

# RAPPORT

Ombudsman

La Médiateur du  
Grand-Duché de  
Luxembourg

Service du contrôle  
externe des lieux  
privatifs de liberté

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

## **Table des matières**

<b>1. <u>Introduction</u></b>	p.4
<b>2. <u>Analyse de conformité de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux avec les normes internationales</u></b>	p.7
<b>3. <u>Services de psychiatrie intensive/aiguë</u></b>	p.12
<b>3.1. Constats sur place</b>	p.12
3.1.1. CHL	p.12
3.1.1.1. Infrastructures et personnel	p.12
3.1.1.2. Activités	p.16
3.1.1.3. Conditions de séjour	p.21
3.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.23
3.1.2. CHK	p.26
3.1.2.1. Infrastructures et personnel	p.27
3.1.2.2. Activités	p.28
3.1.2.3. Conditions de séjour	p.30
3.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.32
3.1.3. CHEM	p.36
3.1.3.1. Infrastructures et personnel	p.37
3.1.3.2. Activités	p.40
3.1.3.3. Conditions de séjour	p.44
3.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.46
3.1.4. CHdN	p.50
3.1.4.1. Infrastructures et personnel	p.51
3.1.4.2. Activités	p.52
3.1.4.3. Conditions de séjour	p.57
3.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.59
3.1.5. ZithaKlinik	p.61
<b>3.2. Constats généraux</b>	p.62

<b>4. <u>Services de réhabilitation</u></b>	p.70
<b>4.1. Constats sur place</b>	p.70
4.1.1. CHNP – BU3	p.70
4.1.1.1. Infrastructures et personnel	p.71
4.1.1.2. Activités	p.72
4.1.1.3. Conditions de séjour	p.72
4.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.76
4.1.2. CHNP – BU 4	p.77
4.1.2.1. Infrastructures et personnel	p.77
4.1.2.2. Activités	p.78
4.1.2.3. Conditions de séjour	p.78
4.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.79
4.1.3. CHNP – Orangerie 1+2	p.79
4.1.3.1. Infrastructures et personnel	p.80
4.1.3.2. Activités	p.81
4.1.3.3. Conditions de séjour	p.81
4.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.82
4.1.4. CHNP – Um Weier	p.82
4.1.4.1. Infrastructures et personnel	p.83
4.1.4.2. Activités	p.83
4.1.4.3. Conditions de séjour	p.84
4.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.85
4.1.5. CHNP – Centre thérapeutique de Diekirch	p.85
4.1.5.1. Infrastructures et personnel	p.85
4.1.5.2. Activités	p.86
4.1.5.3. Conditions de séjour	p.86
4.1.5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations	p.87
<b>4.2. Constats généraux</b>	p.87
<b>5. <u>Conclusions générales</u></b>	p.90
<b>5.1. La gestion de la méthodologie PRN</b>	p.90
<b>5.2. La continuation de la médication après la sortie du milieu hospitalier</b>	p.96

<b>5.3. Les détenus en milieu psychiatrique fermé</b>	p.98
<b>6. <u>Conclusions finales</u></b>	p.111
<b>7. <u>Annexes</u></b>	p.113
<b>7.1. La loi du 10 décembre 2009 relative au placement des personnes souffrant de troubles mentaux</b>	p.113
<b>7.2. Plans d'activités</b>	p.125
7.2.1. CHL	p.125
7.2.2. CHK	p.127
7.2.3. CHEM	p.129
7.2.4. CHdN	p.130
7.2.5. CHNP	p.132
7.2.5.1. BU3	p.132
7.2.5.2. BU4	p.133
7.2.5.3. Orangerie 1 et 2	p.134
7.2.5.4. Um Weier	p.136
7.2.5.5. Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD)	p.137

## **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 a commencé par une réunion d'information en date du 27 juin 2012, lors de laquelle les objectifs et la méthodologie de la mission ont été présentés aux responsables concernés. Les visites sur place se sont ensuite déroulées du 2 juillet au 25 juillet 2012 et ont été menés par Madame Lynn Bertrand et Monsieur Serge Legil.

L'objectif du contrôle était de vérifier la conformité des textes en vigueur avec les normes internationales, ainsi que les conditions de traitement des patients en phase d'observation ou en placement médical. Il est à noter que le terme de traitement n'inclut dans ce cas pas le traitement purement médical, alors que la Médiateure a décidé de ne pas contrôler cet aspect lors de cette mission. Pour cette raison, les opérations sur place ont été réalisées sans le concours d'un expert en médecine psychiatrique.

Les patients en séjour volontaire au sein d'un service de psychiatrie n'ont pas non plus fait l'objet de la mission de contrôle, alors que le champ de compétence de la Médiateure se limite aux patients admis en phase d'observation ou placés en vertu d'une décision judiciaire.

Le contrôle a débuté aux unités de psychiatrie aiguë ou intensive, concernées en premier lieu par les mesures d'observation et s'est poursuivi auprès des unités de réhabilitation, donc les unités prenant en charge les personnes à plus long terme et partant concernées avant tout par les placements médicaux.

En ce qui concerne les mesures d'observation en psychiatrie aiguë, 4 hôpitaux ont été concernés par la mission de contrôle :

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

La Médiateure voudrait soulever que la ZithaKlinik peut procéder à des admissions de patients psychiatriques lors des jours de garde de l'hôpital, mais l'équipe de contrôle a été informée sur place que les patients étaient transférés dans les tout meilleurs délais au CHL. La ZithaKlinik n'a donc pas fait l'objet d'une analyse plus détaillée de la part de la Médiateure.

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

- L'unité « BU 3 », accueillant la majorité des patients placés
- L'unité « BU4 », appelé également « Horizon »
- L'unité « Orangerie 1 », accueillant majoritairement des patients souffrant de troubles psychotiques
- L'unité « Orangerie 2 », destiné à prendre en charge des patients souffrant de troubles liés à une dépendance alcoolique
- L'unité « Um Weier », hébergeant des patients à long séjour, sans spécification du type de trouble psychiatrique
- Le Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD), prenant en charge majoritairement des patients psychotiques avec un projet réaliste de réinsertion

Les visites sur place se sont déroulées comme suit :

- Lundi, 2 juillet 2012:  
Entretien avec l'infirmier responsable de l'Unité de psychiatrie fermée au CHL (U53)  
Entretien avec Dr. Hyzy-Mühe, médecin-psychiatre à l'U53  
Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'U53  
Entretien avec les assistantes sociales affectées à l'U53  
Entretien avec les infirmiers de l'U53
- Mardi, 3 juillet 2012 :  
Entretien avec l'ergothérapeute affecté à l'U53  
Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'U53
- Mercredi, 4 juillet 2012 :  
Entretien avec une psychologue de l'U53  
  
Entretien avec un infirmier à l'unité 1C du CHK
- Jeudi, 5 juillet 2012 :  
Entretiens avec les patients en phase d'observation à l'unité 1C du CHK  
Entretien avec l'art-thérapeute de l'unité 0C du CHK  
Entretien avec le psychologue de l'unité 0C du CHK
- Vendredi, 6 juillet 2012  
Entretien avec Dr. Bay, médecin-psychiatre à l'unité 1C du CHK  
Entretien avec l'assistante sociale à l'unité 1C du CHK  
Entretien avec l'infirmier-responsable à l'unité 1C du CHK

Entretien avec l'ergothérapeute à l'unité 1C du CHK

- Lundi, 9 juillet 2012 :
  - Entretien avec l'infirmier-responsable de l'unité 2C du CHK
  - Entretien avec le psychologue de l'unité 2C du CHK
  - Entretien avec l'art-thérapeute de l'unité 2C du CHK
  - Entretien avec l'assistante sociale de l'unité 2C du CHK
  - Entretien avec l'infirmier-responsable du service des urgences au CHK
- Mardi, 10 juillet 2012 :
  - Entretien avec Dr. Gleis, médecin-psychiatre au CHEM, l'infirmière-responsable et l'infirmier responsable-adjoint à l'unité de psychiatrie intensive
  - Entretiens avec les patients en phase d'observation au CHEM
  - Entretien avec la psychologue du CHEM, en charge de l'unité de psychiatrie intensive
  - Entretien avec les infirmiers de l'unité de psychiatrie intensive au CHEM
  - Entretien avec les ergothérapeutes de l'unité de psychiatrie au CHEM
- Mercredi, le 11 juillet 2012 :
  - Entretien avec l'assistante sociale au CHEM
  - Entretiens avec les patients en phase d'observation au CHEM
- Jeudi, le 12 juillet 2012 :
  - Entretien avec une infirmière-psychiatrique au CHdN
  - Entretien avec Dr. Jacoby, médecin-neuropsychiatre au CHdN
  - Entretien avec un ergothérapeute affecté à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
  - Entretien avec une assistante sociale travaillant à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
  - Entretien avec un psychologue affecté à l'unité de psychiatrie fermée au CHdN
  - Entretien avec Monsieur Greischer, cadre intermédiaire au CHdN
- Lundi, le 16 juillet 2012 :
  - Entretien avec un infirmier du « BU3 » au CHNP
  - Entretien avec l'assistante sociale au « BU3 »
  - Entretien avec des patients au « BU3 »
  - Entretien avec le père d'un des patients placés au « BU3 », à sa demande
- Mardi, 17 juillet 2012 :
  - Entretien avec l'infirmier-responsable du « BU4 »
  - Entretien avec un patient placé à l'unité « Um Weier »
  - Entretien avec l'infirmière-responsable de l'unité « Um Weier »

Entretien avec l'infirmier-responsable au CTD

- Mercredi, 18 juillet 2012 :  
Entretien avec l'infirmier-responsable à l'unité « Orangerie 2 »  
Entretiens avec les patients placés à l'unité « Orangerie 2 »
- Jeudi, 19 juillet 2012 :  
Entretiens avec les patients placés à l'unité « BU4 »  
  
Entretiens avec les patients placés à l'unité « Orangerie 1 »  
Entretien avec une infirmière-psychiatrique de l'unité « Orangerie 1 »

Entretien avec un patient placé au CTD

- Mercredi, 25 juillet 2012  
Entretiens avec les patients placés au CHdN

A la fin des visites sur place, la Médiateure a demandé à 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 1er août 2011 au 1er août 2012 pour chaque unité concernée par le contrôle.

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

## **2. Analyse de conformité de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux avec les normes internationales**

Avant d'analyser de plus près la conformité des dispositions de la loi du 10 décembre 2009 relative au placement de personnes souffrant de troubles mentaux (appelée ci-après la « loi de 2009 ») avec les normes internationales, la Médiateure tient à exprimer son étonnement quant à l'absence de différents règlements grand-ducaux d'exécution auxquels la prédite loi fait référence.

Ainsi, l'article 5, alinéa 2 prévoit que les établissements destinés à accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux doivent répondre à certaines normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation qui seraient à déterminer par règlement grand-ducal. Ledit règlement grand-ducal devrait préciser entre autres le nombre maximum de lits par chambre, la superficie par lit de chaque chambre et les effectifs minima du personnel médical et paramédical. Il semble cependant qu'un tel règlement grand-ducal n'ait pas été adopté.



L'article 9, alinéa 3, prévoit que le médecin qui établit le certificat médical qui est à joindre à la demande d'admission doit suivre un modèle précis qui serait également à déterminer par règlement grand-ducal. Egalement ce règlement grand-ducal ne semble pas exister.

**(1) La Médiateure estime que les deux règlements grand-ducaux fixeraient des normes constituant des garanties importantes pour un bon fonctionnement des services, pour un traitement adéquat des patients ainsi que pour le respect de leurs droits. La Médiateure demande à être informée des raisons expliquant le retard dans la formulation de ces deux règlements grand-ducaux.**

En ce qui concerne le placement involontaire d'une personne, la loi de 2009 énonce des critères légèrement différents et plus restrictifs que ceux qui sont précisés par les normes internationales.

La loi luxembourgeoise prévoit en effet dans son article 3 une admission ou un placement si « des troubles psychiques graves » rendent des personnes « dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ».

La Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux est un peu plus nuancée alors qu'elle prévoit en son article 17, paragraphe 1, point i<sup>1</sup>, que l'état de la personne doit, pour qu'elle puisse faire l'objet d'un placement involontaire, présenter « un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ».

La Recommandation ne se limite partant pas au critère de dangerosité invoqué par la loi luxembourgeoise, mais englobe également les dommages éventuels pour la santé de la personne.

---

<sup>1</sup> Article 17 – Critères pour le placement involontaire

1. Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire :

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;
- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;
- iii. le placement a notamment un but thérapeutique ;
- iv. aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;
- v. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

2. La loi peut prévoir qu'exceptionnellement une personne peut faire l'objet d'un placement involontaire, en accord avec les dispositions du présent chapitre, durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si

- i. son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ;
- ii. son état semble présenter un tel risque ;
- iii. il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération.

Les personnes souffrant de troubles mentaux sans représenter un danger concret ou réel pour elles-mêmes ou pour autrui ne peuvent pas être internées en application du droit interne luxembourgeois alors que la recommandation internationale prévoit cette possibilité.

Il faut dès lors se poser la question si une personne qui souffre d'une pathologie psychiatrique grave, sans représenter un risque de commettre un acte préjudiciable pour elle-même ou pour autrui, parce que par exemple ses idées délirantes sont complètement inoffensives, ne serait quand-même pas mieux encadrée en milieu hospitalier où l'on pourrait soigner sa maladie. Les poussées répétées de troubles psychotiques par exemple peuvent avoir des effets de plus en plus néfastes avec chaque poussée et causer des dommages graves pour la santé de la personne.

**(2) La Médiateure est partant d'avis que les autorités compétentes devraient préciser l'approche à adopter à ce sujet et le cas échéant formuler élargir les critères permettant de procéder à une admission ou un placement, tout en gardant un maximum de garanties de contrôle des critères pour éviter un abus des dispositions légales.**

La Recommandation est toutefois plus précise en ce qu'elle mentionne d'autres critères qui doivent être remplis pour que l'on puisse procéder à un placement involontaire.

Le prédit article 17 prévoit, à côté du risque réel de dommage grave pour la santé de la personne concernée ou pour autrui, que le placement doit suivre un but thérapeutique, que le placement ne peut avoir lieu que s'il n'y a aucun autre moyen moins restrictif pour fournir les soins appropriés à la personne et elle impose une obligation d'entendre la personne concernée en son avis.

Le but thérapeutique est présupposé par les critères d'admission, ainsi que le fait de devoir favoriser le maintien du patient dans son milieu familial à un éventuel placement.

La Médiateure estime que ces indications rencontrent à suffisance les exigences exprimées par la Recommandation.

La loi de 2009 ne prévoit cependant pas l'obligation pour le juge d'entendre la personne concernée.

L'article 14 de la loi de 2009 ne prévoit que la possibilité pour le juge de se déplacer auprès de la personne admise avant qu'il ne prenne sa décision de maintien ou de levée de l'admission de la personne, après le premier rapport du médecin-psychiatre. Une obligation d'entendre la personne concernée n'existe que pour prendre la décision de placement de la personne admise.

**(3) La Médiateure est d'avis que la possibilité accordée au juge de se déplacer à tout moment auprès d'un patient en phase d'observation constituerait une protection supplémentaire pour les patients qui devrait être intégrée dans le droit interne lors d'une future modification de la loi du 10 décembre 2009.**

La procédure d'admission et la mise en observation sont régies par les articles 7 à 17 de la loi de 2009. Les dispositions à ce sujet sont assez détaillées et rigoureuses. Les délais pour prendre une décision et faire une évaluation sont clairement définis. Le médecin doit, conformément à l'article 12 de la loi de 2009, procéder à toutes les « investigations requises en vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie ».

**(4) La procédure semble réglementée à suffisance et en accord avec les normes internationales, n'appelant pas d'observations particulières de la part de la Médiateure.**

La loi de 2009 ne prévoit pas explicitement que le médecin ou l'instance compétente devrait parler avec les proches de la personne admise pour prendre la décision sur le maintien de la mise en observation ou la décision de placement, comme le stipule la Recommandation Rec (2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux dans son article 20, alinéa 5<sup>2</sup>.

La Médiateure estime toutefois que cette exigence est rencontrée à suffisance par l'article 12 de la loi de 2009 précité qui prévoit la réalisation de toutes les « investigations requises », ainsi que par l'article 7 de la loi de 2009 qui prévoit la formulation d'une « demande écrite d'admission » qui doit contenir « un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent », qui seront probablement fournies par des personnes de l'entourage de la personne concernée.

La procédure de placement est décrite par les articles 18 à 22 de la loi de 2009. Egalement ces dispositions-ci couvrent de manière générale les exigences posées par les recommandations internationales. La personne admise est entendue par le juge, elle peut se faire assister par une personne de son choix et par un avocat. En plus, le patient doit être informé formellement sur ses droits et les moyens de recours à sa disposition.

Il est toutefois à relever que la loi luxembourgeoise ne prévoit pas dans son article 20(2) que l'ordonnance prononçant le placement de la personne admise doit contenir

---

<sup>2</sup> Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires (...)

5. Ce médecin ou l'instance compétente devrait consulter les proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose, si cela ne peut être réalisé pour des raisons pratiques ou si, pour d'autres raisons, cela n'est pas approprié.

des informations relatives aux droits dont bénéficie la personne placée en vertu de l'article 30 de la même loi.

L'article 30 prévoit que la personne placée, ou toute personne intéressée, peut « à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement », que la « personne placée est entendue par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet » et que « la décision est rendue en audience publique sur rapport, le cas échéant, du juge commis ». Le même article précise encore le délai d'appel qui est de 15 jours à partir de la notification de la décision par le greffe.

L'article 20, point 3 de la Recommandation Rec (2004)<sup>103</sup> du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux va néanmoins légèrement au-delà des exigences imposées par la loi luxembourgeoise.

La Recommandation prévoit encore que la décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait « indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée ».

Il est à relever que la loi luxembourgeoise prévoit, dans ses articles 24 et 29, de tels délais endéans lesquels le patient doit être examiné si le maintien du placement reste nécessaire et justifié.

**(5) La Médiateure se félicite que la loi de 2009 prévoit déjà un nombre important d'informations qui doivent être données d'office au patient admis ou placé. La Médiateure se féliciterait si l'exigence de communiquer aux patients, par écrit les délais et la forme des recours légaux contre les mesures de placement pouvait être intégrée dans la loi du 10 décembre 2009 lors d'une future modification.**

Les articles 43 et 44 de la loi de 2009 traitent les modalités spécifiques au traitement de la personne placée, à savoir les traitements involontaires et les mesures d'isolement ou de contention.

**(6) Les dispositions relatives au traitement involontaire ainsi que celles sur les mesures d'isolement ou de contention couvrent les exigences internationales**

---

<sup>3</sup> **Article 20 – Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires**  
(...)

3. Toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires devrait être consignée par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. Cela s'entend sans préjudice des droits de la personne aux réexamens et aux recours, en accord avec les dispositions de l'article 25.

**posées notamment par la Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et n'appellent pas d'observations particulières de la part de la Médiateure.**

### **3. Services de psychiatrie intensive/aiguë**

#### **3.1. Constats sur place**

##### **3.1.1. CHL**

Au CHL, les personnes qui se trouvent en phase d'observation conformément aux dispositions pertinentes de la loi du 10 décembre 2009 sont majoritairement hospitalisées à l'unité U53.

L'U53 dispose de 16 lits qui ne sont cependant pas exclusivement réservés aux patients hospitalisés contre leur volonté, mais également à d'autres patients où une hospitalisation en milieu fermé semble plus indiquée.

5 patients placés ont accepté de parler avec l'équipe de contrôle au moment de la visite sur place.

##### **3.1.1.1. Infrastructures et personnel**

Surtout en milieu psychiatrique fermé, la Médiateure consacre une importance primordiale aux infrastructures et aménagements des différents services faisant l'objet de la mission de contrôle. Elles doivent en effet permettre de créer un environnement thérapeutique positif, donc un contexte adéquat pour un travail thérapeutique efficace. Ainsi, il est primordial d'offrir aux patients hospitalisés des conditions matérielles satisfaisantes afin de leur permettre de s'intégrer dans la structure et d'adhérer au traitement.

Selon les dires des personnes rencontrées sur place, l'unité U53 est amenée de plus en plus fréquemment à accueillir des personnes âgées, souffrant d'un syndrome démentiel, problème sur lequel la Médiateure reviendra ultérieurement, au chapitre 3.2. des constats généraux.

La Médiateure donne tout de même déjà maintenant à penser que ce fait est susceptible de constituer un problème de sécurité. En effet, les lits des patients sont assez élevés et représentent ainsi un risque élevé de blessures en cas de chute,

surtout pendant la nuit. L'équipe de contrôle a été rendue attentive à ce risque par de nombreux soignants.

**(7) La Médiateure recommande aux responsables concernés d'acquérir un petit nombre de lits moins élevés qui seraient mieux adaptés aux personnes âgées par le fait qu'ils diminuent le risque de blessures graves dans le cas où une personne tomberait du lit.**

L'unité dispose encore d'une salle de loisirs où les patients peuvent séjourner, prendre les collations et dans laquelle est installée une petite bibliothèque.

La Médiateure se doit toutefois d'exprimer sa déception face à cette bibliothèque qui, outre le fait de ne disposer que d'une quantité très limitée de livres, propose en plus des livres très vieux qui n'invitent pas nécessairement les patients à la lecture.

La Médiateure est consciente du fait que seulement peu de patients sont en état de lire des livres lors de leur hospitalisation à l'U53, mais il n'en reste pas moins que pour certains patients la lecture pourrait présenter un passe-temps utile permettant un changement d'idées bienvenu.

**(8) La Médiateure recommande aux responsables concernés de proposer un choix de livres plus diversifié et plus actualisé aux patients.**

L'unité est ensuite dotée d'une salle destinée à l'ergothérapie, d'une salle avec une table de tennis de table et un punching-ball. Un fumoir est également mis à disposition des patients.

L'unité U53 dispose majoritairement de chambres doubles. Les chambres sont toutes équipées d'une salle de bain, comprenant une douche et une toilette. Les patients ont tous une table de nuit à leur disposition ainsi qu'une armoire contenant un coffre-fort, où ils peuvent garder leurs affaires personnelles. Les chambres disposent également d'un réfrigérateur individuel ainsi que, sur demande, d'une télévision individuelle.

En milieu psychiatrique et d'autant plus en unité intensive où les patients peuvent être amenés à passer beaucoup de temps dans leurs chambres, soit parce qu'ils sont trop faibles pour pouvoir participer aux activités proposées, soit parce qu'ils sont trop fatigués pour aller se promener ou participer à la vie collective de l'unité, il est important de garantir un espace personnel suffisamment important aux patients.

Aux yeux de la Médiateure, les chambres doubles ne constituent pas une situation idéale, mais au vu des impératifs infrastructurels et le nombre de patients, la Médiateure peut comprendre que le recours à des chambres doubles soit inévitable.

La taille des chambres doubles lui semble acceptable et l'équipe de contrôle n'a pas recueilli de réclamations à cet égard. Il ne faudra cependant en aucun cas recourir à des lits supplémentaires et utiliser des chambres doubles pour trois personnes.

**(9) La Médiateure ne peut que souligner qu'il faut continuer à accorder un espace personnel assez important aux patients afin de leur permettre un minimum d'intimité au sein de l'unité.**

Si l'état général des lieux est globalement satisfaisant et propre, il n'en est pas moins que certaines défaillances ont pu être notées par l'équipe de contrôle.

Un constat important est que les fenêtres des chambres ne peuvent pas être ouvertes. Ainsi, une aération adéquate des lieux ne peut pas être garantie et le sentiment d'enfermement est amplifié. A ceci s'ajoute que les patients en phase d'observation ne sont pas tous autorisés à sortir à l'air libre.

**(10) En tout état de cause et indépendamment des sorties autorisées aux patients, la Médiateure recommande de faire installer un dispositif de sécurité aux fenêtres qui permet une ouverture minimale afin de pouvoir aérer adéquatement les différentes pièces, tout en respectant les exigences de sécurité évidentes.**

La Médiateure fait siens les propos du CPT qui a souligné que pour créer un environnement thérapeutique positif, il faut entre autres « assurer un espace de vie par patient suffisant ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une aération adéquats, maintenir l'établissement dans un état d'entretien satisfaisant et se conformer aux normes d'hygiène hospitalières » (normes du CPT concernant les établissements psychiatriques, extrait du 8<sup>e</sup> rapport général [CPT/Inf (98) 12], point 34).

A côté des chambres ordinaires, l'U53 dispose de deux chambres équipées d'un système de vidéo-surveillance. Celles-ci sont destinées à héberger temporairement des patients agités, afin de pouvoir les observer de manière continue et/ou procéder à des fixations. Les mêmes chambres servent également à accueillir des détenus, en phase d'observation.

La Médiateure entend encore revenir de manière plus détaillée sur les fixations, aussi bien que sur la problématique des détenus hospitalisés en milieu psychiatrique. A part les deux chambres vidéo-surveillées, l'U53 ne dispose pas d'autre moyen pour isoler temporairement une personne agitée.

**(11) La Médiateure salue à cet égard la planification d'une « soft-cell » qui serait aménagée lors d'un futur agrandissement de l'unité et qui devrait être fonctionnelle vers l'année 2016.**

Un autre aspect qui a retenu l'attention de la Médiateure, bien qu'il puisse paraître secondaire à première vue, est la décoration de l'unité qui devrait donner entre autres une stimulation visuelle adaptée aux patients.

De manière générale, il est admis que les lieux d'un service psychiatrique doivent créer une atmosphère agréable, favorable à la thérapie et le plus proche possible des conditions de vie auxquelles les patients seraient confrontés à l'extérieur.

La Médiateure s'étonne dans ce contexte du choix des tableaux, respectivement des photographies qui ont été accrochés aux murs de l'unité U53. Sans se prononcer sur la qualité artistique des œuvres, elle souhaite soulever la question si des photographies, majoritairement en noir et blanc, représentant des paires de jumeaux, constituent une stimulation visuelle et surtout une décoration adéquates dans une unité accueillant des personnes souffrant de troubles mentaux. La réflexion a d'ailleurs également été faite par de nombreuses personnes rencontrées par l'équipe de contrôle lors des visites sur place.

**(12) La Médiateure suggère d'échanger les photographies avec d'autres œuvres suspendues au CHL, qui sont susceptibles d'offrir une stimulation visuelle plus adéquate aux patients, sans créer le risque de faire émerger des sentiments négatifs ou d'angoisse dans le chef des patients admis.**

A côté des infrastructures qui doivent permettre de créer un cadre approprié à la thérapie, il est tout aussi important que le personnel d'une telle unité soit suffisant pour pouvoir créer un climat serein et offrir aux patients une protection à l'égard d'autres patients hospitalisés.

La dotation en personnel soignant l'unité est la suivante (en ETP):

- 18 infirmiers
- 2 aides-soignants

L'organisation interne au CHL fait que les médecins, les psychologues et les assistants sociaux sont affectés à l'ensemble du service de psychiatrie, donc à la fois à l'unité fermée U53 et à l'unité ouverte U50.

L'unité ouverte, U50 dispose de 29 lits.

La dotation, pour l'ensemble de ces deux unités, donc pour 16 lits en unité fermée, 29 lits en unité ouverte et les activités ambulatoires (hôpital de jour et clinique des troubles émotionnels) est la suivante :

- 6 médecins-psychiatres (dont 4 seniors, 1 coopérant et 1 résident)
- 1 médecin en voie de spécialisation



- 3 psychologues
- 3 assistantes sociales
- 2 ergothérapeutes

Le service de psychiatrie fermé est doté pendant la nuit de deux infirmiers, un infirmier affecté à l'unité ouverte (U50), située à proximité immédiate du service fermé est appelable en cas de besoin. A relever que l'agent de garde présent à l'hôpital pendant la nuit peut également être appelé en cas d'incident.

Le service fermé dispose de la dotation de sécurité en matière d'ETP d'infirmiers. Selon les dires des responsables concernés, la dotation actuelle est suffisante, mais elle ne devrait pas subir de réduction.

Il est à souligner positivement que l'intégralité du personnel travaillant à l'unité U53 ait suivi une formation « Approche Préventive et Intervention Contrôlée » (APIC), destinée à former les personnes pour gérer et désamorcer des situations d'agressivité verbale ou physique auxquelles elles peuvent être confrontées dans l'exercice de leur travail. Elle devrait pouvoir permettre de réduire la survenue de conflits physiques et partant réduire au minimum le recours à des mesures de contention physique tout en contribuant ainsi à un climat de travail, respectivement de séjour plus agréable.

**(13) La Médiateure salue cette pratique et ne peut qu'encourager les responsables concernés à continuer à offrir ce genre de formations à l'ensemble du personnel amené à travailler en milieu psychiatrique.**

#### 3.1.1.2. Activités

Le plan des activités détaillé est repris dans les annexes.

Les activités proposées comportent notamment des séances de gymnastique, de l'ergothérapie, des jeux de société et des séances de relaxation.

**(14) La Médiateure tient à rappeler que certains patients de l'unité fermée, peu nombreux heureusement, ne peuvent profiter de l'ensemble de l'offre du fait qu'une partie des activités a lieu en dehors de l'unité.**

**(15) La Médiateure déplore encore l'apparente absence d'un plan de traitement individualisé.**

L'ergothérapie constitue une des activités majeures proposées aux patients hospitalisés à l'U53.

Si l'ergothérapeute en charge a donné l'impression d'un engagement exemplaire, il y a toutefois lieu de relever que les moyens accordés à cette offre thérapeutique sont plus qu'insuffisants et même carrément décevants, surtout en comparaison avec l'offre ergothérapeutique mise à disposition des patients dans d'autres services de psychiatrie fermés.

Le matériel mis à disposition pour les ateliers créatifs d'ergothérapie est très restreint et limite sensiblement la diversité de l'offre thérapeutique. Une salle relativement petite est mise à la disposition de l'ergothérapeute, qui ne suffit guère à accueillir en une seule fois tous les patients susceptibles de participer ensemble aux activités d'ergothérapie.

Une autre salle est de temps à autre utilisée par l'ergothérapeute pour y proposer des activités de gymnastique douce, constituant, mise à part le tennis de table et le punching-ball, l'unique offre en activités sportives pour les patients.

Normalement, une table de tennis de table est installée dans cette pièce, ainsi qu'un punching-ball qui est placé dans un coin de la salle.

La table de ping-pong doit dès lors être rangée avant de pouvoir organiser des séances d'activités sportives dans cette petite salle.

Il faut relever que cette salle est très étroite, assez sombre, à plafond relativement bas et qu'elle ne contient ni de système d'aération adéquat, ni des fenêtres qui pourraient permettre l'arrivée d'air frais. Cette pièce n'est partant absolument pas adaptée à accueillir plusieurs personnes pour des exercices physiques.

Il est à souligner que les patients de l'U53 ne peuvent pas profiter d'une offre sportive plus importante, dispensée par un moniteur sportif professionnel qui pourrait prendre en compte les besoins et les capacités spécifiques des patients.

Il n'est cependant pas à négliger que le sport peut constituer pour de nombreuses personnes un excellent moyen de décompression et d'évacuation de stress, ce qui est d'autant plus important pour des patients qui peuvent souvent être agités et stressés par leur situation actuelle. Il est donc d'autant plus regrettable que les seules activités sportives offertes aux patients de l'unité aient lieu dans un endroit non adapté.

**(16) Pour les patients qui ne peuvent pas sortir de l'unité, la Médiateure recommande de procéder à quelques travaux de réaménagement de la salle de loisirs, alors que la création d'une nouvelle infrastructure ne semble guère réaliste. La salle qui est à disposition devrait au moins être équipée d'un système d'aération adéquat, ainsi que d'un éclairage convenable pour pouvoir offrir un lieu admissible pour les activités sportives.**

**La Médiateure souligne que l'aménagement d'une salle de sports devrait constituer une priorité lors de tout projet d'agrandissement futur de l'unité.**

**Pour les patients qui peuvent quitter l'unité, les activités sportives devraient avoir lieu dans une salle existante répondant à tous les critères nécessaires.**

L'ensemble des services de psychiatrie du CHL dispose également des services de 3 ETP de psychologue, dont 1 ETP est plus particulièrement en charge des patients de l'unité fermée.

Il est à relever positivement que le service psychologique fait l'objet d'une supervision par un psychologue de Bruxelles

Le fonctionnement des consultations chez le psychologue a toutefois interpellé la Médiateure. Des rendez-vous auprès d'un psychologue ne peuvent avoir lieu que par l'entremise et sur avis d'un médecin-psychiatre.

La Médiateure peut comprendre que le médecin-psychiatre puisse suggérer à un patient de voir le psychologue, que ce soit pour des tests cognitifs ou pour des entretiens. Cependant, la Médiateure a des difficultés de comprendre pour quelles raisons l'accord du médecin-psychiatre serait nécessaire avant que le patient puisse consulter un psychologue s'il en exprime la demande ou si le psychologue en voit une utilité.

Les entretiens « spontanés » ne peuvent pas avoir lieu et les consultations psychologiques sont toujours conditionnées à un avis favorable préalable du médecin-psychiatre.

L'objet des séances chez le psychologue est également déterminé par le médecin-psychiatre, qui décide s'il faut procéder à des tests cognitifs ou s'orienter vers des séances de psychothérapie.

