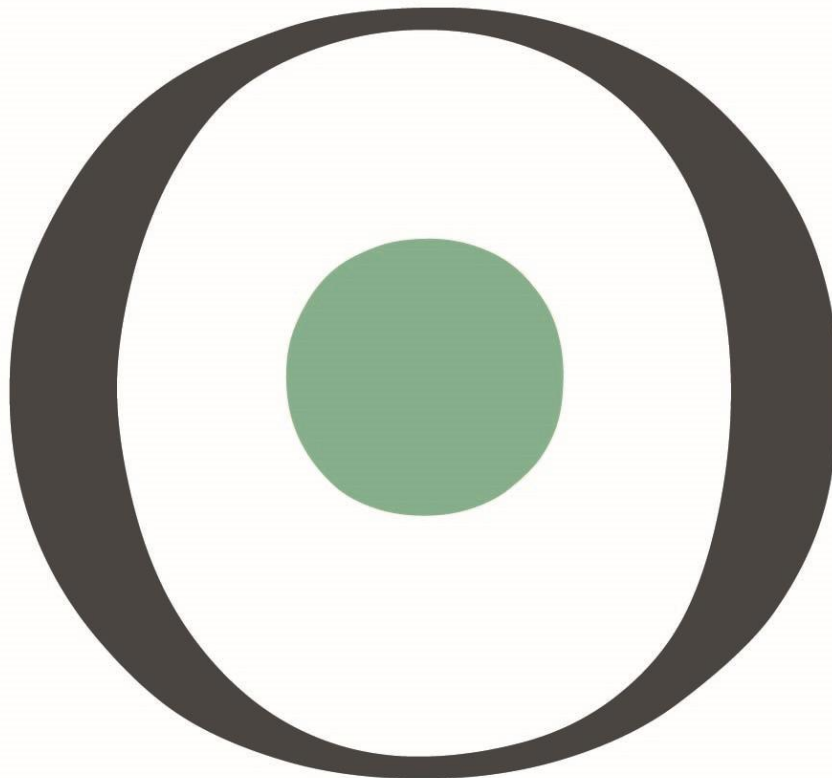


Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté



Recommandation n°1

**La prise en charge après une
hospitalisation en milieu psychiatrique**

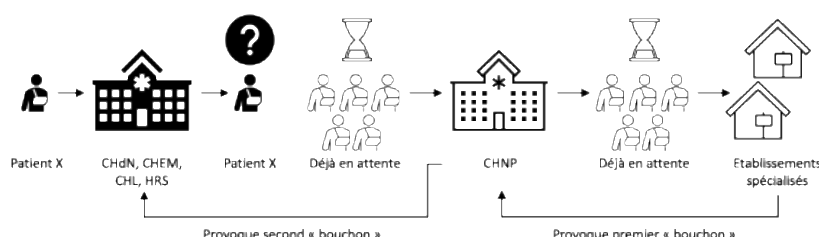
Décembre 2021

Liste des abréviations

CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CELPL	Contrôle externe des lieux privatifs de liberté
CHD	Chambre des Députés
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CPL	Centre pénitentiaire de Luxembourg
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDM	Phase de maintien
PLC	Placement
POI	Phase d'observation
SPAD	Soins psychiatriques à domicile
UPSJ	Unité de psychiatrie socio-judiciaire

1. Problématique

A ce jour, plusieurs rapports^{1,2} du Contrôle externe des lieux privés de liberté ont mis en évidence un problème systémique, indépendant de la volonté et de l'influence des acteurs du terrain dans le domaine de la prise en charge réalisée après une hospitalisation en milieu psychiatrique. En effet, le séjour en unité de psychiatrie aiguë dépasse souvent la durée prévue pour la phase d'observation,³ par l'impossibilité de transférer les patients pour lesquels un placement a été décidé vers le CHNP, faute de capacité d'accueil.



Afin de mieux comprendre les différentes origines et l'évolution de ce phénomène regrettable et proposer des solutions adéquates, de nombreux entretiens ont été menés non seulement avec les directions des établissements concernés au cours du deuxième semestre 2020, mais aussi avec d'autres spécialistes en psychiatrie exerçant dans le domaine extrahospitalier (« Liewen dobaussen », « D'Ligue », « Réseau Psy » et le « Comité nationale de défense sociale ») pendant le premier et deuxième semestre 2021.

Au CHNP, il existe un réel problème d'écoulement des patients, faute d'une part à la prise en charge de patients placés au CHNP sans réelle capacité de réhabilitation et d'autre part, au manque de services adaptés pouvant accompagner les patients qui n'ont plus besoin d'une prise en charge hospitalière. Notamment les patients souffrant à la fois d'un handicap mental et d'un trouble psychiatrique occupent des places hospitalières au CHNP, alors que leur capacité de réhabilitation est absente. Le CHNP semble servir de « dépositaire » bienvenu, compromettant toute volonté de s'occuper de la problématique et de créer des alternatives adaptées.

Le CHNP ne peut, dans ces circonstances, aucunement remplir sa vocation, pourtant la raison-même pour laquelle il avait, sur le plan législatif, été libéré de ses fonctions de psychiatrie aiguë afin de se consacrer entièrement à sa mission de réhabilitation en psychiatrie⁴. Ainsi, il est légitime de conclure que les personnes ne pouvant être écoulees bloquent des capacités pour des patients qui nécessiteraient réellement une prise en charge en milieu hospitalier tout en se trouvant elles-mêmes dans un cadre potentiellement défavorable à leur santé, parce que non adapté à une prise en charge à moyen terme.

Cette situation pose une multitude de problèmes suivant le profil du patient concerné, tant en matière de conformité à la législation nationale, qu'à celle au niveau international.

¹ CELPL (2012)

² CELPL (2015)

³ CHdN, CHEM, CHL, HRS

⁴ CHD (2009, p. 11)

Sur le plan **national**, nous faisons face à un potentiel non-respect de « la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux »⁵, non seulement au regard de la durée de la période d'observation qui ne peut dépasser 30 jours (art. 12), (prolongeable sous certaines hypothèses une fois de 30 jours maximum, art. 19, al. 3), mais aussi par rapport au droit à un traitement médical approprié pendant l'hospitalisation de tout patient (art. 6). Il est un fait que dans certaines unités psychiatriques des hôpitaux régionaux, l'ensemble de l'offre thérapeutique n'est pas accessible aux patients interdits de quitter l'unité en phase d'observation⁶.

- Quant à la conformité à la loi de 2009

Les acteurs rencontrés en préparation de la présente recommandation n'étaient pas tous d'avis qu'un maintien au-delà de la phase d'observation dans une unité d'un hôpital régional se heurterait à la loi de 2009. Le CELPL a pourtant une lecture différente de la loi pour les raisons qui suivent :

L'article 1 de la loi de 2009 fait une différenciation entre le « service de psychiatrie d'un hôpital » et un « établissement psychiatrique spécialisé ».

La loi hospitalière quant à elle définit explicitement le CHNP en tant qu'« établissement psychiatrique spécialisé ».

L'article 23 de la loi de 2009 semble également illustrer la volonté du législateur de réaliser la phase d'observation dans les établissements hospitaliers aigus et de transférer le patient, à l'égard duquel un placement est décidé, vers un établissement spécialisé, sous lequel il y a légitimement lieu d'entendre le CHNP.

Les travaux parlementaires de la réforme de la psychiatrie en 2006 semblent également lier le placement et le transfert vers un établissement psychiatrique spécialisé⁷. L'article 23 de la loi de 2009 fait mention que ce transfert devrait avoir lieu si le médecin estime que la personne placée nécessite une hospitalisation de longue durée, mais le CELPL estime qu'une mesure de placement, nécessaire après une phase d'observation s'élevant déjà à 30 jours, est souvent synonyme d'une prise en charge à long terme, ou du moins à moyen terme. Toutefois, le commentaire de l'article précité explique que « *cet article est le pendant de l'article 10bis actuel introduit par la réforme de 2006. Cependant, afin d'éviter les transferts précipités en institution spécialisée, contraires à l'esprit de la prédite réforme, le transfert ne peut avoir lieu qu'au terme de la période d'observation, c'est-à-dire après la décision de placement.* ».

