

RAPPORT

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

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 Médiateure 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 accueillaient 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 Médiateure 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 géronto-psychiatrie (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-atrie, 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 géro-psycho-geriatrie, 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 souligner 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 fait 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 consacrera 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 déferer 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 fermé 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 Médiateure 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 doive 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 Rétention, 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 atteinte <u>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 |

| | | | |
|---|--------------------|---|--|
| 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) | Dans les 24 heures | Par courriel, également pendant les fins de semaine | Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance. D'autres questions peuvent être posées par la suite. |
| 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. | 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 |
| 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. | Dans les 24 heures | Par courriel | Nom de la ou des personnes impliquées, description succincte de l'incident, heure de survenance. D'autres questions peuvent être posées par la suite. |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--------------|---|
| Toute fugue et tout retour | Dans les 12 heures | Par courriel | <p>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.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances</p> |
| Incident grave (hors décès) survenu lors du transport d'un patient placé médical ou en phase d'observation | Dans les 12 heures | Par courriel | <p>Nom du patient, noms des agents en charge, description de l'incident, heure et lieu de survenance.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances.</p> |
| Grève de la faim, fin de la grève | Après 48 heures à partir du début | Par courriel | <p>Nom de la personne concernée, motifs éventuels, appréciation sommaire de son état de santé, éventuellement actions entreprises/envisagées.</p> |
| Rixe avec violences physiques manifestes impliquant au moins un patient en phase d'observation ou sous placement médical | Dans les 12 heures | Par courriel | <p>Noms des personnes concernées, heure de survenance, description sommaire des événements, appréciation sommaire sur l'état de santé des personnes impliquées, blessures graves.</p> <p>D'autres questions peuvent être posées, un transport éventuel sur les lieux dépendra des circonstances</p> |

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 géro-psychiatriques.

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 couchés. 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 gériatrie-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 séjournaient au BU6 qui est en principe l'unité fermée, la plus sécurisée et destinée avant tout à l'accueil des placés médicaux 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 défiler 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 Rétention, 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 prédit 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 Médiateure 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 prédit 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