**(17) La Médiateure estime que la manière actuelle de procéder constitue immixtion importante des médecins-psychiatres dans le travail des psychologues et dans la liberté de décision du patient. Elle recommande de réserver la possibilité aux patients de solliciter eux-mêmes des consultations auprès d'un psychologue, mais ne s'oppose évidemment pas au fait que le médecin-psychiatre puisse également continuer à diriger un patient vers un psychologue.**

**La Médiateure estime que si la demande de consulter un psychologue émane de la part d'un patient, le psychologue devrait avoir la liberté de pouvoir apprécier si son intervention est indiquée ou non en vue de pouvoir, le cas**

**échéant, organiser par la suite ses consultations de la manière qu'il juge appropriée.**

**Pour apprécier l'indication de séances auprès d'un psychologue et en vue de leur organisation rationnelle, le psychologue devrait avoir la possibilité de solliciter l'avis du médecin-psychiatre et d'obtenir les informations qui sont utiles et nécessaires à l'exercice de ses fonctions.**

**Les résultats des séances chez le psychologue qui sont jugés pertinents devraient par la suite être discutés avec le médecin-psychiatre et éventuellement avec d'autres membres du personnel encadrant afin de pouvoir établir un plan le plus adapté possible au patient, offrant ainsi au patient la meilleure thérapie possible.**

**La Médiateure est d'avis que l'échange entre les différents intervenants ne peut que bénéficier au travail de tous et surtout au traitement du patient.**

La Médiateure profite de ce contexte pour faire part d'une sensation de tension qui régnait lors des visites sur place. L'équipe de contrôle a eu l'impression qu'il existait des problèmes de communication importants entre les différents corps professionnels, problèmes qui pourraient être à la base de cette atmosphère de tension, voire parfois de frustration. Si les relations entre les différents professionnels n'entre pas dans le champ de compétence de la Médiateure, elle voudrait toutefois rendre attentif au fait que des problèmes relationnels entre le personnel pourraient avoir des répercussions sur les patients. Les entretiens avec les patients ont démontré que certains patients disposent des capacités nécessaires pour ressentir ces tensions et tout manque de communication est susceptible de réduire la pertinence d'une offre thérapeutique.

Sans vouloir remettre en question la bonne qualité du travail effectué par les médecins-psychiatres affectés à l'unité, la Médiateure constate qu'il semble n'avoir que peu de propension des médecins-psychiatres à s'enrichir des observations et des constats faits par d'autres membres du personnel. Ceci est regrettable car ces observations et ces constats pourraient utilement compléter les diagnostics et analyses purement médico-psychiatriques, notamment parce que les autres membres du personnel observent les patients dans d'autres situations de la vie quotidienne ou lors d'autres activités que ne le font les médecins-psychiatres.

**(18) La Médiateure propose aux responsables concernés de tenir compte de ces observations en adaptant en conséquence les réunions de staff pluridisciplinaires ayant lieu chaque mardi matin. Cette réunion pourrait également constituer une base utile à l'élaboration d'un plan thérapeutique individuel pour chaque patient.**

En ce qui concerne l'offre thérapeutique, certains patients affirment que le programme serait trop chargé et qu'ils préféreraient plus de temps libre, plus de temps pour soi, alors que d'autres patients estiment que l'offre est bonne.

Ceci montre à quel point il est important d'établir les programmes de thérapie en fonction de l'état de santé de chaque personne, tout en stimulant un maximum les patients à participer aux activités proposées pour éviter qu'ils passent la journée dans leur chambre au lit.

**(19) La Médiateure encourage le personnel à continuer de stimuler les patients autant que possible à participer aux activités thérapeutiques et d'établir, dans la mesure du possible des plans de traitement individuels.**

Un autre problème, déjà brièvement évoqué est le fait que certains patients ne peuvent pas quitter l'unité parce qu'il existe un risque de fuite ou un danger pour soi ou autrui important.

De ce fait, ces personnes sont privées de toute offre d'activité qui a lieu en dehors de l'unité ainsi que de toute sortie à l'air libre. La Médiateure tient à souligner que cet état de chose est totalement inadmissible.

L'accès à l'air libre devrait être garanti en toutes circonstances. Toute privation de ce droit ne devrait se faire que pour des motifs exceptionnels, dûment justifiés et documentés et ceci uniquement pendant un laps de temps aussi réduit que possible.

La Médiateure est consciente que ce problème est notamment dû à des impératifs infrastructurels, mais elle ne peut accepter que des personnes soient privées d'accès à l'air libre pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

**(20) La Médiateure recommande aux responsables concernés de prévoir une possibilité de sortie à l'air libre pour tout patient de l'unité U53.**

Evidemment, cette situation est également due au nombre de personnel affecté à l'unité. Pour des considérations de sécurité, il est impératif qu'un nombre suffisant de personnel soit toujours présent à l'unité. Les sorties accompagnées, drainent évidemment des ressources. Néanmoins, la Médiateure insiste que chaque personne doit pouvoir sortir à l'air libre au moins une fois par jour.

**(21) 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 sécurisé des personnes représentant un risque de fuite où un danger pour soi ou pour autrui. Afin de pouvoir mettre en œuvre cette pratique, la Médiateure propose de réfléchir à la mise en place d'un système**

**d'entraide pour les sorties accompagnées entre le personnel des unités U53 et U50 (unité de psychiatrie ouverte).**

**Si le risque de fuite ou le danger pour soi ou autrui est jugé trop important et imminent, la Médiateure peut concevoir que les personnes concernées puissent être obligées à rester à l'unité pour une durée maximale de 3 jours. Au plus tard après ce délai, une nouvelle évaluation du risque tenant compte de toutes les informations à disposition devrait avoir lieu.**

**Pour les patients qui doivent absolument rester à l'unité, la Médiateure recommande de diversifier au mieux l'offre thérapeutique.**

Un autre problème qui se dégage de l'impossibilité de certains patients de quitter l'unité constitue dans leur privation de l'accès à la kinésithérapie qui a lieu en dehors du service.

Egalement ici, la Médiateure ne peut tolérer que des considérations infrastructurelles et purement sécuritaires privent les patients d'une offre thérapeutique qui peut, dans certains cas, être d'une importance non négligeable notamment afin de préserver au mieux les capacités psychomotriciennes des patients.

**(22) La Médiateure recommande de procéder, dans les cas où les patients ont besoin de kinésithérapie, à des séances de kinésithérapie dans les chambres des patients et de réfléchir à l'aménagement d'une salle pouvant servir de salle de kinésithérapie lors de l'agrandissement prévu de l'unité.**

**Cette salle pourrait alors servir aussi bien de salle de sport que de salle de kinésithérapie et répondrait ainsi à deux besoins constatés, dans l'intérêt des patients.**

#### 3.1.1.3. Conditions de séjour

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

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

Les patients en phase d'observation sont accueillis au service des urgences et ensuite transférés à l'unité U53. La Médiateure entend revenir sur la procédure d'admission dans la section 3.2. sur les constats généraux.

Dès l'arrivée des patients à l'unité et si leur état de santé le permet, le médecin-psychiatre, ensemble avec un infirmier, les informe de leurs droits en tant que patients. A cette fin, un document standardisé a été élaboré. Ce document est signé par le patient qui affirme ainsi avoir été informé de ses droits, notamment de ses droits au recours et de son droit de se faire assister par un avocat. Si le patient a indiqué une personne de confiance, celle-ci est également informée des droits du patient admis.

**(23) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée et encourage le personnel de répéter ces informations au besoin aux patients alors que ceux-ci ne sont souvent pas en mesure de comprendre les informations pertinentes dès le début de leur admission.**

L'hygiène de l'U53 ne donne pas lieu à des observations particulières. Les lieux communs, aussi bien que les chambres des patients et les sanitaires étaient dans un bon état.

**(24) La Médiateure se réjouit de ce constat.**

Egalement au niveau de l'alimentation, l'équipe de contrôle ne peut pas soulever de critiques majeures. Certains patients ont fait état à l'équipe de contrôle que les repas étaient trop fades ou qu'il n'y avait pas assez de variation, d'autres patients cependant ont affirmé que les repas étaient bons.

L'alimentation des patients est assurée par la société de restauration collective SODEXO qui remplit tous les normes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) et qui fait l'objet de contrôles internes et externes réguliers.

Un constat que la Médiateure tient cependant à relever est le fait que l'eau soit payante pour les patients à raison de 1€/litre.

**(25) La Médiateure recommande de mettre à disposition gratuite des patients au moins 1 litre d'eau par jour.**

Les contacts vers l'extérieur semblent garantis à suffisance aux yeux de la Médiateure, alors que les patients ont la possibilité de téléphoner 1 à 2 fois par jour. Ils ont en outre accès aux journaux et peuvent recevoir de la visite au sein de l'unité pendant les heures de visite, soit entre 13h00 et 20h00.

**(26) La Médiateure s'en félicite.**

#### 3.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Pendant la période du 1.8.2011 au 31.7.2012, le service psychiatrique du CHL a accueilli 1034 patients (U50 et U53 cumulées). 48 patients ont fait l'objet d'une fixation. Certains de ces patients ont fait à plusieurs reprises l'objet d'une mesure de contention, 84 fixations ayant été pratiquées en tout pendant la période concernée.

La durée totale de l'ensemble des 84 fixations était de 610 heures et 43 minutes, de sorte que la durée moyenne de fixation est de 7 heures et 16 minutes, la médiane était de 6 heures 45 minutes.

La fixation la plus courte était de 15 minutes, la plus longue de 31 heures.

Au total, 12% des patients de l'unité fermée et 4,64% de l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie ont fait l'objet d'une fixation.

Toutes les fixations étaient effectuées avec l'accord écrit (paraphe) du médecin traitant, voire du médecin de garde.

Ces chiffres n'appellent pas d'observations particulières de la part de la Médiateure alors qu'ils sont conciliables avec les nécessités d'un service de psychiatrie fermé.

Si le personnel doit avoir recours à la fixation, elle est en principe effectuée dans une des deux chambres vidéo-surveillées dont dispose l'U53.

**(27) La Médiateure tient à féliciter les responsables du CHL pour la rigueur et le soin accordé à la tenue d'une documentation très détaillée et exemplaire des mesures de contention. Il s'agit-là en effet d'un exemple de bonne pratique.**

Force est de constater toutefois que les deux chambres ne suffisent pas toujours pour répondre à tous les besoins d'isoler ou d'observer temporairement des patients.

Elles ne sont donc pas toujours disponibles pour procéder à des fixations, de manière à ce qu'il arrive que cette mesure de contention doive être effectuée dans les chambres personnelles des patients.

Si le patient est hospitalisé dans une chambre double, le personnel essaie de transférer le patient dans une autre chambre, ce qui n'est cependant pas toujours possible. Le patient est alors fixé, dans sa chambre, en présence d'un autre patient.

La Médiateure peut comprendre que le recours à la fixation est parfois inévitable en milieu psychiatrique. Elle n'ignore pas non plus que le personnel est limité par les infrastructures existantes et le nombre élevé de patients.



La Médiateure voudrait quand même exprimer ses réserves premièrement quant au fait de procéder à une fixation dans la chambre personnelle du patient et deuxièmement quant au fait qu'elle puisse se faire en présence d'un autre patient.

La Médiateure estime que la chambre personnelle du patient constitue probablement un des seuls endroits au sein de l'unité où il se sent en sécurité.

La Médiateure est d'avis que par le fait de fixer un patient dans sa propre chambre, on le prive de cet endroit de retrait et de sécurité.

**(28) La Médiateure recommande au personnel de continuer à éviter au maximum le recours à la fixation dans les chambres personnelles des patients et d'utiliser, en cas de nécessité, autant que possible les deux chambres vidéo-surveillées à cette fin.**

**La fixation d'un patient dans sa chambre personnelle devrait constituer une solution d'ultime recours, en cas d'absence de toute autre alternative.**

La seule exception que la Médiateure puisse volontairement accepter à ce principe serait l'hypothèse dans laquelle un patient demande lui-même à être fixé dans sa chambre personnelle parce qu'il estime que l'environnement connu et familier contribuerait à son apaisement.

**(29) La Médiateure recommande de solliciter dans la mesure du possible l'avis du patient à cet égard avant de procéder à une fixation.**

Si la fixation a lieu dans la chambre personnelle du patient, la Médiateure estime qu'il est humiliant et dégradant pour une personne d'être fixée dans une chambre dans laquelle se trouve encore un autre patient. Cette circonstance peut être traumatisante aussi bien pour le patient fixé que pour celui qui doit assister à la fixation.

**(30) La Médiateure recommande au personnel de tout mettre en œuvre afin que les fixations ne puissent avoir lieu qu'en dehors de la vue des autres patients.**

La Médiateure voudrait ici encore une fois saluer l'aménagement d'une « soft-cell » prévue lors de l'agrandissement de l'unité, alors que celle-ci sera destinée aux patients agités nécessitant une mesure d'isolement pour pouvoir retrouver leur calme, tout en se trouvant dans un environnement sécurisé, sans risque de blessure.

Afin que la dignité des patients soit respectée, la soft-cell devrait évidemment disposer des installations sanitaires et mobilières nécessaires et adaptées à la situation.

La « soft-cell » devrait ainsi disposer d'un mobilier adapté fixé au sol ainsi que d'un revêtement mural permettant d'éviter les blessures. Pour des raisons de sécurité, tant du patient concerné que des autres patients, la chambre devrait pouvoir être fermée à clé de l'extérieur.

Il va sans dire que la « soft-cell » ne devra en aucun cas être utilisée à des fins de sanction.

La Médiateure reviendra ultérieurement sur la question des soft-cells.

Si un traitement involontaire ou une fixation sont effectués, le personnel essaie de donner un maximum d'informations aux personnes concernées.

**(31) La Médiateure se réjouit de ces affirmations et encourage le personnel à continuer à appliquer cette bonne pratique.**

A l'unité U53, des fouilles sont uniquement effectuées si une personne représente un risque d'auto-agression, voire de suicide. Dans ces cas, les vêtements et affaires personnelles du patient sont examinés par deux infirmiers. Il n'y a, selon les dires du personnel rencontré, aucune fouille corporelle, intime qui n'est réalisée.

**La Médiateure s'en réjouit.**

**(32) Un patient rencontré par l'équipe de contrôle a affirmé avoir été agressé par un infirmier lorsqu'il était fixé. La Médiateure n'ignore pas que de telles affirmations sont à considérer avec toute la prudence et toute la circonspection requise, surtout eu égard à la pathologie dont souffrait le patient en cause.**

**La Médiateure ne dispose pas des moyens requis pour pouvoir confirmer ou infirmer les dires de ce patient. Néanmoins, et sans vouloir préjuger en quoi que ce soit, elle recommande aux responsables du service d'accorder à de pareilles allégations toujours une attention particulière. Si de telles affirmations devraient se répéter et se concentrer toujours sur la ou les mêmes personnes, une enquête interne s'impose. La Médiateure est d'ailleurs toujours à la disposition des institutions concernées pour prêter son concours à de telles procédures en cas de besoin.**

**Si la Médiateure ne dispose d'aucune indication permettant de mettre en doute l'approche professionnelle et éthique de l'ensemble du personnel des institutions concernées, elle fait cependant remarquer qu'à côté des considérations objectives, des impressions purement subjectives ne manquent pas d'avoir leur influence sur l'image de la psychiatrie en général. Dès lors, il importe que chaque allégation de mauvais traitement fasse l'objet des**

**vérifications, internes et/ou externes nécessaires. En cas de confirmation des allégations, des procédures disciplinaires, voire même pénales s'imposent afin de ne pas porter préjudice au bon travail de l'ensemble des acteurs.**

### 3.1.2. CHK

Le service psychiatrique pour patients adultes à l'Hôpital Kirchberg se compose de trois étages (0C, 1C, 2C) qui sont chacun dotés de 15 lits d'hospitalisation et de 5 places en hôpital de jour.

Les patients sont répartis sur les trois étages en fonction des gardes de l'hôpital. Les patients ne sont donc pas hospitalisés sur l'un ou l'autre étage en fonction de leur pathologie psychiatrique, mais uniquement par rapport au médecin-psychiatre qui est de garde, voire encore, si nécessaire par rapport aux chambres disponibles.

Les thérapies qui sont proposées aux patients sont proposées partiellement par étage, partiellement pour l'ensemble des patients des trois étages.

La particularité du service de psychiatrie au CHK est qu'il s'agit d'une unité semi-ouverte, c'est-à-dire que les patients en séjour volontaire et en phase d'observation ou en placement sont mélangés sur les trois étages et que les portes donnant vers l'extérieur sont en principe ouvertes. Les portes vers l'extérieur ne sont fermées que lorsqu'il y a des patients présentant un risque de fuite important, voire s'il y a des patients avec des idées suicidaires ou des patients très agités ou délirants, se trouvant dans une phase maniaque. Les portes sont également fermées lorsque le service accueille un patient dément.

Comme il a déjà été mentionné ultérieurement, la Médiateure entend revenir sur la problématique des patients déments au chapitre 3.2. sur les constats généraux.

Lors des visites sur place, qui ont eu lieu pendant des jours et heures différents sur les différents étages et ceci sans que le personnel ait été informé des moments précis de présence de l'équipe de contrôle, les portes n'étaient fermées qu'une seule fois à l'arrivée de l'équipe de contrôle, ce qui démontre le caractère exceptionnel de cette mesure.

**(33) La Médiateure est d'avis qu'il s'agit d'une pratique très intéressante qui est vécue positivement par les patients. Le personnel a informé l'équipe de contrôle que le nombre de fuites n'était pas significativement plus élevé que celui des autres hôpitaux.**

Cette pratique est de nature à réduire le sentiment d'être enfermé, ce qui peut également contribuer à diminuer la volonté et le besoin de s'enfuir pour retrouver sa liberté.

Au moment de la visite de l'équipe de contrôle, 6 patients se trouvaient en phase d'observation au CHK.

La Médiateure voudrait également faire part des réactions positives que l'équipe de contrôle a reçues de la part des patients, dont certains avaient déjà été hospitalisés dans d'autres hôpitaux. La première impression que les patients ont eue du CHK a globalement été décrite comme positive.

Le côté plus ouvert, le contact plus important avec le personnel et les autres patients et l'offre plus importante en activités, surtout sportives en comparaison avec les autres hôpitaux ont avant tout été relevés par les patients.

### **(34) La Médiateure se réjouit de ces affirmations.**

#### **3.1.2.1. Infrastructures et personnel**

Le service de psychiatrie adulte au CHK compte un effectif de 6 médecins-psychiatres, soit 2 par étage.

L'équipe thérapeutique de l'unité psychiatrique pour adultes est composée en total de 9,5 ETP, comprenant psychologues, assistants sociaux, ergo- et art-thérapeutes, éducateurs et sport-thérapeutes.

L'équipe soignante dispose de 38,25 ETP et est composée d'infirmiers en psychiatrie, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'éducateurs.

Comme déjà relevé, l'unité psychiatrique du CHK est semi-ouverte, les portes vers l'extérieur ne sont fermées qu'en cas de nécessité.

L'unité, répartie sur trois étages aménagés de manière identique, dispose à chaque étage de 5 chambres individuelles et de 5 chambres doubles.

L'unité comprend également 2 chambres sécurisées par étage destinées à accueillir pour une période limitée des patients qui représentent un risque concret pour eux-mêmes ou pour autrui.

En 2011, 109 patients au total ont été admis au sens de la prédite loi de 2009 au CHK, dans les six premiers mois de 2012, 48 patients ont fait l'objet d'une admission en observation à l'unité.

### 3.1.2.2. Activités

L'unité de psychiatrie du CHK offre une large gamme d'activités thérapeutiques aux patients.

Tous les matins les patients ont la possibilité d'aller se promener à l'air libre pendant une demi-heure.

Les autres activités proposées sont des groupes de parole thérapeutiques, des activités créatives dans le cadre de l'ergothérapie ou de l'art-thérapie ou des activités physiques.

De manière générale, les patients peuvent suivre des activités du lundi au vendredi entre 9h00 du matin et 16h00 de l'après-midi, sans que toutes les activités soient obligatoires pour tous les patients ou que toutes les activités puissent être suivies par tous les patients.

Pour établir le programme d'activités de la semaine, des réunions pluridisciplinaires régulières sont organisées avec les patients à côté des réunions pluridisciplinaires ordinaires qui ont lieu en l'absence des patients. A l'issue de ces réunions, des plans individuels de thérapie sont établis pour chaque patient. En règle générale, le plan de traitement établi est signé par le patient.

**(35) La Médiateure encourage cette pratique, alors qu'elle responsabilise les patients et renforce leur adhésion et leur consentement au traitement.**

Tous les vendredis après-midis, une réunion « feedback » est organisée avec le patient, afin de lui donner la possibilité de donner son avis sur les thérapies suivies. Ces constats sont alors utilisés dans la prochaine réunion à des fins d'établissement, voire d'adaptation du plan de traitement. Ainsi, si le patient adhère bien à une certaine thérapie, mais ne se sent pas à l'aise avec une autre, le programme est adapté, dans la mesure du possible, en fonction des impressions du patient et dans le respect de ses capacités.

**(36) Egalement cette pratique trouve l'entière approbation de la Médiateure, alors que l'avis du patient est sollicité et respecté dans la mesure du possible contribuant ainsi au consentement et à l'adhésion au traitement. L'autonomie et la responsabilisation, ainsi que l'adhésion au traitement du patient sont des valeurs clés dans le domaine de la psychiatrie et la Médiateure se réjouit du fait que ces valeurs sont activement favorisées par l'équipe du CHK.**

En ce qui concerne le traitement médical, il y a dès le début de l'hospitalisation une planification prévoyant la diminution progressive de la médication. Le diagnostic

établi par le médecin-psychiatre est communiqué au patient avec toutes les explications nécessaires.

**(37) La Médiateure salue cette approche qui soutient et sous-tend également l'idée d'une thérapie médicale orientée vers la réintégration.**

La diminution des médicaments que le patient doit prendre et continuer à prendre une fois l'hospitalisation terminée est en effet susceptible d'augmenter l'adhésion du patient au traitement. En effet, les effets secondaires indésirables sont susceptibles d'être moins importants en cas de posologies plus réduites.

**La continuation du traitement médicamenteux à l'extérieur constitue toutefois un problème important sur lequel la Médiateure entend revenir ultérieurement, à la section 5.2.**

Comme il a déjà été soulevé, le consentement du patient au traitement est recherché tout au long de son hospitalisation. Les patients ont en outre la possibilité de contribuer concrètement au contenu des offres thérapeutiques en pouvant suggérer des sujets pour les groupes à thèmes ou soumettre des propositions concrètes pour les activités sportives.

Dès le début de l'hospitalisation, l'équipe essaie également de préparer la sortie en examinant les différentes possibilités qui s'ouvrent lors d'un retour du patient à la maison. Ces efforts sont menés notamment en collaboration avec les « Soins psychiatriques à domicile » (SPAD), qui est un service offert par le CHNP, « Hëllef doheem », l'hôpital de jour ou d'autres intervenants.

Chaque étage de l'unité psychiatrique dispose d'un ETP de psychologue. Des consultations peuvent être demandées librement et directement par le patient.

Le psychologue mène des entretiens individuels, mais offre également des thérapies en groupe, il anime aussi des groupes de discussion.

Du moins sur un étage, l'équipe de contrôle a été informée que bien que les patients soient libres de demander un rendez-vous chez le psychologue, cette démarche serait toujours discutée avec le médecin-psychiatre.

**(38) La Médiateure salue la possibilité pour le patient de prendre l'initiative de solliciter une consultation chez le psychologue et voudrait de nouveau souligner l'importance de laisser une certaine autonomie aux patients en leur accordant la possibilité de solliciter eux-mêmes une consultation chez un psychologue s'ils en éprouvent le besoin.**

**Le psychologue devrait être libre d'organiser ses consultations comme il l'entend, tout en ayant la possibilité d'échanger les constats principaux avec le médecin-psychiatre, évidemment en respect avec le secret professionnel.**

Dans ce contexte, l'équipe de contrôle a d'ailleurs été informée que des réunions entre le médecin-psychiatre et le psychologue ont lieu tous les matins.

**La Médiateure s'en félicite.**

Deux des trois étages bénéficient chacune d'un ETP d'art-thérapeute, le troisième étant doté d'un ETP d'ergothérapeute.

Les activités d'art-thérapie ont lieu en règle générale 7 fois par semaine et comprennent également des visites à l'extérieur de l'hôpital, comme par exemple des visites au musée.

**(39) La Médiateure salue les efforts menés en vue d'organiser des activités en dehors de l'unité psychiatrique. Ces sorties sont davantage susceptibles de procurer un changement d'idées aux patients, tout en offrant une plus-value thérapeutique non négligeable, permettant en effet de travailler de manière importante les compétences sociales.**

L'accès à l'air libre est soumis à une réglementation différente de celle en usage dans d'autres hôpitaux alors qu'il s'agit dans le cas d'espèce d'une unité psychiatrique semi-fermée.

Les patients sont donc en principe et en dehors des séances thérapeutiques, libres de sortir de l'unité à leur gré. L'équipe de contrôle a pu se rendre compte que les patients informent brièvement le personnel soignant avant de sortir et en font de même à leur rentrée.

Il est de nouveau à relever qu'en tout état de cause les patients bénéficient d'office, du moins du lundi au vendredi, d'une demi-heure consacrée à la promenade.

**(40) La Médiateure se félicite de la garantie d'accès à l'air libre accordée aux patients hospitalisés.**

### 3.1.2.3. Conditions de séjour

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

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

Egalement au CHK, les patients admis en phase d'observation sont accueillis aux urgences du CHK, question sur laquelle la Médiateure entend revenir au chapitre 3.2.

L'information des droits dont disposent les patients a lieu le jour de leur admission ou au plus tard le lendemain, en fonction de l'état de santé de la personne hospitalisée. Les patients reçoivent, contre récépissé, une brochure contenant des informations sur le fonctionnement du service et sur leurs droits.

**(41) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée qui augmente la sécurité juridique des patients et protège le personnel contre de fausses allégations. Elle encourage le personnel à procéder à l'information des droits des patients dès que leur état de santé le permet.**

Le CHK a, dans le passé, été amené à prendre en charge des détenus en décompensation psychiatrique.

**La Médiateure entend revenir sur la problématique des détenus hospitalisés de manière générale dans le chapitre 5.3.**

Les repas servis à l'unité psychiatrique du CHK n'ont pas fait l'objet de réclamations de la part des patients. Les patients ont chaque jour la possibilité de choisir entre plusieurs plats.

Il est à relever positivement qu'une bouteille d'eau est comprise dans le forfait journalier des patients et que partant un litre d'eau est donc gratuitement mis à disposition des patients.

La seule critique qui a été rapportée à l'équipe de contrôle était que le repas du soir serait servi trop tôt.

**(42) Si les repas devaient être pris plus tôt pour des raisons médicales, la Médiateure n'a évidemment pas d'objection à cet égard. Autrement, elle recommande au personnel d'adapter le rythme de vie au sein de l'unité autant que possible aux normes usuelles rencontrées en dehors du milieu hospitalier.**

En dehors de la possibilité de quitter l'unité pour fumer dehors, l'unité psychiatrique est également équipée d'un fumoir.

Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que le personnel n'avait depuis un certain temps plus le droit de fumer dans le même fumoir, alors que ceci était toujours



autorisé auparavant. Le personnel est désormais obligé de sortir de l'unité pour pouvoir fumer.

La Médiateure estime que l'utilisation commune du fumoir par les patients et le personnel était susceptible de générer une autre forme de contact, créant une relation plus informelle et permettant au personnel de communiquer avec les patients de manière plus détendue. Ces relations ont pu être d'une utilité certaine pour mieux apprendre à connaître le patient. Or, avec la nouvelle instruction, cette forme d'observation et de communication spontanée n'est plus possible.

**(43) La Médiateure s'interroge sur la motivation de cette instruction et demande à obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.**

Le contact vers l'extérieur semble garanti à suffisance aux patients qui ont notamment le droit de recevoir de la visite entre 14h00 et 20h00, sauf décision contraire du médecin-psychiatre.

**(44) La Médiateure tient à souligner que le maintien des relations sociales est très important et qu'il ne faut restreindre ces contacts que dans des cas exceptionnels et dûment motivés. Les restrictions des visites ne devraient en aucun cas avoir lieu à des fins de sanction.**

Le personnel procède régulièrement à une enquête de satisfaction auprès des patients afin d'établir des statistiques et déterminer des éventuels problèmes récurrents.

**(45) La Médiateure se félicite de ce travail continu de remise en question et d'amélioration effectué par le personnel.**

#### 3.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les fouilles sont exécutées exclusivement sur demande du médecin et ceci seulement dans les cas où il existe un risque d'auto-agression et/ou si le personnel ou le médecin a connaissance d'une consommation ou d'une dépendance de stupéfiants.

Dans les cas où une fouille est réalisée, elle se fait toujours par deux infirmiers.

**La Médiateure n'a pas d'objections quant à cette manière de procéder.**

Dans les six premiers mois de 2012, 5 patients sur 48 ont subi une mesure de contention physique. En tout, ces 5 patients ont été fixés 31 fois. La durée moyenne de fixation pour ces patients était de 9h33.

**(46) La Médiateure se félicite que la durée moyenne de fixation ait baissée en 2012, par rapport à 2011 de plus d'une heure. Elle se doit de rappeler l'importance de limiter les mesures de contention au strict nécessaire et d'encourager le recours, dans la mesure du possible, à des moyens moins invasifs.**

Parmi les 5 patients qui ont été fixés pendant leur hospitalisation, il y avait également des patients transférés de la prison. Comme déjà mentionné, la question des détenus hospitalisés en milieu psychiatrique sera traitée à la section 5.3.

Si une situation nécessitant un traitement involontaire se présente, le personnel recherche autant que possible le consentement du patient et donne des explications au patient concerné.

**La Médiateure s'en félicite.**

En ce qui concerne les fixations, l'équipe de contrôle a été informée que le CHK participe à un projet européen de benchmarking en matière de fixations en milieu psychiatrique. Ainsi, il est possible de se positionner par rapport aux standards internationaux et d'obtenir des données de comparaison, encourageant le personnel à diminuer les fixations au strict minimum.

A côté de ce projet, des formations régulières sont proposées en matière de désescalade de situations qui pourraient devenir critiques.

**(47) La Médiateure se réjouit de cette offre de formation et encourage les responsables concernés de continuer à proposer de pareilles formations au personnel amené à travailler en milieu psychiatrique.**

Si une fixation s'avère néanmoins nécessaire, elle est réalisée dans la chambre du patient.

Il est évité autant que possible de procéder à une fixation dans une chambre double et tout est mis en œuvre afin d'avoir un strict minimum de « public ». Ainsi, les patients qui sont susceptibles de nécessiter une fixation du fait de leur état agité sont hospitalisés dès l'admission à l'unité dans une chambre individuelle afin de minimiser le risque de devoir procéder à une fixation dans une chambre double.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il est souvent possible d'éviter une fixation en accordant une attention particulière à toute situation qui pourrait se dégrader en situation de crise, demandant une intervention forcée du personnel. Dans les situations à risque, les infirmiers font également appel à des membres du personnel d'autres unités, ce qui contribue souvent au désamorçage d'une situation à risque potentiel.

**(48) La Médiateure souligne qu'elle considère une fixation dans une chambre double, sans qu'elle ne soit expressément souhaitée par le patient, comme étant constituée d'un traitement dégradant et humiliant et salue l'approche « préventive » appliquée par le personnel.**

Les unités du CHK ne disposent pas de « soft-cell », donc d'une chambre sécurisée, permettant d'accueillir un patient en phase d'agitation.

Lors des entretiens menés sur place, l'équipe de contrôle a pu constater qu'une telle chambre sécurisée était souhaitée par certains membres du personnel, mais pas par l'intégralité. La Médiateure entend revenir sur la question des « soft-cells » au chapitre 3.2.

Une différence majeure entre le CHK et l'ensemble des autres hôpitaux dotés d'un service de psychiatrie fermé consiste dans l'emploi de personnel de sécurité externe. En effet seul le CHK fait appel à du personnel externe, mis à disposition à l'heure actuelle par la société DUSSMANN pour assister régulièrement le personnel du service de psychiatrie pendant la nuit.

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 CHK 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 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.

**(49) 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.**

### 3.1.3. Le CHEM

L'unité de psychiatrie intensive au CHEM dispose de 12 lits destinés aux personnes en phase d'observation. Elle dispose de 2 chambres individuelles et de 5 chambres doubles, ainsi que de deux chambres individuelles dotées d'un système de vidéo-surveillance.

A côté du service d'hospitalisation psychiatrique, le CHEM a créé le « Centre d'intervention de crise » qui est accessible 24h/24 et qui constitue un service destiné à offrir une aide et un soutien à des personnes en situation de crise.

Une présence permanente est assurée par un infirmier spécialisé en psychiatrie. S'il s'avère nécessaire, celui-ci fait appel à un médecin-psychiatre qui peut le cas échéant prescrire toute médication indiquée.

A côté de ce service très intéressant, la Médiateure voudrait également relever le fonctionnement du service « antenne mobile psychiatrique » qui est assuré par deux ETP d'infirmiers du service psychiatrique fermé et qui propose une prise en charge globale des personnes souffrant de troubles psychiques et ceci, dans leur milieu de vie.

