféré au CPL.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les critères qui sont pris en compte dans la détermination de la sanction pour consommation de stupéfiants, sur le site du CPG et lors d'une sortie autorisée.

(80) Une autre catégorie de sanctions, pour laquelle la Médiateure a des difficultés à dégager une logique cohérente dans la répression est la sanction pour retour tardif au CPG après une sortie autorisée.

La Médiateure n'a pas réussi de dégager une ligne directrice, ni en fonction de la durée du retard, ni en fonction de l'information préalable du CPG.

A titre d'exemple, la Médiateure voudrait mentionner trois exemples de dossiers menant à des répressions différentes.

Dans le premier dossier³⁷, le détenu est sanctionné pour être rentré au CPG avec 16 minutes de retard avec le déclassement de régime en visite cat. 1 pour un dimanche.

Dans un autre dossier³⁸, le détenu a téléphoné au CPG pour prévenir de son retard 10 minutes avant l'heure prévue de retour et est finalement rentré au CPG avec 1h15 de retard. Il a été sanctionné avec une réprimande.

Dans le troisième dossier³⁹, le détenu a prévenu 35 minutes à l'avance et est rentré au CPG avec un retard de 47 minutes. L'affaire a été classée, sans prononcer de sanction.

³⁷ n° CR 7431

³⁸ Pas de numéro CR, Dossier F.S. 140312

Il est à souligner que, dans les trois dossiers, un test d'alcoolémie a été réalisé qui s'est, dans les trois cas, avéré négatif. Les trois détenus ont été sanctionnés dans le passé pour consommation d'alcool pendant un congé pénal, mais pas pour retour tardif au CPG.

La Médiateure part de l'idée que le fait de prévenir le CPG diminue la sévérité de la sanction prononcée. Elle se pose néanmoins des questions si un retard non annoncé de 16 minutes (selon les dires du détenu, à cause d'un nouveau gsm non encore mis en route) est réellement tellement plus grave qu'un retard de plus d'une heure, mais annoncé 10 minutes avant le retour prévu.

Ces dossiers ne sont que des exemples parmi d'autres et ne sont destinés qu'à illustrer les questionnements que ces dossiers évoquent, sans que la Médiateure ne souhaite obligatoirement recevoir des précisions sur ces dossiers.

La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements, d'une manière générale, sur les critères qui sont pris en compte pour la prononciation d'une sanction pour retour tardif au CPG après une sortie autorisée.

(81) Également pour une autre catégorie d'infractions, la Médiateure n'a pas réussi à identifier une ligne directrice dans la détermination des sanctions prononcées, à savoir l'atteinte à l'hygiène.

La Médiateure approuve le principe que le respect de l'hygiène aux enceintes du CPG et dans les cellules soit contrôlé et que le non-respect des règles d'hygiène soit sanctionné. Elle souligne régulièrement que le respect de l'hygiène de soi et de son environnement est un signe de respect envers les autres, mais également envers soi-même. Elle estime que l'hygiène est un aspect important au regard de la santé des détenus et de celle des gardiens et des autres personnes appelées à entrer dans les lieux.

De manière générale, la Médiateure a pu se rendre compte que le non-respect des règles d'hygiène est sanctionné à la troisième reprise. Elle approuve cette procédure, à condition que les détenus soient clairement informés au moment de la commission des deux premières transgressions. De même les détenus doivent à ce moment être informés qu'une troisième transgression des règles d'hygiène entraînera une procédure disciplinaire.

Elle a néanmoins pu noter que certains dossiers semblent avoir été classés, ou du moins ne contiennent aucune référence d'une sanction qui aurait été prononcée⁴⁰.

Elle regrette que les dossiers transmis ne contiennent aucune information sur l'état de la cellule, voire la gravité du manquement au règlement.

La Médiateure souhaite obtenir des informations précises sur les critères retenus pour prononcer une sanction en matière d'hygiène.

Pour instaurer une plus grande transparence, elle recommande de documenter les transgressions et de procéder à la prise de photographies lorsque des manquements aux règles d'hygiène sont constatés.

³⁹ Pas de numéro CR, Dossier S. F. Y. 140206

⁴⁰ P.ex. dossiers CR n° 7536, dossier sans numéro CR : L.A. 141002

(82) La Médiateure souhaite rappeler que le principe de proportionnalité doit être respecté dans toute décision entraînant une mesure disciplinaire. De même, elle souhaite souligner que le recours à des modes alternatifs de résolution de conflit devrait être promu. Dans cet ordre d'idée, elle apprécie que la sanction de travaux dans l'intérêt collectif peut être appliquée et que la sanction prononcée peut prévoir de présenter des excuses écrites ou orales à la personne ayant subi un tort.

La Médiateure renvoie à ses développements faits dans les sections dédiées à l'analyse de conformité du droit interne avec les normes internationales et à l'analyse des sanctions du CPL et recommande de réfléchir à la mise en place d'une offre de médiation en cas de transgressions disciplinaires. Cette méthode devrait pouvoir fonctionner aussi bien dans des différends opposant les détenus entre eux que les détenus et les membres du personnel. Il est évident que le recours à la médiation doit se faire sur base volontaire de toutes les personnes impliquées.

(83) La Médiateure a constaté que certaines décisions disciplinaires contiennent une remarque indiquant que la sanction prononcée serait à considérer comme « dernier avertissement » et qu'au prochain incident lié notamment à la consommation ou la détention d'alcool ou de stupéfiants, le transfert au CPL serait proposé.

La Médiateure approuve cette manière de procéder, sous condition, évidemment, que le détenu soit clairement informé de cette décision de « dernier avertissement » et que les conditions à respecter lui soient exposées de manière non équivoque.

5. La mise en œuvre des sanctions

(84) Tout comme c'est le cas pour les mesures disciplinaires prononcées au CPL, le principe de la mise en œuvre des sanctions est l'exécution immédiate.

La Médiateure renvoie à ses observations et recommandations faites à cet égard au titre du CPL.

6. Autres constats

Cette partie reprend une problématique qui s'est présentée de manière isolée, mais qui touche une question de principe et un sujet qui s'éloigne un peu du système disciplinaire proprement dit.

(87) La Médiateure voudrait mentionner un dossier dans lequel un détenu est puni pour la détention d'un gsm non autorisé. La sanction prononcée est le déclassement de régime et plus précisément en le transfert du Pavillon 3 au bâtiment O et ceci « à durée indéterminée ».

La Médiateure rappelle les principes de la transparence, de la prévisibilité et de la proportionnalité des sanctions prononcées. Elle pourrait comprendre que la durée n'est pas prévisible, alors qu'elle peut éventuellement dépendre de plusieurs éléments et récompenses qui sont accordées au détenu en fonction de son comportement.

Elle est néanmoins d'avis qu'une sanction prononcée « à durée indéterminée » peut avoir un effet contreproductif et qu'il serait mieux d'indiquer clairement au détenu quelles sont les attentes face à son comportement pour que la sanction puisse être modifiée.

La Médiateure recommande d'éviter autant que possible de recourir à des sanctions prononcées à durée indéterminée et de privilégier d'indiquer un terme précis de la sanction au détenu, même s'il convient, le cas échéant, d'expliquer au détenu que ce terme peut varier en fonction de son comportement au sein du CPG et lors de ses congés.

(88) Un argument que les détenus avancent régulièrement dans leurs dépositions relatives aux raisons d'un retour tardif au CP est le fait qu'ils ont raté une connexion des transports en commun.