Le CELPL partage l'avis que les transferts de patients vers un établissement psychiatrique spécialisé ne doivent pas être précipités, mais estime qu'il devrait en tout état de cause avoir lieu immédiatement après la décision de placement.

Sauf application de l'article 19, alinéa 3, la durée maximale de la mise en observation dans un service d'un hôpital régional ne doit pas dépasser 30 jours. Il est donc raisonnable de partir du

⁵ Ci-après « Loi de 2009 »

⁶ Cf. CELPL (2012, 21,39,43,53,54)

⁷ CHD (2005)

principe que le législateur a voulu limiter le séjour des patients à l'unité psychiatrique des hôpitaux à cette durée assez brève et que, partant, ce principe n'est souvent pas respecté.

Le CELPL estime qu'un séjour à moyen terme⁸ devrait exclusivement se réaliser au CHNP, qui, contrairement aux autres hôpitaux, est officiellement un établissement hospitalier à moyen séjour⁹.

Pour se conformer à la volonté du législateur et suivre la différenciation entre « un service de psychiatrie d'un hôpital » et un « établissement psychiatrique spécialisé », telle qu'opérée par la loi de 2009, et afin d'agir conformément aux définitions contenues dans la loi hospitalière, le CELPL est d'avis que l'article 23 de la loi de 2009 doit être modifié de sorte que les patients pour lesquels un placement a été décidé soient transférés dans les plus brefs délais au CHNP, indépendamment de la durée projetée de la prise en charge.

Sur plan **international**, cette problématique engendre une potentielle non-conformité quant au « droit à la santé » et au « principe de la restriction minimale » instaurés par maints instruments de droit¹⁰ (contraignants ou non) ratifiés, sinon du moins supportés, par le Grand-Duché, entre autres par :

- La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, qui prévoit que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » et que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui accorde le droit à toute personne de « *jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* »¹¹ (art. 12) ;
- la recommandation Rec (2004)10¹² sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe demandant aux États membres d'améliorer la situation des personnes affectées de troubles mentaux, notamment mais pas uniquement en matière de restriction minimale (art. 8), environnements et conditions de vie (art. 9), la prestation des services de santé (art. 10), le contrôle du respect des normes (art. 36) et au sujet des statistiques, conseils et rapports (art. 38) ;

⁸ Art. 2 (6) et (7) de la Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État., 2018

⁹ Ministère de la Santé (2019)

¹⁰ Xavier Bioy (2011)

¹¹ Nations Unies (1966)

¹² Conseil de l'Europe (2004)

- ou encore la Charte sociale européenne qui préconise que « *Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.* »¹³ (art. I.13).

Les principes de restriction minimale et d'accès aux soins sont toutefois mis à rude épreuve par le fait que les patients séjournent plus longtemps que prévu dans des services destinés et équipés pour une prise en charge à court terme. Comme mentionné, l'offre thérapeutique n'est pas toujours complètement accessible aux patients qui ne peuvent pas quitter l'unité fermée. Les restrictions, notamment au vu des sorties et de l'accès à l'air libre, sont souvent également bien plus importantes dans les hôpitaux régionaux, destinés à accueillir les patients dans une phase aiguë, pendant laquelle les sorties sont souvent difficilement envisageables à cause de l'état de santé du patient. Il s'ajoute que les infrastructures des unités psychiatriques des hôpitaux régionaux sont souvent très étroites et qu'un séjour plus prolongé au sein d'une telle unité, sans possibilité de sortir, devient critiquable. Pour des développements plus détaillés à ce sujet, le CELPL renvoie à son rapport de visite¹⁴.

La CEDH ne s'est quant à elle guère empêchée d'utiliser le principe du « droit à la vie » (art. 2 de la Convention européenne des droits de l'homme) dans ce contexte et d'en découler des obligations positives de la part de États membres du Conseil de l'Europe afin d'éviter tout risque de maladie sur leur territoire respectif, obligeant ainsi les États à prendre des mesures préventives¹⁵.

L'importance d'une mise en œuvre de ces mesures préventives ne peut donc être assez soutenue, surtout au vu du fait que nul ne peut raisonnablement s'attendre à ce qu'une personne souffrant de troubles mentaux soit apte à attirer l'attention sur des dysfonctionnements systémiques dont elle pourrait être victime¹⁶. La CEDH est même allée plus loin en réduisant les responsabilités du plaignant/demandeur en matière de charge de preuve, estimant qu'il appartient à l'État de prouver que les soins psychiatriques nécessaires ont véritablement été dispensés¹⁷ et non pas à la personne lésée d'en prouver le contraire. D'autant plus, il est aujourd'hui communément admis qu'un État a l'obligation d'encourager explicitement l'évitement de toute infraction potentielle à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme par l'application adéquate d'instruments législatifs, judiciaires et pratiques opportuns.

Au vu de ce qui précède, il est légitime d'assumer qu'un net changement de la situation des malades souffrant de troubles mentaux au Luxembourg est non seulement désirable, mais strictement indispensable.

A cette fin, la recommandation tente tout d'abord de refléter la situation existante sur le terrain, tels que les services de prise en charge proposés et les statistiques y afférentes afin de déterminer si des améliorations sont intervenues au cours des dernières années. Elle vise ensuite à identifier les besoins pour développer un modèle qui permettra de se conformer complètement au droit interne et de s'approcher davantage des normes internationales en la matière.

¹³ Conseil de l'Europe (1961)

¹⁴ CELPL (2012, p. 14)

¹⁵ Xavier Bioy (2011)

¹⁶ Cf. Aerts c/ Belgique

¹⁷ Cf. Claes c/ Belgique dans Criminologie (2015)

2. Constats

L'équipe de contrôle a procédé à une analyse poussée des données brutes mises à sa disposition par les hôpitaux généraux pour les années 2015-2019 dont la capacité totale d'accueil s'élevait à 226 lits destinées à la psychiatrie aiguë en 2019¹⁸ et le CHNP affichant une capacité d'accueil de 172 lits en moyen séjour et 67 lits en séjour longue durée (annexes incluses)¹⁹.

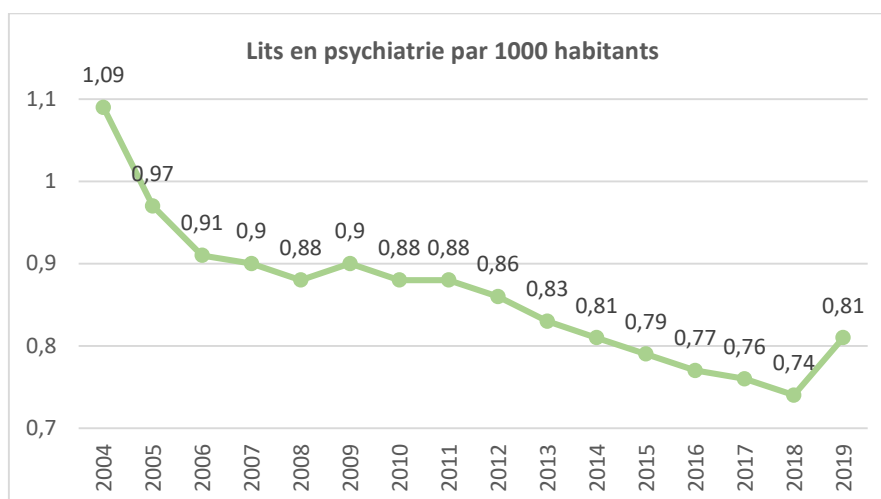


Figure 1 – Lits en psychiatrie par 1000 habitants

Même si ce total de plus de 450 lits peut sembler suffisant, il n'en est pas moins que la capacité des lits en psychiatrie a nettement diminué depuis 2004 selon les données de l'OCDE, pour atteindre 0,81 lits par 1000 habitants en 2019 (-26%, figure 1). En même temps, le niveau des troubles mentaux et du comportement a non seulement augmenté de 1.4% entre 2011 et 2015²⁰, mais occupe également le premier rang en termes de jours/journées d'hospitalisations au Grand-Duché avec 14% du total²¹.

