

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 médiatrice 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 médiatrice 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 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.