La Médiateure doit constater que les connexions existantes pour arriver à Givenich sont en effet très mauvaises et que les détenus dépendent souvent d'autres personnes pour pouvoir être reconduits au CPG.

La Médiateure est au courant que le CPG peut, en cas de demande, organiser une navette pour les visites qui ont lieu sur le site du CPG. La Médiateure a également pu constater que le CPG déploie des moyens pour récupérer un détenu, par exemple à la gare de Wasserbillig, lorsque celui-ci est déjà en retard et qu'il n'y a plus de connexions disponibles pour arriver au CPG.

La Médiateure a consulté les plans de transport des connexions vers Givenich et a pu se rendre compte que celles-ci sont largement insuffisantes, voire même inexistantes pour les horaires de visite les dimanches.

(89) La Médiateure fait un appel aux responsables politiques concernés de mettre en place un réseau de transports publics permettant des connexions utiles vers Givenich, même pendant les fins de semaine.

Elle recommande de se concerter avec les responsables du CPG pour déterminer les besoins réels afin de mettre en place une solution efficace, tout en évitant des coûts inutiles.

III. Traitement alternatif dans l'exécution des peines privatives de liberté

Des mots contre les maux

La Médiateure se rallie aux règles suivantes de la recommandation Rec(2006)2 du Conseil de l'Europe visant à introduire la médiation dans les lieux privatifs de liberté :

56.1 Les procédures disciplinaires doivent être des mécanismes de dernier ressort.

56.2 Dans toute la mesure du possible, les autorités pénitentiaires doivent recourir à des mécanismes de restauration et de médiation pour résoudre leurs différends avec les détenus et les disputes entre ces derniers.

70.2. Si une médiation semble appropriée, elle devrait être envisagée en premier lieu.

En collaboration avec le CPL et le CPG, la Médiateure recommande de renforcer la formation à la communication constructive et au traitement des conflits, visant à démontrer les impacts des comportements sur les relations et améliorer celles-ci au sein des lieux clos. Cette formation doit s'adresser au personnel du CPL et du CPG, mais également, sous une forme adaptée, aux détenus.

(86) La Médiateure se propose de collaborer activement à la formation des détenus en la matière. Elle souligne qu'elle donne déjà des cours de formation en médiation à l'Institut National d'Administration Publique.

La Médiateure estime que cette recommandation devrait également trouver son application au sein du CSEE.

Une approche préventive, favorisant la communication constructive et des techniques de dé-escalation devraient conduire à terme à un climat plus serein en matière d'exécution des peines et à une réduction des infractions disciplinaires.

Luxembourg, le

Lydie ERR

Contrôleure externe des lieux privatifs de liberté

Ombudsman

La Médiatrice du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

AVIS

Le projet de loi 7041

**portant réforme de l'exécution des peines
en modifiant:**

- **le Code d'instruction criminelle;**
- **le Code pénal;**
- **la loi modifiée du 7 mars 1980 sur
l'organisation judiciaire, et**
- **la loi modifiée du 29 avril 1999
portant création d'un droit à un
revenu minimum garanti**

Art. 674. (1) Le procureur général d'Etat peut décider d'exécuter une peine privative de liberté inférieure ou égale à six mois sous forme de travail d'intérêt général non rémunéré, selon les dispositions de l'article 22 du code pénal.

La Médiateure salue l'introduction de la possibilité réservée au Procureur général, respectivement à son délégué, de convertir une peine d'emprisonnement en travail d'intérêt général non rémunéré.

Cette possibilité était jusqu'alors réservée aux juridictions de fond, mais elle cadre parfaitement avec la logique de privilégier plus fortement les peines alternatives à l'emprisonnement.

Art. 675. (1) Le procureur général d'Etat, avant de prendre sa décision quant à l'exécution d'une peine privative de liberté, peut convoquer la personne condamnée pour un entretien. Elle peut se faire assister par un avocat.

Il s'agit-là d'un changement important introduit par le projet sous examen. La Médiateure salue l'introduction du principe du contradictoire également en matière d'exécution des peines.

Elle estime cependant qu'il serait souhaitable que le Procureur général, ou en pratique son délégué convoque sur leur demande toute personne condamnée à une peine privative de liberté à un entretien. Pour des raisons pratiques, la Médiateure est d'avis que les personnes se trouvant en détention préventive au moment de la condamnation à une peine privative de liberté ne devraient pas obligatoirement être convoquées, sauf demande expresse, respectivement celle de leur avocat ou à l'initiative du Procureur général.

Art. 678. (1) Pour les peines privatives de liberté supérieures à quatre ans, les mesures prévues aux articles 679 à 690 sont prises par le procureur général d'Etat de l'accord d'une commission comprenant, outre le procureur général d'Etat, un magistrat du parquet de Luxembourg et un magistrat du parquet de Diekirch.

La Médiateure salue l'élargissement des compétences du Procureur général en la matière. En effet, sous l'empire de la nouvelle loi, le Procureur général, voire son délégué décide dorénavant seul sur les modalités d'exécution des peines privatives de liberté d'une durée allant jusqu'à 4 ans ce qui constitue un changement capital par rapport au système actuellement en vigueur qui ne leur accorde cette compétence que pour des peines privatives de liberté allant jusqu'à deux ans..

Ceci permettra d'évacuer de nombreuses décisions d'une manière plus rapide et plus efficace, sans encombrement procédural superflu. Le dédoublement de la durée des peines privatives de liberté tombant dorénavant sous la seule compétence du Procureur général est utilement accompagné par la nouvelle possibilité de faire appel contre les décisions prises devant une juridiction spécialement conçue à cet effet.

Il est très difficile de se prononcer sur la question si cette nouvelle procédure produira à terme une réelle valeur ajoutée. Si d'un côté elle permettra de traiter les affaires avec plus de rapidité et par une personne hautement spécialisée en la matière, il n'en est pas moins que le texte attribue des pouvoirs considérables à une seule personne. En ce sens, le droit d'appel est également un élément novateur à saluer.

Art. 679. (1) Les peines privatives de liberté inférieures ou égales à un an peuvent être exécutées par fractions d'une durée minimale d'un mois chacune. Pour des peines inférieures ou égales à trois mois, l'exécution peut même se faire par journées séparées pendant les fins de semaines, les jours fériés et la période de congés annuels.

La Médiateure propose d'élargir les possibilités accordées par l'article 679(1) du code d'instruction criminelle aux peines privatives de liberté résiduelles d'une durée inférieure ou égale à un an.

Cette manière de procéder pourrait démontrer toute son utilité dans le difficile processus de réintégration sociale et familiale, notamment après une peine privative de liberté assez longue.

Art. 683. Le congé pénal constitue une autorisation de quitter le centre pénitentiaire, soit pendant une partie de journée, soit pendant des périodes, consécutives ou non, de vingt-quatre heures, ce temps comptant pour la computation de la durée de la peine.

La Médiateure salue la suppression du critère de résidence comme facteur d'éligibilité au droit à un congé pénal.

Art. 684. (1) Un congé pénal peut être octroyé:

(...)

(2) Dans des cas exceptionnels et urgents, des dérogations à ces périodes peuvent être accordées pour des motifs d'ordre médical, socio-familial ou professionnel.

La Médiateure s'interroge sur le cas particulier des étrangers qui doivent se déplacer en personne auprès de l'Ambassade ou du Consulat de leur pays d'origine afin d'obtenir des documents d'identité, de les prolonger ou de solliciter d'autres documents officiels dont la production leur est demandée par des autorités luxembourgeoises.