Il s'agit-là d'un service susceptible de réduire sensiblement le nombre d'hospitalisations nécessaires. Il est cependant regrettable qu'il ne fonctionne que pendant les jours de la semaine.

**(50) La Médiateure est d'avis que tant le Centre d'intervention de crise que l'Antenne mobile psychiatrique constituent deux offres très intéressantes alors qu'elles sont susceptibles d'éviter beaucoup d'hospitalisations, voire même de placements.**

Ceci est premièrement un d'un avantage incontestable pour les patients qui peuvent obtenir une aide rapide et efficace sans devoir être hospitalisés. Deuxièmement, ces services présentent des avantages budgétaires considérables à long terme. Il ne faut en effet pas oublier qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique génère des coûts non négligeables qui

peuvent dans certains cas être évités, ou du moins diminués par des soins appropriés en dehors d'un contexte d'hospitalisation.

En dehors des coûts élevés générés par une hospitalisation, il y a lieu de remarquer que le Luxembourg souffre d'un manque chronique d'infrastructures destinées à prendre en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. La Médiateure encourage et salue partant toute initiative susceptible d'offrir un traitement adéquat aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques par le biais d'une prise en charge à leur domicile, permettant ainsi leur maintien dans un environnement qui leur est familier.

La Médiateure entend encore revenir plus en détail sur la problématique du manque d'infrastructures spécialisées dans le domaine des soins psychiatriques aux chapitres 3.2. et 4.2.

#### 3.1.3.1. Infrastructures et personnel

L'unité de psychiatrie intensive dispose de 4 ETP de médecins-psychiatres, de 17,5 ETP d'infirmiers et de 0,5 ETP d'aide-soignante.

Les infirmiers travaillent à trois tours de trois personnes.

A côté de ces effectifs, l'unité dispose encore de 0,1 ETP d'ergothérapeute, de 0,33 ETP de psychologue et de 0,33 ETP d'assistant social.

Si l'effectif en infirmiers semble couvrir de manière satisfaisante les besoins de l'unité, la Médiateure se doit de soulever le manque important de personnel thérapeutique.

L'équipe thérapeutique, à côté des médecins-psychiatres, ne se compose en effet que d'un total de 0,76 ETP.

**(51) La Médiateure estime que cette dotation est largement insuffisante pour pouvoir proposer un programme thérapeutique adapté aux besoins des patients et recommande aux autorités compétentes de débloquer les ressources budgétaires suffisantes pour que l'unité de psychiatrie intensive puisse bénéficier d'au moins 1 ETP de personnel thérapeutique affecté à l'unité de psychiatrie intensive.**

Egalement au CHEM, les problèmes les plus souvent rencontrés par les assistants sociaux affectés à l'unité de psychiatrie intensive sont des problèmes liés à l'accès aux informations ainsi qu'aux patients qui ne sont pas affiliés à une caisse de maladie.

D'un côté, les procédures de la Caisse Nationale de Santé (CNS) exigeraient que les patients fassent certaines démarches eux-mêmes, mais en règle générale, les patients hospitalisés ne sont pas capables de suffire à cette exigence.

De l'autre côté, le secret médical interdit au personnel de l'unité de psychiatrie de révéler que le patient se trouve en hospitalisation involontaire en psychiatrie et qu'il est, à cause de sa maladie, pas capable de faire les démarches auprès de la CNS.

**La Médiateure va revenir à cette problématique d'accès aux données au chapitre 3.2.**

La kinésithérapie est accessible aux patients de l'unité psychiatrique intensive au besoin.

**La Médiateure s'en félicite.**

La majorité des patients est hospitalisée dans des chambres doubles. L'équipe de contrôle n'a pas recueilli des témoignages affirmant que cette situation gênerait les patients.

**(52) Même si les chambres doubles ne constituent que rarement une solution optimale, la taille des chambres doubles est satisfaisante et offre un espace personnel suffisant aux patients, de manière à ce que la Médiateure n'ait pas à formuler d'objections à cet égard.**

Chaque patient a à sa disposition un coffre-fort où il peut déposer son argent ou des objets de valeur qu'il souhaite garder sur lui.

**La Médiateure s'en félicite.**

La salle de bain est commune aux deux patients partageant la même chambre. La seule chose qui a retenu l'attention de l'équipe de contrôle et qui a également été rapportée par les patients rencontrés est que la douche ne dispose d'aucune séparation, d'aucune paroi qui pourrait protéger le reste de la salle de bain d'éclaboussures d'eau et de l'humidité.

La Médiateure donne à penser qu'un tel aménagement n'est non seulement pas agréable, mais présente également un risque non négligeable de chutes, surtout pour les patients plus âgés ou pour les patients qui obtiennent une médication qui ralentit sensiblement les réflexes et qui peut perturber le sens de l'équilibre.

**(53) La Médiateure recommande de faire installer une protection autour de la douche qui protège le reste de la salle de bain des projections d'eau, tout en respectant évidemment les considérations sécuritaires qui s'imposent.**

L'unité de psychiatrie intensive au CHEM est une unité disposant d'une superficie extrêmement réduite, qui se compose presque exclusivement des chambres des patients. A côté des chambres des patients, il y a encore une salle commune qui est à disposition des patients, où ils peuvent prendre les collations et téléphoner. La même pièce est utilisée en tant que fumoir.

Vu la taille de l'unité, les activités thérapeutiques ont exclusivement lieu en dehors de l'unité et ceci en fonction des disponibilités des différentes salles.

La Médiateure regrette l'absence d'une salle d'activités qui soit accessible en permanence aux patients de l'unité de psychiatrie intensive qui pourrait servir pour organiser des activités sportives douces ou servir pour d'autres activités.

Ceci augmenterait sensiblement l'offre d'activités thérapeutiques et permettrait également de faire participer tous les patients, même des patients qui présentent un risque important de fuite. Il ne pourrait en effet en aucun cas être toléré qu'un patient soit privé d'une offre thérapeutique, voire de toute offre thérapeutique à cause d'infrastructures défectueuses.

**(54) La Médiateure suggère aux responsables concernés d'examiner la question s'il n'existe aucune possibilité d'agrandir la station afin de pouvoir offrir une telle salle d'activités aux patients hospitalisés. Elle recommande aux responsables concernés d'analyser si des modifications à faible coût pourraient être réalisées à cette fin et souhaite être tenue au courant des décisions.**

**(55) La Médiateure souligne également la nécessité de séparer le fumoir des locaux destinés à un usage commun.**

La Médiateure a entendu des rumeurs que le service psychiatrique qui comporte, à côté de l'unité psychiatrique intensive une unité psychiatrique aiguë, un service d'addictologie et un service d'hôpital de jour, devait être réparti sur deux sites du CHEM, à savoir à Esch-sur-Alzette et à Niederkorn.

La Médiateure ne saurait se prononcer sur la véracité de ces rumeurs, mais voudrait néanmoins exprimer ses réserves quant à un tel projet. Elle estime en effet qu'une telle séparation pourrait avoir lieu au détriment de l'intérêt des patients, alors que les médecins-psychiatres et le personnel soignant qui sont en charge des différents services sont globalement les mêmes pour l'ensemble du service. Une répartition sur deux sites entraînerait inévitablement une perte de disponibilité des médecins et du personnel soignant pour les patients hospitalisés dans l'un ou l'autre des services concernés.



**(56) Pour ces raisons, la Médiateure recommande, dans l'intérêt des patients, de ne pas procéder à une séparation des différents services de psychiatrie sur plusieurs sites du CHEM.**

#### 3.1.3.2. Activités

Tous les matins, une séance de relaxation dynamique est proposée aux patients, pendant une demi-heure, de 7h30 à 8h00.

Une activité thérapeutique est ensuite organisée entre 9h30 et 10h30. Elle varie tous les jours, il s'agit à titre d'exemple d'activités sportives, d'ateliers d'ergothérapie ou encore d'un atelier musical.

Entre 11h00 et midi, des jeux de société sont proposés aux patients.

Pour les personnes qui peuvent quitter l'unité, une sortie à l'extérieur est proposée entre 15h00 et 16h30.

Le soir, entre 18h00 et 19h30, une autre activité thérapeutique est organisée, dans le même genre que celles prévues le matin.

Même si les activités ont lieu en dehors de l'unité de psychiatrie intensive, il a été rapporté à l'équipe de contrôle que, sauf exceptions, chaque patient peut participer tous les jours à au moins une activité.

En règle générale, tous les patients peuvent participer une fois par jour à une séance d'ergothérapie qui comprend des ateliers créatifs, mais aussi des ateliers d'expression et des ateliers cognitifs, destinés à entraîner la mémoire. Des ateliers créatifs, comme par exemple des ateliers en céramique sont proposés aux patients de l'unité de psychiatrie intensive, mais la Médiateure s'étonne sur l'absence d'une armoire de matériel destiné à l'unité qui permettrait un stockage adéquat du matériel et des travaux réalisés des patients.

**(57) La Médiateure est d'avis que l'ergothérapie constitue une des offres principales proposées à l'unité et pense qu'il est indispensable que les ergothérapeutes disposent du matériel et des infrastructures nécessaires pour le bon accomplissement de leur travail. Elle recommande partant de mettre à leur disposition une armoire où ils peuvent stocker l'ensemble du matériel nécessaire aux séances d'ergothérapie, ainsi qu'un endroit où ils peuvent garder les produits des séances thérapeutiques.**

Les activités sportives ont lieu dans une salle de sport située au sous-sol. Elles sont encadrées ou bien par les infirmiers ou bien par les ergothérapeutes. La salle de fitness est également utilisée pour les séances de kinésithérapie.

L'état et l'équipement de la salle sportive ne donnent pas lieu à des observations particulières. Elle est propre et équipée de manière irréprochable. Elle dispose, à côté de nombreux appareils de fitness également d'une table de ping-pong.

**(58) La Médiateure se félicite de la qualité de l'équipement sportif à disposition des patients.**

Certains patients ont regretté l'absence d'un punchingball.

La Médiateure estime qu'un punchingball peut effectivement constituer un investissement intéressant alors qu'il permet aux patients de dépenser de l'énergie, voire même de décharger des éventuelles sensations d'agressivité ou des frustrations.

**(59) La Médiateure invite les responsables concernés à analyser la possibilité d'acquérir un punchingball lors des prochains exercices budgétaires.**

La seule défaillance qui peut être retenue à l'égard de la salle sportive est qu'elle ne permet pas d'exercer des sports d'équipe. La Médiateure donne à penser que cet exercice pourrait cependant être très bénéfique pour les patients. Premièrement, il serait possible de faire participer un plus grand nombre de patients aux activités sportives et deuxièmement le sport d'équipe peut s'inscrire parfaitement dans les plans thérapeutiques des patients alors qu'il travaille de manière subtile les relations interpersonnelles et les compétences sociales.

**(60) La Médiateure propose aux responsables concernés d'essayer de trouver un accord avec le Lycée de Garçons de Esch-sur-Alzette (LGE). En dehors des horaires scolaires, la cour et la salle de sports du LGE offrirait deux possibilités accessibles et adaptées pour organiser des séances de sport en équipe.**

**Comme pour les autres activités qui ont lieu en dehors de l'unité, le médecin devrait se prononcer sur le risque de fuite des différents patients et sélectionner les patients qui peuvent participer à ces activités.**

**La Médiateure invite les responsables à entamer les démarches nécessaires auprès du LGE et souhaite être tenue au courant de l'évolution de cette question.**

L'équipe de contrôle a été informée que tous les patients pouvaient profiter d'au moins une sortie à l'air libre par jour et que ceci était garanti pour tous les jours de la semaine.

**(61) La Médiateure ne peut que s'en féliciter.**

L'unité de psychiatrie intensive propose également un atelier de cuisine thérapeutique aux patients de l'unité.

L'équipe de contrôle a cependant été informé que l'unité ne dispose pas d'un budget dédié à l'acquisition des ingrédients alimentaires nécessaires. Les ingrédients sont mis à disposition par la cuisine centrale de l'hôpital.

La Médiateure est d'avis que l'atelier de cuisine thérapeutique est d'une très grande importance, alors qu'il permet de travailler les compétences et la vie sociales et représente en plus une activité qui est largement apprécié par les patients.

Pour ces deux raisons, la Médiateure estime que l'atelier de cuisine thérapeutique doit bénéficier des ressources nécessaires pour pouvoir être organisé d'une manière adaptée.

**(62) La Médiateure recommande aux responsables concernés de prévoir les ressources budgétaires nécessaires pour permettre au personnel d'organiser convenablement l'atelier de cuisine thérapeutique et lui permettre d'acquérir les ingrédients nécessaires. La Médiateure reviendra de manière générale sur l'atelier de cuisine thérapeutique au chapitre 3.2.**

L'équipe de l'unité de psychiatrie intensive du CHEM procède à des intervalles réguliers à une enquête de satisfaction afin d'adapter au mieux l'offre thérapeutique et l'encadrement général aux besoins et souhaits des patients hospitalisés.

**(63) La Médiateure se félicite de cette approche et de la prise en considération de l'avis des patients et encourage le personnel à continuer cette démarche. Elle regrette cependant que cette enquête de satisfaction ait seulement lieu à la sortie des patients.**

**Afin de protéger au mieux les intérêts des patients, la Médiateure recommande de procéder régulièrement, si l'état de santé des patients le permet, à une enquête de satisfaction des patients afin de pouvoir prendre connaissance au moment de l'hospitalisation des problèmes qui pourraient exister aux yeux des patients et d'y remédier, dans la mesure du possible, dans les meilleurs délais.**

La diversité de l'offre thérapeutique existante au CHEM semble satisfaire les exigences requises.

Vu les infrastructures très limitées, les patients ne peuvent cependant que participer à une ou deux activités par jour. Chez les patients représentant un danger de fuite, l'offre thérapeutique est sensiblement réduite du fait qu'ils ne peuvent quitter le service.

De manière générale, les patients se sont plaints d'un manque d'activités. Ce manque doit être attribué en grande partie à l'absence d'infrastructures disponibles aux patients hospitalisés à l'unité de psychiatrie intensive.

Comme déjà mentionné plus haut, la Médiateure est d'avis que le problème pourrait partiellement être résolu en créant une salle d'activité accessible en permanence aux patients de l'unité de psychiatrie intensive.

**(64) La Médiateure recommande aux responsables concernés de vérifier si les infrastructures existantes ne permettraient pas d'agrandir légèrement l'unité de sorte à créer une salle d'activités permettant ainsi de rendre l'offre thérapeutique accessible à tous les patients.**

Le psychologue de l'unité peut être consulté sur demande du patient, de la famille ou de l'équipe de l'unité.

Il a été rapporté à l'équipe de contrôle que le médecin-psychiatre n'intervient pas dans l'organisation des consultations psychologiques.

**(65) La Médiateure se félicite de la possibilité donnée au patient de solliciter lui-même un rendez-vous chez le psychologue.**

Le psychologue affecté à l'unité de psychiatrie intensive ne réalise pourtant pas de tests cognitifs, qui sont, en cas de besoin, réalisés par un neuropsychologue affecté au service de neurologie. Cette manière de procéder est due au fait que la réalisation de tests cognitifs consomme beaucoup de temps et que le psychologue affecté à l'unité de psychiatrie intensive est à lui seul responsable pour 5 unités d'hospitalisation.

La Médiateure estime qu'il existe un manque important en effectifs de psychologues. Le fait d'être attaché à cinq services de l'hôpital, services qui ont tous un besoin réel de services psychologiques, réduit la disponibilité du psychologue pour chaque unité de manière à ce que la demande de tous les patients hospitalisés dans ces unités ne puisse être satisfaite. Il semble impossible aux yeux de la Médiateure que le psychologue puisse rencontrer tous les patients des différentes unités. L'aide psychologique peut toutefois, en unité psychiatrique comme ailleurs, représenter un service très important, susceptible d'aider le patient et permettant d'acquérir une vue complémentaire sur le comportement et l'état de santé du patient.

**(66) La Médiateure recommande aux autorités compétentes de débloquent les ressources budgétaires nécessaires afin que le CHEM puisse bénéficier d'au moins 0,5 ETP de psychologue par unité où le besoin d'un service psychologique peut être dûment justifié.**

Après les consultations chez le psychologue, le médecin-psychiatre demande un feedback de la part du psychologue afin d'obtenir des informations pertinentes pour la continuation de la thérapie. Les détails des consultations ne sont pas révélés.

L'équipe de contrôle a été informée que des réunions pluridisciplinaires ne sont organisées que lorsqu'un événement extraordinaire le rend nécessaire.

La Médiateure est d'avis que les réunions pluridisciplinaires peuvent constituer un enrichissement considérable pour le travail quotidien à l'unité, travail qui demande beaucoup d'investissement. Dans un tel contexte, la Médiateure estime que l'échange d'idées et d'observations constitue une plus-value certaine au travail fourni quotidiennement. Elle regrette partant l'absence de telles réunions pluridisciplinaires régulières aussi bien que l'absence totale de réunions avec les patients. De tels échanges de vue sont susceptibles de contribuer à une bonne atmosphère en équipe ainsi qu'à une meilleure compréhension et à une prise en charge plus complète du patient.

**(67) La Médiateure recommande aux intervenants concernés de réfléchir sur la mise en place de réunions pluridisciplinaires régulières afin d'échanger les principales observations et les constats les plus importants qui ont été faits au sujet des patients.**

#### 3.1.3.3. Conditions de séjour

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

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

L'information sur les droits des patients, notamment en ce qui concerne leurs voies de recours, est donnée de manière écrite aux patients, qui sont invités à signer la fiche d'information.

Il y a également une affiche résumant les principales informations qui est exposée bien visiblement à l'intérieur de l'unité.

**(68) La Médiateure se félicite de cette procédure standardisée et encourage le personnel à répéter au besoin les informations fournies si les patients n'ont,**

**dans un premier temps, pas été en mesure de saisir la portée des informations obtenues.**

L'équipe de contrôle a reçu différentes affirmations que l'alimentation serait décevante. Les patients se sont notamment plaints de l'absence de choix en ce qui concerne les plats et du manque de variation dans l'offre.

**(69) La Médiateure est consciente que l'alimentation constitue un domaine dans lequel il n'est guère possible de satisfaire tous les patients, elle recommande cependant de mettre en place un système permettant aux patients de choisir entre plusieurs plats. Comme il s'agit souvent de patients à séjour plus prolongé, la Médiateure tient à souligner l'importance de la variation des plats proposés.**

**La Médiateure se félicite de la mise à disposition gratuite d'eau potable aux patients.**

Le contact vers l'extérieur est garanti notamment à travers le téléphone et les visites.

Le téléphone est installé dans la salle commune de séjour. Certains patients ont affirmé être dérangés par le fait que le téléphone est installé dans la salle de séjour commune, rendant impossible le respect d'un minimum d'intimité.

Comme cette salle commune est le seul endroit où les patients peuvent passer la journée, à côté de leurs chambres personnelles, elle est toujours fréquentée par un grand nombre de patients.

Cette situation n'est guère optimale, et la Médiateure estime qu'il y a effectivement un risque d'une atteinte à la vie privée des patients. La Médiateure est toutefois consciente que cette situation est de nouveau due à l'insuffisance des infrastructures.

**(70) La Médiateure recommande aux responsables concernés d'analyser la possibilité de faire installer des téléphones dans les chambres personnelles des patients. Elle souhaite être tenue au courant des suites réservées à cette recommandation.**

Les patients peuvent recevoir des visites entre 17h00 et 19h30, sauf exception accordée par le médecin-psychiatre ou l'équipe soignante.

La Médiateure constate que les horaires de visite sont très limités. Elle donne à considérer que les visites, permettant un contact avec l'extérieur, sont un élément très important dans la thérapie des patients. Dès lors, il serait opportun de ne pas limiter excessivement ce droit.

Comme les patients ne participent pas pendant toute la journée à des activités, les visites pourraient constituer un élément important dans leur quotidien.

**(71) La Médiateure souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les motifs à la base de cette limitation des horaires de visite. Si cette restriction n'est pas motivée par des raisons thérapeutiques, elle recommande de permettre les visites pendant des plages horaires plus conséquentes.**

En dehors des activités thérapeutiques, les patients suivent évidemment aussi un traitement médicamenteux.

La Médiateure n'est pas en mesure d'apprécier la pertinence des traitements médicamenteux administrés, mais les patients ont rapporté à l'équipe de contrôle qu'ils recevaient beaucoup de médicaments. Si la Médiateure ne peut pas se prononcer à cet égard, elle prend toutefois au sérieux l'affirmation des patients de ne pas obtenir assez d'explications sur les médicaments administrés.

La Médiateure est consciente que les patients ne se trouvent pas toujours dans un état de santé qui leur permet de se rappeler de toutes les informations reçues et qu'il est possible que les patients aient reçu des explications au moment de l'administration des médicaments dont ils ne se rappellent plus. Elle souligne cependant que l'explication sur le fonctionnement et l'utilité des médicaments est une procédure très importante qui peut également favoriser le consentement du patient au traitement.

**(72) La Médiateure recommande au personnel concerné par l'administration des médicaments de porter une attention accrue aux explications relatives aux médicaments administrés et de répéter, au besoin, ces informations lors d'une nouvelle administration de médicaments ou à la demande des patients.**

Un problème important relatif à la continuation de la prise des médicaments prescrits après la sortie de l'hôpital a été souligné itérativement à l'équipe de contrôle. Il concerne notamment la continuation du traitement par certains médicaments antipsychotiques

**La Médiateure reviendra sur ce problème à la section 5.2.**

#### 3.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

L'équipe de contrôle a été informée que le personnel de l'unité de psychiatrie intensive cherchait à minimiser les fixations, qui seraient généralement limitées à la durée d'action des médicaments qui se situerait entre 1 et 2 heures.

**(73) La Médiateure se réjouit du fait que l'ensemble du personnel travaillant à l'unité de psychiatrie intensive ait suivi la formation APIC.**

L'équipe de contrôle a été informée que pour la période du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 juillet 2012, l'unité du CHEM a accueilli 108 patients et qu'il y a eu 456 événements de contention.

**(74) La Médiateure se montre inquiète du nombre important de contentions et souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les durées et motifs de ces mesures.**

Une personne a rapporté à l'équipe de contrôle d'avoir été fixé pendant une période de 15 jours et ceci après avoir affiché un comportement inadapté. Pour lui, la fixation aurait été la sanction qui suivait son comportement

**(75) La Médiateure souhaite obtenir des renseignements plus détaillés quant aux durées des fixations réalisées et rappelle que les mesures de contention ne devraient en aucun cas être utilisées comme moyen de sanction.**

Un autre patient a témoigné avoir été fixé et avoir obtenu un traitement involontaire. Il aurait été fixé pendant la nuit. Au moment de la rencontre avec l'équipe de contrôle, la personne présentait encore des bleus visibles aux bras.

**(76) La Médiateure ne peut pas vérifier si les bleus qui ont pu être constatés auprès du patient ont été causés par la procédure de fixation, mais souligne l'importance de n'utiliser que la force strictement nécessaire à la réalisation des mesures de contention. A cet égard, elle se doit de rappeler l'obligation du respect du principe de la proportionnalité et du principe de la restriction minimale.**

Un troisième patient a affirmé avoir été fixé plusieurs fois dans sa chambre, pendant la nuit. Il indique être fixé à chaque fois qu'il commence à s'agiter.

**(77) La Médiateure se réjouit du fait que la personne a indiqué avoir été seule dans la chambre au moment des fixations, mais rappelle de nouveau que les fixations ne doivent pas constituer une mesure disciplinaire. Tout doit être mis en œuvre afin d'expliquer la nécessité d'une pareille mesure aux patients de manière à lever l'impression que la fixation puisse avoir lieu en tant que sanction.**

L'équipe de contrôle a eu connaissance que, peu avant le début de la mission sur place, il y aurait eu une fixation qui aurait duré 3 jours et qui aurait eu lieu après l'agression d'un infirmier par le patient.



La Médiateure se montre inquiète à propos de ces affirmations, aussi bien en ce qui concerne la durée de la fixation que des circonstances qui auraient entouré cette fixation.

**(78) La Médiateure souhaite obtenir des informations sur les motifs qui ont fait en sorte que la personne ait dû rester fixée pendant trois jours.**

La Médiateure veut à cet endroit également faire référence aux normes du CPT sur les placements non volontaires en établissement psychiatrique, où le CPT affirme qu'il « a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours ; le CPT doit souligner qu'un tel état de choses ne peut avoir aucune justification thérapeutique et, à son avis, s'apparente à un mauvais traitement » (CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 59).

La Médiateure voudrait souligner à cet endroit qu'elle n'est pas en mesure d'apprécier la nécessité thérapeutique ou non d'une fixation de plusieurs jours, même si elle a des problèmes à s'imaginer qu'une personne puisse être agitée à un tel point qu'une contention physique serait nécessaire de manière continue pendant plusieurs jours et ceci d'autant plus que les patients obtiennent généralement des médicaments de sédatifs.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il existe des patients où les médicaments de sédation ne montrent pas ou très peu d'effet, mais la Médiateure considère que ces patients constituent une absolue minorité et que les contentions prolongées ne pourraient pas toutes être motivées par ce motif.

**(79) La Médiateure regrette qu'il n'y ait sur un plan international pas de critères précis qui déterminent une durée maximale d'une mesure de contention physique et au-delà de laquelle le médecin devrait de nouveau réexaminer la nécessité de la mesure de contention avant d'ordonner expressément sa prolongation.**

**Elle réitère que le recours à la fixation devrait constituer une solution d'ultime recours.**

La Médiateure se doit de relever encore l'impression de sanction qui émerge de la déposition de certains patients ayant fait l'objet d'une contention physique. La Médiateure tient à souligner que toute mesure de contention qui est appliquée en guise de sanction constitue un traitement dégradant et inhumain au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme. Les mesures de contrainte ne doivent jamais laisser miroiter une fin de sanction.

Les fixations interviennent toujours dans des situations délicates où le patient présente par son agitation un danger pour soi ou pour autrui.

Le fait qu'un membre du personnel soit blessé dans une pareille situation ou qu'il arrive qu'un patient fasse preuve d'un comportement agressif envers le personnel ou envers un autre patient peut parfaitement faire partie des symptômes de la pathologie du patient qui a rendu nécessaire son internement. Les patients ne devraient en aucun cas subir une mesure disciplinaire pour cause d'un comportement non adapté ou agressif causé par sa pathologie. Le personnel ne devrait en aucun cas procéder à une fixation prolongée du patient dans l'objectif de rassurer les membres du personnel ou les autres patients.

La Médiateure rejoint à cet égard le CPT qui relève dans le rapport de ses normes que « le recours aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) ne se justifie que rarement et doit toujours soit se faire sur ordre exprès d'un médecin, soit être immédiatement porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. Si, exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction » (*CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 59*).

Le CPT rappelle également que « en règle générale, un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës » (*CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, p. 65*).

Les fixations sont généralement réalisées dans une des chambres individuelles, mais peuvent également avoir lieu dans les chambres personnelles des patients, donc dans des chambres doubles, si les chambres individuelles sont déjà occupées.

**(80) La Médiateure rappelle ses objections formelles premièrement quant au fait de procéder à une fixation dans la chambre personnelle du patient et deuxièmement quant au fait qu'elle peut avoir lieu en présence d'un autre patient.**

La Médiateure souligne de nouveau que la chambre personnelle du patient constitue probablement le seul endroit pour le patient où il peut se retirer, et où il est plus enclin à se sentir protégé. La Médiateure est d'avis que le fait de fixer un patient dans sa propre chambre, enlève à cet endroit son caractère de retraite et de protection.

**La Médiateure rappelle qu'une fixation dans une chambre double est susceptible de constituer un traitement dégradant et humiliant dans tous les cas où le patient ne souhaite pas expressément que la fixation ait lieu dans sa propre chambre.**

**(81) La Médiateure recommande au personnel de continuer à éviter au maximum le recours aux fixations dans les chambres personnelles des patients et d'utiliser autant que possible les deux chambres individuelles pour réaliser les fixations qui s'avèrent nécessaires. La fixation dans une chambre personnelle d'un patient devrait constituer une mesure d'ultime recours, dans les situations où il n'y a pas d'autre possibilité.**

La seule exception, acceptable aux yeux de la Médiateure, à ce principe est constituée par une demande expresse d'un patient à être fixé dans sa chambre personnelle parce qu'il estime que l'environnement connu et familier contribuerait à son apaisement.

**(82) La Médiateure recommande de solliciter dans la mesure du possible l'avis du patient à cet égard avant de procéder à une fixation.**

Si la fixation a lieu dans la chambre personnelle du patient, la Médiateure estime qu'il est humiliant et dégradant pour une personne d'être fixée en présence d'un autre patient. Une pareille situation peut être traumatisante aussi bien pour le patient fixé que pour celui qui doit assister à la fixation.

**(83) La Médiateure recommande au personnel de tout mettre en œuvre afin de trouver un arrangement pour que les patients soient fixés hors de la vue d'une tierce personne et qu'ils restent seuls dans la chambre pendant la durée de la fixation.**

Le CHEM ne dispose pas d'une « soft-cell ». L'équipe de contrôle a été informée que l'installation d'une pareille « soft-cell » ne serait pas non plus souhaitée. La Médiateure reviendra sur les soft-cell à la section 3.2.

**(84) La Médiateure note avec satisfaction que le CHEM participe à un projet international de benchmarking sur les moyens de contention afin de s'aligner aux standards internationaux.**

#### 3.1.4. CHdN

L'unité de psychiatrie fermée au CHdN dispose de 10 lits pour patients en séjour volontaire et en séjour involontaire.

Lors d'une première visite de l'équipe de contrôle sur place, aucun patient en phase d'observation ou en placement n'était hospitalisé au CHdN.

L'équipe de contrôle a été contacté ultérieurement par les responsables du CHdN que trois patients venaient d'être admis à l'unité. L'équipe de contrôle a donc quand

même pu s'entretenir avec des patients. La Médiateure remercie les responsables du CHdN pour leur collaboration efficace à cet égard.

Le CHdN offre les services d'une « Antenne mobile psychiatrique », qui suit les patients après leur hospitalisation pendant une durée de trois mois. Après cette durée, si un suivi est toujours nécessaire, celui-ci est assuré par le SPAD du CHNP.

**(85) La Médiateure se réjouit de cette offre qui peut favoriser le retour des patients dans leur milieu familial et diminuer la durée d'hospitalisation, tout en contribuant à la prévention de rechutes des patients qui sans cette offre se verraient plongés trop rapidement dans leur vie quotidienne, sans encadrement et sans appui.**

L'équipe de contrôle a été informée qu'un hôpital psychiatrique de jour devrait ouvrir à la fin de l'année 2013 à Wiltz. Il est prévu que cet hôpital de jour disposera également de plusieurs structures encadrées permettant de prendre en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, qui ont un certain degré d'autonomie, mais qui ont néanmoins besoin d'un suivi et d'un encadrement au quotidien.

**(86) La Médiateure se félicite de cette initiative et de cette offre qui peut parfaire partiellement le manque flagrant de structures existant dans le domaine des soins psychiatriques au Luxembourg.**

La Médiateure reviendra plus en détail sur le manque d'infrastructures aux chapitres 3.2. et 4.2.

#### 3.1.4.1. Infrastructures et personnel

L'équipe soignante de la section fermée (US41) travaille à 3 tours. Pendant la journée, trois infirmiers sont présents à l'unité, la garde de nuit étant assurée par deux infirmiers.

L'ensemble de l'US41 dispose d'une dotation de personnel de 17,45 ETP.

Le CHdN n'est, pour des raisons d'organisation interne, pas en mesure de fournir le détail des ETP pour le seul service de psychiatrie fermée.

En effet, l'organigramme du CHdN reprend le personnel affecté à l'ensemble du service psychiatrique qui se compose de l'unité fermée (US41), de l'unité ouverte (US42), de l'Hôpital de jour psychiatrique-site Ettelbruck, de l'Antenne mobile en soins psychiatriques, et à partir de 2013, également de l'offre psychiatrique ambulatoire mise en place au site de la Clinique de Wiltz.

La dotation en personnel de l'ensemble du service psychiatrique est la suivante (en ETP):

- 6 médecins-psychiatres
- 35,25 infirmiers
- 3,75 aides-soignants
- 1,5 psychologues
- 1,5 assistantes sociales
- 2 ergothérapeutes
- 1 kinésithérapeute

Tous les matins, une réunion entre les médecins-psychiatres et les infirmiers, responsables des soins est organisée.

A côté de ces réunions, il y a, une fois par semaine, une réunion pluridisciplinaire avec les médecins-psychiatres, les infirmiers et les ergothérapeutes qui sert à échanger les principales observations et informations au sujet des patients.

**(87) La Médiateure se félicite de l'organisation de telles réunions et rappelle l'importance d'une bonne communication et de l'échange d'idées entre les différents corps professionnels.**

L'unité dispose de cinq chambres doubles et de deux chambres d'isolement, donc deux « soft-cells ». Celles-ci permettent d'accueillir un patient en état d'agitation ou un patient qui doit être fixé, de manière à ce qu'il ne soit pas exposé aux regards des autres patients.