Les données fournies par les hôpitaux régionaux traitent d'un peu plus de 2.600 patients pour la période de 2015-19, respectivement 3.496 patients pour les parties où les évaluations internes du CHL ont pu être considérées. Au vu de ce qui précède, les analyses ci-dessous visent à illustrer le nombre de patients traités dans ces établissements, le nombre de phases d'observation et de placements, les durées des phases d'observation et de maintien, celles des placements, la durée moyenne d'attente pour un transfert du patient vers le CHNP et, dans la mesure du possible, la destination finale des patients concernés ainsi que leurs évolutions respectives.

Limitations

Même si une attention particulière a été accordée à l'analyse desdites données, il n'en est pas moins que le CELPL a dû faire face à certaines limitations pouvant potentiellement restreindre la pertinence

¹⁸ Ministère de la Santé (2019, p. 34)

¹⁹ Ministère de la Santé (2019, p. 28)

²⁰ Ministère de la Santé (2017, p. 17)

²¹ Ministère de la Santé (2017, p. 23)

de ses constats, notamment en termes d'amplitude et d'exactitude. Ainsi le CELPL regrette ne pas avoir pu utiliser des données :

- sur les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement basées sur la classification internationale des maladies (ICD 10), à défaut de finalisation des analyses relatives aux exercices 2018 et 2019 par l'IGSS ;
- généralement harmonisées puisque la typologie de données (terminologie, degré de détail, etc.) était très hétérogène en fonction de l'émetteur ;
- complètes. Certains acteurs ont contribué à l'analyse du CELPL via un transfert de leur propre évaluation, plutôt que de fournir des données brutes. Il convient néanmoins de préciser que le CELPL ne peut raisonnablement s'attendre à une transcription de données ayant pour base une documentation sous forme papier. Néanmoins, le CELPL en profite pour encourager cet acteur à implémenter une solution informatique dès que possible.

A. La répartition des différents types de placements au CHNP

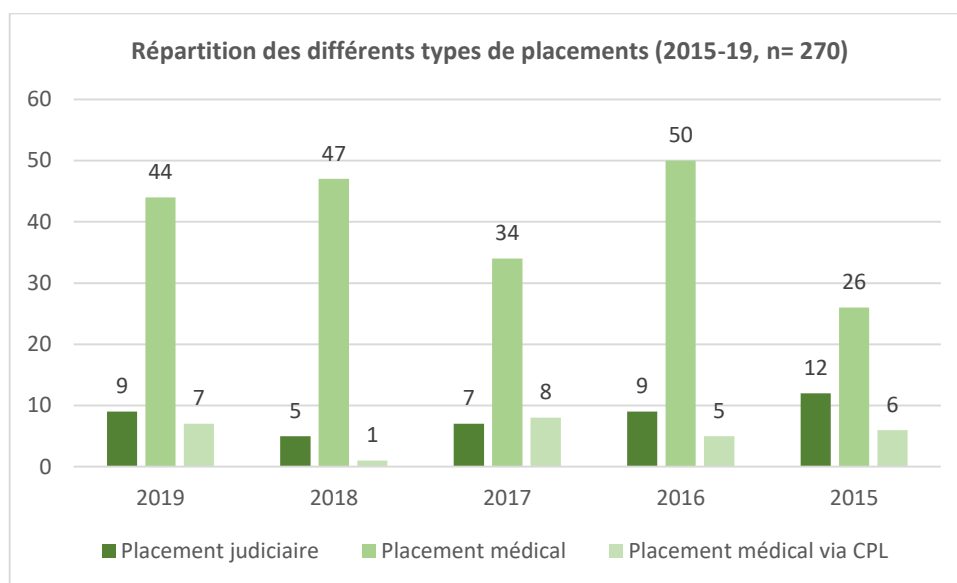


Figure 2 – Répartition des placements selon leurs origines (2015 et 2019)

Sans surprise, les placements médicaux simples (201) devancent, sur ces cinq dernières années, de très loin les placements judiciaires (donc des personnes déclarées pénalement irresponsables en application de l'article 71 du Code Pénal) au nombre de 42, ainsi que les placements médicaux via le CPL (27). Toutefois, un quota relativement important des placements via le CPL (10%) confirme une importante prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral avec une surreprésentation par rapport au grand public.

B. Le nombre de phases d'observation et de placements

L'évolution du nombre absolu de phases d'observations et de placements va de pair avec l'évolution démographique du Grand-Duché et démontre à nouveau que les infrastructures prévues il y a des décennies ne sont plus adéquates pour faire face aux défis actuels et encore moins face aux défis futurs.

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Total
CHdN	60	57	58	72	78	325
POI	19	15	17	37	28	116
PDM	32	33	34	25	42	166
PLC	9	9	7	10	8	43
CHEM	228	285	260	285	284	1342
POI	119	174	149	163	163	768
PDM	98	90	95	109	106	498
PLC	11	21	16	13	15	76
HRS	174	179	202	194	190	939
POI	33	57	56	48	60	254
PDM	119	98	130	124	115	586
PLC	22	24	16	22	15	99
Total	462	521	520	551	552	2.606

Figure 3 – Nombre de patients par hôpital régional et par phase entre 2015 et 2019

Ainsi, nos analyses démontrent que, comparé à la situation initiale de 2015, le nombre de patients traités au CHdN a augmenté de 30%, celui du CHEM de près de 25% et celui des HRS de plus de 9%. Le nombre global quant à lui a augmenté de près de 20% en seulement cinq ans. Compte tenu des répercussions psychologiques de la pandémie actuelle, il reste à craindre que ce nombre continue d'augmenter dans un futur proche. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'un nombre croissant de patients est complètement incompatible avec un nombre décroissant de lits à disposition si l'on veut garantir un niveau de soins équivalent, voire de qualité supérieure.

C. Les durées respectives des phases d'observation, de maintien et des placements

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne
CHdN	3.5	3.7	3.9	3.8	3.4	3.6
CHEM	2.9	3.1	2.9	2.8	3.0	2.9
HRS	4.2	4.5	4.4	4.4	4.4	4.4
Moyenne	3.3	3.4	3.4	3.3	3.4	3.3

Figure 4 – Durée moyenne de la mise en observation initiale (jusqu'au 6e jour inclus) entre 2015 et 2019

La durée de la phase d'observation (figure 4), qui vise à fournir le temps nécessaire au médecin traitant pour procéder aux analyses requises afin d'évaluer si un maintien du patient en psychiatrie lui semble opportun ou non, diverge largement entre les différents hôpitaux régionaux. Ainsi, sans évaluation

aucune puisque l'état de santé de chaque patient n'est de toute évidence jamais identique et partant incomparable, il apparaît non seulement que les durées moyennes sont généralement assez constantes au fil du temps, mais aussi que la phase d'observation semble plus courte dans le sud et le nord qu'au centre. Ainsi, à titre strictement illustratif, la moyenne aux HRS dépasse largement celle du CHEM (+52%) et celle du CHdN (+22%).