Cette situation arrive régulièrement et il serait préférable de mentionner les cas précis dans le projet dont objet. La Médiateure donne également à penser que les modalités de ces sorties et les questions relatives à l'accompagnement ainsi que les responsabilités et compétences des différents intervenants devraient être clarifiées en droit interne.

Section VIII.- Le placement sous surveillance électronique

La Médiateure salue que le placement sous surveillance électronique trouve enfin une base légale appropriée.

Art. 698. (1) La chambre de l'application des peines siège en chambre du conseil. Elle statue en formation collégiale de trois magistrats et est assistée d'un greffier. Dans tous les cas le ministère public est entendu en ses réquisitions. Le prononcé a lieu en audience publique. Les décisions sont communiquées aux parties.

La Médiateure estime que l'article 698(1) devrait prévoir qu'à l'instar du Ministère public, le détenu et/ou son avocat soient également entendus dans tous les cas en leurs moyens et explications.

Dans la même logique, la Médiateure n'est pas d'accord avec la teneur actuelle de l'article 702 du même code aux termes duquel : « *Art. 702. (1) Si la chambre de l'application des peines estime qu'il y a lieu d'entendre le condamné, elle ordonne sa comparution à une audience. Elle peut également décider d'entendre toute autre personne.* »

Ici encore, la Médiateure estime que le détenu ou son avocat devrait être entendu d'office.

Art. 705. Aucun recours ni pourvoi en cassation n'est admissible à l'encontre des arrêts de la chambre de l'application des peines.

La Médiateure comprend parfaitement la nécessité de limiter les moyens de recours au raisonnable afin d'éviter d'éventuels abus.

Néanmoins, elle connaît des cas de difficultés dans l'exécution d'une peine privative de liberté, tenant notamment à des lectures divergentes des textes régissant la matière entre le Procureur général et l'avocat de la personne condamnée.

La Médiateure suggère dès lors de prévoir la possibilité d'un recours en cassation contre les décisions prises en matière d'exécution des peines dont le bien-fondé est formellement contesté en droit.

AVIS

Le projet de loi 7042

portant réforme de l'administration pénitentiaire et

- 1) modification - du Code pénal ; - du Code d'instruction criminelle ; - du Code de la sécurité sociale ; - de la loi du 3 avril 1893 concernant l'approbation de la fondation Theisen à Givenich ; - de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie ; - de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat ; - de la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé "centre hospitalier neuropsychiatrique" ; - de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ; - de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la police et l'inspection générale de la police ; - de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, - de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois,
- 2) ainsi que 2) abrogation - de la loi modifiée du 21 mai 1964 portant 1. réorganisation des établissements pénitentiaires et des maisons d'éducation ; 2. création d'un service de défense sociale ; - de la loi du 4 avril 1978 ayant pour but d'habiliter le personnel du service de garde des établissements pénitentiaires à exercer certaines attributions de police générale

Article 3(3)

La Médiateure se félicite que principe du respect de la dignité humaine ait trouvé son entrée dans le projet de loi. Ceci correspond à une recommandation qu'elle avait émise au titre de l'article 4 (2) du projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire du 19 février 2013 (page 6).

La Médiateure partage la motivation du ministère telle qu'elle figure au commentaire des articles.

La Médiateure répète qu'il s'agit d'un principe fondamental qui devrait être d'application générale en matière de privation de liberté.

Ce principe est explicitement mentionné par les Règles de Mandela dont il constitue la première Règle.¹

Articles 7 et 19

La Médiateure renvoie à cet égard son avis relatif au projet de loi 6382. Elle considère en effet que dans certaines hypothèses, la présence de condamnés devrait être possible au sein du CPU, de même que des prévenus devraient pouvoir être placés au CPL.

En effet, il est possible que les limitations spécifiques auxquelles les prévenus sont soumis notamment en matière de communication rendent difficile l'exécution de certaines tâches importantes nécessitant une grande liberté de mouvement et présupposant des contacts fréquents avec d'autres détenus. Il s'agit notamment du service de la corvée intérieure, de celui de la corvée extérieure et de la bibliothèque.

La Médiateure estime qu'il est important de pouvoir admettre des prévenus au CPL. Elle développe son argumentaire à cet égard plus loin au titre de l'article 21(3) prévoyant la mise en place d'un plan volontaire de traitement.

Elle rappelle à ce sujet qu'un transfèrement flexible doit toujours être possible pour les détenues condamnées entre le CPL et le CPG pour des raisons inhérentes au faible nombre de personnes concernées et de leur cohabitation forcée pendant très longtemps dans un espace assez confiné.

Article 17

La Médiateure salue la mise en place proposée d'un comité de concertation pénitentiaire. La composition proposée reflète bien les différents acteurs impliqués avec leurs compétences respectives.

Comme il s'agit d'un organe qui sera chargé de la coordination de toutes les questions d'ordre individuel ou général ayant trait à la mise en œuvre des missions visées aux articles 1^{er} (2) et 3 du projet de loi dont objet, les décisions de ce comité concernent avant tout les compétences relevant du du Contrôle externe des lieux privés de liberté.

La Médiateure propose dès lors, dans l'intérêt d'une collaboration en amont et en application d'une démarche préventive, qu'un membre de son équipe de contrôle devienne, fut-ce avec voix consultative, membre de ce comité.

¹ Résolution 70/175 adoptée par l'Assemblée générale le 17 décembre 2015. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), document A/RES/70/175, page 8/35, point I.

La Médiateure rappelle à ce sujet que l'action préventive constitue l'essence-même de la mission des Mécanismes Nationaux de Prévention.²

Article 18

La Médiateure a déjà commenté ces dispositions dans son avis sur le projet de loi 6382 (article 4(4)).

Le projet de loi 7042 tient en grande partie compte de cet avis, reproduit ici en partie :

« En tout premier lieu, cet article vise à déterminer la transmission de certaines données sensibles et surtout personnelles du détenu à l'administration pénitentiaire.

Il s'agit en l'occurrence de l'extrait de leur casier judiciaire (bulletin 1 ou 2) et de leur dossier pénal.

La nécessité de la transmission du casier judiciaire à l'administration pénitentiaire peut se justifier parfaitement pour des raisons de sécurité interne des établissements pénitentiaires. En effet, en l'absence de toute information, il est impossible à l'administration pénitentiaire d'évaluer le degré de dangerosité d'un prévenu, surtout si celui-ci n'a pas séjourné auparavant dans un établissement pénitentiaire national. La transmission d'un extrait de son casier judiciaire constitue dès lors, du moins lors des premières semaines de détention, le seul moyen objectif d'évaluer le danger émanant potentiellement d'un détenu.

Le problème de la transmission de données s'avère plus complexe en ce qui concerne le dossier pénal. Il doit être entendu que le respect du secret de l'instruction ne saurait être mis en cause. Il est dès lors évident que la transmission d'un dossier pénal, dans son intégralité, ou par extraits, ne saurait se faire qu'après la condamnation définitive du détenu.

Force est de relever qu'il semble être constant que le SPSE ait des difficultés pour obtenir des extraits d'un dossier pénal d'un détenu, mis à part le jugement ou l'arrêt définitif. L'expérience pratique semble démontrer qu'il en est autrement en ce qui concerne le SCAS, qui, contrairement au SPSE faisant partie de l'administration pénitentiaire, tombe sous la compétence du Procureur Général d'Etat et fait partant partie intégrante de l'administration judiciaire.