Les chambres d'isolement ne sont pas équipées de vidéo-surveillance de manière à ce que les infirmiers doivent effectuer une surveillance personnelle régulière.

**(88) La Médiateure se félicite de l'absence de vidéo-surveillance dans ces chambres alors qu'elle génère souvent une diminution de la surveillance réelle et personnelle.**

**La Médiateure reviendra ultérieurement sur la question de l'aménagement de soft-cells.**

#### 3.1.4.2. Activités

Même si l'unité de psychiatrie fermée au CHdN est de très petite taille, il existe une offre importante en activités thérapeutiques.

Il est toutefois à noter qu'il n'y a pas de plan individualisé établi pour chaque patient. Le personnel procède à une appréciation au jour le jour pour évaluer l'état de santé des patients et déterminer à quelles activités ils peuvent participer. Si l'état de santé est plus stable, le médecin-psychiatre essaie d'établir un plan individualisé.

Il est à noter que la plupart des activités thérapeutiques a lieu à l'extérieur de l'unité, due à sa superficie très réduite.

Ceci entraîne des problèmes lorsque le médecin-psychiatre est d'avis qu'il existe un risque de danger ou de fuite dans le chef d'un patient, l'empêchant dès lors de quitter l'unité fermée. Ainsi, un tel patient est privé d'une grande partie de l'offre thérapeutique, mais également des sorties à l'air libre.

La Médiateure comprend que la superficie de la psychiatrie fermée est trop petite pour pouvoir organiser une offre thérapeutique conséquente à l'unité même, mais elle ne peut tolérer que des personnes qui sont hospitalisées pour bénéficier d'une thérapie en soient privées pour des raisons infrastructurelles.

Il est tout aussi inadmissible que les personnes hospitalisées à l'unité chez lesquelles un risque de danger ou de fuite a été constaté soient privées de tout accès à l'air libre pendant la durée de leur séjour à l'hôpital.

Au moment de la visite sur place, un patient venait d'être transféré au CHNP après un séjour de 5-6 semaines au CHdN, sans qu'il n'ait pu se rendre à l'air libre.

**(89) Une pareille situation est totalement inadmissible et pose des problèmes sérieux de traitement inhumain et dégradant.**

La Médiateure insiste de prévoir la possibilité pour chaque personne de sortir au moins une fois par jour à l'air libre, si ce n'est pour une durée limitée et si nécessaire en accompagnement de plusieurs infirmiers ou d'autres membres du personnel.

La Médiateure est consciente que les infirmiers ne pourraient pas nécessairement retenir une personne qui essaierait de s'enfuir lors d'une sortie à l'air libre, mais elle est d'avis qu'un nombre plus important de personnes accompagnantes peut avoir un certain effet de dissuasion, susceptible de diminuer le risque de fugue.

La Médiateure est consciente qu'une telle démarche peut poser des problèmes au niveau des effectifs en personnel et que l'accompagnement renforcé des patients demanderait un investissement important tant en ressources humaines qu'au niveau du temps à y consacrer. Elle estime toutefois qu'une telle démarche est réalisable, vu le nombre réduit de patients tombant sous les dispositions de la loi de 2009 et le nombre encore plus réduit de patients représentant un risque de danger ou de fuite.

**(90) Si le médecin-psychiatre estime que la personne représente un risque important de fuite, combiné à un danger important pour soi-même ou pour autrui, la Médiateure peut accepter que la personne soit obligée de rester à l'étage pendant 3 jours au maximum.**

**Le médecin-psychiatre doit obligatoirement réévaluer les risques après ce délai, en prenant en considération toutes les observations faites pendant cette période par le personnel qui est régulièrement en contact avec le patient concerné.**

**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 personnes représentant un risque de fuite où le danger pour soi-même ou pour autrui n'est cependant pas imminent.**

En ce qui concerne la participation de ces patients aux activités thérapeutiques, l'équipe de contrôle a été informée qu'ils ne pouvaient que participer aux activités organisées par les infirmiers à l'unité, à savoir regarder la télévision ou participer à des jeux et qu'ils n'avaient donc pas la possibilité de participer aux ateliers d'ergothérapie, ni aux activités organisées à la salle de sport.

L'offre thérapeutique dans l'enceinte même de l'unité fermée est cependant largement insuffisante. La Médiateure donne à penser que de nombreuses activités ont lieu sur le même étage, mais à l'unité ouverte de psychiatrie. Les patients qui voudraient s'enfuir seraient obligés de quitter l'atelier de manière inaperçue, d'appeler et d'attendre l'ascenseur pour sortir ou de descendre les escaliers en courant, ce qui n'est souvent pas possible à cause de l'état de santé de ces patients.

**(91) La Médiateure recommande d'appliquer les mêmes critères à la participation aux activités que ceux développés pour les sorties à l'air libre.**

**Si le risque de fuite ou le danger pour soi ou autrui est jugé trop important et imminent, les patients peuvent être contraints à rester à l'unité pour une durée maximale de 3 jours avant une nouvelle évaluation du risque en tenant compte de toutes les informations à disposition.**

**Pour les patients qui doivent absolument rester à l'unité, la Médiateure recommande de diversifier l'offre thérapeutique de manière conséquente.**

**(92) L'équipe de contrôle avait été informée que des séances d'ergothérapie pouvaient avoir lieu à l'unité fermée, mais que c'était très rare. La Médiateure recommande de prévoir obligatoirement des séances d'ergothérapie à l'unité s'il y a un patient qui ne peut pas quitter l'unité parce qu'il représente un risque sécuritaire.**

La Médiateure rappelle qu'un environnement thérapeutique positif est très important pour les patients et le bon déroulement d'une thérapie. Elle rejoint à cet égard entièrement les propos tenus par le CPT qui souligne qu'une « attention particulière doit être accordée à la décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs afin de donner aux patients une stimulation visuelle ».

Or, la chambre d'activités, disposant notamment d'un poste de télévision n'est pas aménagée de manière à créer une atmosphère accueillante et chaleureuse, mais au contraire, dégage une atmosphère très froide et peu agréable.

**(93) La Médiateure invite partant les responsables concernés à faire des efforts à cet égard et d'aménager la salle de loisirs de manière à créer un environnement plus chaleureux, d'autant plus qu'elle représente pour certains patients le seul endroit où ils peuvent participer à des activités thérapeutiques.**

Tous les vendredis après-midis, une activité appelée « soziales Miteinander », est organisée à l'unité où les patients prennent une petite collation ensemble. Tous les patients de l'unité sont autorisés à participer à cette activité.

**(94) La Médiateure salue cette activité alors qu'elle permet à tous les patients d'y participer, qu'elle permet de travailler les compétences sociales et de favoriser les relations entre les patients hospitalisés.**

Pour les patients qui sont autorisés à participer à toutes les activités thérapeutiques, la Médiateure tient à répéter qu'il existe une offre thérapeutique très intéressante.

Ainsi, le CHdN a aménagé une salle destinée à la musicothérapie qui dispose d'un équipement exemplaire.

L'ergothérapie propose des ateliers créatifs, mais également des séances de rééducation fonctionnelle, comme par exemple aider et entraîner les patients à laver leur linge personnel.

Les ergothérapeutes proposent également un atelier de cuisine thérapeutique qui est organisé à l'unité ouverte. Les patients de l'unité fermée peuvent y participer s'ils sont capables de participer du début à la fin à l'activité, c'est-à-dire participer au choix des recettes, à faire les courses et évidemment de préparer les plats.

En respect des normes HACCP, tous les patients souffrant de maladies transmissibles sont exclus de la participation à cet atelier.

La Médiateure reviendra ultérieurement sur les problèmes rencontrés pour l'organisation de l'atelier de cuisine thérapeutique, notamment en rapport avec les normes HACCP.



Au CHdN, l'ergothérapie a lieu sur ordonnance médicale. Les raisons sont d'ordre financier et relèvent des modalités de prise en charge par la CNS, l'ergothérapie n'étant pas incluse dans le PRN.

La Médiateure estime que l'ergothérapie fait partie intégrante de l'offre thérapeutique en milieu psychiatrique. Elle devrait dès lors être accessible d'office à chaque patient hospitalisé en unité psychiatrique, si son état de santé le permet. La Médiateure reviendra plus en détail sur les problèmes liés au système PRN au chapitre 5.1.

Tous les matins, des activités sportives sont organisées de 8h30 à 10h00 par les kinésithérapeutes. Les après-midi, ils proposent des séances de yoga ou de gymnastique douce.

La CHdN dispose en outre d'une salle destinée au « snoezelen ». Pour information, la Médiateure voudrait expliquer brièvement le concept du snoezelen, terme qui se dégage des mots néerlandais « snuffelen », explorer, sentir, et « doezelen », somnoler.

Le « snoezelen » est une pratique qui permet de stimuler l'expérience sensorielle des patients, dans un environnement relaxant et sécurisant. Le « snoezelen » permet, à travers différentes installations, de stimuler de manière agréable les sensations sensorielles, visuelles, sonores et tactiles.

#### **(95) La Médiateure se réjouit de cette offre thérapeutique très intéressante.**

Les rendez-vous pour les consultations auprès du psychologue sont pris sur demande du médecin-psychiatre.

La Médiateure estime qu'il est important d'accorder la possibilité au patient de demander lui-même une entrevue avec le psychologue, sans que le médecin-psychiatre ne soit obligé de donner son accord ou sans que le patient soit obligé d'adresser sa demande en premier lieu au médecin-psychiatre.

Premièrement, la Médiateure estime que la procédure actuelle constitue une immixtion non justifiée dans le travail du psychologue qui devrait pouvoir apprécier lui-même si un soutien ou une psychothérapie sont indiqués pour un patient ou non et deuxièmement, la Médiateure rappelle qu'il est important de soutenir et d'encourager toute démarche autonome émanant du patient.

L'équipe de contrôle a d'ailleurs été informée qu'à toutes les unités, les patients peuvent solliciter eux-mêmes des consultations auprès des psychologues, et que c'est uniquement aux unités de psychiatrie où la demande doit passer par le médecin-psychiatre.

**(96) La Médiateure recommande de donner la possibilité aux patients de demander eux-mêmes un rendez-vous chez le psychologue. La Médiateure tient à souligner que cette démarche n'empêche pas que le médecin-psychiatre continue à guider certains patients vers les services du psychologue. Le psychologue devrait pouvoir organiser librement ses consultations.**

#### 3.1.4.3. Conditions de séjour

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

Il en est de même en ce qui concerne l'état de la literie et des vêtements des patients.

L'admission des patients qui sont hospitalisés à l'unité psychiatrique se fait aux urgences. La Médiateure reviendra sur cette procédure à la section 3.2.

L'unité fermée de psychiatrie dispose d'un fumoir où les patients peuvent fumer librement.

L'équipe de contrôle eu connaissance qu'en cas de besoin, les infirmiers utilisent une partie du « pourboire » qu'ils ont obtenu des patients et de leurs familles pour acheter des cigarettes ou du tabac aux patients indigents.

Depuis peu, le CHdN met un sachet contenant une brosse à dents et des produits d'hygiène de base à disposition des patients nouvellement admis. L'équipe de contrôle a pris connaissance qu'avant cette disposition, il arrivait que les infirmiers utilisaient également une partie de leur « pourboire » afin d'acheter des produits hygiéniques pour les patients lorsque le stock était épuisé. La Médiateure trouve inadmissible que les membres du personnel soient amenés à contribuer à ces frais.

Bien que la Médiateure ne puisse approuver le fait que les infirmiers contribuent, même volontairement, d'une manière financière au bien-être de leurs patients afin de suppléer aux insuffisances budgétaires ou logistiques du CHdN, elle se doit cependant de souligner avec toute l'insistance requise qu'une pareille manière d'agir dénote largement de l'engagement, de l'attitude et de l'intérêt exemplaires du personnel infirmier vis-à-vis de leurs patients.

**(97) La Médiateure salue l'initiative de réserver un assortiment de produits hygiéniques de base aux patients nouvellement admis qui en ont besoin. Elle recommande de veiller à ce que des réserves en produits d'hygiène soient toujours disponibles en cas de besoin. En tout état de cause, le personnel soignant ne doit pas être amené à contribuer à ces charges.**

Le contact vers l'extérieur est garanti notamment à travers les visites, qui peuvent avoir lieu entre 14h30 et 20h00.

**(98) La Médiateure se félicite des plages horaires importantes accordées à la visite.**

Si des visites devaient avoir lieu avec des enfants en bas âge, il est essayé, dans la mesure du possible, d'organiser ces visites dans un autre endroit que l'unité de psychiatrie fermée. Ainsi, les visites peuvent avoir lieu par exemple à la cafétéria de l'hôpital ou à une autre unité.

**(99) La Médiateure salue cette flexibilité et encourage le personnel de continuer à permettre les visites en dehors de l'unité si une personne devait recevoir des visites d'un enfant.**

Tous les patients ont un téléphone dans leur chambre qui fonctionne moyennant une carte que les patients doivent acheter auprès de l'hôpital.

**(100) La Médiateure est satisfaite d'apprendre que les téléphones soient installés dans les chambres personnelles des patients, favorisant la confidentialité des conversations.**

Egalement une télévision est disponible dans chaque chambre. A côté de ces télévisions qui sont payantes, il y a une télévision qui est installée dans la salle de loisirs, son utilisation n'est cependant, en principe, prévue que pour des activités thérapeutiques.

Les repas sont, dans la mesure du possible, pris en commun si l'état de santé des patients le permet.

**(101) La Médiateure salue cette approche alors qu'elle est favorable au développement de bonnes relations entre les patients et travaille les comportements sociaux.**

**(102) La Médiateure se félicite que l'eau potable est mise gratuitement à disposition des patients.**

L'équipe de contrôle n'a pas reçu de réclamations au sujet des repas. Les matins, un buffet est proposé aux patients et les midis et soirs, les patients peuvent choisir entre deux plats différents.

Les patients qui ont des difficultés pour manger, soit parce qu'ils souffrent de troubles alimentaires, soit en raison de leur pathologie, se voient même offrir la possibilité de concevoir un menu en fonction de leurs souhaits.

**(103) La Médiateure félicite le CHdN pour cette démonstration de flexibilité.**

L'équipe de contrôle a pu constater que les patients ne sont, au moment de leur entrée, pas systématiquement informés de leurs droits et des voies de recours qui sont à leur disposition pour s'opposer contre leur admission.

**(104) La Médiateure recommande de mettre en place une procédure standardisée par laquelle les patients sont informés par écrit de leurs droits en tant que patient en hospitalisation forcée et ceci, dès que leur état de santé le permet.**

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, les infirmiers donnent des explications aux patients au moment de l'administration des médicaments.

**(105) La Médiateure s'en félicite et encourage le personnel concerné à répéter ces informations si nécessaire lors de chaque administration de médicaments ou à la demande des patients.**

3.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Si des fouilles doivent être réalisées pour des raisons de sécurité, elles ne concernent que les affaires personnelles des patients. L'équipe de contrôle a été informée qu'il n'était pas de pratique d'exécuter des fouilles sur la personne des patients et à fortiori, pas de fouilles intimes.

**La Médiateure s'en félicite.**

Les fixations sont évitées autant que possible. Le personnel a suivi ou bien la formation APIC, ou, plus récemment, une formation en désescalade proposée par des spécialistes allemands.

**(106) La Médiateure salue cette démarche et encourage les responsables concernés à maintenir l'offre d'une pareille formation au bénéfice de tous les membres du personnel qui sont amenés à travailler en unité psychiatrique.**

Les fixations réalisées sont des fixations à 1, 3 ou à 5 points.

Quoique les fixations à 1 seul point sont relativement rares et généralement appliquées à des patients ayant déjà fait l'objet de fixations à plusieurs points avant, la Médiateure se doit de rappeler que la technique de fixation à 1 point comporte certains risques pour le patient.

Pendant la période du 1.8.2011 au 1.8.2012, en tout 175 fixations ont été pratiquées sur un ensemble de 25 patients.

La durée des fixations variait entre 1 heure 11 minutes et 22 heures 9 minutes. Un patient a dû être fixé à 26 reprises (sic !) dans un intervalle de 5 mois.

76 patients ont fait l'objet d'une admission sur base de la loi de 2009 pendant la période du 1.8.2011 au 1.8.2012, certains patients ont été admis à plus d'une reprise.

**(107) La Médiateure souhaite recevoir de plus amples détails sur la nécessité de fixer certains patients à de multiples reprises. Elle prie les responsables de documenter cette mesure pour tout patient fixé plus de 10 fois pendant la période couverte par ce rapport.**

Les mesures de contention sont toujours ordonnées par le médecin-psychiatre, sauf en situation d'urgence où les mesures de contention doivent être appliquées dans l'immédiat. Elles doivent alors être validées dans les meilleurs délais par le médecin-psychiatre.

Les mesures de contention sont appliquées dans une chambre sécurisée, ce qui permet d'éviter d'exposer le patient concerné au regard de tierces personnes. Une surveillance est assurée toutes les 15 minutes.

**La Médiateure s'en félicite.**

**(108) La Médiateure rappelle que les fixations dans une chambre double sont susceptibles de constituer un traitement dégradant et inhumain et encourage le personnel à n'avoir recours, pour l'application des mesures de contention, qu'aux seules chambres sécurisées, sauf dans les cas où le patient aurait expressément formulé la demande d'être fixé dans sa propre chambre.**

Lors des fixations, le médecin-psychiatre ordonne toujours une sédation, soit *per os*, soit par injection.

L'équipe de contrôle a été informée que si un patient est fixé, il n'est que rarement détaché pour aller aux toilettes. Le personnel a alors recours à des couches ou au bassin de lit.

**(109) La Médiateure comprend qu'il n'est pas toujours possible de détacher une personne qui a dû être fixée. Le recours à des couches ou au bassin de lit devrait cependant constituer une mesure strictement exceptionnelle et n'être appliquée que si le patient est encore trop agité au moment de sa demande et si un risque concret de danger pour soi ou pour autrui existe.**

**Dans tous les autres cas, il devrait être essayé de détacher le patient pour qu'il puisse aller aux toilettes.**

Si des traitements involontaires ou des fixations doivent être réalisés, les infirmiers donnent des explications aux patients sur les raisons et les modalités des mesures.

**(110) La Médiateure se réjouit de ce constat et rappelle l'importance de ces informations surtout dans le cas d'un traitement involontaire ou lors d'une fixation.**

La Médiateure salue que le CHdN participe depuis 4 ans à un projet international de benchmarking au sujet des contentions, afin d'appliquer les meilleurs standards en la matière.

Il existe au CHdN un système « *Aeroscout* » qui permet de localiser les patients et qui déclenche un alarme si la personne quitte l'unité sans y être autorisée. Ce système n'est cependant pas utilisé à l'unité psychiatrique.

La Médiateure estime cependant que ce système pourrait être très intéressant, surtout en milieu psychiatrique fermé.

L'utilisation de ce système permettrait en effet d'accorder des sorties mêmes aux personnes présentant un risque de fuite alors qu'elles pourraient facilement être retrouvées par après. Ce système permettrait ainsi également aux mêmes patients de participer à l'intégralité de l'offre thérapeutique ayant lieu en dehors de l'unité.

Il est évident que ce système ne devrait pas être utilisé chez tous les patients de l'unité, mais uniquement auprès de ceux où le médecin-psychiatre est d'avis qu'il existe un risque réel de fuite. Il ne devrait alors qu'être fait recours à ce système que pendant la période de risque. Ainsi, l'unité ne devrait pas être équipée de manière à pouvoir appliquer le système à tous les patients, mais uniquement à une petite minorité.

**(111) La Médiateure souhaite obtenir des explications supplémentaires sur ce système et sur les raisons pour lesquelles il n'est pas utilisé en unité psychiatrique fermée.**

#### 3.1.5. ZithaKlinik

Les jours de garde de la ZithaKlinik, il est possible que des personnes présentant des troubles psychiatriques y soient accueillies. Ces patients sont alors transférés dans les tout meilleurs délais au CHL, si une hospitalisation en unité psychiatrique

s'avère nécessaire. La ZithaKlinik a conclu une convention avec le CHL en 2006 qui règle cette collaboration.

La Médiateure n'a donc pas analysé de plus près les conditions d'admission ou de séjour des patients à la ZithaKlinik alors que la durée de séjour est trop limitée.

### **3.2. Constats généraux**

Cette section est consacrée à différents constats généraux sur le fonctionnement des unités psychiatriques aigües au Luxembourg. Elle regroupe également des constats qui concernent plusieurs, voire toutes les unités aigües visitées et qui n'ont pour cette raison pas été développées de manière plus détaillée dans les chapitres spécifiques à chaque hôpital.

L'équipe de contrôle a pu constater que les admissions des patients hospitalisés ultérieurement en unité psychiatrique fermée se font généralement au service des urgences des hôpitaux.

Différents patients ont rapporté à l'équipe de contrôle que l'atmosphère agitée qui règne au service d'urgences les a mis mal à l'aise et a rendu le contrôle de leurs émotions encore plus difficile. Ainsi ils affirmaient souvent qu'ils avaient l'impression que leur état d'agitation ou de confusion s'est encore amplifié lors du passage au service d'urgences.

**(112) La Médiateure estime qu'il s'agit d'un argument compréhensible et recommande aux responsables des différents hôpitaux de prévoir une prise en charge directement à l'unité des soins psychiatriques, du moins lorsqu'il s'agit de patients admis en phase d'observation sur base de la loi de 2009 ou en cas d'hospitalisation certaine en unité fermée.**

Comme déjà mentionné au chapitre 2, la Médiateure voudrait soulever la question de la pertinence des critères énoncés dans la loi de 2009 autorisant une mise en observation et éventuellement un placement subséquent, à savoir le danger pour soi ou pour autrui.

L'équipe de contrôle a été informée qu'il était déjà arrivé que des périodes d'observation ou des placements étaient levés, alors que d'un point de vue médical, la prolongation de la mesure aurait été indiquée.

La Médiateure souligne qu'aucun reproche n'est formulé à l'égard des juges qui sont amenés à décider du maintien ou de la levée de la mesure. Les juges ne font en effet qu'appliquer les critères qui sont prévus par la loi. Du moment où ces critères ne sont

pas remplis, le maintien de la mesure n'est légalement plus justifié et le juge doit la lever.

Il faut néanmoins être conscient que des patients peuvent souffrir de troubles psychiatriques ou mentaux sans qu'il existe un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif de sorte que la personne ne représente pas de danger pour soi ou pour autrui.

Comme déjà mentionné, la Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux prévoit « un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ». Cette formulation comprend également les conséquences de la maladie en elle-même sur l'état de santé de la personne.

Pour illustrer le fait que la maladie peut causer des dommages graves à la santé de la personne si elle n'est pas traitée, il faut d'abord soulever que de nombreux patients ne continuent pas le traitement après la fin de leur hospitalisation. Ceci peut notamment arriver lorsque la mesure est levée trop tôt. Dans le cas de certaines pathologies, il est constant que l'absence de traitement provoque des rechutes.

Des études scientifiques ont montré que la durée de la période pendant laquelle par exemple une psychose n'est pas traitée a des conséquences négatives sur le degré de rétablissement de la personne atteinte. Les mêmes études permettent d'affirmer également que le traitement médicamenteux nécessite dans ces cas plus de temps avant d'obtenir une stabilisation de l'état de santé du patient. L'absence d'une médication en temps utile peut également contribuer à la survenance d'un effet chronique, de plus en plus difficilement gérable d'un point de vue thérapeutique.

**(113) La Médiateure est d'avis que la formulation de la loi de 2009 qui prévoit que les troubles psychiques graves doivent rendre les personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui devrait être interprétée dans un sens plus large, sans se limiter à un aspect de « dangerosité », voire de passage à l'acte.**

**Si la levée de l'hospitalisation pourrait avoir des conséquences négatives sur l'état de santé, la Médiateure est d'avis que ce constat, dûment établi, devrait être considéré comme « danger pour soi ».**

Un autre problème récurrent dans tous les hôpitaux visités, est le fait que des personnes démentes ou des personnes présentant des déficits mentaux sont admises ou placées aux unités psychiatriques.

Surtout en ce qui concerne les patients déments, la Médiateure voudrait insister que la loi de 2009 est très claire à cet égard alors que l'article 3, alinéa 2 prévoit que :



*« La diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement ».*

Un des hôpitaux a même montré des statistiques récentes à l'équipe de contrôle qui affirment que 12% des patients hospitalisés à l'unité psychiatrique étaient des personnes âgées de plus de 70 ans et souffrant de troubles démentiels.

**(114) La Médiateure souligne que l'unité psychiatrique ne doit en aucun cas servir d'unité de secours en cas de manque de structures plus adaptées à la prise en charge de personnes démentes. En l'absence de manifestations psychiatriques, leur hospitalisation dans une telle unité n'est pas concevable.**

Si des personnes démentes doivent bénéficier d'une protection plus rapprochée, pour éviter des fugues par exemple la Médiateure se doit de rappeler l'existence des psycho-gériatries qui constituent des structures beaucoup mieux adaptées aux besoins des personnes âgées que ne le sont les unités psychiatriques aiguës ou de réhabilitation.

La Médiateure est consciente de l'offre limitée en lits de psycho-gériatries, manque auquel il faudrait pallier dans les meilleurs délais. L'équipe de contrôle a été également informée qu'en cas de problèmes répétés avec les patients dans ces institutions ou en cas de manque de places, il était régulièrement fait appel aux unités psychiatriques.

**(115) La Médiateure recommande aux autorités compétentes de réaliser une étude pour déterminer le besoin réel de places en psycho-gériatrie, comprenant également les patients souffrant de démence et qui ne peuvent, pour une raison ou une autre, pas être admises en maison de retraite ordinaire. Suite à cette analyse, la Médiateure recommande de débloquer les ressources budgétaires nécessaires pour l'instauration d'une unité ou d'un centre de psychogériatrie qui pourrait assurer adéquatement la prise en charge de ces patients et leur permettre un séjour répondant à leurs besoins.**

**Il s'agit-là finalement aussi d'une question budgétaire, le coût en milieu hospitalier étant largement supérieur à celui en milieu gériatrique.**

Les patients souffrant du syndrome de Korsakoff ne font pas l'objet de l'exception prévue par la loi de 2009, qui n'énonce que la diminution des facultés mentales liée au vieillissement, alors que le comportement et la pathologie de ces patients ressemblent beaucoup à ceux des patients déments.

Par leur démence parfois très avancée, les patients souffrant du syndrome de Korsakoff nécessitent un suivi important et il n'est pas concevable de laisser ces

personnes sans prise en charge ou de maintenir ces personnes dans leur milieu de vie sans encadrement spécifique.

Ces patients nécessitent généralement une prise en charge à long terme et il n'existe actuellement, mis à part le CHNP qui travaille en la matière déjà à la limite supérieure de ses capacités d'accueil, pas de centres qui soient vraiment adaptés à leurs besoins. Il s'ajoute à ce constat que les patients sont souvent trop jeunes pour être admis dans une maison de retraite.

**(116) La Médiateure invite les autorités compétences à prévoir la mise en place d'infrastructures capables de prendre en charge ces patients nécessitant souvent un encadrement très important et un séjour à très long terme.**

La Médiateure se doit de relever de manière générale le manque de places thérapeutiques offrant une prise en charge de réhabilitation ou à long terme, ce qui génère souvent des délais d'attente importants pour les patients admis aux unités de psychiatrie intensives.

L'équipe de contrôle a été informée que certains patients étaient obligés de rester plus longtemps aux unités de psychiatrie aiguë en raison du manque de lits disponibles au CHNP. Le CHNP est le seul hôpital psychiatrique du pays qui a vocation de travailler dans le domaine de la réhabilitation. Il constitue dès lors généralement la seule possibilité d'écoulement à disposition des services aigus, à quelques rares exceptions très spécifiques près. On ne peut faire de reproches à cet égard à l'institution du CHNP qui travaille, comme il a déjà été relevé, à la limite supérieure de ses capacités.

Force est également de constater qu'un nombre non négligeable de patients hospitalisés au CHNP ne répondent pas ou seulement d'une manière insuffisante aux traitements, ou alors sont atteints de pathologies pour lesquelles un traitement permettant une récupération suffisante n'existe pas. A ce type de patients s'ajoutent les patients atteints de démence et les patients souffrant de déficits intellectuels importants, séjournant également à très long terme au CHNP.

Nombre de ces patients doivent séjourner pour le reste de leur vie, ou du moins pendant une période indéterminable en milieu protégé sans qu'il s'agisse forcément d'un milieu hospitalier.

Or, il n'existe guère ou du moins trop peu de structures permettant d'accueillir ces patients en provenance du CHNP qui dès lors souffre du même problème d'écoulement que les hôpitaux travaillant en phase aiguë.

Ces constants montrent clairement à quel point les structures existantes au Luxembourg sont insuffisantes. Il existe dès lors une nécessité urgente de nouveaux concepts et de nouvelles infrastructures.

Les spécialistes rencontrés sur place ont informé l'équipe de contrôle que le manque de structures était le plus dramatique pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité, alors que de très légers progrès pouvaient être notés dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de psychoses, même si l'offre restait toujours insuffisante.

**(117) Avant de développer de nouvelles structures, la Médiateure recommande aux autorités compétentes de procéder, en concertation avec les spécialistes sur place, à une analyse des besoins concrets afin d'élaborer le concept le plus adapté aux besoins. La Médiateure reviendra sur ce problème à la section 4.2.**

Un autre problème qui a pu être constaté auprès de toutes les unités psychiatriques aiguës visitées est l'accès pour les assistants sociaux aux informations relatives aux affiliations des patients admis.

Souvent les assistants sociaux des différentes unités ne disposent même pas du numéro de matricule des patients admis et il semble que le CCSS et la CNS ne soient pas toujours enclins, pour des raisons de secret professionnel, de communiquer les informations indispensables à la gestion des dossiers aux assistants sociaux concernés.

Dans ce contexte, il faut remarquer que l'admission de certains patients psychiatriques n'est en rien comparable avec l'admission d'un patient somatique. En effet, il arrive fréquemment que les forces de l'ordre ou une ambulance conduisent un patient psychiatrique très agité, délirant ou profondément altéré dans ses capacités intellectuelles aux urgences. Il n'est pas rare que ces patients soient dans l'impossibilité de décliner leur identité ou d'informer le personnel de leur domicile et bien souvent, ces patients ne portent aucun document sur eux.

**(118) La Médiateure recommande aux autorités concernées de donner accès aux assistants sociaux des différents hôpitaux à une base de données nationale contenant les informations pertinentes pour le travail des assistants sociaux.**

Il se pose également de manière récurrente la question de la prise en charge des personnes qui ne sont pas affiliées.

Si la Médiateure peut encore comprendre que le Ministère de la Santé ne prenne pas intégralement en charge les frais générés par les hospitalisations de personnes non

affiliées, elle souligne néanmoins que le contexte des patients qui font l'objet du présent rapport n'est souvent en rien comparable à celui des patients somatiques, du fait de leur état de santé, mais également du fait qu'ils font l'objet d'une hospitalisation involontaire.

La Médiateure estime qu'il n'est pas juste de faire supporter l'intégralité des frais d'une hospitalisation involontaire aux personnes non affiliées, même dans les cas où celles-ci disposeraient des moyens financiers nécessaires, ceci d'autant plus que les actes posés sont facturés à un tarif plus cher pour les personnes non affiliées.

**(119) La Médiateure recommande au Ministère de la Santé et au Ministère de la Justice de prévoir un système de prise en charge similaire à celui adopté au sujet de la prise en charge médicale des détenus.**

Un autre problème se pose au sujet du remboursement de certains médicaments prescrits pour la thérapie notamment des psychoses.

**Comme ce problème concerne également les patients ayant séjourné au CHNP, la Médiateure reviendra sur ce problème à la section 5.2.**

A plusieurs endroits du présent rapport, la Médiateure a indiqué qu'elle allait revenir sur des problèmes liés à l'atelier de cuisine thérapeutique. Lors des visites sur place, l'équipe de contrôle a en effet dû constater que l'atelier de cuisine thérapeutique était limité de manière plus ou moins importante par l'obligation de respecter les normes HACCP.

Ainsi, l'équipe de contrôle a pu noter que dans la plupart des hôpitaux, les patients ne pouvaient pas aller faire les courses et cuisiner les ingrédients achetés du fait que ces aliments ne respecteraient pas les normes imposées en matière de restauration collective.

**(120) La Médiateure insiste sur l'importance de l'étape de l'achat dans cette activité thérapeutique qui est susceptible de travailler de manière importante les relations et compétences sociales.**

Si faire les courses est un acte banal de la vie quotidienne des personnes qui ne souffrent pas de pathologies psychiatriques, les patients souffrant de ce type de pathologies sont confrontés lors de cette activité à de nombreux défis qui peuvent demander un effort non négligeable de leur part : attendre dans une file, demander à une personne d'obtenir les produits voulus, faire des choix des produits, payer avec de l'argent en respectant éventuellement un budget déterminé, etc.

Il a également été rapporté à l'équipe de contrôle qu'il pouvait arriver que les patients étaient autorisés à aller faire des courses en vue de préparer un plat dans le cadre

de la cuisine thérapeutique, mais qu'ils n'étaient par la suite pas autorisés à utiliser certains produits achetés, ce qui est notamment le cas pour les œufs. Les patients doivent alors utiliser des œufs stérilisés de la cuisine centrale de l'hôpital.