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne
CHdN	14.5	16.6	12.7	17.0	13.5	14.7
CHEM	13.7	13.8	13.2	13.9	13.3	13.6
HRS	12.9	12.8	12.8	12.8	13.1	12.9
Moyenne	13.4	13.8	12.9	13.7	13.3	13.4

Figure 5 – Durée de séjour moyenne de la phase de maintien (entre le 7e et le 30e jour du séjour) entre 2015 et 2019

La durée de séjour moyenne de la phase de maintien (figure 5), donc de la phase qui suit la phase d'observation et qui précède le placement, est la plus longue au CHdN, tandis que les HRS affichent la durée la plus courte, à l'opposé des constats faits pour la phase d'observation. Les moyennes sont relativement stables, à part un paroxysme de 17 jours pour le CHdN en 2018.

Ces constats ne sont pas nécessairement en ligne avec les ressentiments des acteurs sur le terrain qui estiment que la phase d'observation maximale théoriquement permise par la loi du 10 décembre 2009 est bien trop longue dans la majorité des cas, vu que le médecin traitant aurait, d'après leurs dires, normalement constaté endéans quelques jours si un maintien dans l'établissement est nécessaire ou non. Nonobstant, le CELPL estime que cette provision offre les garanties nécessaires aux professionnels de la santé afin de couvrir des cas où le diagnostic s'avérerait moins évident.

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne
CHdN	76.6	89.7	40.3	47.3	50.8	61.3
CHEM	60.1	50.1	42.1	47.1	44.5	48.3
HRS	84.9	87.0	77.6	116.7	43.3	85.0
Moyenne	76.6	73.1	56.3	81.2	45.3	67.5

Figure 6 – Durée de séjour moyenne des placements dans les hôpitaux régionaux (30 jours +) entre 2015 et 2019

L'analyse de la durée de séjour moyenne des placements (figure 6) dans les hôpitaux régionaux se révèle du moins inquiétante. Ainsi, il est apparent que la moyenne se situe bien souvent largement au-dessus des délais légaux (30 jours) initialement prévus par la loi de 2009. Même s'il est vrai que l'article 19 de ladite loi prévoit la possibilité d'une prolongation de la phase d'observation initiale de 30 jours au plus (donc 60 jours au maximum) si le juge estime ne pas disposer de tous les éléments nécessaires à une décision de placement, les entretiens menés indiquent clairement que la prolongation du placement par un magistrat est plutôt l'exception que la règle. Cela confirme donc la thèse selon laquelle l'origine de l'engorgement se trouve bel et bien plus loin dans la chaîne réhabilitative.

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne
CHdN	20.3	24.8	13.5	14.4	13.7	17.0
CHEM	10.3	9.9	9.1	9.1	9.0	9.5
HRS	20.3	20.1	15.6	22.5	12.7	18.2
Moyenne	15.4	15.0	12.1	14.5	11.0	13.6

Figure 7 – Durée de séjour moyenne (toutes phases confondues) entre 2015 et 2019

La durée de séjour moyenne dans les établissements précités est présentée ci-dessus (figure 7). Comparée aux derniers chiffres²² datant de 2015 publiés par le Ministère de la Santé, la durée moyenne dans ces trois établissements a nettement baissé pour les troubles mentaux et de comportement (13,6 jours vs. 17,2).

D. La durée de séjour maximale dans les hôpitaux régionaux

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019
CHdN	128	411	64	61	87
CHEM	111	97	81	60	74
HRS	361	532	540	404	85

Figure 8 – La durée maximale des placements dans les hôpitaux régionaux respectifs entre 2015 et 2019

Quant à la durée de séjour maximale dans les hôpitaux régionaux (figure 8), l'on peut - en partant de l'hypothèse que les données brutes transmises ne comportent pas d'erreurs de saisie - constater que la durée maximale des placements respectifs dépasse de loin les critères d'un séjour en phase aiguë, voire de séjour de moyen terme, avec des séjours allant de 111 jours au CHEM, jusqu'à 411 jours au CHdN, voire jusqu'à 540 jours aux HRS.

Toutefois, ces chiffres ne représentent nullement un indicateur de performance des soins fournis vu la variété des profils concernés et l'incapacité d'agir qui peut en découler. Ils illustrent malgré tout que dans certains cas, un écoulement du patient semble nettement plus difficile que dans d'autres.

E. Le délai d'attente pour un transfert au CHNP

Au vu de la problématique traitée par cette recommandation, il n'est, compte tenu des durées de séjour énoncées ci-dessus, guère surprenant que le délai d'attente après la décision de placement et la demande de transfert constitue un problème majeur pour les acteurs concernés. Les hôpitaux régionaux contactés n'étaient pas en mesure de fournir des données exactes quant au délai d'attente, avec une exception notable : le CHL. Ainsi, les informations fournies par le CHL indiquent une durée d'attente moyenne de près de 57 jours pour 2015, 36 jours pour 2016, 21 jours pour 2017, 26 jours pour 2018 et 16 jours pour 2019.

Les données fournies par le CHL confirment cependant les impressions quant aux délais d'attente partagées par les autres établissements qui indiquaient devoir attendre entre 2-3 semaines et

²² Ministère de la Santé (2017, p. 15)

plusieurs mois. Quoi qu'il en soit, il semble évident que les délais d'attente sont trop longs, sans qu'une faute ne puisse être attribuée à l'un ou l'autre acteur.

A noter que certains de nos interlocuteurs mettent en avant une politique de communication perfectible avec le CHNP qui semblerait, le cas échéant, avoir tendance à les informer dans les plus brefs délais (< 24h) d'une place libérée et du transfert subséquent prévu. Cette évolution peut avoir des effets néfastes sur l'hôpital régional concerné, puisque ce dernier doit effectivement préparer le patient à manier une situation nouvelle dans laquelle il risque de perdre certaines de ses libertés (sorties, etc.). En outre, il semble douteux qu'un transfert effectué dans la précipitation la plus grande soit vraiment dans l'intérêt du patient.

F. Les difficultés d'écoulement au sein des services extrahospitaliers

Comme indiqué dans l'introduction, le premier bouchon se matérialise souvent au sein des établissements extra-hospitaliers qui ont fréquemment du mal à écouler leurs clients. Durant une multitude d'entretiens avec différents acteurs du domaine, il s'est révélé que les problèmes d'écoulement semblent souvent avoir leurs origines dans un mix entre capacités d'accueil limitées en termes de ressources humaines et -matérielles et une durée de séjour moyenne plutôt longue provoquée par une fluctuation réduite des gens encadrés. Il s'ensuit une liste d'attente qui se compte parfois plutôt en années qu'en mois, surtout si le client requiert également un logement. A titre d'exemple : certains studios individuels au sein de la capitale engendraient un temps d'attente de cinq à sept ans. Si le facteur logement est supprimé de l'équation, le temps d'attente ne dépasse généralement pas plusieurs mois dans le pire des cas. Ici, les capacités d'accueil des psychologues constituent très souvent le facteur contraignant, puisqu'un manque réel d'experts peut être observé depuis plusieurs années au Grand-Duché.

Concernant la durée de séjour moyenne, il est malencontreusement difficile voire impossible d'extraire une moyenne représentative pour les clients présentant un trouble psychiatrique vu la multitude de profils encadrés par les services extrahospitaliers et les situations individuelles très hétérogènes des patients.

G. La destination finale des patients concernés

D'emblée, il convient de préciser que la destination finale (figure 9) des patients concernés reste, pour la très grande majorité (64,65% dans notre cas), un mystère total puisque les établissements ne sont pas systématiquement informés des parcours de leur ex-patients (hormis pour le CHNP qui est informé du parcours de ses patients transférés à Useldange). Ce manque d'information pose évidemment un problème au niveau du traitement, si ces patients sont amenés à réintégrer le « système ». Tout établissement devrait savoir vers où ses propres patients sont élargis ou dirigés après leur sortie, tel que recommandé en 2013 par une étude²³ lancée par le Ministère de la Santé et le Centre d'Etudes en Santé.

A des fins de statistiques, le CELPL recommande de renseigner dorénavant systématiquement cette information dans le dossier du patient et, de manière anonymisée, dans leurs échanges réguliers avec

²³ CRP-Santé (2013, p. 20)

le Ministère de la Santé afin de rendre transparent le suivi des patients (ré)admis et d'encore mieux adapter la prestation de services aux besoins du patient.