La Médiateure considère, après avoir mené plusieurs missions en milieu pénitentiaire, qu'un travail pénologique correct, basé sur des faits objectivement vérifiables et non seulement sur les dires d'un détenu, ne saurait se faire qu'à condition de disposer d'une vue d'ensemble sur les antécédents pénaux de la personne en cause, ce qui inclut le casier judiciaire et du moins l'ensemble des décisions judiciaires prises à son encontre dans le dossier qui a mené à sa condamnation actuelle. Seules ces informations permettent aux agents du SPSE d'asseoir leur travail sur des bases certaines et de procéder à l'adaptation individuelle du traitement pénologique qui est de mise.

Les termes de la future loi devraient dès lors permettre au moins l'échange de ces informations. La Médiateure fait également sienne l'argumentation du Conseil d'Etat qui

² OPCAT, article 1^{er} : Le présent Protocole a pour objectif l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

plaide pour une transmission facilitée, sur simple demande à adresser au Procureur Général d'Etat. »³

Article 21 (3)

La Médiateure approuve la mise en place d'un plan volontaire d'insertion.

Il s'agit d'un outil intéressant, susceptible d'augmenter considérablement les chances d'un détenu à une réintégration sociale après sa sortie de prison grâce à un renforcement qualitatif du travail de réhabilitation. La Médiateure rappelle à ce sujet la Règle 4 des Règles de Mandela. : *« Les objectifs des peines d'emprisonnement et mesures similaires privant l'individu de sa liberté sont principalement de protéger la société contre le crime et d'éviter les récidives. Ces objectifs ne sauraient être atteints que si la période de privation de liberté est mise à profit pour obtenir, dans toute la mesure possible, la réinsertion de ces individus dans la société après leur libération, afin qu'ils puissent vivre dans le respect de la loi et subvenir à leurs besoins.*

2. À cette fin, les administrations pénitentiaires et les autres autorités compétentes doivent donner aux détenus la possibilité de recevoir une instruction et une formation professionnelle et de travailler, et leur offrir toutes les autres formes d'assistance qui soient adaptées et disponibles, y compris des moyens curatifs, moraux, spirituels, sociaux, sanitaires et sportifs. Tous les programmes, activités et services ainsi proposés doivent être mis en œuvre conformément aux besoins du traitement individuel des détenus. »

Le projet de loi prévoit que l'élaboration individuelle d'un tel plan commence dès la condamnation définitive du détenu concerné. La Médiateure comprend l'intention du législateur tendant à limiter l'établissement d'un tel plan aux seuls condamnés pour éviter ainsi des efforts inutiles en cas d'acquiescement d'un prévenu ou de sa mise en liberté provisoire pour une période prolongée.

La Médiateure estime cependant qu'il serait dans l'intérêt d'un travail de réhabilitation de qualité de prévoir la mise en place d'un tel plan aussi tôt que possible.

Elle suggère dès lors d'entamer la phase préalable à la mise en place définitive du plan, du moins les phases de la récolte de données, de la désignation d'un agent responsable, de l'accord du détenu et de la constitution d'un dossier devraient pouvoir être accomplis dès l'octroi du régime B ou au plus tard au moment du renvoi de l'affaire devant le juge du fond.

Une telle procédure permettrait, ensemble avec l'article 7 1. a) du présent projet de loi qui autorise expressément le transfert de prévenus au CPL dans l'intérêt de la mise en œuvre de leur plan volontaire de réinsertion, de commencer le travail de réhabilitation aussi tôt que possible.

Ceci permettrait d'entamer la mise en œuvre du plan à un stade précoce, immédiatement après le transfert au CPL. Une telle mesure se justifie avant tout en ce qui concerne les peines privatives de liberté d'une durée plus limitée, nettement plus fréquentes que les peines longues.

Le danger de récidive est très important parmi les détenus condamnés à des peines privatives de liberté assez courtes, prononcées souvent pour des faits de consommation ou de trafic de stupéfiants. Il est notoire que cette catégorie de détenus, souvent jeunes, affiche un manque manifeste de formation et ne dispose que de très faibles chances de trouver un emploi stable. Leur temps d'incarcération pourrait être mis à leur profit.

³ Avis de la Médiateure sur le projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire et le projet de règlement grand-ducal portant notamment organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires du 19 février 2013, pages 6 et ss.

Quant au transfert de prévenus au CPL, la Médiateure rappelle son avis sur le projet de loi 6382, qui se présente comme suit :

« Comme il est dans l'intérêt manifeste du détenu d'entamer son traitement pénologique dès que possible et comme les infrastructures nécessaires à cette fin (formation, éducation, travail, etc...) ne seront pas disponibles dans leur intégralité au CP Uerschterhaff, il est utile de prévoir une disposition permettant au détenu remplissant les conditions du point de vue de l'instruction, non encore condamné, d'être transféré, avec son accord exprès et écrit soit au CPL, soit au CPG.

Il est évident qu'un tel transfert ne peut s'opérer qu'avec l'accord formel du détenu qui renonce dès lors explicitement à son droit acquis à demeurer séparé des condamnés jusqu'au moment où il fait lui-même l'objet d'une condamnation coulée en force de chose jugée.

La Médiateure s'oppose formellement à toute possibilité de transfert d'un prévenu dans une structure de détention pour condamnés sans accord préalable et dûment documenté du détenu en question. »⁴

La Médiateure accueille donc favorablement la possibilité d'un transfert de prévenus au CPL si les conditions ci-avant développées se trouvent réunies, ne fut-ce que pour éviter le dédoublement intégral des services d'éducation et/ou de formation.

Il n'est pas à exclure que certains prévenus demeurent pendant une période prolongée au régime A. Il est évident que ces prévenus ainsi que ceux qui refusent un transfert au CPL avant leur condamnation, ont droit à une offre raisonnable d'éducation ou de formation.

Article 23

La Médiateure salue l'assouplissement et la simplification proposée par le projet de loi sous analyse par rapport au droit interne actuel. Elle note également avec satisfaction qu'il a été tenu compte des observations du Conseil d'Etat, qu'elle avait partagées dans son avis concernant l'article 29 du projet de loi 6382, traitant de la possibilité, limitée à certains cas précis, du directeur de l'établissement pénitentiaire d'interdire les visites.

Elle rejoint intégralement le législateur qui constate au titre du commentaire de cet article que les visites et la correspondance constituent un facteur important dans le maintien des liens socio-familiaux.

La Médiateure salue que le législateur confirme son point de vue que le maintien des liens socio-familiaux améliore les chances de réinsertion, de prévention de la récidive et d'une exécution des peines sereine.

Le paragraphe 2 dispose que les visites peuvent également avoir lieu hors de la présence d'un membre du personnel de l'administration pénitentiaire.

Cette disposition est positive pour deux raisons, alors qu'elle permettra d'abord aux détenus de rencontrer leurs proches et surtout leurs enfants dans un cadre plus adapté. Ceci contribue assurément au maintien des relations essentielles entre la mère ou le père détenu(e)s et son ou ses enfants.

Il sera par ce biais également possible d'aménager un espace plus adapté aux besoins des enfants pour qui une visite de leurs parents en milieu pénitentiaire peut être perturbante.