Comme l'un des objectifs de l'atelier de cuisine thérapeutique est de réapprendre aux patients des gestes de la vie quotidienne, la Médiateure estime que le déroulement de cette activité doit être aussi proche que possible de la réalité et des conditions auxquelles les patients seront confrontés une fois l'hospitalisation terminée.

A cet égard, il faut noter que les normes HACCP ont surtout été développées pour assurer le respect de certaines garanties fondamentales d'hygiène dans le domaine de la cuisine collective.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 1997 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, il ne fait aucun doute que les hôpitaux sont soumis à ce règlement grand-ducal et qu'ils doivent respecter les normes HACCP établies.

Force est toutefois de constater que l'atelier de cuisine thérapeutique n'est destiné qu'à un groupe très limité de personnes qui se situe de manière générale entre 5 et 10 participants.

**(121) En prenant en considération l'importance de cette activité et de toutes ses étapes constitutives dans le traitement des patients, la Médiateure demande aux autorités compétentes du Ministère de la Santé de prévoir une exception aux règles HACCP pour les ateliers de cuisine thérapeutique des unités psychiatriques.**

Une question qui est survenue régulièrement lors de la mission de contrôle est celle de l'utilité des chambres sécurisées, encore appelées des « soft-cells ».

Si les normes en psychiatrie moderne plaident en faveur d'un recours aussi limité que possible aux moyens de contention, il y a, à part les techniques de désescalade et les formations du style APIC aucun autre moyen qui est mis en avant pour faire face aux situations de crise.

La Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme prévoit par exemple qu' « aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé » et que « les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché (...) ».

Force est cependant de constater que les interventions orales en vue d'une désescalade, aussi bien qu'une approche préventive ne peuvent pas toujours éviter

des situations de crise et des comportements agités de certains patients admis en unité psychiatrique. Il y a également lieu de retenir que des médicaments sédatifs ne devraient pas être administrés par faute d'alternative.

L'équipe de contrôle a reçu des avis contradictoires au sujet de l'utilisation et de la pertinence de soft-cells. Certains médecins et/ou membres du personnel soignant s'exprimaient en faveur de telles chambres sécurisées et d'autres non.

La Médiateure est toutefois d'avis que les chambres sécurisées peuvent constituer un moyen intermédiaire pour faire face à une situation de crise qui ne peuvent pas toujours être évitées en milieu psychiatrique, même avec les meilleures formations de gestion de conflits et de prévention possibles. Dans ces cas, il est généralement procédé à une fixation. La Médiateure estime que certaines fixations pourraient être évitées par le recours à une telle chambre sécurisée qui représente certainement un moyen moins restrictif qu'une fixation.

Il va sans dire qu'une chambre sécurisée ne devrait pas faire fonction d'une chambre d'isolement à long terme, alors que l'isolement peut poser autant de problèmes relatifs aux traitements inhumains et dégradants que le font les fixations. Si la chambre sécurisée est utilisée selon des fins précises, selon des critères prédéfinis, elle peut cependant constituer la solution du « moindre mal ».

La Médiateure estime que l'isolement dans une chambre sécurisée pour une courte durée pourrait permettre au patient de retrouver son calme dans un environnement où il ne risque pas de se blesser ou de blesser autrui. La personne obtiendrait ainsi la possibilité d'évacuer ses sentiments d'agressivité ou d'agitation sans devoir être fixée.

Si la personne n'arrive pas à retrouver son calme ou à s'ouvrir aux membres du personnel endéans un certain délai qui ne devrait pas dépasser une à deux heures, le médecin-psychiatre pourrait alors à ce moment-là toujours décider de procéder à la fixation du patient s'il la juge indispensable.

La soft-cell devrait disposer des installations sanitaires et mobilières nécessaires et adaptées à la situation en vue de respecter la dignité des patients.

La « soft-cell » devrait dès lors disposer d'un mobilier adapté, fixé au sol et avoir un revêtement mural qui permet d'éviter les blessures. Pour des raisons de sécurité, tant du patient concerné que des autres patients, la chambre devrait pouvoir être fermée à clé de l'extérieur. La « soft-cell » ne saurait en aucun cas être utilisée à des fins de sanction.

**(122) La Médiateure recommande à toutes les unités psychiatriques de s'équiper d'une pareille chambre sécurisée dans l'objectif de réduire**

**davantage le nombre de fixations en application du principe de la restriction minimale.**

La Médiateure voudrait à cet égard tirer l'attention sur le fait que dans le système de prise en charge psychiatrique en Belgique, les chambres sécurisées permettant l'observation d'un patient agité sont imposées par arrêté royal.

En ce qui concerne la prise en charge urgente, l'Arrêté Royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre, prévoit en effet, dans son article 3, l'obligation de disposer d'un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients.

Pour les séjours à long terme, l'Arrêté Royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre, prévoit pour les services d'hospitalisations à index A, T et K, l'obligation de disposer de chambres dites d'observation en vue de l'isolement des patients agités.

#### **4. Services de réhabilitation**

##### **4.1. Constats sur place**

Les services d'hospitalisation à des fins de réhabilitation psychiatrique dépendent tous du CHNP.

Au vu de la vocation très différenciée des différents services de réhabilitation du CHNP ayant tous fait l'objet de la mission de contrôle, telle que plus amplement détaillée dans la partie introductive de ce rapport, la Médiateure a décidé de traiter chaque service individuellement.

Chacun des services ci-après présentés accueillait un ou plusieurs placés médicaux au moment de la mission de contrôle. Le CHNP n'accueille en principe pas de patients se trouvant en phase d'observation en application de la loi de 2009.

##### **4.1.1. CHNP – BU3**

La station BU3, se trouvant au 3<sup>ème</sup> étage du building est un service entièrement fermé, accueillant la grande majorité des patients hospitalisés au CHNP sans leur consentement.

Ce service a une capacité d'accueil théorique maximale de 18 lits répartis en deux chambres individuelles et cinq chambres doubles. Les aménagements actuels

permettent d'accueillir, en chambres normales, 14 patients (6 chambres doubles et deux chambres individuelles).

Tout comme dans d'autres unités psychiatriques fermées, il arrive que des patients, souvent âgés, et souffrant de démence plus ou moins avancée doivent y être admis.

La Médiateure se doit de réitérer qu'il s'agit-là, comme déjà indiqué à plusieurs reprises en ce qui concerne les services de psychiatrie aiguë ou intensive, d'un phénomène certes regrettable, mais pour le moment inévitable en pratique à défaut d'institutions dûment sécurisées et spécialisées dans ce type de pathologies.

Ce fait est cependant autant plus regrettable dans le cas d'espèce alors que les services du CHNP ont une vocation de réhabilitation, voire de revalidation de patients souffrant de maladies psychiatriques. Les soins et les offres thérapeutiques existantes sur place ne sont dès lors pas adaptés à des patients souffrant d'une forme de démence.

#### 4.1.1.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 1 psychologue
- 1 assistant social
- 0,6 ergothérapeute
- 11,5 infirmiers
- 4 aides-soignants

Ce service bénéficie en tant qu'unité fermée de la dotation de sécurité et travaille à 3 tours, à raison de 3 infirmiers pour les deux tours de jour et de 2 infirmiers par tour de nuit.

Tous les lundis a lieu de 10.20 heures à 11.20 heures une réunion du personnel médical, du psychologue, de l'assistant social et du personnel soignant avec les patients.

Les mardis matins, une réunion multidisciplinaire comprenant tous les intervenants ci-avant énumérés, est organisée de 9.15 heures à 11.15 heures.

Une réunion similaire, sans la présence de l'ergothérapeute a lieu tous les mercredis. Lors de cette réunion, l'équipe multidisciplinaire visite les patients dans leurs chambres.



**(123) La Médiateure ne peut que se féliciter de cet exemple d'interdisciplinarité qui est dans l'intérêt manifeste et direct des patients.**

La station comprend en outre de deux soft-cells, vidéo-surveillées et équipées depuis peu d'un dispositif de chauffage.

Il existe une salle destinée à l'ergothérapie sur l'étage, les salles d'ergothérapie situées au BU8 sont ouvertes à certains patients.

L'unité dispose en outre d'une grande salle de séjour, bien éclairée, très bien meublée, offrant la possibilité de pratiquer du tennis de table ainsi que du baby-foot et dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Il existe également une salle bien éclairée destinée à prendre les repas en commun.

Comme toutes les unités psychiatriques fermées, le BU3 est également équipé d'un fumoir.

#### 4.1.1.2. Activités

Les activités offertes au BU3 sont assez diversifiées et offrent notamment des activités sportives, de l'ergothérapie (cuisine thérapeutique, compétences sociales, groupe cognitif), des séances en psychomotricité, des groupes de parole, de la musicothérapie, des sorties accompagnées à l'air libre et des jeux de société.

Le plan d'activité détaillé est repris aux annexes.

Il n'existe pas de plan d'activités individuel.

**(124) Comme il s'agit dans le cas d'espèce d'une unité fermée de réhabilitation accueillant des patients à moyen, voire à plus long terme, l'établissement d'un plan d'activités individuel, régulièrement adapté aux besoins spécifiques de chaque patient paraît recommandable à la Médiateure.**

**(125) La Médiateure tient à saluer la mise en place du groupe matin, ayant lieu tous les jours de 8.45 à 9 heures et pendant lequel les patients se voient expliquer le plan des activités proposées pendant la journée en cours.**

#### 4.1.1.3. Conditions de séjour

L'état d'hygiène de l'unité, de même que l'état de la literie n'appelle aucune critique.

Les draps sont changés en principe une fois par semaine et chaque fois que des impératifs d'hygiène l'imposent.

Les effets vestimentaires personnels des patients peuvent être remis deux fois par semaine à la blanchisserie du CHNP.

**(126) La Médiateure se doit de réitérer son mécontentement avec le fait que les fenêtres des chambres de patients ne peuvent être ouvertes que de manière insuffisante, empêchant ainsi une aération adéquate, surtout en temps de chaleur.**

**La Médiateure n'ignore pas les impératifs de sécurité spécifiques qui doivent entourer les installations d'une unité psychiatrique fermée. Il existe néanmoins des dispositifs techniques permettant d'ouvrir ou d'incliner les fenêtres d'une manière suffisante sans générer des risques sécuritaires. La Médiateure rappelle l'importance d'une aération adéquate des chambres des patients en vue de la création d'un environnement thérapeutique positif et se doit d'insister sur l'installation d'une solution mécanique permettant l'ouverture adéquate des fenêtres sans compromettre la sécurité, ni des patients, ni d'autrui.**

Tout patient reçoit dès son arrivée une information écrite sur ses droits de patient ainsi que sur les voies de recours qui lui sont ouvertes en cas de contestation du placement.

Le patient est également invité à signer un deuxième exemplaire de cette information qui vaut accusé de réception. Si le patient refuse de signer, il en est fait mention sur le document et cette mention sera signée par un membre de l'équipe soignante.

Si l'état du patient au moment de son entrée ne permet pas une remise immédiate de ces informations, celle-ci aura lieu dès que le patient dispose à nouveau des facultés nécessaires.

Si le fait de faire signer un tel document peut poser des problèmes ou générer des anxiétés auprès de certains types de patients, notamment auprès de ceux souffrant de troubles psychotiques, la Médiateure ne peut que saluer cette pratique permettant de documenter l'information effective du patient.

L'alimentation proposée aux patients de cette unité est identique à celle proposée à tous les patients du CHNP.

A ce titre, la Médiateure tient à reprendre les observations formulées dans le rapport du Contrôleur externe des lieux privés de liberté sur les placés judiciaires et les

placés médicaux sous mandat de dépôt (point 4.2., page 17 du rapport) qui valent également pour cette mission.

*« L'équipe de contrôle a mené un entretien avec Madame Françoise SCHMIT, infirmière en hygiène hospitalière et responsable de l'hygiène hospitalière pour l'ensemble du CHNP.*

*Il existe des plans de nettoyage, respectivement de désinfection très précis quant à leur objet et quant à leur fréquence pour toutes les unités du CHNP, donc également pour l'unité BU6.*

*Ces plans ont été élaborés en tenant compte des normes internationales en vigueur en la matière et leur mise en œuvre est scrupuleusement surveillée.*

*Le CHNP tient également des statistiques très précises quant aux maladies nosocomiales.*

*Le CHNP se conforme également aux règles imposées par l'Entente des hôpitaux en ce qui concerne l'hygiène hospitalière.*

*Un dispositif spécial d'électrolyse est mis en place afin d'éviter la prolifération de légionnelles dans l'eau.*

*L'état de propreté des lieux visités a été impeccable.*

*L'état de la literie et de l'habillement des patients ne donne pas lieu à critique.*

*L'alimentation est livrée par une société privée, spécialisée dans la restauration collective et hospitalière. Cette société est tenue au strict respect des normes HACCP et fait l'objet d'un audit indépendant une fois par mois ainsi que de contrôles réguliers de la part de l'inspection sanitaire.*

*En sus de ces contrôles, la température des aliments chauds est vérifiée à des intervalles de trois mois pour chaque unité par le personnel infirmier.*

*Aucun de ces contrôles n'est annoncé par avance.*

*Les patients ont la possibilité de choisir une semaine à l'avance leur menu de la semaine suivante. A cette fin, ils ont le choix entre plusieurs menus différents par jour, alternativement il leur est libre de composer leurs plats en choisissant parmi un éventail de propositions. Les patients qui pour des*

*raisons tenant à leur maladie sont incapables de faire eux-mêmes un choix sont assistés par le personnel infirmier.*

*Les patients bénéficient de tous les régimes alimentaires indiqués ou prescrits. »*

**La Médiateure ne peut que s'en féliciter.**

A noter cependant que les patients séjournant à l'unité BU3, tout comme ceux séjournant à l'unité BU6 ne disposent pas de la possibilité de prendre un ou deux repas de midi par semaine au Centre Pontalize, comme il est de pratique en ce qui concerne d'autres unités, également fermées comme l'unité OR3.

Ceci est de nature à créer un léger désavantage dans le chef des patients de ces unités du fait que pour des raisons techniques et d'hygiène, les repas servis dans les unités de la Rehaklinik sont issus de la chaîne dite « du froid », donc réchauffés sur place ce qui interdit certaines préparations qui peuvent être offertes au Centre Pontalize.

La Médiateure peut cependant comprendre les considérations sécuritaires à la base de cette pratique.

Tous les patients bénéficient de sorties régulières à l'air libre, en groupe ou individuelles, accompagnées ou non. Les modalités de sortie sont réévaluées régulièrement et adaptées aux capacités et aux besoins de chaque patient.

**La Médiateure s'en félicite.**

L'équipe de contrôle a été informée d'une pratique qui ne semble exister, en ce qui concerne le CHNP, qu'au sein des unités BU3 et OR2, à savoir celle d'assigner certaines tâches domestiques (ex. : nettoyage du fumoir, arrosage des plantes, préparation des collations etc...) à des patients qui sont capables de les assumer.

**(127) Faire participer ces patients au déroulement quotidien de l'unité constitue une initiative appréciable qui va dans le sens de la responsabilisation des patients et qui est certainement contributive aux efforts de réhabilitation constituant la vocation de base du CHNP.**

**Afin d'être complet, l'équipe de contrôle tient à faire remarquer que de pareilles pratiques sont également mises en œuvre au sein du CHK.**

**(128) Des visites de membres de la famille et de proches sont toujours possibles, en dehors des horaires pendant lesquels des thérapies ont lieu afin de garantir dans toute la mesure du possible le contact familial et social.**

## **La Médiateure s'en félicite.**

### **4.1.1.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations**

Les patients sont soumis à des fouilles sommaires au moment de leur entrée. Ces fouilles ne concernent que leurs vêtements personnels et le cas échéant toutes les sacoches, sacs ou valises destinés à contenir leurs effets personnels.

**(129) Selon les informations recueillies sur place, on n'a jamais recours à des fouilles intimes, ce dont la Médiateure ne peut que se féliciter.**

Selon les informations recueillies, un seul patient a fait l'objet de 8 fixations pendant la période d'août 2011 à juillet 2012.

A noter que l'unité BU3 ne dispose pas de dispositifs de fixation. Si une fixation s'impose, elle est effectuée dans l'unité BU6 qui dispose d'une chambre réservée à cet effet.

La Médiateure réitère qu'elle ne met pas en doute que la fixation reste le seul moyen de recours dans des cas très exceptionnels et limités. Il importe cependant que ces fixations aient lieu dans les meilleures conditions possibles. A ce titre, la Médiateure se doit d'émettre ses plus vives réserves quant à l'agencement actuel de la chambre se trouvant au sein de l'unité BU6 et utilisée à des fins de fixation. Cette chambre, entièrement carrelée est équipée d'un évier et d'un lit avec un dispositif de fixation à 5 points.

L'ensemble de cette infrastructure, complètement froide et stérile, est de nature à faire surgir des angoisses et ne manque pas de susciter des associations peu plaisantes, très peu appropriées et encore moins souhaitables avec des installations dont demeurent malheureusement équipées certains établissements pénitentiaires américains.

**(130) Si cette pièce devait être utilisée d'une manière plus fréquente par d'autres unités, l'équipe de contrôle ayant été informée que le personnel de l'unité BU6 ne l'utilise jamais, la Médiateure se doit d'insister à ce qu'elle soit réaménagée afin d'offrir des conditions plus acceptables. Ces transformations pourraient se faire à très court terme et à un coût relativement modique. La Médiateure souligne l'importance de cette recommandation alors que l'équipe de contrôle a été informée du fait que les rares mesures de contention nécessaires au sein de l'unité OR1 s'effectueraient également dans l'unité BU6.**

#### 4.1.2. CHNP – BU 4

Le BU4 est un service ouvert, ne bénéficiant dès lors pas de la dotation de sécurité. Si le BU 3 accueille des patients pour une durée qui est généralement de 6 mois à un an avec une visée de stabilisation, le BU 4 accueille des patients pour la même durée en moyenne, mais dans un but principal de réhabilitation avec une forte composante de travail psychosocial.

Le BU4 dispose d'une capacité d'accueil de 18 patients, répartie en 6 chambres doubles et 6 chambres individuelles.

##### 4.1.2.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 1 psychologue
- 1 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 11,5 infirmiers et aides-soignants

Le service n'est pas équipé de soft-cells, ni de dispositifs de fixation.

Comme il s'agit d'un service ouvert, toutes les infrastructures du CHNP (ergothérapie, sport, etc.) sont accessibles aux patients accueillis au BU4.

L'unité dispose d'une grande salle de séjour, bien éclairée, dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Il existe également une salle bien éclairée destinée à prendre les repas en commun.

Comme il ne s'agit pas d'une unité fermée, les patients fumeurs ont la possibilité de fumer à l'extérieur de l'établissement, au rez-de-chaussée.

En dehors de la prise des repas et des activités thérapeutiques, les patients peuvent librement s'adonner aux occupations de leur choix et circuler librement, pour des raisons de sécurité, l'unité n'est fermée vers l'extérieur qu'à 21 heures, avec la possibilité accordée aux patients de sortir de l'unité pour fumer jusqu'à minuit.

#### 4.1.2.2. Activités

**(131) Tout comme c'est le cas pour l'unité BU3, la Médiateure tient à saluer la mise en place du groupe matin, ayant lieu tous les jours de 8.45 à 9 heures et pendant lequel les patients se voient expliquer le plan des activités proposées pendant la journée en cours.**

Les activités offertes au BU4 sont à peu près similaires à celles offertes au sein de l'unité BU3, avec quelques activités plus spécifiques. Il est à noter que le fait que l'unité BU4 soit une unité ouverte permet beaucoup plus de diversité dans l'organisation des activités.

Le plan d'activité détaillé est repris aux annexes.

Les responsables de l'unité BU4 tentent, dans toute la mesure du possible d'établir, d'un commun accord avec le patient un plan de traitement individuel contenant des objectifs réalistes à atteindre. Ce plan est en permanence adapté aux progrès réalisés par le patient.

**La Médiateure s'en félicite.**

**(132) De même, la Médiateure ne peut que se féliciter de l'importance accordée aux activités de cuisine thérapeutique.** Cette activité a lieu en principe une fois par semaine et concerne 5 à 6 patients. Au BU4, le concept de cuisine thérapeutique est appliqué dans son intégralité, en partant d'un budget individuel fixé par patient (4€), de la décision commune du menu à préparer, des achats en commun des denrées nécessaires sur base du budget global déterminé en fonction du nombre de participants, de la préparation du ou des plats jusqu'à leur consommation commune.

A noter que tous les patients de l'unité BU4 peuvent aller déjeuner 2 fois par semaine au Centre Pontalize.

#### 4.1.2.3. Conditions de séjour

En ce qui concerne les conditions matérielles de séjour, l'hygiène, l'état de la literie, le lavage des effets vestimentaires personnels des patients et l'aération adéquate, la Médiateure renvoie à ses observations formulées en ce qui concerne l'unité BU3, sous le point 4.1.1.3., point 126 du présent rapport.

Il n'a pas été possible à l'équipe de contrôle de déterminer avec certitude si les patients séjournant à l'unité BU4 sont toujours informés de leur médication et si leur consentement éclairé est toujours recherché. Les informations reçues par le

personnel responsable et certains patients à cet égard étaient en effet assez divergentes.

Il en est de même en ce qui concerne l'information écrite sur les droits des patients et les voies de recours contre un placement, donnée à chaque patient au moment de son arrivée. Si la Médiateure est consciente du fait qu'en principe, aucune personne placée n'est admise dès le début de son placement à l'unité BU 4, mais que ce placement a lieu d'abord dans une unité fermée, elle entend néanmoins souligner l'importance du respect de ce principe, ceci d'autant plus que les patients séjournant à l'unité BU4 sont susceptibles de disposer d'une capacité de discernement bien supérieure à celle dont ils disposaient en début de leur placement.

**(133) La Médiateure demande aux autorités responsables des informations plus détaillées, corroborées par des documents, par rapport à ces deux aspects.**

Un patient a informé l'équipe de contrôle qu'il serait de pratique de retirer le droit au congé pendant la fin de semaine aux patients qui contreviennent aux règles régissant la vie commune au sein de cette unité.

**(134) La Médiateure ne peut pas se prononcer sur le bien-fondé de ces allégations. Elle recommande cependant aux autorités responsables du CHNP de vérifier ces dires et de prendre, en cas de confirmation, d'urgence les mesures nécessaires pour faire cesser cette pratique inacceptable.**

#### 4.1.2.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

La Médiateure se félicite que pendant l'année précédant la mission de contrôle aucune fixation n'ait eu lieu à l'unité BU4.

Comme il a déjà été remarqué, cette unité ne dispose pas de soft-cell, ni de dispositifs de fixation. En cas de besoin, un recours aux soft-cells de l'unité BU3, respectivement à la chambre de fixation du BU6 serait nécessaire.

En ce qui concerne les fixations, la Médiateure tient à renvoyer à ses observations formulées au point 4.1.1.4, point 130 du présent rapport.

#### 4.1.3. CHNP – Orangerie 1+2

L'Orangerie 1 (OR1) accueille des patients psychotiques à des fins de réhabilitation et de réadaptation. La durée moyenne de séjour varie entre 6 mois et 1 an. Elle dispose de 18 lits (6 chambres doubles, 6 chambres individuelles).



L'unité Orangerie 2 (OR2) est destinée à la revalidation neuropsychologique des patients présentant des troubles cognitifs persistant après le sevrage alcoolique. L'unité est équipée de 22 lits (10 chambres doubles et 2 chambres individuelles). Il s'agit en principe d'une unité ouverte, cependant la nature des troubles dont souffre la plupart des patients oblige les responsables à garder les portes d'accès à l'unité fermées en permanence, de sorte que les patients sont obligés à demander l'autorisation pour sortir.

Les deux services sont logés dans le même immeuble et leur agencement architectural est sensiblement identique.

#### 4.1.3.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité OR1 est la suivante (en ETP):

- 1 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 11 infirmiers et aides-soignants

La dotation de personnel de l'unité OR2 est la suivante (en ETP):

- 0.3 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0,75 ergothérapeute
- 12.75 infirmiers et aides-soignants

Les deux services ne sont pas équipés de soft-cells, l'OR2 dispose, contrairement à l'OR1 de matériel de fixation.

Comme il s'agit d'un service ouvert, toutes les infrastructures du CHNP (ergothérapie, sport, etc.) sont accessibles aux patients accueillis à l'OR1 et à l'OR2.

Les deux unités disposent chacune d'une très grande salle de séjour, bien éclairée, dotée d'un téléviseur ainsi que d'une petite bibliothèque.

Le repas commun est pris dans ces salles.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'unités fermées, les deux services disposent d'un fumoir. La Médiatère n'ignore pas l'importance de ce type d'installations en milieu psychiatrique. Ces fumoirs sont avant tout utilisés par les patients pendant les heures

du soir et pendant la nuit, temps pendant lequel les portes d'entrée des deux unités sont fermées pour des raisons de sécurité.

#### 4.1.3.2. Activités

Les deux unités offrent un très grand nombre en activités thérapeutiques et de loisir. En effet, certains patients de ces deux unités ont rapporté à l'équipe de contrôle que le nombre d'activités à visée thérapeutique ou de loisir serait trop important à leurs yeux, de sorte qu'ils se sentiraient épuisés à la fin du jour.

La Médiateure est consciente de la pondération qu'il faut apporter à de pareilles affirmations, surtout eu égard à l'état extrêmement fragile des patients.

**(135) Elle ne peut que se féliciter de la multitude d'activités proposées, plus particulièrement en ce qui concerne l'unité OR2.**

**Ici encore, la Médiateure note avec satisfaction que les patients se voient expliquer chaque matin leur programme de la journée.**

#### 4.1.3.3. Conditions de séjour

En ce qui concerne les conditions matérielles de séjour, l'hygiène, l'état de la literie, le lavage des effets vestimentaires personnels des patients la Médiateure renvoie à ses observations formulées en ce qui concerne l'unité BU3, sous le point 4.1.1.3., point 126 du présent rapport.

La Médiateure se félicite que les fenêtres des chambres des patients des deux unités peuvent être ouvertes afin de permettre ainsi une aération adéquate.

Il n'a pas été possible à l'équipe de contrôle de déterminer avec certitude si les patients séjournant aux deux unités sont toujours informés de leur médication et si leur consentement éclairé est toujours recherché. Les informations reçues par le personnel responsable et certains patients à cet égard étaient en effet assez divergentes.

Il en est de même en ce qui concerne l'information écrite sur les droits des patients et les voies de recours contre un placement, donnée à chaque patient au moment de son arrivée. Si la Médiateure est consciente du fait qu'en principe, aucune personne placée n'est admise dès le début de son placement aux unités OR1 ou OR2, mais que ce placement a lieu d'abord dans une unité fermée. Elle entend néanmoins souligner l'importance du respect de ce principe, également en ce qui concerne les patients de ces unités.

**(136) La Médiateure demande des informations écrites complémentaires à cet égard.**

**(137) Tout comme c'est le cas en ce qui concerne l'unité BU3, la Médiateure se félicite également que les responsables de l'unité OR2 assignent des tâches domestiques et d'entretien aux patients qui s'en portent volontaires et dont l'état de santé le permet.**

#### 4.1.3.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

La Médiateure ne peut que se féliciter du constat que la pratique de fixations semble être exceptionnelle en ce qui concerne les unités OR1 et OR2. Aucune fixation n'a eu lieu pendant l'année précédant la mission de contrôle à la base du présent rapport.

Selon les informations recueillies sur place par l'équipe de contrôle, la pratique de fouilles sur les effets personnels des patients semble constituer une exception.

A noter cependant que les patients séjournant à l'unité OR2 sont généralement soumis à un contrôle d'alcoolémie au retour d'une sortie non accompagnée. La Médiateure peut comprendre la nécessité de cette mesure qui n'appelle dès lors à aucun commentaire supplémentaire.

L'équipe de contrôle n'a recueilli aucune allégation de la part d'un patient placé permettant de conclure à un traitement involontaire. Selon les dires du personnel soignant, le recours à un traitement involontaire constituerait un moyen d'exception très rare, uniquement employé dans des cas d'absolue nécessité.

**(138) La Médiateure répète cependant ses inquiétudes par rapport aux dires de certains patients permettant de conclure dans certains cas à une absence occasionnelle de la nécessaire information sur la médication administrée.**

#### 4.1.4. CHNP – Um Weier

L'unité Um Weier, d'une capacité de 18 lits, répartis majoritairement en chambres individuelles, accueille des patients souffrant de pathologies variées ou présentant des déficits mentaux. Généralement les patients y sont admis pour un séjour plus prolongé.

Les impératifs posés par l'agencement architectural de l'immeuble, réparti sur trois étages exigent une certaine mobilité de la part des patients en raison de l'absence d'un ascenseur.

Au moment de la mission de contrôle, un seul patient placé médical séjournait au sein de cette unité.

Selon les dires des responsables de l'unité, la grande diversité concernant les pathologies ou les déficits dont souffrent les patients admis au sein de cette unité constitue une entrave sérieuse à un travail de réhabilitation efficient et efficace.

La Médiateure a déjà évoqué ce problème plus haut. Elle y reviendra ultérieurement encore une fois plus en détail.

#### 4.1.4.1. Infrastructures et personnel

La dotation de personnel de l'unité Um Weier est la suivante (en ETP):

- 0.5 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.3 assistant social
- 0,4 ergothérapeute
- 10 infirmiers et aides-soignants

Cette unité ne dispose ni de soft-cell ni de dispositifs de fixation.

Il s'agit d'une unité ouverte.

Le bâtiment, de trois étages est équipé de tous les requis en matière d'évacuation en cas d'incendie. La Médiateure tient à saluer tout particulièrement que l'équipe soignante organise tous les lundis un exercice d'évacuation avec les patients.

#### 4.1.4.2. Activités

Le plan d'activités, particulièrement étoffé de l'unité est joint en annexe.

**(139) La Médiateure ne peut que se féliciter des efforts menés dans ce domaine. Elle se doit cependant de constater que l'offre en unités d'ergothérapie semble assez réduite par rapport à la pléthore des autres activités proposées.**

Selon les dires d'un membre du personnel responsable, une augmentation du nombre d'unités d'ergothérapie dans cette unité répondrait à un besoin réel.

**(140) La Médiateure recommande aux autorités responsables du CHNP de réévaluer l'offre en séances d'ergothérapie disponibles et de l'adapter le cas échéant aux besoins.**

#### 4.1.4.3. Conditions de séjour

D'emblée la Médiateure se doit de souligner l'état de propreté absolument exemplaire de cette unité à tous les égards, tant dans les parties communes que dans les chambres des patients.

Ce constat peut sembler anodin, mais il prend toute son ampleur si on considère que de très nombreux patients séjournant dans l'unité Um Weier sont incontinents et/ou souffrent également d'autres problèmes rendant le maintien d'un niveau d'hygiène correct particulièrement difficile.

L'équipe de contrôle a inspecté sans préavis une chambre occupée par un patient souffrant d'incontinence urinaire majeure et chronique. Même cette chambre se trouvait dans un état impeccable, sans aucune odeur perceptible.

**(141) La Médiateure tient à féliciter expressément le personnel soignant et le personnel d'entretien pour la qualité irréprochable de ses prestations en matière d'hygiène.**

La Médiateure est bien informée des contraintes architecturales dont souffre l'ensemble des services du CHNP.

**(142) Force est cependant de constater qu'un immeuble comme celui accueillant l'unité Um Weier, bien que d'une qualité esthétique indéniable et convenablement réhabilité pour répondre aux normes de sécurité de rigueur, n'est plus adapté pour répondre aux exigences d'une infrastructure hospitalière, voire de soins moderne.**

**Le nombre d'escaliers interdit l'usage de ce genre d'immeuble à tout patient à mobilité réduite, pourtant fréquents parmi les patients du CHNP.**

**En outre, l'agencement des lieux rend le travail des équipes soignantes particulièrement difficile et pénible. De surcroît, il empêche toute surveillance adéquate des patients.**

#### 4.1.4.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Au sein de cette unité, aucune fouille ni aucune fixation n'est pratiquée.

#### 4.1.5. CHNP – Centre thérapeutique de Diekirch

Le Centre Thérapeutique de Diekirch (CTD) accueille un maximum de 12 personnes, majoritairement psychotiques, disposant d'un projet d'avenir bien précis.

La vocation primaire du CTD est de rendre les patients aussi aptes que possible à une vie autonome.

S'il s'agit toujours d'une structure hospitalière faisant partie intégrante du CHNP, tous les efforts sont entrepris pour aligner la vie communautaire au CTD dans toute la mesure du possible aux réalités de la vie en milieu non hospitalier.

##### 4.1.5.1. Infrastructures et personnel

L'ensemble des infrastructures est logé dans les locaux de l'ancien hôtel HIERTZ à Diekirch. Les locaux ont été réaménagés afin de reproduire au mieux un environnement familial. Les locaux sont dotés de deux salles de séjour spacieuses, d'une cuisine spacieuse, équipée à très grand frais et qui ne laisse absolument rien à désirer, même pour les plus exigeants en la matière.