Sur les 1.236 cas où la destination finale est connue, 219 patients ont été transférés au CHNP (17,7%), 470 en unité ouverte/hospitalisation libre (38%) et 525 (42,5%) ont été élargi. Leurs évolutions respectives peuvent être consultées ci-dessous.

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Total
CHdN	60	57	58	72	78	325
Autres soins ambulatoires	2	2	2	2	2	10
CHNP	7	10	6	9	9	41
Continuation des soins dans une autre institution	2	0	1	2	1	6
Continuation des soins en unité ouverte	8	6	15	16	17	62
Elargi	35	34	28	39	36	172
Inconnu	6	5	6	4	13	34
CHEM	228	285	260	285	284	1.342
CHNP	2	3	7	11	7	30
Continuation des soins dans une autre institution	3	0	0	0	0	3
Inconnu	223	282	253	274	277	1.309
CHL	143	173	173	202	199	890
CHL en hospitalisation libre	77	73	77	94	87	408
CHNP	10	24	11	17	20	82
Domicile	48	63	77	80	85	353
Centre pénitentiaire	0	3	0	0	0	3
Inconnu	8	10	8	11	7	44
HRS	174	179	202	194	190	939
CHNP	10	21	15	9	11	66
Inconnu	164	158	187	185	179	873
Total	605	694	693	753	751	3.496

Figure 9 – Destination des patients par hôpital régional

3. Actions suggérées

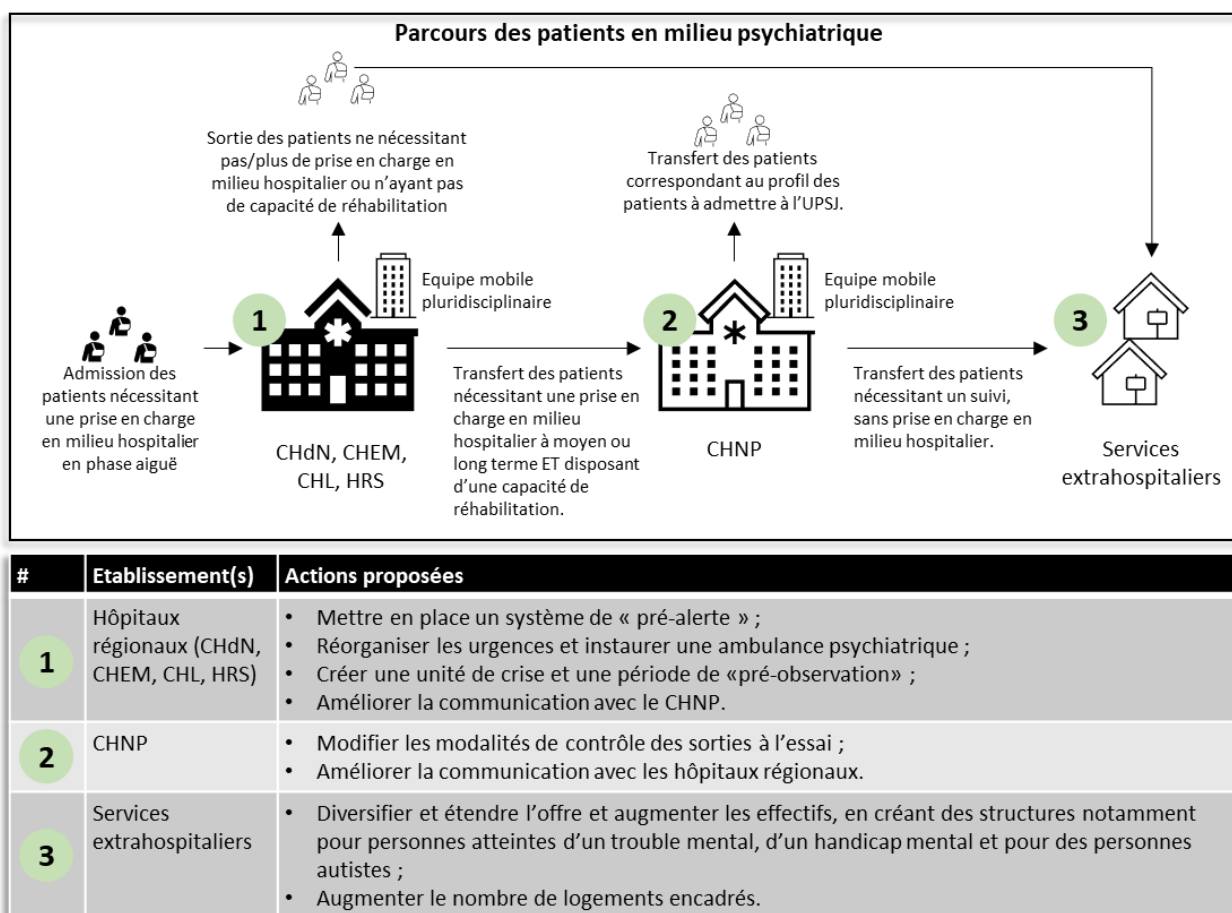


Figure 10 – Parcours des patients et mesures correctives proposées

Pour remédier à l'engorgement qui a lieu à deux niveaux - dans les hôpitaux régionaux et au CHNP - il y a lieu d'agir à plusieurs niveaux et d'instaurer un système à paliers (Stufenmodell) pour améliorer le flux de patients.

Pour que le système à paliers puisse fonctionner, il est tout d'abord impératif que chaque établissement travaille et soit utilisé exclusivement en fonction de ses compétences et de ses finalités : les hôpitaux régionaux réalisent la prise en charge urgente, en phase aiguë, à court terme. Le CHNP quant à lui effectue un travail de réhabilitation à moyen et long terme et les structures extrahospitalières assument la prise en charge de personnes qui peuvent évoluer dans un cadre plus souple, mais ayant besoin d'un suivi et d'un encadrement adaptés à leurs profils et à leurs besoins.

Au-delà de ces considérations, il est obligatoire d'intervenir à différents niveaux :

1. Améliorer le flux des hôpitaux régionaux vers le CHNP ;
2. Réduire les admissions aux hôpitaux régionaux.

1. Amélioration du flux des patients des hôpitaux régionaux vers le CHNP

Un meilleur flux des patients des hôpitaux régionaux vers le CHNP n'est possible que si le CHNP a la capacité d'accueil nécessaire pour admettre les patients concernés plus rapidement. Le CHNP doit subséquemment également être en mesure d'écouler des patients pour libérer des places.

Cette faculté d'accueil peut être optimisée de plusieurs manières. Ces options sont de nature complémentaire :

- A. Libérer des capacités de manière générale ;
- B. Utiliser le CHNP uniquement pour la prise en charge de patients correspondant à sa vocation, c'est-à-dire des patients avec une réelle capacité de réhabilitation ;
- C. Améliorer la communication entre les hôpitaux régionaux et le CHNP ;
- D. Augmenter l'offre et la capacité des services extra-hospitaliers.

A. Libération des capacités

Depuis des années, le CHNP voit la filière socio-judiciaire grandir et occuper de plus en plus de capacités.

Si au début, cette filière n'occupait qu'un seul étage, elle en occupe déjà deux actuellement. Il s'agit souvent de patients avec un long séjour (art. 71), auxquels s'ajoutent les patients placés médicaux sous mandat de dépôt qui y séjournent généralement pour des périodes plus brèves.

Même si la conception et la mise en service de l'UPSJ, prévue par la réforme pénitentiaire de 2018, ne règle pas la problématique à laquelle cette recommandation essaie de faire face, il ne peut pas être nié que l'ouverture de l'UPSJ libérerait quelques places qui pourraient alors être utilisées autrement.