⁴ Avis de la Médiateure du 19 février 2013 sur le projet de loi 6382 portant réforme de l'administration pénitentiaire et le projet de règlement grand-ducal portant notamment organisation des régimes internes des établissements pénitentiaires

La Médiateure invite les responsables politiques et pénitentiaires de s'entourer du conseil d'experts pour adapter aux besoins spécifiques l'espace destiné à l'accueil des familles et plus particulièrement des enfants des personnes détenues.

En deuxième lieu, cette disposition ouvre la possibilité à accorder aux personnes détenues des visites dites « intimes ».

Il s'agit certainement d'une avancée appréciable et les expériences faites à l'étranger en la matière s'avèrent très positives pourvu que la possibilité de recevoir des visites « intimes » soit bien définie.

Il sera très difficile de satisfaire les attentes de tous les détenus en cette matière spécifique, de sorte qu'il est à prévoir qu'un certain nombre de détenus seront exclus du bénéfice des visites intimes faute de remplir les conditions requises.

Le paragraphe (3) stipule qu'au CPG, les visites sont organisées d'office sous forme de sorties temporaires du centre.

Le texte est peu clair sur les visites des personnes soumis au régime cellulaire et la Médiateure y revient au titre de l'article 30 de ce projet de loi.

Si le détenu soumis au régime cellulaire devait continuer à bénéficier du droit aux visites, même d'une manière plus limitée, ce dont la Médiateure se féliciterait, elle est amenée à s'interroger sur les modalités pratiques de visites, qui, en pareil cas ne pourraient avoir lieu sous forme de sortie temporaire.

Article 25

Le terme d'autorités administratives et judiciaires nationales ou internationales est peu clair.

La Médiateure se demande si elle en fait partie, en sa qualité de Médiateure, mais également en sa qualité de Chargée du Contrôle externe des lieux privatifs de liberté de ces autorités.

Il ne peut faire de doute que toute personne privée de liberté, à quelque titre que ce soit, doit disposer en tout état de cause du droit d'écrire de manière confidentielle au Médiateur. Ce courrier, de même que le courrier émanant du Médiateur et adressé à une personne privée de liberté doit échapper à tout contrôle, y compris à celui du juge d'instruction dans le cas d'un prévenu.

La Médiateure insiste sur ce point et apprécierait une formulation plus claire, à l'image de celle de l'article 24 dans le projet de loi, notamment en ce qui concerne le contrôle par le juge d'instruction.

Elle a également des réserves à formuler relativement aux conditions que le projet énonce au titre du commentaire de l'article 25 et concernant les modalités préalables à une visite d'un détenu.

Au paragraphe du commentaire du prédit article, sub vo. « accès libre », le projet de texte dispose que les personnes disposant de ce type d'accès ne peuvent pas se présenter à n'importe quelle heure, de jour et de nuit et solliciter l'accès aux installations.

La Médiateure n'a pas de problème avec cette formulation en ce qui concerne ses visites effectuées sur base de la loi du 22 août 2003 instituant un Médiateur.

En sa qualité de Responsable du Contrôle externe des lieux privatifs de liberté en vertu des dispositions de la loi organique du 11 avril 2010, elle doit cependant s'opposer à cette

limitation alors qu'en vertu de la prédite loi, tant la Médiateure que les fonctionnaires délégués au Service du Contrôle externe doivent bénéficier d'un accès illimité, à toute heure et en toutes circonstances aux établissements tombant sous ses compétences. Elle renvoie à ce sujet également à son droit de procéder à des visites non-annoncées.

Elle félicite le Ministère d'avoir enfin généralisé le principe que toute personne peut faire l'objet d'un contrôle de sécurité lors de l'accès. Il s'agit d'une procédure déjà proposée par le prédécesseur de la Médiateure.

Article 26

La Médiateure salue que le principe de l'équivalence des soins, déjà énoncé à l'article 14(1) du projet de loi 6382, ait été maintenu.

Dans son prédit avis sur le projet de loi 6382, la Médiateure avait analysé la transmission d'informations qui tombent sous le secret médical.⁵

Elle y avait souligné que les droits des détenus sont en certaines matières indissociables des droits du personnel. S'il est évident que les droits de l'homme des détenus doivent être respectés, il n'en est pas moins évident que ce respect ne doit pas entraver les droits du personnel. Ainsi, par exemple certaines catégories du personnel, en contact très étroit avec les détenus, doivent pouvoir se protéger d'une manière adéquate contre des maladies contagieuses.

La Médiateure ne partage pas la position souvent défendue selon laquelle le personnel devrait toujours traiter tous les détenus comme s'ils constituaient une source d'infection probable et une menace pour la santé d'autrui afin de minimiser les risques de contagion.

Un tel comportement conduirait à terme à une déshumanisation des relations des détenus avec les gardiens et d'autres membres du personnel.

La Médiateure maintient donc son avis qu'il serait indiqué que certaines catégories de personnel, limitativement identifiées et énumérées devraient pouvoir obtenir un minimum d'informations nécessaires sur l'état de santé de certains détenus pour pouvoir se protéger d'une manière efficace.

Elle salue que le législateur ait prévu au paragraphe (4) de cet article des dispositions quant à l'échange de ce type d'informations.

Le paragraphe 5 du même article prévoit que les dispositions de droit commun relatives aux droits des patients s'appliquent également aux détenus, sauf les exceptions prévues par le présent projet.

La Médiateure salue cette formulation et elle souhaiterait que cette disposition constitue un principe de base en la matière.

Or, elle rend attentif au fait que les dispositions communes établies entre la Police grand-ducale, le CHL et la Déléguée du PG à l'exécution des peines dérogent à de nombreux droits acquis aux patients malgré le fait que ces dispositions ne sont nulle part mentionnées dans le présent projet.

La Médiateure demande qu'une solution cohérente, respectueuse des droits des détenus en tant que patients soit trouvée en la matière.

⁵ Avis de la Médiateure sur le projet de loi 6382 du 19 février 2013, pages 7 et ss.

Elle est d'avis que des dispositions contenues aux dispositions communes interdisant au personnel soignant de communiquer avec les patients en dehors de la communication médicale strictement nécessaire sont déplacées et constitutives d'une déshumanisation des relations avec la personne du détenu.

Article 27

Cet article dispose qu'une délégation des détenus sera constituée, appelée à défendre les intérêts collectifs des détenus. Les détails seront déterminés par RGD.

Il est impossible à la Médiateure de se prononcer sur cet article alors qu'il ne contient aucune indication utile mise à part celle, évidente et déjà existante, de créer une délégation des détenus.

Article 29

L'équivalence de la rémunération est un principe important donnant à l'heure actuelle souvent lieu à des réclamations et il y a dès lors lieu de se féliciter de son entrée dans le présent projet de loi.

Article 30

La Médiateure se félicite des dispositions énoncées au paragraphe 4, assortissant le régime cellulaire de nouvelles garanties et d'une révision obligatoire et automatique.

Néanmoins, elle constate que l'article 33(3)10 prévoit que la mise au régime cellulaire à titre de sanction disciplinaire est limitée à une durée de deux mois au maximum.

La Médiateure s'étonne qu'un placement au même régime pour des raisons autres que disciplinaires puisse être conçu sans limitation dans le temps alors qu'une telle procédure est contraire aux principes élémentaires.

La Médiateure suggère dès lors avec insistance de prévoir également une durée maximale pour un placement au régime cellulaire au titre de l'article 30 (2)(b), qui, le cas échéant pourrait aller au-delà de deux mois si elle demeure assortie des garanties de révision énoncées.