Une des vocations premières de la cuisine est d'apprendre aux patients de se préparer eux-mêmes des repas convenables après leur sortie du milieu protégé. Or, le niveau d'équipement électroménager de la cuisine se trouve à un tel niveau que la question se pose si les patients peuvent y apprendre des gestes de base nécessaires alors que leur situation ne leur permettra guère de disposer d'un tel matériel de pointe dans leur futur environnement de vie.

Tous les équipements requis d'un point de vue sécuritaire (alarme d'incendie, alarme d'intrusion, ouverture des portes à distance, pharmacie, brancard, pyrénes etc...) sont installés et en parfait état de fonctionnement.

Le mobilier des parties communes et l'équipement de la buanderie sont de qualité.

L'équipement des chambres et des salles de bains est irréprochable, il répond tant aux exigences sanitaires qu'aux exigences sécuritaires.

Tous les patients bénéficient d'une chambre individuelle et d'une salle de bain attenante privative également.

Au moment de la mission de contrôle, un patient placé médical séjournait au CTD.

Les patients sont admis au CTD pour une durée de séjour de 6 mois qui peut être prolongée de 6 mois au maximum. En moyenne, les patients y séjournent entre 2 et 9 mois.

La dotation en personnel du CTD est la suivante (en ETP):

- 0.5 médecin-psychiatre
- 0.5 psychologue
- 0.5 assistant social
- 0,5 ergothérapeute
- 9 infirmiers et aides-soignants

#### 4.1.5.2. Activités

Les patients du CTD se voient proposer un programme d'activités assez dense, mais également fort répétitif. La participation aux activités organisées entre 8 heures et 16 heures est obligatoire. Le détail du programme est repris aux annexes.

A noter que les patients du CTD préparent eux-mêmes leurs trois repas journaliers avec l'aide et le soutien de l'équipe soignante.

#### 4.1.5.3. Conditions de séjour

Les conditions matérielles de séjour sont optimales et ne manquent pas d'un certain luxe, surtout si on les compare aux autres infrastructures du CHNP, toujours encore fort acceptables parce que bien entretenues et destinées pour certaines à des patients de très long séjour.

Tous les patients disposent d'une clé donnant accès à la porte d'entrée de l'immeuble et permettant de fermer à clé leur chambre individuelle.

Trois conditions principales sont mises à la sortie, à savoir disposer d'un emploi, d'un logement et exercer une activité de loisirs.

La Médiateure entend revenir sur ces exigences au point 4.2. Constats généraux, notamment par rapport au refus du CHNP de domicilier certains de ses patients, ne serait-ce que pour une courte durée.

#### 4.1.5.4. Fouilles, traitements involontaires et fixations

Les chambres des patients peuvent faire l'objet d'une fouille en cas de suspicion concrète de détention d'objets ou de substances illicites. Comme il s'agit d'une structure destinée à des patients à bon pronostic, largement stabilisés, des traitements involontaires, voire des fixations ne sont jamais nécessaires.

### **4.2. Constats généraux**

L'équipe de contrôle a pu noter que pas toutes les unités du CHNP mettaient à disposition gratuitement de l'eau aux patients.

**(143) Si les prix sont très raisonnables, la Médiateure recommande toutefois, comme elle l'a fait pour le CHL, de mettre à disposition gratuite des patients au moins un litre d'eau par jour.**

Comme déjà mentionné à la section 3.2., la Médiateure se doit de constater un manque important de structures spécialisées dans la prise en charge de personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Ceci est vrai aussi bien pour les séjours à court terme que pour les séjours à moyen et à long terme.

La Médiateure a déjà relevé qu'il existe des délais d'attente parfois importants pour les transferts des unités de psychiatrie aiguë vers le CHNP, du fait que le CHNP ne connaît qu'un écoulement extrêmement limité de certains types de patients par manque de structures adaptées qui s'inscriraient dans la suite d'un traitement en milieu hospitalier.

A part les structures du CHNP et quelques rares autres institutions, souvent très spécialisées, une offre thérapeutique ou des milieux de vie protégés pour des patients psychiatriques nécessitant une prise en charge à long, voire très long terme sont quasi inexistantes.

Au vu de l'afflux constant et croissant de patients il sera à terme inconcevable, tant d'un point de vue budgétaire que pour des considérations tenant aux capacités d'accueil limitées, de vouloir maintenir une large proportion de nouveaux patients du CHNP dans les infrastructures existantes et ceci souvent pour une durée très prolongée.

**(144) La Médiateure tient avec insistance à répéter sa recommandation aux autorités compétentes de réfléchir de manière urgente au développement de nouvelles stratégies et de nouvelles structures destinées à la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, de déficits mentaux importants ou de démence, nécessitant une prise en charge très prolongée, voire indéfinie et invite les autorités compétentes de s'inspirer à cette fin par exemple de l'offre thérapeutique existante dans nos pays voisins, comme par exemple le « Schönefelderhof » à Trèves.**

Le Schönefelderhof est une structure qui encadre des personnes souffrant de troubles mentaux et ceci de manière stationnaire, semi-stationnaire ou ambulante. L'objectif du centre est de redonner une certaine autonomie aux patients qui leur



permettrait d'être réintégrés dans la société. Le Schönfelderhof se compose de différentes unités de vie encadrées où les patients peuvent également travailler dans différents ateliers et/ou suivre des formations professionnelles.

**En Belgique, la maison de soins psychiatriques à Bruxelles constitue un autre exemple d'une structure intéressante spécialisée dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux chroniques.**

La maison de soins psychiatriques à Bruxelles est destinée à accueillir des patients psychiatriques chroniques stabilisés qui ont besoin d'un certain encadrement dans leur vie quotidienne.

La maison de soins psychiatriques peut devenir la demeure définitive des patients ou ne constituer qu'une étape avant la réinsertion dans la société et une vie plus autonome.

Les patients bénéficient de nombreuses activités thérapeutiques offertes par une équipe pluridisciplinaire qui propose de nombreux ateliers et activités sur le site, mais organise également des vacances en Belgique et à l'étranger.

La Médiateure a fait référence à ces deux structures parce qu'elles montrent des possibilités de prise en charge à long, voire à très long terme, sans pour autant négliger les aspects de travail de réinsertion.

A ce constat s'ajoute que le nombre de patients nécessitant une prise en charge psycho-gériatrique permanente en milieu protégé ne cesse d'augmenter. Ici encore, les infrastructures existantes, tant au CHNP que dans d'autres structures s'avèrent insuffisantes quant à leur capacité d'accueil.

La même observation vaut par ailleurs en ce qui concerne les placés judiciaires dont le nombre est en croissance constante avec un écoulement de patients placés extrêmement faible ce qui fait que l'unité destinée à recevoir ce type de patients travaille aux limites supérieures de sa capacité d'accueil.

La Médiateure est informée du fait que les responsables du CHNP sont en train d'élaborer un plan de développement global pour leur institution (« Masterplan »), tenant à la fois compte de la situation infrastructurelle existante, de l'offre actuelle et des besoins prévisibles à court, moyen et à long terme.

**(145) La Médiateure souhaite être tenue informée régulièrement par les responsables du CHNP des progrès réalisés en la matière, notamment en ce qui concerne l'accueil futur des placés médicaux, des placés judiciaires et des mineurs placés sur base de la loi modifiée sur la protection de la jeunesse.**

La Médiateure n'est pas compétente en sa qualité de contrôleur externe des lieux privatifs de liberté pour se prononcer sur le financement et la prise en charge des infrastructures projetées.

Néanmoins, si la question du financement devait avoir une influence sur la qualité des services prestés ou sur le nombre de personnes qui pourront être accueillies sur le site sous le statut de placés médicaux ou de placés judiciaires, ces considérations entrent pleinement dans ses compétences.

En pareil cas, elle se devrait de faire état de son étonnement quant au mode de financement actuel d'une partie des infrastructures du CHNP.

Force est de constater que notamment les unités Lannenhaff et Um Weier accueillent en très grande majorité des patients souffrant de pathologies psychiatriques majeures chroniques et résistantes aux thérapies usuelles.

Or, le financement de ces structures semble toujours tomber sous les compétences de la CNS alors qu'il s'agit d'unités en tout point comparables à des maisons de soins accueillant des personnes âgées et financées par le Ministère de la Famille.

La Médiateure ne comprend pas pourquoi la main publique dépense des montants assez considérables à titre de soins hospitaliers alors que des montants autrement plus modiques, prévus pour des soins gériatriques généraux, tels que dispensés dans des maisons de soins suffiraient amplement. Les moyens ainsi libérés pourraient être réaffectés dans l'intérêt des patients nécessitant effectivement une prise en charge psychiatrique hospitalière.

Il ne s'agit ici pas d'une simple opération comptable transférant la charge financière de la CNS vers le Ministère de la Famille. Bien au contraire, une requalification de certaines unités du CHNP en maison de soins engendrerait une implication financière personnelle des patients y admis, débloquent de cette manière encore des moyens publics qu'il serait utile de dépenser en faveur des patients psychiatriques, en milieu ambulatoire ou hospitalier.

Les responsables du CHNP semblent avoir pris depuis plusieurs années de refuser une domiciliation temporaire de leurs patients à l'adresse de leur institution.

Si la Médiateure peut comprendre certaines des raisons à la base de cette décision, elle ne saurait marquer son accord avec cette manière de procéder.

L'équipe de contrôle a pu constater qu'il est impossible à certains patients de se domicilier à leur ancienne adresse pour des raisons souvent familiales. Or, une des conditions à la sortie d'un patient du milieu psychiatrique, surtout fermé, doit résider dans la garantie de l'existence d'un logement et de moyens de subsistance suffisants.

Or, les patients psychiatriques se trouvent très souvent dans une situation de précarité financière induite par les conséquences de leur pathologie. Il est constant qu'une demande en obtention du RMG ne peut se faire qu'à condition de pouvoir se prévaloir d'un domicile légal. Or, à défaut de domicile légal, et donc en l'absence de moyens de subsistance pour les prétendants au RMG, il est très difficile, voire impossible de trouver un logement adéquat.

Ceci a été corroboré par de nombreux assistants sociaux actifs dans ce domaine spécifique.

Force est également de remarquer que les domiciliations au Foyer Ulysse deviennent de plus en plus difficiles.

**(146) Dans ce contexte, la Médiateure donne à considérer aux responsables du CHNP s'il n'était pas indiqué de prévoir des exceptions au refus de domiciliation pour les besoins d'une demande d'introduction du RMG, dans des cas dûment justifiés par le médecin traitant et l'assistant social en charge du patient.**

## **5. Conclusions générales**

### 5.1. La gestion de la méthodologie PRN<sup>4</sup>

Le système PRN est utilisé au Grand-Duché de Luxembourg afin de mesurer les besoins en soins des patients admis dans toutes les unités d'hospitalisation.

En 1995, au moment de l'introduction du système de la budgétisation dans les hôpitaux luxembourgeois, s'est posée la question de la détermination du nombre d'infirmiers et d'aides-soignants nécessaires dans chaque hôpital.

Afin de pouvoir déterminer avec précision ces besoins, le choix de la Caisse Nationale de Santé (CNS) et de l'Entente des Hôpitaux luxembourgeois (EHL) s'est

---

<sup>4</sup> PRN=projet de recherche en nursing. Le projet de recherche en nursing est un système issu d'une recherche commencée en 1969 au Centre Hospitalier Sainte Justine à Montréal. Ce projet fut développé par EROS (Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé). Le but du PRN est de déterminer l'effectif en personnel nécessaire par unité de soins. Cette méthode se base essentiellement sur les informations planifiées à partir de la démarche de soins et suppose donc l'existence et la bonne tenue de plans de soins infirmiers. A l'origine, il s'agissait d'un système prospectif d'étude de charge de travail.

porté sur la mesure en continu de la charge en soins des patients hospitalisés au moyen d'un outil scientifique reconnu, le PRN. La mesure en continu des besoins permet de recenser les changements au niveau de la composition des patientèles des différents services.

L'objectif de la documentation de la charge de travail liée aux soins prodigués aux patients en milieu hospitalier stationnaire est avant tout financier et organisationnel. Le PRN permet une mesure objective de cette charge de travail, et par là même de déterminer une allocation juste des ressources pour chaque service, voire pour chaque hôpital.

L'application correcte de la méthodologie PRN dans les hôpitaux est contrôlée en interne par des infirmiers-auditeurs et en externe par le CRP-Santé, mandaté par la CNS et la Fédération des Hôpitaux luxembourgeois (FHL) (anciennement EHL) à cette fin.

L'équipe de contrôle a été informée par toutes les équipes soignantes dans toutes les unités visitées et ceci dans l'ensemble des hôpitaux du pays dotés d'un service de psychiatrie fermé que la gestion du système PRN consomme une partie importante de leur temps de travail. Cette affirmation était constante dans tous les services de psychiatrie fermés, indépendamment du fait que le service en question gère le système PRN par voie informatique ou par voie manuscrite.

L'équipe de contrôle s'est pu rendre compte de la véracité de ces affirmations. En effet, le personnel soignant est obligé de documenter tous les actes de soins quotidiens, si mineurs soient-ils. Dans ce contexte, il faut relever la spécificité inhérente aux soins psychiatriques.

Si au sein d'un service stationnaire somatique, il s'agit avant tout de documenter des soins de nature plus physique et se résumant avant tout à des actes matériels, il en est autrement en ce qui concerne les services de psychiatrie fermés.

Non seulement qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature du service presté, et de le qualifier afin de pouvoir l'intégrer dans le système PRN de manière à ce qu'il puisse être valorisé en tant qu'acte de soin, il s'y ajoute que la nature des services prestés par le personnel infirmier au sein des services de psychiatrie fermés est autrement plus diversifiée que celle des services d'une unité somatique.

Ainsi par exemple, la matérialité d'un service infirmier presté peut être difficile à apprécier. Si au sein d'un service somatique un entretien de courtoisie avec un patient ne saurait être considéré comme soin infirmier valorisable par le PRN, il en est autrement en ce qui concerne un entretien de nature similaire avec un patient psychiatrique qui peut dans le cas d'espèce avoir une connotation, voire un effet ou une incidence thérapeutique. Si cet entretien est marqué comme tel, il n'est pas

valorisable. Si par contre, il est référencé comme entretien thérapeutique, il est pris en compte par le système PRN, à condition que la nature, la raison et la visée de l'entretien soient précisées.

En deuxième lieu, il faut souligner que la très grande majorité des patients internés en service psychiatrique fermé ne dispose pas de l'autonomie intellectuelle d'un patient somatique. A noter également que des mesures de précaution particulières s'imposent pour des raisons de sécurité. Ainsi, par exemple, les patients n'ont pas de produits d'hygiène dans leurs salles de bains, ces produits étant conservés sous clé. Il en est de même en ce qui concerne les cigarettes, les briquets et d'autres articles potentiellement dangereux.

On s'imagine dès lors facilement le nombre de sollicitations auxquelles le personnel soignant est exposé quotidiennement dans un tel service.

Or, la gestion du système PRN oblige le personnel à documenter pratiquement l'intégralité des actes accomplis à la suite d'une demande émanant d'un patient ce qui génère une charge administrative non négligeable. Cette considération vaut d'autant plus en ce qui concerne l'unité Orangerie 3 du CHNP qui n'accueille que des mineurs en milieu psychiatrique fermé, le nombre de sollicitations de la part des patients de cette unité étant extrêmement élevé.

Les constats faits sur place permettent d'affirmer qu'en moyenne la gestion du système PRN consomme 4 à 5 heures de travail d'infirmier par unité et sur 24 heures (3 tournées), ce qui équivaut à peu près à 0,7 ETP par unité psychiatrique fermée.

Mentionnions que le PRN constitue également un outil de documentation et que chaque unité psychiatrique fermée était obligée de documenter ses activités de soins au moins dans le dossier patient, également avant la mise en place du système PRN. Il convient dès lors d'apprécier les 0,7 ETP mentionnés ci-avant à la lumière de cette considération et de revoir le surplus de temps consommé par le système PRN à la baisse.

Tous les responsables des services concernés sont cependant d'accord pour confirmer que la gestion du système PRN est plus intensive en investissement de temps de travail que la seule documentation médicale et de soins pratiquée avant.

La Médiateure se doit d'être concernée par ce constat alors que la gestion du système PRN diminue le temps de travail que le personnel soignant peut consacrer aux patients. Ce constat prend toute son ampleur si l'on connaît la dotation en personnel soignant des unités psychiatriques fermées, se situant au seuil inférieur de l'acceptable.

La Médiateure est consciente de la nécessité de disposer d'un outil de mesurage efficace et transparent afin de pouvoir gérer au mieux les fonds publics mis à disposition des hôpitaux.

La Médiateure est également informée que l'application du système PRN a généré un gain en ETP pour certains hôpitaux.

Si l'on examine le détail de la gestion du PRN, il semble évident que cette tâche ne saurait, du moins en partie, qu'être accomplie par le personnel soignant lui-même. Une délégation de la gestion du système PRN à du personnel purement administratif ne semble pas constituer une solution praticable.

La Médiateure se doit dans ce contexte de revenir aux observations formulées par son prédécesseur dans son rapport sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt (point 5.1. Soins paramédicaux, page 19 du rapport) qui se lisent comme suit :

*« Comme il a déjà été mentionné à la page 3 du présent rapport, le service est doté d'un nombre de personnel soignant dont les ETP cumulés se situent à la limite inférieure du seuil acceptable.*

*En effet, il ne suffit pas de se référer simplement aux normes habituelles en vigueur (Psych-PV). Il y a lieu de prendre également en considération, en ce qui concerne l'unité BU6, la spécificité des patients.*

*Il a en effet été constaté que l'effectif du personnel soignant n'est guère suffisant eu égard à la nature des patients accueillis au service BU6. Il s'agit premièrement de patients qui représentent un danger latent potentiel et qui exige une attention accrue permanente du personnel. En deuxième lieu, il faut relever que la très grande majorité de ces patients ne bénéficient que d'une sortie accompagnée, ce qui implique que dans la pratique journalière, un infirmier est pour ainsi dire constamment absent alors qu'il doit accompagner des patients lors de sorties ou pour des thérapies ayant lieu dans d'autres bâtiments du CHNP. Finalement, il y a également lieu de relever que la configuration architecturale de la station n'est guère propice à une surveillance facile. L'équipe de soins travaille à trois tours de trois personnes. L'effectif du personnel est calculé sur un nombre fictif de 12 patients, du fait que la station est à la base conçue pour accueillir 12 patients.*

*(...)*

*L'équipe fait de son mieux pour garantir une présence permanente de deux infirmiers à la station, ce qui n'est pas toujours réalisable. La présence d'une personne est néanmoins toujours garantie, ceci constituant un minimum susceptible de poser, dans le cas d'un incident, de sérieux problèmes de sécurité.*

*Il ne faut pas oublier que les patients placés à l'unité BU6 souffrent de pathologies psychiatriques très diverses et que souvent leur seuil de frustration est très bas. De ce fait, une situation peut plus facilement escalader que dans un autre service hospitalier.*

*Si l'on considère que l'unité BU6 accueillait lors de la dernière visite sur place 17 personnes, il semble évident qu'un seul soignant aurait, en cas d'incident, des difficultés à calmer la situation, ou, le cas échéant, à séparer adéquatement des patients.*

***Le Contrôleur externe recommande en conséquence de réviser l'effectif du personnel paramédical vers le haut, de manière à assurer au moins pendant la journée une présence d'une quatrième personne à la station, cette personne ne devant pas forcément avoir la qualification d'infirmier ou d'infirmier spécialisé. (...) »***

Ces observations sont valables pour tous les services de psychiatrie fermés.

Si la dotation de sécurité dont ils bénéficient (3-3-3 infirmiers/tournée ou -3-3-2 infirmiers/tournée selon les cas) semble à première vue suffisante, il ne faut pas négliger que régulièrement des infirmiers sont absents de l'unité pour des activités thérapeutiques ou de loisirs à l'attention des patients ayant lieu à l'extérieur de cette unité.

A cela s'ajoutent les absences pour accompagner des patients dans d'autres services médicaux ou pour répondre à d'autres tâches qui font partie intégrante de leur mission.

Des considérations de sécurité, mais avant tout aussi des considérations thérapeutiques imposent par contre que le personnel soignant affiche une disponibilité maximale pour les patients, et ce majoritairement au sein du service fermé.

**(147) La Médiateure est convaincue de la nécessité d'augmenter le nombre de postes disponibles au sein des unités psychiatriques fermées. La Médiateure souligne cependant que cette augmentation devrait se faire de manière**

**raisonnable, respectant les impératifs imposés par une économie budgétaire responsable.**

**Elle suggère dès lors, eu égard aux spécificités propres aux unités psychiatriques fermées, d'appliquer à ces services un coefficient de valorisation des résultats de l'application du PRN légèrement supérieur à celui appliqué aux autres services.**

**En effet, les résultats produits par le PRN en ce qui concerne le financement d'ETP sont multipliés par un coefficient de 0,83 pour déterminer le nombre effectif en ETP financés et mis à disposition. Si ce coefficient serait élevé de quelques points pour les besoins des seules unités psychiatriques fermées, des ETP supplémentaires s'en dégageraient qui pourraient utilement compléter les équipes soignantes en place.**

**Au vu des impératifs budgétaires existants, ces ETP supplémentaires ne devraient pas nécessairement être pourvus par des infirmiers, voire même par des infirmiers psychiatriques. Les résultats obtenus pourraient en effet servir pour déterminer le nombre d'agents à employer ayant une moindre incidence budgétaire.**

La Médiateure est en effet convaincue que nombre de tâches effectuées à l'heure actuelle par du personnel infirmier, spécialisé ou non, toujours à haute incidence budgétaire, pourraient utilement être dévolues à d'autres intervenants, moins qualifiés. A titre d'exemple, la Médiateure n'est pas convaincue de la nécessité de faire accompagner les patients d'une unité psychiatrique fermée à l'occasion d'une promenade extérieure par un infirmier psychiatrique.

Il en est de même en ce qui concerne les activités sportives simples ne demandant pas de connaissances particulières, de l'accompagnement des personnes pour les assister lors de leurs achats dans les commerces locaux etc.

En procédant à l'engagement d'agents d'appui dans les seules unités psychiatriques fermées, le personnel infirmier pourrait être déchargé de nombreuses tâches qui ne relèvent pas du tout ou pour certaines que d'une manière très liminaire du volet des soins ou du volet thérapeutique.

Il devrait être cependant clair d'emblée que ces agents d'appui ne se verraient confier aucune tâche qui relèverait du domaine des soins, réservé au seul personnel infirmier dûment qualifié.

## 5.2. La continuation de la médication après la sortie du milieu hospitalier



Plusieurs médecins-psychiatres ont rapporté à l'équipe de contrôle que certains patients ne continuent pas leur prise de médicaments après leur sortie du milieu hospitalier.

Il s'agit presque exclusivement de patients psychotiques, souffrant donc d'une pathologie psychiatrique majeure et diminuant gravement leur qualité de vie. Dans la pire des hypothèses certains de ces patients pourraient constituer un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.

Pour le traitement de ces patients, il existe actuellement sur le marché 3 médicaments qui sont utilisés. Le premier, dont la molécule active est l'Haldopéridol, n'est plus guère utilisé dû à ses effets secondaires majeurs, contre-indiqués pour des patients dont on veut favoriser l'activation et la responsabilisation en vue d'une réintégration sociale.

Deux autres médicaments de la classe des neuroleptiques atypiques sont presque exclusivement en usage auprès des patients sortis de la phase d'hospitalisation, sous forme de dépôt à long terme injectable, ayant comme substance active la rispéridone, respectivement la palipéridone, commercialisés à Luxembourg sous les dénominations Risperdal®Consta® et Xéplion®.

L'administration par voie intramusculaire doit être répétée toutes les deux semaines pour les patients traités au Risperdal®Consta® et toutes les trois semaines pour ceux recevant du Xéplion®.

La dose moyenne d'entretien en ce qui concerne le Risperdal®Consta® est de 37,5 mg, toutes les deux semaines. Ce médicament est vendu au prix de 140,29€.

En ce qui concerne le Xéplion®, la dose moyenne d'entretien est de 75 mg, vendue au prix de 304,72€.

Tant le Risperdal®Consta® que le Xéplion® sont remboursés par les organismes de sécurité sociale à un taux de 80%. En cas de traitement avec des doses moyennes d'entretien, le patient devra donc supporter lui-même un coût mensuel de 56,12€ en cas de traitement avec Risperdal®Consta® ou de 60,94€ en cas de traitement avec du Xéplion®.

Si un traitement avec des dosages supérieurs est nécessaire, la participation financière personnelle du patient augmente d'une manière proportionnelle.

Comme il a déjà été mentionné, une large proportion de patients psychiatriques se trouve dans un état financier très précaire et bénéficie soit d'une pension d'invalidité, soit du revenu pour personnes gravement handicapées, soit du RMG.

La seule part patient pour cette médication représente environ 5% du revenu total mensuel d'une personne bénéficiant du RMG.

D'après de nombreux médecins expérimentés en la matière, le facteur du coût serait à la base de nombreux arrêts de traitement. Or, il est constant que ces patients ont absolument besoin de leur médication afin de prévenir la survenance de tout nouvel épisode psychotique. Si le patient retombe à nouveau dans un état psychotique, une hospitalisation, engendrant des coûts importants pour les finances publiques, deviendra nécessaire.

A cela s'ajoute que la compliance à la médication antipsychotique est déjà relativement problématique en ce qui concerne les patients psychotiques du fait qu'ils ne sont généralement pas capables de réaliser qu'ils sont atteints d'une maladie.

**(148) La Médiateure est d'avis qu'il est intolérable qu'un patient gravement malade arrête son traitement pour des considérations financières.**

**Plusieurs pistes de solution peuvent être explorées :**

- **Soit les responsables des organismes de sécurité sociale décident de prendre en charge les neuroleptiques atypiques à 100% dans le cas de patients souffrant de psychoses avérées ;**
- **Soit les responsables du Ministère de la Santé autorisent la vente au Grand-Duché de médicaments génériques identiques, dont l'usage est largement répandu dans les pays limitrophes ;**
- **Soit, les prescripteurs informent leurs patients du fait qu'ils peuvent solliciter une prise en charge de la part du patient par le Service d'action Socio-Thérapeutique du Ministère de la Santé ;**

Si la dernière solution paraît être la plus facile, elle comporte également certains impondérables, à savoir que le service doit accepter la demande de prise en charge qui se fait par le biais du service social de la commune de résidence.

En second lieu, la procédure applicable est assez lourde et le risque que certains patients psychotiques ne soient pas à même de la suivre est majeur.

En troisième lieu, il y a lieu de noter qu'il s'agit d'une procédure de restitution de la part du patient, partielle ou intégrale, le patient demeure dès lors obligé à préfinancer l'acquisition du médicament.

### 5.3. Les détenus en milieu psychiatrique fermé

Certains détenus présentant des signes d'atteinte psychiatriques peuvent se voir transférer, sous l'empire de la loi du 10 décembre 2009, plusieurs fois précitée, dans un service psychiatrique fermé, dans une première phase à des fins d'observation et le cas échéant pour un placement subséquent.

L'article 7(2) de la prédite loi de 2009 détermine que l'admission d'un patient en milieu psychiatrique fermé se fait en raison du domicile de celui-ci.

Il est de pratique en la matière que le Centre pénitentiaire dans lequel se trouve le détenu soit assimilé à son domicile. Cette pratique, bien que légalement discutable du fait qu'un Centre pénitentiaire ne peut à l'heure actuelle du moins, servir de domicile légal à un détenu, est néanmoins acceptable alors que bon nombre de détenus, surtout ceux condamnés à de longues peines, ont fait l'objet d'une radiation d'office des registres de la population de leur commune d'origine. A ce groupe s'ajoute encore celui des détenus arrêtés sur le territoire national sans y avoir jamais eu de résidence légale.

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 CHK.

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.

**(149) 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.

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.

**(150) 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.**

**(151) 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.

Les consignes communes récemment élaborées entre le CHL, le CPL et la Police grand-ducale, relatives à l'hospitalisation de détenus mettent fin à cette différence de traitement entre le CPL et le traitement en milieu hospitalier pour les patients souffrant de pathologies somatiques et hospitalisés notamment au sein de l'unité sécurisée (U20). Ces consignes sont cependant peu claires au sujet de détenus admis en phase d'observation et hospitalisés toujours en dehors de cette unité sécurisée. Si le principe de la restriction minimale s'applique pour tout détenu hospitalisé au sein de l'unité sécurisée et que le port de menottes ou l'attachement au lit à l'aide d'une entrave doit demeurer exceptionnel et uniquement applicable dans des cas dûment justifiés, il en est autrement en ce qui concerne les patients admis en phase d'observation psychiatrique, normalement accueillis au sein de l'unité psychiatrique (U53).

**(152) En tout état de cause, la Médiateure recommande fermement que le principe de la restriction minimale s'applique également aux détenus en phase d'observation sur base de la loi de 2009 précitée.**

La situation est autrement plus grave en ce qui concerne les détenus placés sur base de cette même loi après la phase d'observation. Le placement se fait à l'unité BU6 du CHNP et les modalités qui l'entourent sont actuellement encore constitutives d'une violation des normes internationales en vigueur et plus particulièrement des dispositions de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

La Médiateure fait siennes les développements faits à ce sujet par son prédécesseur dans son rapport sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt qui retenait à ce titre :

*« Comme il a déjà été mentionné plus haut, l'unité BU6 accueille également les détenus du CPL qui sont en phase de crise psychiatrique aiguë et qui ne peuvent y être traités par les moyens disponibles sur place.*

*Ce type de patients présente la particularité qu'ils sont tous sous mandat de dépôt. En pratique, et en l'absence d'un espace sécurisé permettant l'accès à l'air libre à l'intérieur ou annexé au bâtiment, ces patients sont pour le moment contraints de rester pendant tout leur séjour à l'intérieur de l'unité sans aucune possibilité de sortie.*

*Il est évident que ceci constitue une violation grave des droits de l'homme dont ce type de détenus doit demeurer dépositaire. Le Contrôleur externe ne saurait accepter que cette situation perdure et recommande avec insistance aux autorités concernées de trouver dans les tout meilleurs délais une solution acceptable. Il ne saurait être admissible qu'un détenu, qui dispose d'un droit d'accès à l'air libre et à la promenade à l'intérieur du CPL soit privé de ce droit très important par le seul fait de sa maladie rendant nécessaire un séjour dans une infrastructure qui en toute occurrence est inadaptée à cette fin.*

*Au moment de la visite deux patients relevant de cette catégorie se trouvaient hospitalisées au BU6, dont un depuis plus de 11 mois.*

*Il est à noter que ces personnes se voient non seulement interdites de tout accès à l'air libre ou à la promenade, mais également à toutes autres activités offertes à l'extérieur de l'unité.*

*Comme ces personnes ne sauraient profiter d'une sortie autorisée du fait qu'ils sont condamnés ou en attente d'un jugement, elles ne peuvent se déplacer en dehors de l'unité BU6. De ce fait, elles sont également privées de toutes autres activités auxquelles un détenu peut participer au sein du CPL, y compris des activités sportives. » (Rapport du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt, point 3.2., pages 14 et ss.)*

*« (...), l'équipe de contrôle a été informée lors des visites sur place des modalités tout à fait inacceptables entourant la possibilité des patients du BU6 à avoir un accès à l'air libre ou à des offres thérapeutiques ou de loisir qui sont organisées dans d'autres*

bâtiments du CHNP se trouvant cependant en dehors du service BU 6.