Le CELPL lance un appel aux autorités compétentes pour faire avancer les travaux relatifs à l'UPSJ.

B. Utilisation du CHNP uniquement pour la prise en charge de patients correspondant à sa vocation

Comme déjà mentionné, il existe une multitude de profils hospitalisés au CHNP, faute d'alternative, sans que ces patients ne remplissent les critères pour suivre une thérapie réhabilitative pour autant. Les entretiens sur le terrain ont notamment fait ressortir le besoin urgent d'une structure destinée à prendre en charge des personnes souffrant à la fois d'un handicap mental et d'un trouble psychiatrique. Ces patients n'ont aucune réelle capacité de réhabilitation, de sorte que l'offre thérapeutique mise en place par le CHNP n'est pas pertinente pour cette patientèle. Par le manque de capacité de réhabilitation de ces patients, cumulé à une absence de structure adaptée pour les prendre en charge, ces patients bloquent des capacités au CHNP, autrement utiles pour admettre les personnes

en provenance des hôpitaux régionaux qui attendent une prise en charge dans un cadre adapté à une prise en charge à moyen ou long terme.

C. Amélioration de la communication entre les hôpitaux régionaux et le CHNP

L'équipe de contrôle a pu constater que le flux des patients est également entravé par une mauvaise communication entre les différents acteurs du terrain. Le CHNP, pour sa part, n'est généralement informé de la demande de placement qu'une fois le placement décidé. Or, c'est à ce moment-là que le patient devrait idéalement déjà être transféré.

La loi hospitalière fait mention d'une convention à établir entre le CHNP et les hôpitaux régionaux pour régler le flux des patients²⁴. Or, à la demande du CELPL, il semble que cette convention n'ait jamais été établie et que le mode de fonctionnement soit réglé informellement.

Le CELPL, tout comme certains acteurs du terrain, est d'avis que la communication, de même que le flux des patients en lui-même, sont perfectibles. Il invite donc les responsables concernés à retenir du moins les critères principaux dans une convention officielle et recommande pour le surplus de prendre en considération les observations ci-dessous.

Le CELPL recommande de mettre en place un système de « pré-alerte », informant le CHNP lorsqu'un patient a été admis pour lequel la probabilité d'un placement est élevée. Ceci permettrait au CHNP de mieux planifier les admissions et de raccourcir le séjour des patients dans les unités de psychiatrie aiguë.

Le CHNP devrait quant à lui transmettre dans les meilleurs délais la date à laquelle le patient pourra être admis. Idéalement, cette communication en temps utile laisserait le temps aux responsables des unités de psychiatrie aiguë pour préparer le patient convenablement à son transfert.

D. Augmentation de l'offre et de la capacité des services extra-hospitaliers

Pour libérer les places au CHNP, il est indispensable qu'il y ait un flux de patients vers l'extérieur du CHNP, que ce soit par le biais d'un suivi à domicile ou d'une prise en charge en milieu extrahospitalier pour les patients qui ne nécessitent plus une prise en charge hospitalière.

²⁴ (Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État., 2018, 38,39,43)

Il s'agit à nouveau ici de respecter le principe de la restriction minimale et la vocation du CHNP.

Il faut ici distinguer deux cas bien différents :

- Les patients qui n'ont pas de vraie capacité de réhabilitation ;
- Les patients qui ont atteint un niveau de réhabilitation suffisant pour alléger la prise en charge qui leur revient.

Pour la première catégorie de patients, il incombe indubitablement à l'Etat de créer les structures nécessaires pour assurer leur prise en charge à long, voire très long terme, afin que ces patients ne bloquent pas des capacités au CHNP dont d'autres patients, avec un vrai potentiel de réhabilitation, ont instamment besoin, tout en leur assurant un suivi adéquat.

Le CELPL fait un appel urgent à la Ministre de la Famille de se concerter avec la Ministre de la Santé pour optimiser la prise en charge de ces patients, régler le relais entre les différentes prises en charge et concevoir les structures nécessaires adaptées à leurs besoins. Il renvoie aux précisions données antérieurement sur les besoins, notamment pour personnes souffrant à la fois d'un trouble et d'un handicap mental. Les acteurs du terrain ont également mentionné le manque en structure d'accueil et de prise en charge pour les personnes souffrant d'autisme.

Pour la deuxième catégorie de patients, il faut leur permettre d'avancer au pallier suivant qui comporte moins de restrictions pour le patient. Pour ces patients, il est indispensable d'élargir l'offre de prise en charge afin de proposer des niveaux d'encadrement variables. Dans ce contexte, il est également indispensable d'augmenter le nombre de logements encadrés. La nécessité de diversifier et de développer les logements encadrés avait déjà été mise en avant dans le rapport Rössler (2005) qui préconisait une capacité cible de 350 places dans de pareilles structures²⁵. Actuellement, donc 16 ans après, cette offre est limitée à 250 places sur le terrain national. Il est dès lors évident que cette capacité d'accueil est insuffisante, alors que la population a augmenté au cours de cette période et donc également le taux de personnes nécessitant une pareille prise en charge.

Dans leur réponse commune à une question parlementaire²⁶, les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ont souligné en 2016 que les places pour un suivi thérapeutique seraient augmentées de 200 à 240 pour l'année 2017, avant de préciser que « *avant d'aller au-delà du nombre de 240 places, il serait indispensable de faire un état des lieux des activités dans les différentes structures et associations et de la répartition des patients en fonction de celles-ci, d'évaluer le système actuel et notamment les concepts thérapeutiques et de procéder à l'introduction d'une documentation des prestations. Il serait en outre utile de réfléchir à une possible différenciation des patients suivant le niveau de prise en charge en vue de la définition de forfaits plus ciblés.* ».

²⁵ Rössler et Koch (2005, p. 172)

²⁶ Andrich-Duval (2016)

Le CELPL n'a pas connaissance des suites réservées à cette prise de position, mais constate qu'actuellement, les besoins dans le domaine ne sont pas couverts et qu'il est urgent d'agir face à cette problématique. Il y va des droits des patients à une prise en charge adaptée et dans un cadre le moins restrictif possible, mais également de l'utilisation des deniers publics, alors qu'une prise en charge dans un foyer spécialisé (et néanmoins mieux adaptée aux besoins des patients) engendre des coûts nettement moins importants qu'une prise en charge en milieu hospitalier.

Le CELPL recommande également de doter chaque hôpital d'une équipe mobile pluridisciplinaire, regroupant des professionnels médicaux et de soins ainsi que des professionnels socio-éducatifs qui assure le suivi des patients ayant quitté l'hôpital, mais nécessitant une aide individualisée à domicile. Cette équipe devrait être joignable 24/7 et permettrait de soulager aussi bien les urgences des hôpitaux régionaux que les services extrahospitaliers, alors qu'une partie plus importante des patients pourrait être suivie à domicile et contribuerait à réduire les ré-hospitalisations en psychiatrie aiguë. Le CELPL renvoie à cet égard au modèle du « assertive community treatment » ou du « flexible assertive community treatment », développés aux Etats-Unis, respectivement aux Pays-Bas et mis en place dans de nombreux pays.

Le CELPL estime en outre que la communication et la collaboration entre les acteurs intervenant en unité psychiatrique et les acteurs intervenant en milieu extrahospitalier doivent être améliorées et renforcées. Le CELPL approuverait que des contacts aient déjà lieu au moment du placement, lorsqu'il est envisagé d'orienter le patient vers un intervenant extrahospitalier.

Dans le même ordre d'idées, le CELPL est d'avis que l'offre professionnelle, notamment en ateliers protégés doit être élargie, alors que l'effet stabilisateur d'une activité professionnelle, adaptée aux capacités des personnes, est indéniable.

Les différents acteurs œuvrant dans la prise en charge ambulatoire ou extrahospitalière de personnes souffrant de troubles mentaux ont par ailleurs confirmé leur disposition et leur volonté à étendre leurs services.