La Médiateure cite les normes du CPT à cet égard selon lesquelles : « *Le CPT accorde une importance particulière aux prisonniers détenus - pour quelque cause que ce soit (raisons disciplinaires, "dangerosité" ou comportement "perturbateur", dans l'intérêt d'une enquête criminelle, à leur propre demande) - dans des conditions s'apparentant à une mise à l'isolement.*

Le principe de proportionnalité demande à ce qu'un équilibre soit trouvé entre les exigences de la cause et la mise en œuvre du régime d'isolement, qui est une mesure pouvant avoir des conséquences très néfastes pour la personne concernée. La mise à l'isolement peut, dans certaines circonstances, constituer un traitement inhumain et dégradant. En tous cas, toutes les formes de mise à l'isolement devraient être de la durée la plus brève possible. »⁶

Le terme de « programme d'activités adaptées », utilisé au paragraphe 2 de l'article 30 est peu clair et le commentaire des articles n'apporte pas de précisions. La Médiateure interprète dès lors le régime cellulaire comme régime dans lequel un détenu n'a pas ou guère de contact avec un codétenu, y compris lors des activités sportives, de travail, de

⁶ Normes du CPT, 2e rapport général, [CPT/Inf (92) 3], point 56)

formation ou de sortie journalière dans la cour et qui peut dès lors être interprété comme une sorte d'isolement

La Médiateure soulève également la question de la possibilité du détenu en régime cellulaire de recevoir des visites, ne serait-ce que derrière guichet ou limitées à un certain nombre de personnes.

Le texte est silencieux à cet égard. A la lecture de l'article 26 de ce projet de loi, se pose la même question pour les détenus du CPG soumis à une sanction disciplinaire. (*voir supra*)

Articles 33, 34 et 38

La Médiateure salue les nombreux changements intervenus, concernant tant les visites, la correspondance ou le sursis à l'exécution d'une sanction.

Il en est de même en ce qui concerne des garanties procédurales accordées notamment en matière de contestations et de recours.

Elle remercie les auteurs de ce projet d'avoir pris en compte ses recommandations en la matière formulées dans son avis sur le projet de loi 6382.

Il ne saurait être acceptable pour la Médiateure que, pour des raisons tenant à la durée de la procédure, le recours d'un détenu n'aboutisse qu'après avoir purgé la sanction infligée.

La Médiateure rappelle que surtout pour les sanctions de courte durée, une attention particulière devra être accordée à l'évacuation d'un éventuel recours dans un délai adapté.

La Médiateure aurait apprécié que le manquement aux impératifs d'hygiène soit considéré comme infraction disciplinaire. Tant la Médiateure que son prédécesseur ont, à de multiples reprises, rendu attentif à l'importance que revêt le respect rigoureux de l'hygiène en milieu carcéral. Il ne s'agit en effet pas seulement d'une question de prévention des maladies en général et d'un élément de la santé au travail pour le personnel. Il s'agit, bien au contraire, de l'expression matérielle du respect présidant aux relations entre détenus et entre détenus et membres du personnel.

C'est notamment la qualité du lieu de travail des gardiens qui est largement tributaire de l'hygiène personnelle des détenus et de celle de leurs cellules. Une exécution des peines sereine, humaine et génératrice de résultats positifs ne saurait se faire qu'à condition que tant le personnel que les détenus puissent, notamment dans l'optique de la réintégration et de la prévention de la récidive, cohabiter dans une atmosphère sereine qui est de nature à favoriser le respect mutuel.

À ce sujet, le CPT remarque que « *la qualité générale de la vie dans un établissement présente, par conséquent, pour le CPT, une importance considérable. Cette qualité de vie dépendra très largement des activités proposées aux prisonniers et de l'état d'ensemble des relations entre prisonniers et personnel.* »⁷

Le corps des Règles de Mandela est très exhaustif à ce sujet en prévoyant les dispositions suivantes :

⁷ *Ibid.*, point 44 in fine)

« Règle 13

Tous les locaux de détention et en particulier ceux où dorment les détenus doivent répondre à toutes les normes d'hygiène, compte dûment tenu du climat, notamment en ce qui concerne le volume d'air, la surface minimale au sol, l'éclairage, le chauffage et la ventilation.

Règle 16

Les installations de bain et de douche doivent être suffisantes pour que chaque détenu puisse être à même et tenu de les utiliser, à une température adaptée au climat et aussi fréquemment que l'exige l'hygiène générale selon la saison et la région géographique, mais au moins une fois par semaine sous un climat tempéré.

Règle 17

Tous les locaux fréquentés régulièrement par les détenus doivent être correctement entretenus et être maintenus en parfait état de propreté à tout moment.

Règle 18

1. Les détenus sont tenus de veiller à leur propreté personnelle et doivent pour ce faire disposer d'eau et des articles de toilette nécessaires à leur santé et à leur hygiène corporelle.

2. Afin de permettre aux détenus d'avoir une bonne apparence personnelle qui leur donne confiance en eux, des services doivent être prévus pour assurer le bon entretien des cheveux et de la barbe et les hommes doivent pouvoir se raser régulièrement.

Règle 19

(...)

2. Tous les vêtements doivent être propres et maintenus en bon état. Les sous-vêtements doivent être changés et lavés aussi fréquemment qu'il est nécessaire pour le maintien de l'hygiène.

Règle 35

(...)

b) L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus; »⁸

Finalement il reste à relever que les Règles Pénitentiaires européennes mentionnent que :

« Les détenus doivent veiller à la propreté et à l'entretien de leur personne, de leurs vêtements et de leur logement. »⁹

Article 40

La Médiateure comprend l'intérêt de cet article. Il ne fait aucun doute qu'il ne saurait y avoir une liste commune pour les deux, et dans le futur, les trois centres pénitentiaires nationaux, du fait de la diversité des détenus qui y sont admis et des impératifs propres à chaque type de détention.

La Médiateure rend cependant attentif à la nécessité d'établir des listes qui sont cohérentes entre les différents régimes et établissements.

⁸ Résolution 70/175 adoptée par l'Assemblée générale le 17 décembre 2015. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), document A/RES/70/175, page 8/35, , point I.

⁹ Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes¹ (adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006, lors de la 952e réunion des Délégués des Ministres), Règle 19.5.

Il ne saurait ainsi être acceptable que les détenus admis au CPL peuvent disposer de plus d'objets personnels non interdits que ceux admis au CPG alors que le CPG doit proposer un régime plus favorable.

Ceci n'a pas toujours été le cas par le passé et cette pratique a donné lieu à de nombreuses incompréhensions de la part des détenus.

Article 41(1)

La Médiateure salue cette disposition qui faisait déjà l'objet d'une recommandation de son prédécesseur.

L'intérêt supérieur de la sécurité interne des établissements exige en effet que toute personne entrant dans un établissement pénitentiaire, puisse être soumise, sans aucune exception possible, à un contrôle dans l'intérêt de la sécurité.

Il importe à la Médiateure d'être très clair sur ce point. Il doit être connu que toute personne entrant dans un établissement pénitentiaire puisse être soumise, sans aucune exception possible, à un contrôle dans l'intérêt de la sécurité.

Il s'agit d'une mesure de dissuasion à saluer et qui est susceptible d'augmenter le niveau de sécurité des établissements pénitentiaires.