*Pour rappel, la station BU 6 accueille deux types de patients, pour la grande majorité, il s'agit des patients placés judiciaires, internés au BU 6 en application des articles 71 ou 71-1 du code pénal. Le deuxième contingent de patients, de loin moins important en nombre, est constitué de détenus ou de prévenus sous mandat de dépôt et normalement enfermés au CPL. Certaines des personnes détenues au CPL souffrent en effet de pathologies psychiatriques graves et sont dès lors soignées à l'unité médico-psychiatrique du CPL (P2). Si ces patients entrent dans une phase de décompensation rendant nécessaire un traitement médical intensif, voire un traitement médical administré le cas échéant contre leur gré, ils sont actuellement transférés à l'unité BU 6 du CHNP.*

*Pour rappel encore, il y a lieu de noter que l'unité BU 6 est située au sixième étage du building du CHNP. Ce service ne dispose d'aucune terrasse, ni d'une autre infrastructure bâtie permettant un accès à l'air libre à l'intérieur du service-même. Force est également de constater que les fenêtres de ce service ne peuvent être entrouvertes que de quelques centimètres pour des raisons de sécurité évidentes.*

*(...)*

*En tout état de cause, un patient placé judiciaire qui vient d'arriver au BU6 ne peut quitter ce service, et partant l'étage correspondant du building, avant de disposer d'une autorisation de sortie, du moins avec accompagnement. De ce fait, il est constant que ces patients sont contraints de rester enfermés sur un étage de l'hôpital pendant un minimum de 8 à 10 semaines et dans la pratique souvent pendant une période bien plus longue.*

*Pendant cette période, ils ne peuvent participer à aucune activité, thérapeutique, sportive ou de loisir ayant lieu en dehors de la station et il leur est interdit d'accéder à l'air libre. Force est de rappeler que l'offre actuelle au BU 6 se limite, en dehors du traitement médical aux seules offres dispensées par l'ergothérapeute affecté au BU6.*

*Il est évident que cette situation est totalement inacceptable. Il faut garder en mémoire qu'il s'agit ici de personnes reconnues par les autorités judiciaires compétentes irresponsables des infractions commises et ceci en raison d'une pathologie psychiatrique. En dernière analyse, il y a lieu de considérer qu'il s'agit de personnes malades qui ont besoin d'un traitement adapté à leur état de santé.*



*Il est évident que des considérations de sécurité publique et de sécurité du personnel du CHNP s'imposent en la matière, mais il doit être tout aussi évident que ces considérations ne peuvent pas avoir comme conséquence de réserver à ces patients un traitement qui se situe très largement en dessous des droits accordés à toute personne pénalement responsable et se trouvant sous mandat de dépôt au CPL. En effet, toute personne incarcérée, que ce soit à titre préventif ou pour purger une peine prononcée a droit à au moins une heure par jour de promenade à l'air libre. Tout détenu dispose en outre d'un droit à la participation régulière à des activités sportives.*

***La situation décrite est autrement plus préoccupante encore en ce qui concerne les détenus souffrant de troubles psychiatriques graves et transférés de ce fait au CHNP.***

*Ces personnes ne tombent évidemment pas sous les compétences de la Commission spéciale et le mandat de dépôt décerné à leur encontre garde ses pleins et entiers effets.*

*Il en découle que ces patients se voient interdire toute sortie, toute participation à des activités thérapeutiques et sportives ayant lieu en dehors du BU6 pendant l'intégralité de la durée de leur séjour au CHNP.*

*Actuellement deux personnes tombant sous ce statut se trouvent au BU6, dont une depuis plus de 11 mois.*

*Le Contrôleur externe est consterné par la manière de laquelle ces personnes sont traitées dans un établissement hospitalier national. Le fait de priver cette catégorie de patients systématiquement de tout accès à l'air libre et de toute activité sportive va clairement à l'encontre de tous les textes internationaux en vigueur en la matière.*

*Il n'est pas concevable qu'une personne se voit octroyée un régime autrement plus strict et défavorable que celui auquel a droit tout prisonnier au sein d'un établissement pénitentiaire pour le simple fait qu'elle souffre d'une pathologie psychiatrique grave.*

*Force est également de remarquer que de l'avis unanime des médecins-psychiatres traitants et du personnel soignant, cette manière de procéder, tant à l'égard des personnes placées judiciaires et des détenus hospitalisés au BU6 est hautement préjudiciable d'un point de vue thérapeutique.*

*Le Contrôleur externe tient à souligner que cette situation intenable n'est d'aucune manière imputable au personnel médical et paramédical du CHNP. Elle résulte du simple fait d'une infrastructure défailante à un niveau architectural. Si besoin en était, le Contrôleur externe insiste pour rappeler que tout le personnel affecté au BU 6 a fait part de son mécontentement avec la situation existante à l'équipe de contrôle.*

*Le Contrôleur externe exige avec toute l'insistance requise qu'il soit mis fin à la situation décrite dans les tout meilleurs délais.*

*Le Contrôleur externe a longuement étudié la question et analysé les suggestions d'amélioration proposées. Comme il s'agit d'un dysfonctionnement généré par des circonstances induites par l'agencement architectural des lieux, il est clair qu'une solution acceptable doit également prendre en considération le facteur budgétaire.*

*En vue d'une recherche de solution, il importe également de considérer, pour des raisons de compatibilité et de durabilité, les projets du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice en matière de placement psychiatrique judiciaire, ceci notamment dans le contexte de la construction future de la maison d'arrêt CPU (Centre pénitentiaire Uerschterhaff).*

*Comme il a déjà été mentionné, l'espace fermé aménagé au 8<sup>ième</sup> étage du building, (...) ne saurait constituer une solution définitive dans ce contexte. Il est d'ailleurs à remarquer que cet espace n'est pas accessible pour des raisons de sécurité aux détenus du CPL se trouvant au CHNP.*

*Aux fins de trouver une solution rapide et efficace, il y a notamment lieu de distinguer entre les deux catégories de patients traités au BU 6, à savoir les placés judiciaires et les détenus du CPL.*

*A. En ce qui concerne les détenus du CPL, le Contrôleur externe renvoie à ses recommandations faites au même sujet dans son rapport sur l'entrée du détenu et la santé en milieu carcéral, reproduites, dans l'intérêt d'un maximum de lisibilité ci-dessous :*

*« (17) Un problème sérieux qui mérite d'être signalé consiste dans le traitement sans leur consentement de détenus atteints de pathologies psychiatriques majeures et qui, de ce fait présentent un*

*degré de dangerosité très élevé rendant impossible leur transfert dans la section psychiatrique d'un hôpital ou au CHNP.*

*Les autorités du CPL considèrent que la législation actuelle ne permet pas le traitement médicamenteux psychiatrique au sein de la section médicale psychiatrique du CPL sans le consentement du détenu malade.*

*Force est de constater que la loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 règle dans son article 1<sup>er</sup> l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.*

*L'article 4(1) de la prédite loi dispose que sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1er.*

*Or, la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire prévoit expressément dans son article 9 qu' il est créé auprès du Centre pénitentiaire de Luxembourg une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes et les détenus atteints d'une maladie mentale, qui peut également accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement conformément à la loi.*

*Le deuxième alinéa de cet article stipule que la direction de la section médicale spéciale est assurée par un chargé de direction désigné par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre de la Justice.*

*A l'heure actuelle, les responsables des établissements pénitentiaires déduisent de l'absence de la désignation du chargé de direction prévu au prédit alinéa deux de l'article 9 de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire, que la section médicale spéciale, destinée notamment aussi à accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement n'existerait pas, et que de ce fait une admission et un placement au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur*

*consentement de personnes atteintes de troubles mentaux ne seraient pas possibles.*

*Le Contrôleur externe ne partage pas cette lecture des dispositions légales pertinentes.*

*Il est clair que l'article 9 de la prédite loi sur la réorganisation de l'administration pénitentiaire porte création de la section médicale psychiatrique spécialisée, qui existe dès lors de jure depuis l'entrée en vigueur de cette loi, que cette section soit dotée d'un chargé de direction ou non.*

*Il est également constant en cause que cette section dispose du personnel médical et paramédical qualifié nécessaire à un traitement adéquat et répondant aux normes en vigueur.*

*Le Contrôleur externe est d'avis qu'aucun obstacle juridique ne s'oppose dès lors à une admission et éventuellement à un placement d'un détenu, au sens de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la section médicale psychiatrique du CPL.*

***Pour des raisons évidentes tenant à l'organisation interne, le Contrôleur externe recommande aux autorités compétentes de procéder dans les meilleurs délais à la désignation par arrêté conjoint d'un chargé de direction de cette section, direction qui dans les faits est de toute manière déjà prévue implicitement par la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et le CHNP relative aux soins psychiatriques à dispenser en milieu pénitentiaire. »***

*La mise en place d'une structure au sein du CPL permettant de traiter, le cas échéant contre leur gré, les détenus atteints de graves pathologies psychiatriques permettrait d'éviter à ces détenus malades leur confinement pendant une période plus ou moins prolongée sur un étage du building du CHNP, sans aucune possibilité de sortie.*

*Il ne fait aucun doute que le traitement médical adéquat pourrait être dispensé au sein du CPL alors que les médecins-psychiatres traitants tant du service psychiatrique du CPL que de l'unité BU 6 du CHNP sont les mêmes. Selon les médecins responsables, on devrait cependant apporter des changements aux horaires de travail du personnel infirmier du CPL alors qu'un tel traitement ne serait*

*envisageable que sous la condition d'une présence infirmière continue.*

*Comme tel n'est pas encore le cas pour le moment, le Contrôleur externe suggère vivement de procéder aux aménagements horaires nécessaires. Le Contrôleur externe entend également insister sur la mise à disposition des crédits budgétaires éventuellement requis pour mettre en place cette possibilité de traitement si des adaptations au niveau des infrastructures ou du nombre de personnel soignant et médical s'avéraient nécessaires.*

*La possibilité de procéder à des traitements psychiatriques involontaires (procédure des placés médicaux) au sein même du CPL aurait un second avantage, à savoir celui de garantir l'accès à un tel traitement à tous les détenus. En effet, le Contrôleur externe se doit de constater qu'à l'heure actuelle certains détenus atteints de graves troubles psychiatriques nécessitant probablement un traitement plus intensif ne peuvent bénéficier d'une prise en charge à l'unité BU6 du CHNP du fait qu'ils représentent un danger public. En effet, l'infrastructure de sécurité du CHNP, assez minimaliste, interdit pour des raisons de sécurité publique, l'hospitalisation de détenus connus pour être particulièrement dangereux.*

*Le fait d'exclure des détenus malades d'un traitement susceptible d'alléger leurs souffrances pour des raisons d'insuffisance des infrastructures existantes à un niveau sécuritaire va clairement à l'encontre des normes internationales en matière de droits de l'homme et ne saurait être accepté par le Contrôleur externe.*

*Le Contrôleur externe réitère son avis qu'il n'existe aucun empêchement au niveau du droit interne et recommande partant de procéder dans les tout meilleurs délais à la signature de l'arrêté conjoint pré-décrit ainsi qu'à l'aménagement nécessaire des horaires du personnel infirmier psychiatrique affecté au CPL. » (Rapport du Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté sur les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt, point 6.1., pages 20 et ss.)*

C'est donc pour la troisième fois que l'organisme chargé du contrôle externe des lieux privatifs de liberté se doit de revenir sur la situation des placés médicaux se trouvant sous mandat de dépôt ou plus généralement sur les problèmes entourant l'hospitalisation psychiatrique de détenus.

A cet égard, la Médiateure réitère les pistes de solution esquissées ci-avant dans les deux rapports précédents doivent être analysées à la lumière de la question de l'utilité d'un transfert d'un détenu en milieu hospitalier psychiatrique.

A l'heure actuelle, la Médiateure peut constater des développements à plusieurs niveaux.

Premièrement elle salue l'initiative prise par les responsables du CHNP de réserver une suite favorable aux recommandations de son prédécesseur en ayant entamé les travaux préparatoires en vue d'aménager un espace de promenade sécurisé donnant enfin accès à l'air libre à tous les patients internés au sein de l'unité BU6, dont notamment les placés médicaux sous mandat de dépôt ne pouvant bénéficier d'autres sorties pour les raisons déjà amplement détaillées.

**(152) La Médiateure demande d'être renseignée par écrit sur la date prévue d'achèvement de ces travaux.**

Deuxièmement, comme il a déjà été mentionné, la Médiateure a été informée que les responsables du CHNP sont en train de concevoir un nouveau plan directeur pour l'ensemble de leurs infrastructures.

Ce plan directeur servira non seulement de base à des travaux d'ordre infrastructurel destinés à une meilleure prise en charge et à la création de possibilités d'écoulement in situ, mais il influencera également les réflexions à mener en ce qui concerne la création d'une unité psychiatrique spéciale (UPS) telle que projetée par le projet de loi portant notamment réforme de l'administration pénitentiaire (*doc.parl.* 6382).

Si l'on sait par contre que la création des infrastructures bâties nécessaires à cette UPS n'est pour l'instant que prévue qu'après l'ouverture du CPU (Centre Pénitentiaire Uerschterhaff, la future maison d'arrêt) qui est programmée pour 2017 ou 2018, la Médiateure se doit de conclure à un délai d'attente inacceptable.

**Des solutions à plus court terme, intermédiaires ou non s'imposent dès lors de toute urgence.**

La Médiateure est informée de l'idée d'affecter un étage d'un bâtiment existant au CPL (2<sup>e</sup> étage du bloc P2, anciennement réservé aux retenus) au service psychiatrique en vue d'y créer dans un avenir rapproché l'embryon d'une unité psychiatrique spéciale.

Elle est également au courant d'un projet, émanant du CHNP et visant à la mise en place, au sein du CPL d'une véritable unité de psychiatrie, d'une capacité d'accueil de 30 à 40 lits à l'aide d'une construction avec des modules préfabriqués et dès lors réalisable également à assez brève échéance.

**(153) En tout état de cause, la Médiateure recommande formellement de mettre en place, dans les meilleurs délais une structure psychiatrique au sein du**

**CPL, ne fût-ce qu'à titre provisoire, capable de recevoir les détenus en phase d'observation ou en placement.**

Le besoin de mettre un patient sous observation, avec un placement médical subséquent ou non est généré avant tout par la nécessité de traiter, le cas échéant, un patient contre son gré. La loi ne permet un tel traitement involontaire, en dehors du contexte des placés judiciaires, que sur base de la loi de 2009 précitée.

L'analyse juridique du Contrôleur externe des libertés par rapport aux possibilités actuelles d'une mise en observation, voire d'un placement médical d'un détenu au sein du CPL, amplement détaillée ci-avant est entièrement partagée par la Médiateure.

Cette analyse permet clairement de conclure à la possibilité d'administrer déjà à l'heure actuelle des traitements psychiatriques involontaires nécessaires à l'intérieur du CPL. Afin de pouvoir procéder de la sorte, il suffirait de la désignation d'un chargé de direction, conjointement par le Ministre de la Justice et le Ministre de la Santé.

Lors de plusieurs réunions avec des responsables tant du CHNP que du CPL à ce sujet, un médecin-psychiatre du CHNP, alors détaché au CPL faisait valoir que le traitement involontaire par certains médicaments nécessiterait une présence médicale permanente au CPL afin de gérer d'éventuelles complications.

Un grand nombre d'autres médecins-psychiatres rencontrés par l'équipe de contrôle au cours de la mission à la base de ce rapport ont affirmé que les traitements actuels ne génèrent que très peu d'effets secondaires et que la présence permanente d'un médecin serait dès lors superfétatoire.

**(154) La Médiateure ne peut se prononcer sur des questions d'ordre purement scientifique, mais elle invite les spécialistes du domaine à se concerter sur cette question. S'il devait en ressortir qu'un traitement involontaire pourrait se faire sans présence médicale permanente, mais avec l'offre médicale disponible au sein du CPL, elle invite les responsables politiques du Ministère de la Justice et du Ministère de la Santé à désigner dans les meilleurs délais un chargé de direction afin de pouvoir procéder à de pareils traitements au sein du CPL.**

**En tout état de cause, la Médiateure entend suivre l'évolution de ce dossier de près. Elle demande aux instances compétentes de la tenir informée de près sur l'évolution des projets en cours.**

**A défaut d'une solution satisfaisante dans un avenir proche, elle n'hésitera pas à recourir aux moyens qui lui sont réservés par le législateur national et par le Protocole facultatif.**

**Par ailleurs, la Médiateure insiste sur la nécessité de trouver une solution intégrée et satisfaisante dans ce domaine, également en ce qui concerne les**

**placés judiciaires. En raison du fait que les capacités d'accueil sont pratiquement épuisées, une solution intégrée s'impose.**

## **6. Conclusions finales**

Comme les impératifs entourant les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, destinés à admettre des patients sur base de la loi de 2009 sur les personnes atteintes de troubles mentaux diffèrent sensiblement de ceux devant être observés en milieu hospitalier à visée de réhabilitation, imposant notamment un séjour plus prolongé, la Médiateure a pris la décision de séparer ces deux types d'institution dans son rapport.

Pour les mêmes raisons, elle a cru utile présenter des conclusions individuelles, propres à chaque type d'institution.

Il n'est dès lors pas chose aisée de formuler des conclusions générales, universellement valables pour l'ensemble des institutions visitées.

Cependant, certaines conclusions d'ordre général peuvent être dégagées :

- Contrairement aux dispositions de la loi modifiée du 10 août 1992 sur la protection de la jeunesse qui est également à la base d'internements psychiatriques, la Médiateure se félicite des modalités prévues par la loi du 10 décembre 2009 sur le placement de personnes souffrant de troubles mentaux, qui offrent un cadre juridique adéquat et des voies de recours accessibles.

**La Médiateure ne peut dès lors que recommander formellement de faire avancer les travaux parlementaires relatifs au projet de loi 5351 portant réforme de la loi sur la protection de la jeunesse.**

- En ce qui concerne les unités psychiatriques fermées du CHL et du CHEM, la Médiateure dénonce un manque certain d'espace et d'infrastructures.
- Une partie non négligeable du temps de travail du personnel soignant est absorbé par des tâches qui pourraient être accomplies par du personnel moins qualifié augmentant ainsi la disponibilité du personnel soignant en faveur des patients.



- **La Médiateure recommande de prendre en compte la spécificité des services de psychiatrie fermés dans le cadre de la gestion du PRN.**
- **En règle générale, l'engagement du personnel affecté aux unités concernées par le rapport ne saurait être mis en doute, ce dont la Médiateure se félicite.**
- **Il existe un besoin manifeste en ce qui concerne des structures d'écoulement, à destination des patients à séjour très prolongé, voire indéfini et ne nécessitant plus de séjour en milieu hospitalier.**
- **Le problème des patients sous observation ou placés médicaux sous mandat de dépôt demande une solution urgente.**
- **Le problème de la psychiatrie forensique demande également une solution dans un futur proche, la situation ne pouvant pas attendre l'ouverture du CPU qui dégagera des capacités au sein du CPL.**
- **Les graves problèmes potentiels induits par le coût des médicaments antipsychotiques devront être résolus dans les plus brefs délais.**

La Médiateure tient à remercier tous les intervenants, à tous les niveaux, des différentes institutions de leur disponibilité et de leur collaboration efficace.

Luxembourg, le

**Lydie ERR**  
**Médiateure du Grand-duché de Luxembourg**

## **7. Annexes**

7.1. La loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988

### **Chapitre 1er. – Champ d'application, définitions, généralités**

Art. 1er. La présente loi règle l'admission, le placement et le séjour sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux dans un service de psychiatrie d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique spécialisé.

Art. 2. Par admission on entend au sens de la présente loi l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux.

Par placement on entend au sens de la présente loi la décision judiciaire de maintenir sans son consentement la personne admise en milieu hospitalier au-delà de la période d'observation dont question à l'article 12 ci-dessous, sans préjudice des particularités qui régissent l'hospitalisation des placés judiciaires.

Une personne séjournant sans son consentement dans un service ou établissement visé à l'article qui précède est désignée dans la suite par l'expression «personne admise» depuis le jour de son admission jusqu'à la décision d'élargissement ou de placement visée à l'article ci-après. Elle est désignée par l'expression «personne placée» à partir de la prédite décision de placement jusqu'à ce qu'il soit mis fin au placement.

Si le placement intervient sur ordre d'une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal, la personne concernée est désignée par «placé judiciaire».

Dans la suite l'expression «le patient» est employée chaque fois que sont visées indistinctement les personnes admises et placées, ainsi que les placés judiciaires.

Art. 3. Dans la mesure du possible les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être traitées dans le milieu dans lequel elles vivent. Elles ne peuvent faire l'objet d'une admission ou d'un placement que si des troubles psychiques graves les rendent dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ou si le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal.

La diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement.

Le défaut d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres de la société ne peut être considéré en soi comme un trouble mental.

Art. 4. (1) Sans préjudice des dispositions de la loi du 27 juillet 1997 portant réorganisation de l'administration pénitentiaire concernant les attributions de la section médicale spéciale du Centre pénitentiaire de Luxembourg, l'admission et le placement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peuvent avoir lieu que dans un service ou établissement visé à l'article 1er.

L'admission, le placement et le séjour sont soumis aux conditions de fond et de forme prévues par la présente loi.

L'admission ne peut intervenir que dans un service de psychiatrie d'un hôpital.

Les établissements et services psychiatriques visés à l'article 1er sont désignés par le terme «établissement». Par «directeur de l'établissement» on entend dans la suite, suivant le cas, soit le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé, ou, s'il n'est pas médecin, le médecin qui en dirige le département médical, soit le médecin responsable du service de psychiatrie d'un hôpital.

(2) Dans chaque arrondissement judiciaire il incombe à un juge spécialement désigné à ces fins par le président du tribunal d'arrondissement, dit ci-après «le juge», de veiller au respect des conditions de fond et de forme auxquelles sont soumis l'admission, le placement et le séjour de personnes atteintes de troubles mentaux et de prendre en matière de mise en observation et de placement les décisions lui spécialement dévolues par la présente loi.

Art. 5. Les hôpitaux autorisés par le ministre de la Santé à exploiter un service de psychiatrie sont tenus d'y créer une section pour le séjour et le traitement de personnes admises ou placées et d'y hospitaliser aux fins d'admission et de placement, conformément à la présente loi, des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les établissements doivent répondre à des normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation, à déterminer par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal arrête notamment le nombre maximum de lits par chambre, la superficie par lit de chaque chambre, ainsi que les effectifs minima du personnel médical et paramédical.

Art. 6. Pendant son hospitalisation tout patient a droit à un traitement médical approprié à son état. Le traitement doit être basé sur un plan de traitement personnalisé, appliqué par un personnel médical et de soins qualifié. Il doit être orienté vers la réintégration du patient dans la société.

Sans préjudice des dispositions des articles 43 et 44 ci-après, le traitement doit être appliqué dans le respect de la liberté d'opinion du patient ainsi que de ses convictions religieuses ou philosophiques. Il doit favoriser la santé physique du patient tout comme ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

## Chapitre 2. – Procédure d'admission et mise en observation

Art. 7. (1) Une personne ne peut être admise et le directeur de l'établissement ne peut l'admettre que sur une demande écrite d'admission à présenter par une des personnes ou autorités suivantes:

1. le tuteur ou curateur d'un incapable majeur;
2. un membre de la famille de la personne à admettre ou toute autre personne intéressée. La demande indique le degré de parenté ou bien la nature des relations qui existent entre l'auteur de la demande et la personne concernée;
3. le bourgmestre de la commune sur le territoire de laquelle se trouve la personne concernée ou celui qui le remplace;
4. les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire;
5. le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se trouve la personne concernée.

Les autorités visées sous 3., 4. et 5. ci-dessus ne peuvent intervenir que si la personne compromet l'ordre ou la sécurité publics.

La demande est accompagnée dans tous les cas d'un exposé énumérant les principales circonstances de fait qui la motivent.

(2) L'admission se fait dans le service de psychiatrie de l'hôpital de la région dans laquelle se situe le domicile de la personne à admettre.

Si plus d'un hôpital est éligible en vertu de l'alinéa qui précède, l'admission se fait à l'hôpital de la région qui est de garde le jour de l'admission.

Si l'admission intervient à la demande d'une des autorités visées au paragraphe qui précède sous 3., 4. et 5., elle se fait, par dérogation à l'alinéa 1er du présent paragraphe, à l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre au moment de la demande d'admission.

Si la personne à admettre n'a pas de domicile connu au pays, l'admission se fait à l'hôpital de la région dans laquelle elle se trouve au moment de la demande d'admission.

Art. 8. 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.

Si en application de l'alinéa qui précède la personne concernée quitte l'établissement ou poursuit la thérapie proposée de son propre gré, l'inscription au registre prévue à l'article 40 ci-dessous n'est pas faite et l'avis dont question à l'article 11 ci-dessous n'est pas donné.

Art. 9. Un certificat médical n'ayant pas plus de trois jours de date et délivré par un médecin non attaché au service de psychiatrie de l'hôpital d'admission doit être joint à la demande d'admission. Ce certificat qui est établi après un examen de la personne concernée effectué le même jour décrit les symptômes du trouble mental et atteste la nécessité de l'admission.

Le certificat ne peut être délivré ni par le conjoint, ni par un parent ou allié en ligne directe, ni par un héritier présomptif de la personne dont l'admission est demandée.

Le médecin établit le certificat suivant un modèle déterminé par règlement grand-ducal, l'avis du Collège médical ayant été demandé.

Art. 10. Le directeur de l'établissement qui reçoit la personne à admettre fait transcrire sur le registre visé à l'article 40 ci-dessous les pièces exigées aux termes des articles 7 et 9.

Art. 11. Le jour même de l'admission information en est donnée par écrit au juge.

Le juge vérifie si les conditions de fond et de forme de l'admission sont remplies. Il demande, s'il y a lieu, à qui de droit de compléter ou de rectifier les formalités.

Dès son admission la personne admise est informée par le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet de son droit de s'adresser par écrit au juge.

Art. 12. (1) Après l'admission la personne admise est mise en observation pour une période qui ne peut excéder 30 jours. Pendant cette période le médecin traitant procède aux investigations requises en vue de juger si le maintien dans l'établissement est nécessaire et, dans l'affirmative, d'établir le diagnostic de la maladie.

(2) Le sixième jour qui suit celui de l'admission le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité du maintien de la mise en observation.

Art. 13. Dans les trois jours de la réception du rapport visé à l'article qui précède, le juge

- soit fait part au médecin traitant de ce que rien ne s'oppose au maintien provisoire de la mise en observation,
- soit décide que la mise en observation n'est pas ou plus indiquée et ordonne la sortie de la personne admise, en quel cas information en est donnée à la personne qui a demandé l'admission,
- soit demande au médecin traitant un supplément d'information.

Art. 14. Avant de prendre sa décision conformément à l'article qui précède le juge peut se déplacer auprès de la personne admise et entendre toute personne pouvant lui donner des avis ou renseignements utiles pour sa prise de décision.

Art. 15. Si le juge prononce le maintien de la mise en observation, il ne peut le faire que pour un maximum de 21 jours qui suivent sa décision.

Si le juge a demandé un supplément d'information au médecin traitant, le délai couru entre cette demande et la réception des informations supplémentaires est imputé sur la période de 21 jours dont question à l'alinéa qui précède, de façon à ce que la période d'observation ne puisse excéder 30 jours, sans préjudice de l'alinéa 3 de l'article 19 ci-après.

La décision de maintien de la mise en observation n'est pas susceptible de recours.

Art. 16. Avant la fin de la période de mise en observation le médecin traitant fait parvenir au juge un rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

Si, sans attendre la fin de la période de mise en observation, le médecin traitant a la conviction que le maintien de l'hospitalisation s'impose, il fait de suite parvenir le rapport dont question à l'alinéa 1er du présent article au juge, qui entamera sa procédure de décision.

Art. 17. Les dispositions des articles 24 à 28 et 30 ci-dessous s'appliquent également à la personne admise.

### Chapitre 3. – Procédure de placement

Art. 18. (1) La décision de mettre fin à l'admission, soit en ordonnant la sortie de la personne admise, soit en prononçant son placement, relève du juge.

(2) Le juge prend sa décision sur base des critères énoncés à l'article 3 ci-dessus.

(3) Avant de prendre sa décision, le juge entend dans l'établissement de traitement la personne admise.

(4) Le juge communique la date de cette audition trois jours à l'avance à la personne admise et, s'il y a lieu, à son représentant légal. Lors de l'audition la personne admise peut se faire assister par une personne de son choix. Son représentant légal peut également, s'il y a lieu, assister à l'audition.

Art. 19. Lors de l'audition le juge donne connaissance à la personne admise des conclusions du rapport de son médecin traitant et il l'entend en ses observations.

Le juge peut, s'il l'estime opportun, entendre la personne admise en présence de son médecin traitant. Il peut aussi entendre ce dernier séparément.

S'il ne s'estime pas suffisamment éclairé par les éléments du dossier et les informations recueillies lors de l'audition, le juge peut ordonner toute mesure supplémentaire qu'il juge utile. Dans ce cas la période d'observation est prorogée jusqu'à l'accomplissement de ladite mesure, sans que cette prorogation puisse excéder 30 jours.

Art. 20. (1) Dans les 48 heures de l'audition ou, le cas échéant, de l'accomplissement de la mesure supplémentaire, le juge rend une ordonnance prononçant soit l'élargissement de la personne admise, soit son placement.

(2) L'ordonnance prise en vertu de l'alinéa qui précède n'est pas susceptible de recours, sans préjudice du pourvoi offert à la personne placée à l'article 30 ci-après. L'ordonnance informe la personne placée des droits dont elle jouit en vertu du prédit article. Si la personne placée n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, celle-ci lui est fournie par son médecin traitant dès qu'elle est en mesure d'en comprendre la signification.

Art. 21. L'ordonnance est communiquée sans délai par tout moyen utile à la personne concernée et à son médecin traitant. Ce dernier s'assure de la remise effective de l'ordonnance à la personne concernée, lui en explique la teneur et lui fait signer un récépissé qui sera renvoyé au greffe. Si au moment de la remise de l'ordonnance la personne concernée n'est pas en mesure d'en saisir la portée, les diligences dont question ci-avant sont accomplies dès que la personne concernée est en mesure d'en comprendre la signification. Si l'ordonnance a prononcé le placement, celui-ci devient néanmoins effectif à la date de l'ordonnance.

Art. 22. Le juge donne avis dans les vingt-quatre heures de sa décision de placement au directeur de l'établissement.

Si l'ordonnance prononce l'élargissement, le directeur ou la personne par lui désignée à cet effet en donne connaissance à la personne admise, qui peut immédiatement quitter l'établissement ou continuer de son propre gré la thérapie proposée.

#### Chapitre 4. – Du séjour de la personne placée

Art. 23. Si, après la décision de placement, le médecin traitant est d'avis que l'état de la personne placée nécessite une hospitalisation de longue durée, il la transfère dans un établissement psychiatrique spécialisé.

Il en donne avis trois jours au moins avant le transfert au directeur du prédit établissement. Il lui remet un dossier comprenant copie des pièces dont question aux articles 7 et 9 ci-dessus et de la décision de placement, un rapport médical retraçant l'évolution de l'état de la personne placée depuis son admission, ainsi que copie du dossier social.

Mention du transfert est faite tant au registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous par l'hôpital de départ de la personne placée qu'à celui tenu par l'établissement psychiatrique spécialisé d'arrivée.

Art. 24. Le médecin traitant consigne au moins tous les mois sur le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous les changements intervenus dans l'état mental de la personne placée.

En outre il réexamine la nécessité du maintien dans l'établissement à la fin du troisième mois qui suit la décision de placement dont question à l'article 18 ci-dessus.

Art. 25. De sa propre initiative ou à la demande de la personne placée ou de toute personne intéressée, le médecin traitant peut, à titre d'essai, accorder à la personne placée l'autorisation de quitter l'établissement. Il fixe la durée de la période d'essai qui ne peut cependant être supérieure à un an, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités de résidence et de surveillance médicale.

Si les conditions imposées ne sont pas respectées ou si l'état de la personne placée se modifie au point qu'il devient nécessaire de mettre fin à la période d'essai, le médecin traitant en informe le procureur d'Etat de la résidence de la personne placée, qui prend toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

A la fin de la période d'essai le médecin décide si la personne placée peut quitter l'établissement. Le médecin peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires, suivant l'état de la personne placée. Information en est donnée au juge.

#### Chapitre 5. – De la sortie de la personne placée

Art. 26. Si le médecin traitant est d'avis que la personne placée est guérie ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en fait la déclaration dans le registre tenu en vertu de l'article 40 ci-dessous.

Il en donne connaissance à la personne placée qui peut immédiatement quitter l'établissement ou se faire hospitaliser de son propre gré. Information en est donnée au juge.

Si la personne qui fait l'objet d'une décision de sortie en vertu du présent article ou de l'article 13 est un détenu, elle est remise à l'administration pénitentiaire.

Art. 27. Si la personne placée quitte l'établissement en vertu de l'article qui précède, le médecin peut assortir la sortie de conditions de résidence et/ou de surveillance médicale.

En cas d'inobservation de ces conditions la personne qui avait requis le placement peut faire réadmettre la personne concernée à l'établissement sur simple demande, sans produire de nouveau certificat médical, mais en versant les pièces qui documentent qu'elle s'est soustraite aux conditions de sortie. Il ne peut être fait usage de cette faculté que pendant une période de trois mois qui prend cours à la date de la sortie de la personne concernée.

Art. 28. Si la personne placée quitte l'établissement sans y être autorisée par le médecin traitant ou si elle n'observe pas les conditions dont est assortie sa sortie conformément à l'article qui précède, le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se situe l'établissement peut prendre toutes les mesures utiles pour la faire rentrer dans l'établissement.

Art. 29. Un an après la date de la décision de placement une commission composée d'un magistrat du siège qui la préside, d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile et d'un assistant d'hygiène sociale ou assistant social non attachés à l'établissement, nommée par le ministre de la Santé pour une durée de trois ans, décide, après avoir pris l'avis du médecin traitant et s'être entourée de tous les renseignements nécessaires, si le maintien du placement reste justifiée. Le directeur de l'établissement est tenu d'aviser la commission deux semaines avant l'expiration de la période annale. Si la commission estime que le placement n'est plus nécessaire, la personne placée est immédiatement élargie. Information en est donnée au juge.

Si le placement est maintenu, ladite commission procède tous les deux ans à un réexamen de la personne placée.

La commission peut également décider que la personne placée bénéficie d'une sortie en congé d'une durée maximum de trois mois, à l'issue de laquelle une décision définitive est prise.

Art. 30. La personne placée peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec la personne en question ou la nature de ses relations avec elle. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué définitivement sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. La personne placée est entendue par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet. La décision est rendue en audience publique sur rapport, le cas échéant, du juge commis.

La décision prononçant l'élargissement est exécutoire par provision et nonobstant appel.

Appel peut être interjeté dans le délai de 15 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle l'appel est à interjeter.