Le CELPL encourage par ailleurs les acteurs intervenant en milieu extrahospitalier à cibler leur offre et à viser une diminution progressive de l'encadrement en respectant le rythme individuel des patients, bien évidemment. Le CELPL peut comprendre l'importance pour le patient d'avoir un interlocuteur familial à disposition, mais estime que la diminution, voire l'arrêt de l'encadrement, devraient animer la relation et motiver le patient à atteindre le niveau d'autonomie le plus élevé possible.

Comme pour la première catégorie de patients, un aspect important semble être l'autorité de prise en charge, voire le relais entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille.

Actuellement, beaucoup de patients sont encore pris en charge par le Ministère de la Santé, parce qu'ils restent en milieu hospitalier, même s'ils n'ont plus besoin de ce cadre strict. Le CELPL estime qu'il est indispensable d'opérer un changement de paradigme et de ne plus hospitaliser des patients qui n'en tirent aucun profit, bien au contraire. Ces

patients ont certes besoin d'un cadre de vie, d'un suivi au quotidien, mais assurément pas des restrictions inhérentes à une hospitalisation ou des thérapies qui y sont mises en place.

2. Réduction des admissions aux hôpitaux régionaux

Un autre levier dans l'optimisation des flux des patients et des capacités des différents acteurs est la réduction du nombre d'admissions en vertu de la loi de 2009 au sein des hôpitaux régionaux. Ceci peut être atteint par plusieurs moyens :

- A. Utiliser les unités de psychiatrie aiguë en stricte conformité avec leur vocation ;
- B. Réorganiser le fonctionnement des urgences ;
- C. Réduire la durée de séjour des patients admis sur base de la loi de 2009 ;
- D. Prévenir les ré-hospitalisations.

A. Utilisation des unités de psychiatrie aiguë en stricte conformité avec leur vocation

Il importe d'utiliser les capacités des unités psychiatriques des hôpitaux régionaux de manière optimisée pour éviter des périodes d'attente pour les admissions. Les patients admis à ces unités devraient avoir besoin d'une prise en charge hospitalière et devraient séjourner à cette unité uniquement le temps strictement nécessaire et indiqué.

Un facteur impactant cette organisation est certainement le transfert des patients vers le CHNP lorsque le placement a été décidé. Les temps d'attente prolongés après la demande de transfert ne sont certainement pas dans l'intérêt du patient et ne correspondent par ailleurs pas à la volonté du législateur, affirmant que les placements en vertu de la loi de 2009 doivent être réalisés dans un établissement spécialisé.

B. Réorganisation du fonctionnement des urgences

Certains acteurs du terrain ont exposé au CELPL un projet visant une réorganisation du fonctionnement des urgences, notamment en y renforçant et en diversifiant les intervenants médico-psychiatriques, le cas échéant avec un fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire, sous forme d'« ambulance psychiatrique ». Le CELPL soutient cette approche et souligne qu'il ne faut pas perdre de vue que la santé mentale fait partie intégrante de l'état de santé d'une personne et que la santé d'une personne doit pouvoir être prise en charge dans sa globalité de manière adéquate et dans les meilleurs délais. Il voit dès lors de nombreux apports positifs dans cette réorganisation, à savoir notamment que les patients présentant des troubles psychiatriques et leurs besoins pourront plus rapidement être identifiés, ce qui permettra de définir rapidement le type de prise en charge qui doit leur être réservé (suivi ambulatoire, prise en charge à court ou moyen terme, hospitalisation ou prise en charge volontaire ou non). Les patients nécessitant le cas échéant une hospitalisation sans consentement pourront rapidement être pris en charge et le temps passé au service des urgences pourra être réduit au minimum. Une telle

évaluation pluridisciplinaire avec un focus psychiatrique permettra par ailleurs de réduire au minimum indispensable les admissions en vertu de la loi de 2009. En plus, cette manière de procéder désengorgera le service des urgences et sortira les patients présentant des troubles psychiatriques d'un milieu qui représente une source de stress supplémentaire dans leur état de santé.

C. Réduction de la durée de séjour des patients admis sur base de la loi de 2009

Le CELPL a déjà développé que suivant sa lecture de la loi de 2009, le législateur a voulu faire en sorte que le patient soit, après la décision de placement, transféré au CHNP. A ses yeux, la durée maximale de séjour dans les hôpitaux régionaux devrait dès lors être de 30 jours, ou, en cas d'application de l'article 19, al. 3, de 60 jours, ce qui devrait néanmoins être la stricte exception.

A part ce constat, les acteurs du terrain ont fait état que cette durée de 30 jours dédiés à la période d'observation s'avère souvent trop longue.

Ce constat amène le CELPL à recommander deux actions :

Premièrement, il recommande d'introduire dans chaque hôpital régional une unité de crise, compétente pour prendre en charge les patients en phase aiguë, de faire une première anamnèse et un premier bilan. Il s'agirait d'une « pré-observation », permettant de décider des suites en fonction de l'état de santé du patient, c'est-à-dire ou bien un retour au domicile avec, le cas échéant, un suivi ambulatoire, ou bien une admission à l'unité psychiatrique de l'hôpital concerné. Un transfert immédiat au CHNP devrait être possible.

Deuxièmement, il reprend l'idée de mettre en place un système de pré-alerte avec le CHNP, ce qui devrait aider les acteurs à mieux planifier et organiser les transferts entre les hôpitaux et contribuer à réduire la durée de séjour dans les unités des hôpitaux régionaux.

D. Prévention des ré-hospitalisations

Pour prévenir les ré-hospitalisations, que ce soit après un séjour en milieu psychiatrique en hôpital régional ou au CHNP, il importe en premier lieu de garantir le suivi adapté après la sortie qui s'inscrit dans une logique de continuité des soins. L'OCDE et l'OMS accordent par ailleurs une importance toute particulière au suivi réalisé après une hospitalisation pour problèmes de santé mentale²⁷.

Un autre élément important, concernant principalement le CHNP (ou après une réorganisation telle que préconisée par le CELPL, exclusivement le CHNP, alors seul acteur dans la prise en charge de la personne placée), est la sortie à l'essai, prévue par l'article 25 de la loi de 2009.

²⁷ CRP-Santé (2013)

Dans ce contexte, le suivi après l'hospitalisation au CHNP est un élément clé. Ce suivi peut être effectué par les services extra-hospitaliers, indépendants du CHNP ou encore être réalisés par le SPAD du CHNP, voire par l'équipe mobile pluridisciplinaire à mettre en place.

Les services extra-hospitaliers jouent un rôle essentiel dans la prévention des ré-hospitalisations, que ce soit après une hospitalisation en unité aiguë ou au CHNP. Le CELPL renvoie à cet égard à ses observations concernant la communication et la collaboration entre les hôpitaux et les services extra-hospitaliers qui sont essentiels pour une prise en charge optimale des patients.

L'intervention du SPAD ou de l'équipe mobile peut avoir comme avantage le fait que le patient aurait la possibilité de commencer à construire une relation de confiance déjà au moment de son hospitalisation, alors que l'idéal serait de commencer le suivi par une personne de référence du SPAD du moment où il est décidé que le patient quitterait le CHNP avec un tel suivi. Le CELPL souligne toutefois que cette synergie pourrait et devrait idéalement également avoir lieu avec les intervenants extra-hospitaliers.

Le SPAD intervient également sur demande d'autres intervenants et notamment des unités psychiatriques des hôpitaux régionaux.

Le délai d'attente pour un patient en psychiatrie adulte pour pouvoir bénéficier d'un pareil suivi s'élève à 48 jours pour l'année 2020. Pour les raisons de relations de confiance évoquées, mais aussi dans un souci de raccourcir le délai d'attente, le CELPL est d'avis que chaque hôpital devrait être doté d'une unité compétente pour assurer un suivi à domicile, tel qu'au CHEM, où l'antenne mobile peut assurer un pareil suivi. En tout état de cause, le contact avec les intervenants extra-hospitaliers devraient être établi avant la sortie du patient, lorsqu'un tel suivi est recommandé. Les besoins exacts en personnel, au niveau des effectifs et des profils, afin de mettre en place une équipe pluridisciplinaire répondant aux besoins du terrain devraient être déterminés avec les responsables concernés.