Article 43

La Médiateure suggère de compléter cet article par la mention que le contrôle peut également s'effectuer à l'aide de chiens spécialement formés à dépister certaines substances (drogues, explosifs etc.)

Article 46(2)

La Médiateure salue la possibilité de créer un groupe d'intervention à l'intérieur de chaque établissement, avant tout au CPL et au futur CPU, composé d'agents spécialement formés à gérer des situations d'exception ou d'événements potentiellement dangereux.

Les membres de l'équipe de contrôle avaient l'opportunité d'observer l'excellent travail de cette unité au CPL. Il en est de même en ce qui concerne le travail de l'unité spéciale de la Police.

Ceci a convaincu la Médiateure que la gestion de situations potentiellement dangereuses pour le personnel et/ou les codétenus doit être confiée à des agents spécialement formés et entraînés en cette matière délicate.

L'intervention plus sereine et plus rapide d'agents spécialisés présente en effet moins de risques de survenance d'atteintes aux droits de l'homme que l'intervention d'agents non habitués à faire face à des situations extrêmes.

La Médiateure s'interroge cependant sur la personne qui est habilitée à décider de recourir aux services de cette unité alors que le texte ne précise pas ce point important.

Article 46(3)c, (4) et (5)

La Médiateure s'exprime sans équivoque contre toute présence d'arme à feu à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire en temps normal.

En cas de survenance d'événements exceptionnels pouvant rendre l'usage d'armes à feu nécessaire, elle demeure d'avis qu'il faut en charger les spécialistes (voir également l'avis sur l'article 46(2) plus haut), donc le service d'intervention créé en vertu du prédit article 46(2) ou

le service USP de la Police grand-ducale dont les membres disposent d'une formation très spécifique en la matière.

Si pour des raisons que la Médiateure ignore, il ne devrait pas être possible d'enlever toute arme à feu de l'intérieur des Centres pénitentiaires, elle exige que les gardiens faisant partie du groupe d'intervention tel que décrit au paragraphe 2 bénéficient de la même formation en matière d'usage d'armes à feu que les agents de police. Aux yeux de la Médiateure ceci ne se limite pas à un simple entraînement au tir, mais également à une formation sur l'opportunité du recours à l'arme à feu et à son bon usage dans des situations d'urgence.

La Médiateure ne s'oppose pas à ce que les gardiens chargés d'assurer la garde extérieure d'un établissement pénitentiaire continuent à être armés.

Si la possibilité d'armer les gardiens à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire devait être maintenue, la Médiateure estime, dans l'intérêt d'une réponse efficace et efficiente en cas d'urgence, que l'accord conjoint du directeur de l'administration pénitentiaire et de celui de l'établissement pénitentiaire est exagéré et qu'au moins leurs adjoints, chargés de la permanence devraient pouvoir accorder pareille autorisation également.

La Médiateure réitère qu'elle demeure convaincue qu'un bannissement total de toute arme à feu de l'intérieur des établissements pénitentiaires en temps normal constituerait la voie idéale pour garantir un maximum de sécurité intérieure.

Elle suggère également de faire entrer une disposition régissant avec plus de rigueur le port d'armes à feu à l'intérieur du CPL par la Police grand-ducale et même par certains agents de l'Administration des Douanes et Accises.

Si la réglementation actuelle interdit le port de toute arme à feu par ces agents dans l'exercice de leurs fonctions à l'intérieur des établissements pénitentiaires, l'équipe de contrôle a constaté que souvent cette réglementation n'est pas respectée.

Ainsi notamment les agents de police de l'UGRM, en charge du transport des détenus sont systématiquement armés à l'intérieur du CPL. Aux yeux de la Médiateure cet état de fait constitue un risque accru pour la sécurité interne au cas où un détenu parviendrait à s'emparer d'une telle arme. Ceci est d'autant plus alarmant que ces agents opèrent régulièrement à plusieurs et en contact direct avec les détenus et ce dans un espace très réduit au greffe du CPL.

Plus généralement la Médiateure s'interroge sur le respect du principe de la proportionnalité en cas d'un recours aux armes à feu à munition pénétrante pour contenir un incident déclenché par des détenus qui ne devraient normalement pas pouvoir être en possession de telles armes.

Article 50(2)

La Médiateure ne conteste pas l'utilité de prélever les empreintes digitales et de faire des photographies de détenus à l'exception de ceux qui subissent l'exécution d'une contrainte par corps.

Elle sait que le terme de prévention est déjà contenu dans l'article 18-1 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire, mais, elle se demande en quoi cette procédure pourrait être d'un apport en matière de prévention.

A toutes fins utiles, elle ne marquera pas son accord avec une mise au pilori par voie de publication, à titre de prévention, de portraits photographiques de personnes condamnées.

Article 54 4)

La Médiateure salue la mise en place de l'article 337-1 dans la teneur proposée au code pénal.

Il y a lieu en effet d'insister sur les droits de l'homme des détenus lors des visites médicales. Si les menottes ou autres moyens de contrainte doivent être enlevés sur simple demande du médecin, il en est corollaire que les préposés à la conduite d'un détenu, qui sont légalement tenus à exécuter cette demande, doivent être exonérés de toute responsabilité pénale dans une telle situation.

La Médiateure apprécierait si le texte précisait que la demande d'un médecin ou d'un magistrat d'enlever les menottes ou de modifier les modalités de surveillance d'un détenu n'exonère pas les préposés à la garde de leur obligation de surveillance inhérente à leur mission en matière de prévention d'un incident ou d'une évasion.

Le texte en question ne doit en aucun cas constituer un blanc-seing général pour les préposés à la garde qui encourent toujours une responsabilité en cas de négligence grave. Ainsi par exemple, la demande d'un médecin de se retirer de la salle d'examen pendant un acte médical n'enlève pas aux préposés à la garde l'obligation de constituer garde extérieure.

Article 60

Cet article introduit une des novations les plus importantes contenues dans le projet de loi sous analyse.

Tant la Médiateure que son prédécesseur ont dans plusieurs rapports de visite et également à d'autres occasions souligné le besoin urgent de mettre en place une infrastructure telle que celle voulue par l'article 60.

Il est un fait que la filière socio-judiciaire et notamment les patients placés judiciaires en application de l'article 71 du code pénal (et de l'article 71-1 du même code le cas échéant) absorbent de plus en plus de lits au sein du CHNP qui accueille l'ensemble de ces patients sur le plan national.

En 2012 l'unité BU6 était encore assez grande pour accueillir l'ensemble de ces patients, mais on parlait déjà de l'extension nécessaire du service sur l'unité BU5.

A l'heure actuelle, le service a déjà absorbé outre l'unité BU5 également l'unité BU4 et tout porte à croire que l'augmentation considérable de ce type de patients va continuer.

Pour être complet, il faut ajouter que ce service et plus particulièrement l'unité BU6 de ce service accueille également les patients placés médicaux qui sont sous mandat de dépôt, donc les détenus du CPL (et en théorie du CPG) qui ont fait l'objet d'une admission en application de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

De l'avis des membres du service du contrôle externe la prison ne constitue pas le cadre idéal pour certaines personnes atteintes d'un trouble de la personnalité, alors qu'aucune activité thérapeutique ne peut leur être proposée et qu'une prise en charge par des professionnels du domaine est difficile voire impossible. Ces personnes, pour lesquelles un pareil diagnostic a été établi par un médecin-psychiatre, devraient pouvoir être admises dans la nouvelle unité à créer pour y bénéficier d'une prise en charge psychiatrique adéquate.