L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Les ordonnances, arrêts, décisions, procès-verbaux, copies, avertissements et lettres recommandées qui pourront intervenir en exécution du présent article, ainsi que les pièces de toute nature produites en cours d'instance, sont exempts des droits de timbre et dispensés de la formalité d'enregistrement.

Art. 31. Dans chacune des trois régions hospitalières du pays le gouvernement installe ou favorise l'installation de centres de postcure, que les personnes ayant séjourné dans un établissement peuvent consulter gratuitement après leur sortie.

Ces centres peuvent se voir confier les missions de surveillance médicale dont question aux articles 25 et 27 ci-dessus.

## Chapitre 6. – Des placés judiciaires

Art. 32. Le directeur de l'établissement psychiatrique spécialisé admet toute personne dont le placement a été ordonné par une juridiction de jugement ou d'instruction en application de l'article 71 du code pénal sur présentation de la décision ayant ordonné le placement.

Le placement visé à l'alinéa qui précède ne peut intervenir que dans un établissement psychiatrique spécialisé, à l'exclusion des services de psychiatrie des hôpitaux.

Art. 33. Il est institué une commission spéciale chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement.

La commission spéciale se compose comme suit: un magistrat du siège qui préside la commission, un magistrat du ministère public, ainsi que deux membres désignés sur proposition du ministre de la Santé, dont un médecin spécialiste en psychiatrie ou en



psychiatrie infantile. En cas de partage des voix, le président de la commission a voix prépondérante.

Un membre suppléant est désigné pour chacun des quatre membres effectifs.

Les membres titulaires ainsi que leurs suppléants sont nommés par le ministre de la Justice pour une durée de trois ans.

Leur mandat est renouvelable.

Art. 34. Dans un délai de deux mois à partir de l'admission du placé judiciaire, le médecin traitant établit un rapport sur l'état mental du placé judiciaire ainsi que sur l'opportunité de maintenir le placement et transmet ce rapport à la commission spéciale prévue à l'article qui précède. La commission spéciale est tenue de statuer sur le maintien du placé judiciaire dans l'établissement dans un délai d'un mois à partir de la réception du rapport du médecin traitant prévu ci-avant.

Si le placement judiciaire est maintenu, la commission spéciale procède tous les ans à un réexamen de l'état du placé judiciaire sur avis du médecin traitant.

Art. 35. Dans les quarante-huit heures de la décision de maintien du placé judiciaire dans l'établissement, le président de la commission spéciale en donne avis par écrit au directeur de l'établissement et au procureur d'Etat.

Art. 36. Si le médecin traitant est d'avis que le placé judiciaire est guéri ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en informe de suite la commission spéciale qui statue dans un délai d'un mois sur la nécessité de maintenir la mesure de placement.

Afin de se tenir informée de l'état du placé judiciaire, la commission spéciale peut à tout moment se rendre au lieu de son placement ou y déléguer un de ses membres. Après avoir pris l'avis du médecin traitant elle peut ordonner la sortie définitive ou à l'essai du placé judiciaire, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies.

La commission spéciale peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires suivant l'état du placé judiciaire et sur avis du médecin traitant.

Le président de la commission spéciale donne immédiatement avis écrit au directeur de l'établissement et aux procureurs d'Etat de toute autorisation de sortie.

Art. 37. Le placé judiciaire peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec le placé judiciaire ou la nature de ses relations avec lui. Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué sur une demande antérieure.

La demande signée par la partie sera communiquée par le président du tribunal au ministère public qui prend l'avis du directeur de l'établissement et ordonne toute autre vérification utile. Le placé judiciaire est entendu par le tribunal en chambre du conseil ou par un juge commis à cet effet.

La décision est rendue en audience publique, sur les conclusions du ministère public et sur le rapport, le cas échéant, du juge commis.

L'élargissement ne peut être accordé que si le tribunal a de sérieuses raisons de conclure que le placé judiciaire ne constitue plus un danger pour lui-même ou pour autrui.

Appel pourra être interjeté par les personnes mentionnées à l'alinéa 1er ci-dessus dans le délai de 5 jours à partir de la notification par le greffe de la décision. La faculté d'appeler, dans les 5 jours à partir du prononcé de la décision, appartient également au procureur d'Etat. En cas de décision d'élargissement, le placement judiciaire est maintenu pendant ce délai. En cas d'appel du procureur d'Etat contre la décision d'élargissement, le maintien se poursuit jusqu'à la décision sur l'appel. L'article 1089 du nouveau code de procédure civile est applicable pour ce qui est de la forme dans laquelle appel est à interjeter. L'appel est porté devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil et est jugé dans les mêmes formes que la décision attaquée.

Le placé judiciaire est informé des droits dont il jouit en vertu du présent article au plus tard dans les douze heures qui suivent son admission. Si pendant toute cette période l'état du placé judiciaire est tel qu'il n'est pas en mesure de saisir la portée de cette information, le délai de douze heures ne commence à courir qu'à partir du moment où l'état du placé judiciaire s'est amélioré au point où il comprend le sens de l'information lui transmise.

Art. 38. Si la sortie est ordonnée à titre d'essai par la commission spéciale, le placé judiciaire est soumis à une tutelle médico-psychosociale dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de sortie.

Si son comportement ou son état mental révèle un danger pour sa personne ou pour autrui, ou s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées, la commission spéciale peut décider de mettre fin à la décision de sortie.

## Chapitre 7. – Surveillance des établissements

Art. 39. Les établissements sont placés sous la surveillance du ministre de la Santé qui les fait visiter par un fonctionnaire spécialement délégué à cet effet.

Il est institué dans chaque arrondissement judiciaire une commission de surveillance chargée de veiller, dans les établissements relevant de sa compétence territoriale, à l'exécution de toutes les mesures prescrites par la présente loi ainsi que de recevoir et de traiter les doléances que des patients peuvent lui adresser. La commission, composée de cinq membres, est nommée pour une période de trois ans par le ministre de la Santé.

Les établissements sont visités à des jours indéterminés, et cela une fois par an au moins, par la commission de surveillance et par le ministre ou son délégué.

Le droit de visite de ces autorités, ainsi que celui du juge, est illimité.

Art. 40. Dans chaque établissement il est tenu un registre coté et paraphé à chaque feuillet par le juge.

Le registre indique les nom, prénoms, âge, lieu de naissance, domicile et profession de chaque patient, ainsi que la date du placement ou du transfert, les nom, profession et demeure de la personne qui l'a demandé ou la mention de l'ordre ou du jugement en vertu duquel il a eu lieu.

Le certificat médical dont question à l'article 9 est transcrit sur ce registre, qui mentionne également la date et la cause de sortie du patient.

Ce registre est présenté, à leur demande, aux personnes chargées de la surveillance de l'établissement.

Art. 41. Le directeur de l'établissement et la commission de surveillance transmettent annuellement un rapport au ministre de la Santé.

Art. 42. Le ministre de la Santé présente tous les trois ans à la Chambre des Députés un rapport sur la situation des établissements et services visés par la présente loi.

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

Art. 43. (1) Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave pour sa santé ou pour autrui.

(2) Le traitement involontaire, qui doit répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques, doit être proportionné à l'état de santé du patient. A efficacité égale, la préférence doit être donnée au traitement le moins invasif.

Au cours du traitement l'adhésion du patient au traitement appliqué ou à un traitement alternatif doit être recherchée.

(3) Le patient ainsi que, le cas échéant, son représentant légal ou, à défaut, une personne de confiance doit être consulté avant l'application du traitement involontaire. L'avis du patient doit être pris en considération.

(4) Le traitement involontaire ne peut être appliqué que sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile pouvant se prévaloir d'une pratique de deux ans au moins en milieu psychiatrique hospitalier.

(5) Le fait de pratiquer un traitement involontaire, les modalités du traitement ainsi que sa durée doivent être consignés au dossier médical du patient.

Art. 44. (1) Un patient ne peut faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention que dans le but de prévenir tout dommage imminent pour lui-même ou pour autrui. La mesure doit être appliquée suivant le principe de restriction minimale, de façon à rester proportionnée aux risques courus par le patient ou son entourage.

(2) Il ne peut être recouru à des mesures d'isolement ou de contention que sous contrôle médical.

(3) Pendant qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention le patient doit bénéficier d'un suivi régulier.

(4) Les raisons du recours à une mesure d'isolement et de contention ainsi que la durée de leur application doivent être consignées au dossier médical du patient.

(5) Le paragraphe (2) ci-dessus ne s'applique pas à la contention momentanée, nécessaire pour faire face à une situation d'urgence.

Le personnel procédant à la contention momentanée en l'absence d'un médecin est tenu d'informer de suite un médecin du service de la contention intervenue.

#### Chapitre 9. – Dispositions générales et pénales

Art. 45. (1) Aucune requête ou réclamation adressée par un patient à une autorité judiciaire ou administrative, aucune lettre adressée par lui à son conseil juridique ou à son représentant légal ni aucune lettre adressée à un particulier ne peut être supprimée ni retenue.

(2) Aucune communication faite à un patient par une autorité judiciaire ou administrative, son conseil juridique ou son représentant légal ne peut être supprimée ni retenue.

Art. 46. (1) Le règlement d'ordre intérieur de l'établissement détermine les modalités des visites que peut recevoir le patient.

Ce règlement tiendra compte d'une part de l'intérêt que les visites peuvent présenter pour le patient et d'autre part de la nécessité de protéger les personnes vulnérables et des exigences du service.

(2) Si le patient ou la personne qui entend lui rendre visite estime que le droit de visite est indûment limité, il peut en saisir la commission de surveillance et, dans le cas d'un placé judiciaire, la commission spéciale, qui statuent à cet égard.

La commission de surveillance ou, le cas échéant la commission spéciale, peut étendre le droit de visite d'un patient sur réclamation au-delà des limites tracées par la direction, même nonobstant des dispositions contraires du règlement d'ordre intérieur, si elle estime ces limites disproportionnées.

(3) Si la commission de surveillance ou la commission spéciale est d'avis que l'une ou l'autre disposition du règlement d'ordre intérieur limite le droit de visite d'une façon disproportionnée, elle peut formuler des recommandations d'amendement à l'intention de l'organisme gestionnaire de l'hôpital. Si ce dernier ne tient pas compte des recommandations de la commission, celle-ci peut saisir le ministre de la Santé, dont la décision s'impose à l'organisme gestionnaire.

Art. 47. Le ministre de la Santé désigne une personne de contact à laquelle les patients peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer sur leurs droits, notamment ceux auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la présente loi, ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou autres qui les concernent.

Art. 48. Un traitement qui n'est pas encore généralement reconnu par la science médicale ou qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient ne pourra être administré que si le médecin l'estime indispensable et si le patient, dûment informé, y consent expressément.

Lorsque le patient n'est pas capable de comprendre la portée du traitement, le médecin doit soumettre la question à un comité de trois experts, dont deux médecins, nommé par le ministre de la Santé. Le traitement ne peut être administré que si le comité, qui prend l'avis du représentant légal du patient, s'il y en a, émet un avis favorable.

Il est interdit de pratiquer sur des patients des essais cliniques de produits ou des essais de techniques médicales qui n'ont pas un but thérapeutique psychiatrique. S'ils ont un but thérapeutique psychiatrique ils sont soumis à une autorisation préalable du ministre de la Santé, qui prend l'avis du comité d'éthique de recherche.

Art. 49. Les infractions aux dispositions des articles 7, 8, 43, 44 et 48 de la présente loi, qui sont commises par le directeur d'un établissement ainsi que par les médecins y occupés, sont punies d'une amende de 251 à 20.000 euros, sans préjudice des dispositions des articles 434 et suivants du code pénal. En cas de récidive dans un délai de cinq années il pourra être prononcé une peine d'emprisonnement de 8 jours à 1 an.

Le médecin qui, dans le cas de l'article 9, a délivré un faux certificat, ainsi que toutes les personnes qui ont fabriqué ou falsifié un certificat de l'espèce prévue audit article, ou qui ont fait usage d'un pareil certificat faux, fabriqué ou falsifié, sont punis d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 251 à 20.000 euros.

Art. 50. La loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux, telle qu'elle a été modifiée dans la suite, est abrogée.

Art. 51. L'article 37 de la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police est remplacé par le texte suivant:

«Art. 37. La Police se saisit des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, et en avise immédiatement l'autorité compétente. Les chefs des centres d'intervention ou des commissariats de proximité de la Police grand-ducale et, en leur absence, un officier de police judiciaire peuvent placer ces personnes dans un lieu de sûreté pour une durée n'excédant pas douze heures.

La Police, sur réquisition, assiste les autorités qui ont qualité pour demander, conformément à la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, l'admission dans un service de psychiatrie d'une personne qui compromet l'ordre ou la sécurité publics, ou pour l'y faire réadmettre.

Dans l'exécution de cette mission, ainsi que de celles lui dévolues en vertu du présent article et de l'article 38 ci-après, la Police a un droit d'accès de jour comme de nuit à tout lieu en vue de se saisir d'une personne tombant sous l'application d'une des prédictes dispositions légales. Toutefois, si la personne concernée se trouve dans un immeuble servant à l'habitation, ce droit d'accès ne peut être exercé que par les membres de la Police visés à l'alinéa 1, le cas échéant assistés par des agents de police judiciaire, sur autorisation du procureur d'Etat compétent et, lorsque la Police exécute la mission visée à la première phrase du présent alinéa, à condition qu'il y ait des raisons sérieuses de croire à un péril imminent pour la santé de la personne concernée ou pour la sécurité d'autrui.»

Art. 52. L'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est remplacé par le texte suivant:

«Art. 73. Le bourgmestre ou celui qui le remplace a qualité pour demander l'admission dans un établissement ou service de psychiatrie des personnes qui compromettent l'ordre ou la sécurité publics, dans les conditions et suivant les modalités déterminées à l'article 7 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.»

Art. 53. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de «loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux».

## 7.2. Plans d'activités

### 7.2.1. CHL, première partie

Prise en charge pluridisciplinaire : semaine du ..... au ..... 2012

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Judi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
9h30-10h00 <b>Gymnastique</b> (U50)	9h30-10h00 <b>Gymnastique</b> (U50)	9h30-10h00 <b>Gymnastique</b> (U50)	9h30-10h00 <b>Gymnastique</b> (U50)	9h30-10h00 <b>Gymnastique</b> (U50)		
<b>Evaluations</b> <b>Autonomie</b> (Ergothérapeute)	<b>Staff</b> <b>pluridisciplinaire</b>		<b>Evaluations</b> <b>Autonomie</b> (Ergothérapeute)	<b>Evaluations</b> <b>Autonomie</b> (Ergothérapeute)	9H00 – 11H00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	9H00 – 11H00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)
<b>Prise en charge</b> <b>individuelle</b> Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)			<b>Prise en charge</b> <b>individuelle</b> Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)	<b>Prise en charge</b> <b>individuelle</b> Psychologue / Ergothérapeute (matin et/ou après- midi)		
11h : <b>Groupe Travail</b> <b>individuel</b> (Ergothérapeute)	11h : <b>Groupe</b> <b>communication</b> (Ergothérapeute)	11h : <b>Groupe Cognitif</b> (Ergothérapeute)	11h : <b>Groupe Expression</b> (Ergothérapeute)	11h : <b>Groupe cuisine</b> (Ergothérapeute)		
14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)	14h30 – 16h00 <b>Sorties</b> <b>Promenades</b> <b>individuelles</b> (Soignants)

### 7.2.1. CHL, deuxième partie

Prise en charge pluridisciplinaire : semaine du ..... au ..... 2012

	14h45 -16 :15 <b>Art thérapie</b> (Soignants (Arthérapeutes))					
15h-16h00 <b>Groupe projet</b> (Ergothérapie)	15h-16h00 <b>Activité physique</b> (Soignants)	15h-16h00 <b>Activité physique</b> (Soignants)	15h30 : <b>Groupe Travail</b> <b>Individuel</b> (Ergothérapie)	15h-16h00 <b>Activité physique</b> (Soignants)	15h-16h00 <b>Activité physique</b> (Soignants)	15h00-17h00 <b>Groupe activité vie</b> <b>quotidienne</b> (Soignants) (cuisine)
16h00-17h00 <b>Jeux de société ou</b> <b>Tennis de table</b> (Soignants)	16h00-17h00 <b>Jeux de société ou</b> <b>Tennis de table</b> (Soignants)	16h00-17h00 <b>Jeux de société ou</b> <b>Tennis de table</b> (Soignants)	16h00-17h00 <b>Jeux de société ou</b> <b>Tennis de table</b> (Soignants)	16h00-17h00 <b>Jeux de société ou</b> <b>Tennis de table</b> (Soignants)		
19h30-20h00 <b>Relaxation</b> (organisation à l'unité 50)	19h30-20h00 <b>Relaxation</b> (organisation à l'unité 50)	19h30-20h00 <b>Relaxation</b> (organisation à l'unité 50)	19h30-20h00 <b>Relaxation</b> (organisation à l'unité 50)			



### 7.2.2. CHK, OC

## Prescription de thérapies / Therapieverschreibung (0C)

Semaine du / Woche vom : 23.07.-29.07.2012

Vignette / Etikett

ស៊ីឡាប៊ុន កាត់ដេចរ៉ា

Lundi / Montag	Mardi / Dienstag	Mercredi / Mittwoch	Jeudi / Donnerstag	Vendredi / Freitag
9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	9:00-9:30 Walking	8:45-9:15 Walking ST max. 6 Pat.
10:00-11:00 sport : sensibilisation corporelle / Körperwahrnehmung max. 4 Pat.	9:30-11:30 <b>aktive Erziehung</b> Oliver Choreographie ca. 10:00-11:00 présence/Präsenz SPAD	9:00-10:00 pâtisserie / Backgruppe inscription lundi soir Einschreibung Montag abends	10:00-11:00 groupe psychose / Psychosegruppe	8:30-12:00 TEAMV(SITE *) planification de vos thérapies Planung Ihrer Therapien
10:00-11:30 max. 6 Pat. bricolage créatif / Kreatives Werken	10:00-11:00 sport : Filmass max. 6 Pat.	10:00-11:00 groupe abus de substances / Substanzmissbrauchsgruppe alc.	10:00-11:00 max. 6 Pat. groupe anxiété / Angstgruppe	15:00-15:45 groupe feedback / Feedbackgruppe
14:00-16:00 groupe compétences sociales / soziales Kompetenztraining	10:00-11:00 max. 8 Pat. groupe dépression / Depressionsgruppe	10:00-11:00 sport : Gym douce / sanfte Gymnastik max. 6 Pat.	10:00-11:30 max. 8 Pat. bricolage créatif / Kreatives Werken	
14:00-15:30 max. 6 Pat. art & plaisir / Kunst & Genuss	11:00-11:40 <b>virgine</b> max. 6 P. Igelballmassage	10:00-11:30 max. 6 Pat. art-thérapie / Kunsttherapie	13:30-14:30 "bien-être" max. 4 Pat.	jeudi / Donnerstag
14:00-16:00 sport : activité d'endurance/ Ausdauertraining Velo max. 3 Pat.	14:00-15:30 <b>Olivia</b> max. 6 P. conté de fées	15:00-15:00 groupe ouvert / Offene Gruppe Thème au choix / Thema nach Wahl	14:00-15:30 art-thérapie / Kunsttherapie max. 6 Pat.	
15:00-17:00 Alternaty Broodungsteil	19:30 relaxation français max. 4 Pat.		14:30-15:30 sport : Stretching max. 4 Pat.	
19:30 <b>Wochenplanung</b> *) Planification de semaine *)		16:00 coûter / Kaffee und Kuchen	15:00-16:00 groupe gestion du stress / Stressmanagementgruppe	
			19:30 relaxation français max. 4 Pat.	

...obligatory pour tous

\* Obligatorisch für alle



FONDATION FRANÇOIS-ELISABETH

Signature médecin

### Prescription de thérapies / Therapieverordnung (étage 2C)

#### Semaine du

Lundi/Montag	Mardi/Dienstag	Mercredi/Mittwoch	Jeudi/Donnerstag	Vendredi/Freitag	Samedi/Samstag	Dimanche/Sonntag
	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking	9h15 - 9h45 Walking		8h00 - 9h00 Buffet (alle/tous)
13h30 Walking	10h00 Gym fitness	9h00 Stretching	9h00 Gym douce	9h00 Backgruppe		
14h00 Activité d'endurance (max3)	10h00 Dépressionsgruppe	10h00 Kreatives Werken	10h00 Angstgruppe	10h00 sensibilisation corporelle		
14h00 Kunsttherapie	10h00 Kunsttherapie	10h00 Substanzmissbrauchgr.	10h00 Psychosegruppe	10h30 - 11h30 Aktivitätengruppe		
14h00 Compétences sociales	14h00 sport collectif	10h00 Kreatives Werken	10h00 Kunsttherapie	13h15- 13h45 Thérapie Feedback		
15h00 -17h00 Alternativ Beröndungsstell	14h00 Kreatives Werken	14h00 - 16h00 Activité thérapeutique	13h30 -14h30 Bien-être et vivre sain	14h15 Offene Gruppe		
	14h30		ab 13h30 freier Nachmittag	14h30 Aromatherapie		
	20h00 Relaxation-Entspannung		20h00 Relaxation-Entspannung	15h45 Kaffee und Kuchen alle / pour le monde		
Activité individuelle	SPAD (9h30 - 11h00)			19h00 Wochenendplanung	20h00 Relaxation-Entspannung	20h00 Wochenabschluss. alle / tout le monde

### 7.2.3. CHEM

[illegible]

#### 7.2.4. CHdN, première partie

Plan Ergotherapie 30.07.2012 - 03.08.2012				
Tag / Datum	Uhrzeit	Aktivität	Teiln. max.	Ergoth.
<b>Montag 30.07.12</b>	9.00 – 10.00	Braingym	8	
	10.00 – 11.00	Planung u. Einkauf Backgruppe u Kochgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Backgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Atelier		
<b>Dienstag 31.07.12</b>	9.30 – 11.30	Aussengruppe	8	
	11.00 -12.00	Atelier	8	
	12.45 – 13.45	Soziales Miteinander	8	
<b>Mittwoch 01.08.12</b>	9.00 – 10.00	Snoezelen	8	
	10.30 – 12.30	Kochgruppe	8	
	12.45 – 13.45	Atelier		
<b>Donnerstag 02.08.12</b>	9.00 – 10.30	Ausdruckszentrierte Gruppe	8	
	11.00 – 12.00	Musikgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Atelier		
<b>Freitag 03.08.12</b>	9.00 – 10.30	Therapeutische Bewegungsgruppe	8	
	12.45 – 13.45	Atelier		



#### 7.2.4. CHdN, deuxième partie

Plan Ergotherapie 09.01.2012 – 13.01.2011				
Tag / Datum	Uhrzeit	Aktivität	Teiln. max.	Ergoth.
Montag 09.01.12	9.00 – 10.00	Atelier	8	
	10.00 – 11.00	Brain Gym	8	
	12.45 – 13.45	Snoezelen (franz.)	5	
	12.45 – 13.45	Atelier	4	
Dienstag 10.01.12	9.00 – 10.30	Musikgruppe	5	
	9.30 – 10.15	Snoezelen	5	
	10.30 – 12.00	Planung und Einkauf Koch- und Backgruppe	6	
	10.30 – 11.30	Therapeutische Bewegungsgruppe	8	
	12.45 – 13.45	Atelier		
Mittwoch 11.01.12	9.00 – 10.00	Snoezelen	5	
	10.30 – 12.30	Kochgruppe	6	
	9.00 – 10.00	Ausdruckszentrierte Aktivität	8	
Donnerstag 12.01.12	10.30 – 12.00	Backgruppe	6	
	12.45 – 13.45	Atelier	4	
	9.00 – 10.30	Atelier	8	
Freitag 13.01.12	12.45 – 13.45	Soziales Miteinander	alle	

## 7.2.5. CHNP

### 7.2.5.1. BU3

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7:30 - 9:00	Fam. Béjar						
8:00-8:00	08:45 - 09:00 Groupe matin						
9:00-10:00	09:00 - 10:00 SPORT	09:15 - 11:15 Stand multidisciplinaire	09:00 - 10:00 Arts et cuisine thérapie	09:00 - 10:00 groupe ateliers (Psychologie Ergo, arts, sport)	09:00 - 10:00 Musique, thérapie		
10:00 - 10:20	Rencontre communautaire						
10:30-11:00	10:30 - 11:00 groupe meeting patients (Psychiatre, infirmière, So. / psych. / sport)	10:30 - 11:30 Psychomotricité		10:30 - 11:30 Ergo groupe ordinaire	10:30 - 11:30 Psychomotricité relaxation / remise		
11:00-12:00			11:00 - 13:00 Cuisine thérapie OR				
13:00-13:00	Fam. Béjar						
13:00-14:00		13:15 - 14:15 ergo groupe compétence sociale	13:45 - 14:45 Groupe libre Ergo	13:15 - 14:00 Ergo groupe cognitif			
14:00-15:00			14:15 - 15:15 Diététique 1x/mois	14:00 - 15:00 SPORT			
15:00 - 15:20	Rencontre communautaire						
15:00-16:30	Séance individuelle resp. so. en groupe accompagnée par membres de l'équipe soignante (ou jeux de société, veil. kultur, ping pong ...)						
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00	Dîner						
19:00-20:00	Jeu de quilles		Jeu de quilles				
20:00 - 20:20	Rencontre communautaire						
20:00-21:00	TV / jeux de société						



## 7.2.5.2. BU4 (Horizon)

Plan hebdomadaire unité Horizon						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
9h00 Gr semaine	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal	8h45 Gr matinal		
9h00 Ergo Prépro. OR	9h15 Travail sur soi	9h00 Ergo Prépro. OR	9h15 Gr Quilles	9h00 Ergo Prépro. OR		
	9h15 Ergo Gr libre	9h00 Tour hygiène	9h15 Gr Contes	9h15 Gr psychoéduc.		
10h15 Ergo Gr libre		9h30 Edu santé (2-3)		10h30 Gr femmes		
10h30 Musicothér.	10h30 Gr sport	9h30 Gr Théma (1-4)	10h30 Gr sport	10h30 Atelier artistique	10h30	10h30
	10h30 Gr nature	10h30 Gr achats		10h30 Marché	Promenade/Jeux	Promenade/Jeux
		11h00 Cuisine théor.				
REPAS	REPAS	PONTALIZE	REPAS	REPAS	PONTALIZE	REPAS
14h15 Ergo (1x/2)		13h30 Chorale (1x/2)	14h15 Gr actualités			
Gr ordinateur	14h Atelier artistique	15h00 Ergo (1x/2)			Activités libres	Activités libres
14h15 Ergo (1x/2)		Gr Expression	15h30 Psychomot.	15h00 Gr bilan	Pâtisserie - jeux -	Pâtisserie - jeux -
Gr cognitif	15h15 Ergo		Gr relaxation	semaine	sorties	sorties
15h30 Psychomot.	Gr plaisir pour soi	15h00 Ergo (1x/2)				
Gr dynamique	15h30 Psychomot.	Gr Comp. Sociales				
ou airtramp	Gr équilibre					
16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.	16h30 Renc. com.
REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Promenade 60'	19h00 Prom. 60'	19h00 Prom. 60'
19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal	19h30 Journal
20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.	20h00 Renc. com.

## 7.2.5.3. Orangerie 1

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil	7:00 Réveil
7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique	7.30 repas thérapeutique
8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments	8.15 médicaments
8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale	8.30 réunion matinale
9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2	9.00 Groupe News 2
9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène	9.30 ADL/Hygiène
9.30 ERGO	10.30 Musicothérapie	10.00 AIRTRAMP	9.30 ERGO	10.00 Backen
			10.00 CUISINE	10.30 Gr. Femmes
				10.00 Groupe expression
12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique	12.00 repas thérapeutique
12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments	12.30 médicaments
14.30 Sport	13.30 Natation	14.30 Groupe Santé	14.30 Psychoéducation	
	14.30 Kiné/gym douce			
15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 rencontre communautaire	15.30 café-gâteau
16.15 Groupe social / ex. de concentration	16.15 Lecture	16.00 Fitness	16.15 choix menu	16.15 jeu de quilles
18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique	18:00 repas thérapeutique
18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade	18:45 promenade
19:15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1	19.15-19.30 Gr news 1
19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Relaxation	19.30 Gr parole
20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.30 médicaments	20.00 Relaxation
				20.30 médicaments



### 7.2.5.3. Orangerie 2

Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin	8 :50 – 9 :10 groupe matin
9 :15 –10 :30 Groupe cognitif « agenda »	09 :10 – 10 :10 Groupe Ciel groupe relaxation 9:15 –10 :15 Ergo : groupe thème	9 :10 – 10 :10 Groupe Fitness/ Gym, douce 10 :45 – 11 :45 Groupe parole	9 :15-10 :20 Groupe étoile groupe dynamique 9 :15 –10 :15 Ergo gr. thème	9 :10 –10 :10 Groupe sport / groupe gymnase 10 :15 –10 :35 réunion hebdomadaire	9 :45 –10 :05 Rencontre communautaire 10 :00 –12 :00 Sortie seule Si accordée	9 :45 –10 :05 Rencontre communautaire 10 :00 –12 :00 Sortie seule Si accordée
10 :45 –11 :45 Relaxation psychomotr. 11 :00 –11 :45 Activité libre	10:45 –11:45 Ergo cognitif 10 :45 – 11 :45 gr cognitif:PC	10:45 –11:45 Ergo groupe libre	10 :45 – 11 :45 groupe cognitif : PC Fränn / jeux	10 :45 – 11 :45 Ergo cognitif	Sortie détente acc. ou Jeux de société ou film vidéo	AVJ RANGEMENT CHAMBRE
12:00 –12:30 repas thérapeutique	Consultation Dr. Bauer 10 :00 –12 :00	12 :20 – 13 :30 Repas Pontalze	10 :45-13 :15 Cuisine thérap.	10 :45 – 11 :45 Gr parole : abstinence	Sortie détente acc. ou Jeux de société ou film vidéo	Sortie détente acc. ou Jeux de société ou film vidéo
13:15-14:15 Ergo cognitif 14:30 –15:30 Groupe libre	12:00 –12:30 repas thérapeutique	12:00 –12:30 repas thérapeutique	12:00 –12:30 repas thérapeutique	12:00 –12:30 repas thérapeutique	12:00 –12:30 repas thérap.	12:00 –12:30 repas thérap.
14 :30 – 15 :30 groupe cognitif : PC Frenn	13 :30-14 :30 Groupe : Coral	13 :30-14 :30 Groupe : Coral	14 :30 -15 :45 Ergo expression	14 :30 -15 :30 groupe cognitif : Fit am Kapp / jeux	14 :15 –17 :15 Sortie seule Si accordée	14 :15 –17 :15 Sortie seule Si accordée
15 :15 –16 :45 Ergo gr. libre	15 :15 –16 :45 Ergo gr. libre	14 :15 –17 :15 sortie seule si accordée	15 :30 –16 :30 Musico thérapie 14 :30 -15 :20 Gr.cognitif actualité	15 :30 –17 :00 Sortie seule si accordée	Sortie détente acc. + achats 155'	Sortie détente acc. 155'
16 :00 –17 :05 Sortie détente accp.	Sortie dét. accp. 65' 19 :00 –20 :15 Jeux de quilles	14 :30 – 17 :15 Sortie détente acc. +achats	16 :45 –17 :50 sortie détente accp.	15 :45 –17 :00 Sortie détente acc. +achats	Jeux de société	Jeux de société
18 :00 –18 :30 repas thérapeutique	18 :00 –18 :30 repas thérapeutique	18 :00 –18 :30 repas thérapeutique	18 :00 –18 :30 repas thérapeutique	18 :00 –18 :30 repas thérapeutique	18 :00 –18 :30 repas thérap.	18 :00 –18 :30 repas thérap.
19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé	19 :30-20 :00 information journal télévisé



#### 7.2.5.4. Um Weier

[illegible]



### 7.2.5.5. Centre Thérapeutique de Diekirch

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Tâche 7h30						<b>SORTIE W.E.</b>	<b>SORTIE W.E.</b>
8h	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER	PETIT DEJEUNER
9h15	Groupe matinal	Groupe matinal	Groupe matinal	Airtramp ou Fitness au CHNP	Groupe matinal		
10h	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness	Promenade ou Fitness		Promenade ou Fitness		
10:30h	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Cuisine Thérap.	Cuisine Thérap.
	De 10:00 à 12:00 Cuisine thérapeutique	De 10:00 à 12:00 Cuisine thérapeutique	De 10:00 à 12:00 Cuisine thérapeutique	De 10:00 à 12:00 Cuisine thérapeutique	De 10:00 à 12:00 Cuisine thérapeutique		
12h	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI	REPAS DU MIDI
14h	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	Piscine	Groupe social	Groupe de planning Weekend	Préparation des outils		Activité Loisir
16h	<b>Sortie</b>	<b>Sortie</b>	Groupe avec sujet variant (cognitif, EHS, psychoéducation etc)	<b>Sortie</b>	<b>Sortie</b>		
18h	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER
19h15	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir	Groupe du soir		Groupe du soir
Tâches soir	<b>Sortie -22:00h</b>	<b>Sortie -22:00h</b>	<b>Sortie -22:00h</b>	<b>Sortie -22:00h</b>	<b>Sortie -22:00h</b>		