En vertu de l'article 25 de la loi de 2009, la sortie du patient peut être à l'essai pour une période maximale de 1 an, sauf pour les patients placés judiciaires, pour lesquels cette période d'essai peut être infinie (principe qu'il conviendrait d'ailleurs de modifier soit en harmonisant les deux régimes, soit en établissant des critères précis d'évaluation et des durées maximales).

Cette modalité est censée éviter un passage par les hôpitaux régionaux en cas de besoin d'une nouvelle prise en charge. Le CELPL constate qu'il n'est que rarement fait usage de cette faculté.

	2015	2016	2017	2018	2019
Patients	44	64	49	53	60
Nombre de patients concernés (en termes absolus)	17	12	16	16	15
Nombre de patients concernés	39%	19%	33%	30%	25%
Sorties à l'essai	23	12	21	17	18

Figure 11 – Evolution des sorties autorisées entre 2015 et 2019

Si le CHNP affirme qu'il ne rencontre généralement pas de problèmes pour réadmettre un patient ayant quitté le CHNP sous ce régime, le CELPL est d'avis que le flou juridique qui

entoure cette sortie rend le contrôle du respect des obligations du patient très difficile et que ceci contribue au fait qu'il ne soit que rarement fait application de cet article, voire qu'il ne puisse pas être réagi en temps utile, de sorte qu'un parcours « classique » via l'hôpital régional avec transfert au CHNP ne puisse leur être évité. Le patient sollicite alors de nouveau des capacités des hôpitaux régionaux qui auraient pu rester disponibles pour d'autres patients.

Le CELPL préconise également de doter le CHNP de plusieurs lits de réserve que le CHNP pourrait laisser inoccupés sans que cela n'ait une influence sur la prise en charge réalisée par la CNS. Ces lits devraient échapper au calcul ordinaire et devraient permettre au CHNP de réadmettre immédiatement un patient qui nécessite une ré-hospitalisation après une sortie à l'essai. Comme pour les équipes mobiles des hôpitaux régionaux, cette équipe, joignable en permanence, contribuerait à réduire les afflux aux urgences et le taux de ré-hospitalisation en milieu aigu.

Le CELPL renvoie à cet endroit à l'obligation positive des Etats établie par la CEDH à faire des démarches préventives afin d'éviter le risque de maladie. Le CELPL estime que ces failles de la législation en ce qui concerne les modalités et le suivi des personnes sorties à l'essai méritent d'être redressées rapidement si le Luxembourg veut se conformer entièrement à cette obligation positive.

Le CELPL estime indispensable de modifier la loi de 2009 en y apportant des précisions sur le suivi et le contrôle qui doivent être réalisés après une sortie à l'essai. Il doit être clarifié si la police peut, respectivement doit intervenir (et si oui suivant quelles modalités) lorsque les médecins-psychiatres lui signalent des problèmes dans ce contexte, et ceci même si la personne ne représente à ce moment pas de danger imminent pour elle-même ou pour autrui.

Le fonctionnement de cette modalité de sortie devrait s'inspirer de celui de la liberté conditionnelle, sans vouloir créer d'amalgame entre les domaines médical et pénal.

Les conditions pour que le patient puisse retourner dans son milieu familial/privé doivent être clairement définies, que ce soit la prise de médicaments à échéances fixes, la participation à une thérapie ambulatoire, ou d'autres conditions à déterminer et à expliquer au préalable par le médecin-psychiatre ayant assuré la prise en charge au CHNP. Evidemment, ces conditions pourraient faire l'objet d'adaptations en fonction du parcours du patient après sa sortie.

Pour pouvoir réagir utilement, il est évidemment indispensable que d'éventuelles déviations à ces conditions soient détectées, ce qui présuppose un suivi adéquat.

Lorsque les conditions ne sont pas respectées, le médecin-psychiatre devrait alors décider s'il est, dans un premier temps, suffisant de modifier les modalités de suivi ou s'il est plutôt nécessaire de réadmettre le patient directement au CHNP.

Références

- Andrich-Duval, S. (2016). *Question parlementaire n°2617*. <https://csv.lu/files/2016/12/QP-2617.pdf>
- CELPL. (2012). *L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux*. <http://celpl.lu/uploads/RV/RV6%20-%20Rapport.pdf>
- CELPL. (2015). *L'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux - Rapport de suivi*. <http://celpl.lu/uploads/RV/RV14%20-%20Rapport.pdf>
- CHD. (2005). *Projet de loi modifiant la loi modifiée du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés; la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police; la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 : Dossier parlementaire n°5490*. CHD. [https://chd.lu/wps/PA_RoleDesAffaires/FTSByteServingServletImpl?path=54E4738B6CCC3382AD5DEB7DF08DA80A40A51AD7A4717C2D674F7F40DA598722C2BDF3B2299C74931089F0CBA1E06127\\$1717ADBD31FBADC3DDF60F7B3594142D](https://chd.lu/wps/PA_RoleDesAffaires/FTSByteServingServletImpl?path=54E4738B6CCC3382AD5DEB7DF08DA80A40A51AD7A4717C2D674F7F40DA598722C2BDF3B2299C74931089F0CBA1E06127$1717ADBD31FBADC3DDF60F7B3594142D)
- CHD. (2009). *Projet de loi relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police*. [https://www.chd.lu/wps/PA_RoleDesAffaires/FTSByteServingServletImpl?path=5D4F57E4618003E06C88DA7DCB31205E469F48C56A39081204D4D57007381A3318FC344484975BD0A9ED2D1F2F32D622\\$C96D47FFCE353E7ACAF862862DB4DEB0](https://www.chd.lu/wps/PA_RoleDesAffaires/FTSByteServingServletImpl?path=5D4F57E4618003E06C88DA7DCB31205E469F48C56A39081204D4D57007381A3318FC344484975BD0A9ED2D1F2F32D622$C96D47FFCE353E7ACAF862862DB4DEB0)
- Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État. (2018). <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/jo>
- Conseil de l'Europe. (1961). *Charte sociale européenne*. <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/035>
- Conseil de l'Europe. (2004). *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 et son exposé des motifs : adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004 lors de sa 896e réunion des Délégués des Ministres*. [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20F.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20F.pdf)
- Criminologie. (2015). *Prison et santé mentale. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*. <https://www.erudit.org/en/journals/crimino/2015-v48-n1-crimino01787/1029349ar.pdf>
- CRP-Santé. (2013). *Réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale : Etat des lieux et éléments de prospective* [Projet de rapport final - Résumé - Version Sept.2013]. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/reforme-psychiatrie-politique-sante-mentale-2013/reforme-psychiatrie-politique-sante-mentale-2013.pdf>
- Ministère de la Santé. (2017). *Carte sanitaire - mise à jour 2017 : Fascicule 2: Motifs de recours à l'hospitalisation selon la classification internationale des maladies (ICD 10)*. <https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2017-fascicule2/carte-sanitaire-2017-fascicule2.pdf>
- Ministère de la Santé. (2019). *Carte sanitaire - mise à jour 2019*. <https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2019-principal/ Carte-sanitaire-2019-Document-principal.pdf>

- Nations Unies. (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Rösser, W. et Koch, U. (2005). *Psychiatrie Luxemburg : Planungsstudie 2005* [Bestandserhebung und Empfehlungen]. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandeserhebung/rapport-rossler-psychiatrie-luxembourg-planungsstudie-2005-bestandeserhebung.pdf>
- Xavier Bioy. (2011). *Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ?* <https://books.openedition.org/putc/322?lang=de>