En application de l'article 9 de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation des établissements pénitentiaires, une unité destinée à ce type de patients pourrait être créée au sein du CPL moyennant la signature conjointe d'un arrêté par les Ministres de la Justice et de la Santé.

Or, les médecins psychiatres du CHNP du SMPP qui exercent également au CPL se prononcent clairement contre la création d'un tel service à l'intérieur du CPL car il ne serait pas possible de garantir une présence médicale somatique continue et une surveillance ininterrompue, indiquée du moins dans la phase initiale de ce type de thérapies médicamenteuses.

En pratique, un détenu sous placement médical est admis au CHNP. Or, en pratique des considérations de sécurité interdisent que certains détenus particulièrement dangereux puissent y être admis à défaut des infrastructures de sécurité requises pour ce genre de patients. La dotation de personnel du BU6 est par ailleurs insuffisante pour ces patients à très haut potentiel d'auto- ou d'hétéro-agression.

Il est cependant indéniable que ces patients peuvent en raison de leur pathologie être exposés à une souffrance sans qu'ils ne puissent recevoir la prise en charge susceptible d'amoinrir ces souffrances et à laquelle ils ont un droit et ceci par défaut d'infrastructures répondant aux normes de sécurité requises.

On est donc confronté à un problème double à savoir d'un côté le manque de lits au sein du CHNP pour accueillir les patients placés judiciaires et les détenus placés médicaux.

Ceci va au détriment des autres unités et services du CHNP qui ne dispose que d'un nombre de lits déterminé.

D'autre part, il est à l'heure actuelle impossible, faute d'infrastructures garantissant un niveau de sécurité et une dotation en personnel suffisants, de faire bénéficier d'une thérapie certains détenus dangereux et atteints de troubles mentaux de divers ordres, ce qui constitue une violation des droits de l'homme des personnes concernées.

Finalement, il faut signaler un manque d'infrastructures en aval, capables d'accueillir ce type de patients en fin de traitement, voire en réhabilitation de très long terme.

En conclusion, la création d'une unité de psychiatrie socio-judiciaire répondant aux critères de sécurité sus-énoncés est donc nécessaire.

Il est évident que cette unité n'est pas de la compétence du Ministre de la Justice et partant pas non plus de celle de l'administration pénitentiaire.

La Médiateure salue donc les dispositions prises à cet égard.

Le législateur a choisi de modifier la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé « centre hospitalier neuro-psychiatrique » pour y inscrire la nouvelle unité à créer.

La Médiateure a une nette préférence pour que cette nouvelle structure soit créée par une nouvelle loi indépendante ou même par la loi sous analyse au lieu d'être inscrite dans la loi organique du CHNP. Selon la voie choisie, le législateur se lie au CHNP en tant que prestataire exclusif et à durée indéterminée de services au sein de cette nouvelle unité. Un éventuel changement de ce mode de fonctionnement serait alors conditionné à une modification de la loi.

Quant au mode de fonctionnement, la Médiateure revient à ses anciennes recommandations en la matière. Selon elle, l'unité de psychiatrie socio-judiciaire devra accueillir dans une première phase l'ensemble des patients placés judiciaires, et pendant toute durée de leur hospitalisation l'ensemble des détenus placés médicaux.

Les placés judiciaires identifiés dangereux, soit pour eux-mêmes, soit pour autrui, de même que les placés judiciaires en cours d'évaluation sont d'office accueillis dans cette nouvelle unité.

Selon leur évolution, il devrait être possible de diriger ces patients placés médicaux vers une structure intermédiaire, idéalement du CHNP.

Dans cette logique un soin particulier devra être apporté à la création d'infrastructures d'accueil à long terme, voire de mise à disposition de soins psychiatriques en hôpital de jour ou à domicile pour les patients stabilisés mais qui ne sont pas capables de vivre en autonomie totale.

La Médiateure souligne l'importance du paragraphe 3 de l'article 60 aux termes duquel sont également admis dans cette unité les détenus nécessitant des soins psychologiques ou psychiatriques particuliers qui ne peuvent être dispensés convenablement au sein du centre pénitentiaire.

Aux yeux de la Médiateure il doit être clair que cette future unité spécialisée aura également vocation d'admettre des patients qui en Allemagne seraient transférés dans une « Forensische Psychiatrie », dans un établissement de Défense sociale en Belgique ou dans une UMD en France.

Ces patients ne doivent plus être maintenus dans un établissement pénitentiaire du moment qu'une infrastructure médicale offrant les garanties de sécurité requises sera ouverte.

Conclusions

Les membres du service du contrôle externe ont participé à l'ensemble des réunions préparatoires au projet de loi 6382 qui était le projet précurseur à celui-ci.

La Médiateure a apprécié cette opportunité offerte par le Ministère de la Justice car elle a permis une implication active au moment de la rédaction des textes, ce qui, à ses yeux, est toujours plus productif que d'apporter un commentaire *ex-post*, surtout après le dépôt du projet.

Elle regrette dès lors la fin de ce type de collaboration.

Ce projet de loi apportera des améliorations substantielles à l'exécution des peines privatives de liberté.

La Médiateure apprécie qu'il ait été tenu compte de nombreuses suggestions et remarques faites dans son avis sur le projet de loi 6382, précurseur du texte actuel.

La Médiateure aurait salué que le projet de loi 7042, qu'elle apprécie dans ses grandes lignes, se serait penché également sur les besoins plus spécifiques de certaines catégories de détenus. Elle espère que le corps réglementaire à publier palliera en partie cette insuffisance.

En effet, les peines prononcées deviennent de plus en plus longues et on observe que le temps effectivement passé en détention augmente de manière constante.

Il s'ensuit que le nombre de détenus âgés augmente et en parallèle aussi celui des détenus malades.

Il deviendra sans nul doute nécessaire de se pencher à moyen terme au plus tard sur ces deux catégories de détenus. La Médiateure estime que l'ouverture du CPU constituera une chance unique à cet égard qui permettrait d'aménager une gériatrie pénitentiaire au CPL.

Dans le même ordre d'idées, il est impératif que le CPU contienne quelques cellules aptes à accueillir un détenu en chaise roulante.

Finalement, la Médiateure ne peut donner son avis sur de nombreux points énoncés dans le projet de loi dont objet alors qu'il est prévu que leur détail sera déterminé par règlement grand-ducal. Or, en l'absence de ces règlements, il est évidemment impossible à la Médiateure de se prononcer sur de nombreux aspects qui dépassent bien souvent des questions de détail.

Un dernier point, qui tient tout particulièrement à cœur de la Médiateure est celui des mineurs au CPL.

Comme elle l'a déjà répété à de très nombreuses reprises, elle s'oppose catégoriquement à toute proposition qui continue à rendre possible le placement de mineurs au sein du CPL, à l'exception des mineurs tombant sous les dispositions de l'article 32 de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse.

Dès lors la Médiateure regrette profondément que l'article 30(3) prévoit encore d'une manière implicite cette possibilité en mentionnant les mineurs parmi les catégories particulières de détenus en matière de régime cellulaire.

La Médiateure s'y oppose formellement et exige que le projet de loi contienne une disposition interdisant le placement de mineurs au CPL, à l'exception de ceux concernés par le prédit article 32.

Si le placement de mineurs au CPL devait être maintenu, la Médiateure en informera tant le CPT que le SPT et sollicitera leur avis officiel à cet égard.